

REIMPLANTE URETERO-VESICAL EN DUPLICIDAD URETERAL

Dr. LEON MARIA METZ *

El Sr. A.A. presentaba, desde hacía una semana, orinas hematóricas con refuerzo terminal y coágulos, acompañadas de disuria y polaquiuria.

Entre los antecedentes dignos de mención tenía: gastrectomía subtotal por úlcera duodenal sangrante hacía dos años, diabético, hipertenso y alérgico a los antibióticos.

Se le practicó un urograma excretor donde se ve función renal bilateral con duplicidad ureteral (slide N° 1) y dilatación del uréter inferior izquierdo hasta el meato con falta de relleno en hemivejiga del mismo lado (slide N° 2).

El informe cistoscópico es el siguiente: capacidad 100 c.c., paredes algo trabeculadas; sobre pared lateral izquierda y hemitrígono se localiza una formación tumoral que tapa el o los meatos. Cuello elevado moderadamente por adenoma prostático.

Tacto rectal: pequeño adenoma.

Nos encontrábamos en presencia de un enfermo cuyo estado general en ese momento era aceptable pero cuyos antecedentes no eran tranquilizadores. ¿Cuál sería la táctica quirúrgica correcta a emplear? ¿La amplia cistectomía con la nefrectomía simultánea o el reimplante ureteral doble? ¿Qué haríamos con el pequeño adenoma?

Pensando en esas posibilidades y alternativas operamos al enfermo el 10-V-1968.

Cirujano: Dr. León María Metz. Ayudante: Dr. Roque A. Ruiz. Anestesia peridural continua.

Incisión mediana infraumbilical; se extraperitoniza la vejiga individualizando los uréteres; se realiza la amplia cistectomía parcial por tumor que tapa los meatos izquierdos.

Se reimplantan los dos uréteres por separado con la técnica de Leadbetter-Politano; cierre de la vejiga en dos planos realizando una plástica vesical de colgajos. No creímos oportuno agregar a la cistectomía parcial la adenomectomía por ser el adenoma no obstructivo y no querer prolongar y complicar el acto operatorio. Sonda uretral e hipogástrica; drenaje retrovesical.

La evolución postoperatoria tal cual lo presumíamos fue tormentosa; supuraciones, infecciones a piocianico, desequilibrios electrolíticos e hiperglucemia fueron algunos de los serios obstáculos que tuvimos que sortear.

La biopsia fue realizada por el Dr. José M. Monserrat y el informe dice lo siguiente: se recibe material enviado por resección parcial de vejiga, de forma alargada y que cerca de uno de sus polos muestra una tumoración de 1,7 cm. de diámetro en la base.

El examen microscópico muestra una proliferación de células grandes, poligonales, con núcleos de forma y tamaño ligeramente desiguales, hipercromáticos, con moderada atipia; estas células forman un epitelio pavimentoso de tipo transicional con vegetaciones cortas y gruesas. La proliferación infiltra la submucosa pero respeta la capa muscular.

* Libertad 1694, Cap. Fed.

En zonas más alejadas del tumor, que fue extirpado totalmente, se localiza marcado infiltrado inflamatorio con congestión vascular y edema intersticial.

Diagnóstico: Carcinoma paramalpighiano semidiferenciado de vejiga grado 2; intensa cistitis subaguda en actividad.

Fue dado de alta a los 40 días con sonda uretral a permanencia. Fue reinternado a los 10 días por un cuadro infeccioso que se trata y se lo da de alta nuevamente a los 12 días sin sonda.

Se le aplican 4.800 rad. en vejiga entre el 31-7 y 13-9 del 1968, con buenos resultados.

El urograma de control a los 3 meses en la radiografía de 5 m. muestra una dilatación ureteral inferior izquierda; uréter superior normal (silé N° 3). A los 15 m. se ve mejor la dilatación (slide N° 4).

El urograma a los 7 meses nos muestra a los 5 m. una buena función renal bilateral y los uréteres nítidamente delineados; se ha recuperado de su dilatación el uréter inferior izquierdo (slide N° 5). A los 15 m. se ven claramente los uréteres terminales (slide N° 6).

El enfermo fue mejorando paulatinamente, recuperó 15 Kg. de peso y goza actualmente de buena salud.

Análisis perfectos; cistoscopia normal.

Se le practicó una uretrocistografía a los 17 meses de operado donde se aprecian algunas estrecheces uretrales y a poca presión, en la placa oblicua, la ausencia de reflujo ureteral (slide N° 7). En la radiografía de frente se nota, aumentándose la presión, que aparece el reflujo ureteral doble que el enfermo tolera perfectamente (slide N° 8).

Queremos aprovechar este trabajo para hacer las acotaciones siguientes: Anteriormente cuando realizábamos la amplia cistectomía parcial, adquiría ésta, luego de suturada, la forma de un tubo; no creemos que esa técnica sea la más adecuada ya que si se logra deslizar la cara intacta de la vejiga hacia el lado opuesto, ésta nos forma la cúpula vesical y la cara extirpada quedando una vejiga pequeña pero redondeada y creemos más funcional.

También queremos hacer mención de la anestesia que empleamos desde hace 3 años; es la peridural continua operatoria y postoperatoria. Hemos sobrepasado el centenar de casos con esta muy útil anestesia y en breve serán comunicados los resultados obtenidos.

Resumen

Se ha realizado el reimplante uretero-vesical en una duplicidad ureteral utilizando la técnica de Leadbetter-Politano con buenos resultados funcionales.

DISCUSION

Dr. Scorticatti. — Yo quisiera preguntarle al comunicante si sistemáticamente realiza los reimplantes con la técnica antireflujo, sobre todo cuando no existe un reflujo como enfermedad causante del reimplante.

Me pareció observar, por las radiografías que nos ha mostrado el doctor Metz, que el uréter estaba dilatado y obstruido en el preoperatorio.

Dr. Metz. — Ya era tratado...

Dr. Scorticatti. — Pero por una obstrucción baja.

Dr. Metz. — ...por un tumor de vejiga.

Dr. Scorticatti. — Quería saber si está indicada una técnica antireflujo en un uréter atónico, que no tiene reflujo.

Dr. Metz. — El tumor tomaba la desembocadura ureteral.

Dr. Scorticatti. — Quisiera que se me informe si realizan sistemáticamente la técnica de Lead Better-Politano.

Dr. Metz. — En efecto, practicamos sistemáticamente esa técnica, porque es la que nos brinda los mejores resultados.

Dr. Castria. — Desearía saber si el examen urográfico se practicó de acuerdo a técnicas convencionales.

Dr. Metz. — De conformidad a técnicas standard.

Dr. Castria. — ¿De acuerdo a ese urograma no descarta la posibilidad de un tumor de pelvis renal?

Dr. Metz. — En rigor de verdad, no hemos podido apreciar una imagen de pelvis renal en el urograma.

Este enfermo ya lleva un año y ocho meses de operado; y no ha vuelto a tener hematuria ni otro síntoma urinario. Pienso que si tuviera un tumor de pelvis debió haber presentado alguna sintomatología después de tanto tiempo de operado.

Sr. Presidente (Dr. Claret). — La C. D. de la Sociedad Argentina de Urología desea a los señores consocios, Felices Navidades, un feliz término del año 1969 y mejor comienzo del de 1970.