

Servicio de Clínica Génito - Urinaria del
Hospital Alvear; Prof.: JUAN SALLERAS

Por los Doctores

ALEXANDER VON LICHTENBERG, de Berlín
y JUAN SALLERAS, de Buenos Aires

RESECCION PARCIAL DE VEJIGA Y TOTAL DEL URETER por PAPILOMATOSIS, EN UN NEFRECTOMIZADO HACE CERCA de CUATRO AÑOS POR IGUAL PROCESO

CREEMOS que merece un breve comentario, el caso motivo de la presente comunicación. Se trata de un sujeto, nefrectomizado por uno de nosotros hace 3 años y 8 meses, por un tumor de la pelvis renal, cuyo estudio histológico dice "papilo epitelioma, tipo mucoso" (Colillas.) Este paciente hacía 5 años que tenía en forma periódica hematurias totales, abundantes, indoloras, etc., etc.

Después de la nefrectomía, el paciente pasa un año y medio completamente bien, manteniendo siempre un perfecto estado general. Al cabo de este tiempo, comienzan de nuevo sus hematurias, del tipo ahora final, siendo también intermitentes, irregulares en su aparición, indoloras, etc.

Una cistoscopia en estas condiciones, demuestra la presencia de un pequeño pólipo que salía del uréter izquierdo, que es el lado nefrectomizado. Se electrocoagula con resultado relativo, pues aunque las hematurias ceden, al mes, de nuevo se vuelve a reproducir el mismo tipo de pólipo.

Así sigue el paciente durante más de un año con hematurias a repetición y recidivas de un pólipo ureteral que se dominan fácilmente por la electrocoagulación endoscópica: en una de las sesiones llevamos el electrodo arriba del ureter y se produjo, como consecuencia de ello, una periureteritis que nos obligó a drenarla.

Ultimamente el pólipo ureteral, al mismo tiempo que se

agrandaba desproporcionadamente, invadía también toda la circunferencia del orificio ureteral y la mitad del triángulo. Es en tales condiciones, que presionamos a la familia para realizar una operación que ya habíamos propuesto hace mucho o sea, la extirpación del ureter conjuntamente con la de la mitad del triángulo.

Esta intervención fué practicada con fecha 24 de IX 34. Anestesia peridural con novocaína al 2% (40 c.c.). Incisión en bayoneta, que partiendo del costado izquierdo y a la altura del ombligo, desciende en seguida a la línea media hasta llegar cerca de la raíz del miembro. Incisión de aponeurosis y separación de ambos músculos rectos. Repleción de la vejiga con 250 c. c. de agua borricada. Liberación de la cara anterior del órgano, del peritoneo prevesical. Incisión transversa de la facies prevesical, tomando la vejiga con dos puntos transversos, muy bajos y fuera de los vasos muy visibles.

Incisión transversal de toda la pared vesical. Reconocimiento del tumor situado en plena zona ureteral izquierda: es de aspecto vellosa, ampliamente implantado. El resto de la vejiga es de aspecto normal.

Se reconoce el ureter extravesical, encontrándolo muy aumentado de volumen, del tamaño de un grueso dedo pulgar, especialmente en su porción yuxta vesical. Se libera bien de sus adherencias y se sigue hacia la porción íleo lumbar, sin llegar a su porción más alta por la primera incisión.

Se toma la vejiga al nivel del tumor con dos puntos de catgut provisorios y con radio bisturí, se incide la pared vesical rápidamente, dirigiéndose francamente al tumor: se van colocando cada 2 cms. más o menos de incisión otros dos puntos provisorios y así se sigue hasta una total circunscripción de todo el tumor vesical. Con los dedos se facilita la total enucleación de la masa tumoral vesical.

Una vez enucleado totalmente el tumor, se reconstruye la vejiga sana, con una sutura perivesical y otra vesical con catgut N° 3. Sin dejar ningún drenaje en vejiga.

Se practica una segunda incisión ilíaca, para la extirpación del uréter en su tercio superior, el que una vez liberado de su parte inferior y media, resulta muy simple.

Se reconstruye la pared, en tres planos, dejando un drenaje descansando sobre una gasa, en la zona yuxta urétero vesical y otro también sobre gasa, que sale justo encima de la sínfisis pubiana y que drena la cavidad de Retzius.

Postoperatorio. — Tres primeros días. Estado general muy bueno. Sin temperatura. La sonda uretral, drena perfectamente las 48 primeras horas, al cabo de las cuales, se tapa y determina un fuerte tenesmo vesical, obligando a cambiarla, lo que se hace fácil. A pesar de este accidente, el enfermo no pierde nada de orina, que ya está sin sangre ninguna. La diuresis, se establece inmediatamente alcanzando en estos días hasta 1400 gramos. Se retira a las 48 horas el tubo y gasa yuxta vesical, porque ya no da secreción.

ANATOMÍA PATOLÓGICA MACROSCÓPICA

El uréter del tamaño de un grueso pulgar a su entrada en la vejiga, disminuye paulatinamente hasta su porción superior, en donde tiene el grosor de un grueso índice. Se constata perfectamente la ligadura practicada en la nefrectomía anterior. La porción vesical del tumor es del tamaño de un huevo de gallina pequeño.

Abierto por su porción medio longitudinal, se puede observar una degeneración papilomatosa total, que partiendo de la zona vesical llega hasta la parte más alta del uréter, tal como pueden observar los consocios, en la pieza que mostramos.
