

Desde entonces, el maestro Puigvert ha continuado con sus viajes y sus clases en esta Sociedad y otros centros científicos del país.

Es por todos conocida la labor científica desarrollada por el profesor Puigvert, sus libros, sus trabajos, de modo que una presentación más extensa no cabría en esta Sociedad. Viene con una primicia dedicada a nosotros y con su fácil palabra habrá de deleitarnos.

Se ocupará de Uréter Retroiliaco.

URETER RETROILIACO

Prof. ANTONIO PUIGVERT

Dr. Puigvert. — Señores: en octubre de 1944, gracias a la generosa invitación del profesor Castaño y del doctor Alberto García que era entonces Presidente de esta Sociedad, visité por primera vez la Argentina, pronunciando en este recinto una conferencia sobre tumores de la vejiga. Dentro de breves días, volveré a ocuparme de ese tema en el curso que habrá de realizarse en Mar del Plata, con la suma de la experiencia que comportan 25 años más.

Veinticinco años en la vida social constituyen las llamadas bodas de plata. Y hoy, personalmente, si ustedes lo aceptan, celebro en este momento, en estos instantes mis bodas de plata, con lo que más quiero que es con la Urología.

De entre los núcleos humanos que he conocido a través de mis correrías por el mundo, por una razón de gratitud, la celebro con los argentinos, muchos de los cuales aquí presentes, entre nosotros, el profesor Castaño, me recibieron en aquel entonces, con los brazos abiertos. Recuerdo que una mañana en el Hospital Italiano, el doctor Luis Pagliere practicó una prostatectomía transvesical; dejaba un drenaje por vía transperineal que en aquel momento estaba en boga. Muchos de los que hoy están aquí presentes, en aquel entonces, estaban en una fase más agradable de sus vidas, en plena juventud. Ya han iniciado esta carrera que constituye el futuro de todos nosotros.

En 1950, concurrí especialmente invitado al Congreso Internacional de Cirugía que tuvo lugar en Buenos Aires. Por imperativo de uno de ustedes, de la noche a la madrugada, debí preparar unas palabras para la apertura de ese certamen internacional. En esa ocasión repetí lo que tantas veces he repetido. Dije que cuando en el Instituto de Urología en el que trabajo, en Barcelona, me anuncian que llega un argentino, para mí es un día feriado, un día de fiesta. Algunos de los presentes pueden dar fe de esta reacción espiritual que se produce en mi persona ante la visita de mis colegas argentinos.

Todo ello está justificado por un hecho, por una razón de ser, diré más, por una religión. Mi religión es la amistad. Para mí, la amistad constituye el vínculo, la razón de ser y del convivir de los hombres. Para mí, la amistad siempre es un servicio al amigo, nunca un beneficio del amigo. Por esto, cuando tengo la suerte de gozar de la amistad de ustedes en Barcelona, soy feliz en mi servicio y hoy, entre ustedes, intentaré cumplir este deber de amistad, prestando un servicio a ustedes, pobre pequeño, acaso inoperante, pero aún así, piensen que son 25 años de amor y de amistad entre ustedes y un servidor, que habrá de recordarles que 25 años transcurridos, entre la amistad de los hombres, no es nada cuando ésta es fiel, leal y permanente.

He reservado para esta noche, para mis bodas de plata, el tema del URETER RETROILIACO.

No sé si ustedes tienen alguna experiencia sobre esta modalidad del uréter retrocavo. El nombre es indicativo de la afección. El uréter, en lugar de seguir su tránsito normal y descender entre la excavación pelviana, por delante de los vasos ilíacos, por razones etiopatogénicas que yo confieso que para mí son desconocidas, el uréter transcurre precisamente, por detrás o por debajo de los vasos ilíacos, entre éstos y el cinturón óseo pelivano, a nivel de la línea innominada.

El descubrimiento de esta anomalía en un enfermo, luego de haber incurrido en un error diagnóstico en dos casos, fue lo que me indujo a meditar sobre esta problemática, a estudiar la semiología clínica y radiológica que presentaban esos pacientes y ello me ha permitido construir, aunque sea de manera provisional, una clínica de esta rara disposición del uréter con respecto a los vasos ilíacos.

En 1960, Corbus Estrem y Hunt publicaron una observación que consideraron inédita en que, a semejanza de lo que me había ocurrido, entendieron que el enfermo sufría de una obstrucción en el uréter a nivel del tránsito, entre el uréter lumbar y el uréter ilíaco y al intervenirlo, descubrieron que no existía obstrucción endouretral alguna, sino que el conducto ureteral transitaba por detrás de los vasos ilíacos.

En el trabajo publicado por estos autores, cuyas imágenes pielográficas antes y después de la operación no son muy informativas, no señalan ni intuyen cómo pudo haberse producido este hecho.

Este mismo año, en el *Journal of Urology*, Roger Mehl ha publicado una observación semejante de uréter retroiliaco, del lado izquierdo y en un enfermo monorroeno congénito. Este autor observó que el uréter en esa ocasión, transcurría entre la arteria y las venas ilíacas del lado izquierdo. Se dio cuenta del fenómeno y lo resolvió seccionando el uréter distendido por encima de los vasos ilíacos, retirando el uréter y colocándolo en su posición lumbar, procediendo a continuación, a la anastomosis ureteral términoterminal, a semejanza de lo que se realiza en los casos de uréter retrocavo.

Algunos autores han observado alteración del uréter, producido por factores aberrantes a nivel de la región lumbar. Probablemente, muchos de ustedes habrán tenido ocasión de ver alguna vena perforante que sale de la propia masa lumbar, abarca el uréter y lo constriñe más o menos, o cuando menos, provoca una ligera modificación en el tránsito y justifica la sección de la vena.

Oshin en 1964, que realiza su experiencia en los centros en que trabaja sobre uréter retrocavo, cita un caso al cual le practica la nefrectomía. Encontró que el uréter, al extirpar el riñón, estaba obstruido y aquella obstrucción había provocado tal grado de uronefrosis que justificó la extirpación del riñón.

Finalmente, en el único libro en el que tuve ocasión de comprobar la cita de esta disposición fue en la *Enciclopedia de Urología Alemana*, en el tomo de Malformaciones, donde después de referirse al uréter retrocavo, se ocupan del uréter retroiliaco, refiriéndose exclusivamente, sin ninguna aportación personal y bibliográfica a la aportación de Corbus y colaboradores.

Estos son, a grandes rasgos, mis conocimientos bibliográficos informativos sobre esta rara disposición ureteral que da lugar en el caso de Oshin a la nefrectomía total.

Veamos qué es el uréter retroiliaco, cómo podemos interpretarlo oportunamente y qué debemos hacer en su presencia.

Supongo que comprenderán que la solución de esta rara malformación no debe ser la nefrectomía. Es la misma situación que se plantea ante el uréter retrocavo. Los que han tenido experiencia sobre esta disposición, siempre que es posible, han tratado de conservar el riñón, rectificando el tránsito del uréter con relación a la vena cava, ya sea, cortando el uréter, retirándolo de la vena cava y procediendo a la anastomosis urétero-ureteral término-terminal. Otro autor, practicó la sección de la vena cava, retiró el asa ureteral y procedió a la anastomosis de la cava término-terminal, intervención que si bien corregía el grave defecto de la vía urinaria, entiendo que es muy exagerada y más peligrosa que la realización de la simple sección del uréter, reponerlo en su lugar, recortar el exceso de uréter y restablecer la continuidad uréteroureteral.

No vamos a discutir esta solución tan insospechada e infrecuente cuando tengo la seguridad que la mayoría de los urólogos, si el estado del riñón lo obliga, procederán a la exéresis de ese órgano y si es recuperable, rectificarán la vía ureteral mediante la sutura término-terminal.

Desde que en 1957 tuve ocasión de comprobar el primer caso, y en el que formulé el diagnóstico de estenosis del uréter pelviano, tuve oportunidad de equivocarme otra vez, años más tarde, en que entendí se trataba de una estenosis del uréter pelviano de origen tuberculoso, porque había extirpado el riñón izquierdo hacía unos meses. En ese caso, atribuí la discreta dilatación del uréter lumbar a la estenosis del uréter pelviano, cuya etiopatogenia consideré, dada la patología de la nefrectomía tuberculosa que era una forma más extendida y prolongada de estenosis del uréter pelviano de origen tuberculoso.

Al intervenir quirúrgicamente este segundo caso, descubrí que no era tal estenosis sino una transposición retroilíaca del uréter. A pesar de que resequé la porción que consideré estenosada del uréter el examen histológico reveló mi error etiopatogénico al demostrar que en dicho uréter no existían lesiones tuberculosas.

Ante estos dos errores diagnósticos, sentí una gran reserva ante esta problemática. La exploración urográfica en dos pacientes, en otro combinada con la investigación endográfica uréteroilíaca, me han servido para construir una entidad nosológica, cuya primicia quiero en esta boda de plata —en las bodas de plata siempre se regala algo— quiero ofrecerla a ustedes para que la consideren, la critiquen, la comparen con su experiencia y entre ustedes y un servidor, construir la entidad nosológica para el futuro de nuestros propios compañeros y conocer así una enfermedad hasta ahora, totalmente desconocida.

La semiología clínica del uréter retroilíaco es anodina. Es la semiología de las obstrucciones crónicas y persistentes. No es la semiología que se observa en el cálculo ureteral y en algunas afecciones obstructivas del uréter.

Es una obstrucción lenta y permanente que mientras no provoque daño renal, el enfermo la tolera, convive con ella meses y años. Llega a establecerse un statu quo entre obstrucción y dilatación, al final del cual el riñón se restablece y se puede soportar esa situación, por parte del enfermo, sin que sea necesario que la mano del cirujano la corrija.

He querido hacer hincapié en esta problemática que bien estudiada les evitará incurrir en los dos errores que he cometido.

En esta imagen radiográfica (DIPOSITIVA) hay una porción normal, una dilatación fusiforme que podría corresponder al uréter lumbar, a su nivel de entrecruzamiento con los vasos ilíacos y se aprecia una incurvación del uréter a la búsqueda de la vejiga. Esta imagen de la uretra

(la muestra) nos servirá de patrón para identificar en el futuro esta entidad nosológica.

El primer enfermo que tuve ocasión de asistir, lo habían explorado en París; tenía un cuadro abdominal vago, con dolores, crisis diarreicas, no se le descubrió ninguna alteración en el aparato digestivo y le practicaron una pielografía retrógrada ascendente y descubrieron una uronefrosis, por lo que aconsejaron la exéresis del riñón.

Consideré que ese individuo —proveniente de Andorra— que llegó a la consulta en 1957, era portador de una obstrucción ureteral por una estenosis cuya etiopatogenia no podía establecer. Le propuse, cosa que aceptó, corregir esa estenosis y reimplantar el uréter en la vejiga. En el acto quirúrgico me encontré con algunas sorpresas: la obstrucción del uréter finalizaba donde los vasos ilíacos descendían, cruzaban el uréter y lo obstruían. Reimplanté el uréter en la vejiga, corregí la dificultad evacuadora y abrí la cavidad peritoneal, porque observé unas placas dudosas y duras y pude descubrir la presencia de un sarcoma peritoneal diseminado, con placas múltiples, que fue confirmado por el examen histológico.

Este paciente mejoró de los dolores que localizaba preferentemente en la región lumbar, pero al poco tiempo, falleció víctima de su afección sarcomatosa.

Este enfermo me dejó impresionado, primero por el dramatismo de su enfermedad y luego, porque había incurrido en un grave error de interpretación. Me dí cuenta que podía haber procedido de otra manera.

Unos años más tarde, nefrectomicé un enfermo por tuberculosis. El paciente presentaba una imagen obstructiva ureteral con unas acodaduras por dilatación ureteral. A pesar de que no presentaba ningún signo clínico en relación con su situación urográfica y que no le molestaba esa dilatación ureteral, procedí a la reimplantación del uréter distendido en la vejiga para salvar lo que yo presumía tratábase de una estenosis tuberculosa del uréter pelviano.

Intervenido el paciente, mi sorpresa fue comprobar que el uréter estaba libre por detrás de los vasos ilíacos. La dilatación uréteropielica había desaparecido, no había ningún signo de infiltración inflamatoria en el conducto ureteral.

Ante estos dos errores diagnósticos, en el curso de 1957 a 1962 busqué datos en la bibliografía sobre esta rara disposición uréteroilíaca; fui más cauto en la interpretación de las obstrucciones ureterales a través de la línea innominada, sin repercusión vesical.

Este es el caso de una enferma (*diapositiva*) que llegó con una obstrucción casi completa del riñón izquierdo. En el riñón derecho había una dilatación ureteral que corresponde al lugar de la obstrucción, al punto sobre el cual se encuentra situado el catéter mediante el cual se había practicado la arteriografía renal. Retirado el catéter unas horas después, se aprecia el uréter, que en otra ocasión hubiera considerado más o menos estenosada y con la experiencia actual no le asigno valor alguno, a tal punto que corregido el problema de este lado, esta mujer ha curado totalmente.

Este otro caso semejante de riñón tuberculoso que fue extirpado (*diapositiva*). La uretrografía permite visualizar la uretra esponjosa, la uretra bulbar y mebranosa.

En este paciente, al que he estado vigilando, he podido comprobar un fenómeno importante y es que, extirpado el riñón opuesto, quedando ya monorreno, esta dilatación sufre con intermitencias, con exámenes

normativos cada seis a ocho meses, sin signos infecciosos, este uréter en algún momento se dilata más.

Esta situación es de vaivén; en un momento, ha aparecido con un uréter más dilatado, sin ningún signo clínico, ni alteración en la orina ni en la urea sanguínea, ni molestias de ninguna clase. Este enfermo, en un momento, ha estado dilatado; en otro, menos dilatado y ha tolerado perfectamente su situación sin dar lugar a ningún hecho justificativo que obligue a la intervención quirúrgica.

Finalmente, en este caso (*diapositiva*) volvemos a ver la uretra bulbar cuando va a buscar a la uretra mebranosa. En esta ocasión, la uretra desciende hacia abajo y se ve siempre esta imagen: hay dilatación con escasa repercusión renal. Era un paciente mono-reno que después de excesos de distinta índole, entre otros, de comer y beber abundantemente, y luego de mantener relaciones sexuales, observó en su ropa interior unas gotas de orina y de sangre.

Asustado —él sabía que era mono-reno acude a la consulta de un urólogo, quien le practica varias exploraciones ascendentes que le provocan una infección urinaria, que le duró algunos meses y conservo en mi poder la carta del urólogo que trató a este hombre, en la que dice que debe ser sometido a una operación para corregírsele la estenosis. Yo le aconsejo que no se sometiera a ninguna intervención. A los pocos meses, una nueva exploración permitió comprobar que había desaparecido la dilatación de su uréter.

En este dibujo (lo muestra) figura la solución que propongo a ustedes: en lugar de extirpar el riñón y proceder a la urétero-uretostomía, se efectúa la sección del uréter, retirando el extremo inferior, reponerlo y con una incisión oblicua, se restablece la comunicación ureteral, con lo que se cura al enfermo.

Señores: como pueden ver, les he planteado un problema, a raíz de dos errores diagnósticos. Gracias a ello, he podido establecer una semiología que desde el punto de vista clínico es anodina, mientras no se establezca la infección, alteración y trastorno, que no dependen de la malformación sino de otros factores. Mientras el riñón no llegue a sufrir tal estado de insuficiencia, no se justifica su extirpación; mientras el riñón tolere y establezca un estado de balance, de vaivén entre unos períodos de mayor y menor dilatación, mientras esto no afecte la función renal, no se justifica en estos enfermos y menos aún en los mono-renos, una intervención correctora, porque la experiencia de enfermos seguidos durante algunos años permiten asegurar que sino se producen infecciones, formación de cálculos, etc. no están obligados a aceptar una corrección quirúrgica de esa malformación.

Como saben bien ustedes, las necropsias ponen en evidencia malformaciones que han pasado desapercibidas al clínico y el enfermo, durante años, ha convivido con sus malformaciones y no ha afectado para nada su estado de salud.

Si bien la reanastomosis del uréter es una intervención inocua, cuando se plantea en un enfermo mono-reno, las cosas cambian, ya que cualquier complicación postoperatoria puede tornar en grave la situación, lo que obliga a meditar el procedimiento a seguir.

Les pido que acepten esta información inédita, que la mediten y si alguno de ustedes recuerda en su experiencia haber tenido algún caso semejante, estaré muy contento que me lo hagan saber ahora, para construir esta entidad nosológica que quisiera para el futuro, sea el fruto de

una labor conjunta, de los urólogos argentinos y de un servidor de ustedes.

Desde hace unos momentos, se encuentra en el fondo del salón un hombre al que yo quiero, que es Alberto García que fue testigo de aquellos días que he pasado con ustedes hace 25 años, que me recibió entonces, como hace pocos días en Ezeiza, con un fuerte abrazo. Para todos ustedes, vaya el mismo abrazo. (Aplausos)

Sr. Presidente (Dr. Claret). — Si alguno de los presentes desea formular alguna pregunta, el doctor Puigvert está dispuesto a contestarla.

Como nadie hace uso de la palabra, no me queda sino agradecer al profesor Puigvert la gentileza que ha tenido de estar con nosotros esta noche.

Lo hago en nombre de la C. D. y de todos los presentes que hemos gozado con las palabras del doctor Puigvert y con la primicia que nos ha brindado para festejar sus bodas de plata.

Dr. Puigvert. — He traído para la Biblioteca de la Sociedad un libro de urología del año 1588. Es un facsímil del original del libro escrito por *Francisco Díaz* que por primera vez en la historia de la medicina practicó la intervención de la uretostomía interna y la resección endouretral de la próstata.

Díaz —que era médico personal del Rey— describe en este libro la operación de la uretostomía interna mediante un conductor; pasaba una varilla de acero y señala que con la misma “se puede horadar las carnosidades del cuello de la vejiga”, que no era sino el adenoma prostático.

Para que comprueben la intuición clínica y el saber de aquellos hombres del siglo XVI, diré que *Díaz* señala en un capítulo de esta obra, que entre los factores desencadenantes de la presencia de sangre en la orina, están ciertas ulceraciones que se observan en los riñones, que roen las venas del riñón. Y agrega que esas ulceraciones son las mismas que se observan en los pulmones de los tísicos.

Si han de formar una biblioteca de urología, me sentiré muy honrado con que esta obra figure en sus anaqueles, ya que de este libro hay seis ejemplares inéditos en el mundo entero.

—Hace entrega del libro al Dr. Claret.

Sr. Presidente (Dr. Claret). — Me hago depositario de este libro que será el primer libro que contará la nueva Biblioteca de la Sociedad Argentina de Urología.