

Para que la imagen que nos ocupa se genere es condición obligada que el tumor ocupe toda la luz ureteral y que además tenga una estructura vellosa.

En los tumores macizos la sustancia de contraste sólo consigue cubrir la superficie del mismo y de hecho origina una imagen negativa (lacunar) que plantea siempre el diagnóstico diferencial con otras semejantes de distinta naturaleza (litiasis, T. B. C., etc.).

En los casos que comentamos, por el contrario, la sustancia de contraste avanza lentamente por la columna ureteral distendida hasta llegar al obstáculo originado por el tumor y allí se insinúa entre cada fimbria del mismo para terminar rellenando por completo todos los espacios. La sustancia de contraste así acumulada, ofrece la suficiente resistencia al paso de los rayos como para generar la imagen que describimos.

En resumen: cuando en un ureterograma se observa una imagen en "cabeza de serpiente" o en "extremo de palillo de tambor", separada de la unión ureterovesical, se puede afirmar la presencia de un tumor ureteral de estructura vellosa, ya que ninguna de las otras expresiones de la patología del uréter es capaz de dar, a ese nivel, una imagen positiva semejante.

Rev. Arg. Urol. Nefrol. Tomo 42. Año 1973

## UTILIZACION DEL ACIDO METACRESOL-SULFONICO, EN CIRUGIA PROSTATICA

Por los Dres. CARLOS H. SCORTICATI, HORACIO A. LEVATI  
y EDGARDO CARTELLI

Nuevas técnicas quirúrgicas, agentes anestésicos modernos, y mayor entrenamiento debido a la realización de la adenomectomía prostática por equipo de cirujanos especializados en la cirugía urológica, hacen que las complicaciones hemorrágicas de las mismas sean cada vez menos frecuentes.

La tendencia actual de la movilización precoz en los posoperatorios y la extracción temprana de sondas como profilaxis de procesos tromboembólicos e infecciosos respectivamente, lleva implícita la necesidad de realizar una prolija hemostasia en el acto operatorio, la que debe ser hecha por meticulosa ligadura de los pedículos vasculares y por electro coagulación de las boquillas venosas residuales de la celda prostática. Sin embargo resulta casi imposible y hasta imprudente la aplicación de pinzas hemostáticas o electrocoagulación del cabo uretral, en el pico de la próstata.

No desconocemos que para ello existen relatados algunos artificios de técnica como el que propusiera A. Puigvert, de anastomosar el cuello vesical al cabo uretral, lo que en nuestras manos y según nuestros conceptos está en el terreno de lo utópico. Es por ello que decidimos ensayar el empleo intraoperatorio de un polímero de condensación del ácido metacresolsulfónico con metanal como hemostático tópico en la cirugía del adenoma de próstata.

Este producto posee las siguientes características y propiedades terapéuticas.

Es de *elevada acidez* (p. h. 0,6) y pese a ello, según experiencias hechas por Warnecke, es inocuo para los tejidos sanos. Esta misma acidez le confiere un alto poder *bactericida* y de *autoesterilización*, porque la multiplicación bacteriana resulta imposible a P. H. menor de 2,5.

Es *coagulante*: Siendo esta acción debida al gran tamaño molecular de este ácido y actúa selectivamente sobre los tejidos necrosados o modificados patológicamente y es intensamente *astrigente*, favoreciendo la retracción de los tejidos, la eliminación del material necrótico y la reepitelización rápida.

No es novedad la aplicación del ácido metacresolsulfónico en el campo de la urología. Bunka, lo utilizó en el tratamiento de las radio cistitis. Hollweg en las erosiones y papilomas de la uretra femenina y Riedel en diferentes formas clínicas de cistitis y uretritis en el hombre. En todos estos casos se usó en diluciones del 2,5 al 10 % de la solución madre al 36 %.

Los relativamente buenos resultados que obtuviéramos en el control de hemorragias vesicales con la instilación del producto, pese a reconocerle una acción irritante de la mucosa, a veces muy molesta, nos llevó a experimentarlo en la cirugía prostática aplicado, una vez completada la hemostasia, mediante embrocación con hisopo de la solución concentrada en el interior de la celda prostática, en especial en su parte más distal y profunda, manteniendo ese contacto durante unos 15 segundos aproximadamente. El hisopo y los tejidos adquieran inmediatamente color marrón fecaloide, debido a la coagulación de las proteínas. Los tiempos quirúrgicos se completan según las técnicas habituales.

Hemos utilizado este método en 25 adenomectomías, 22 de ellas por técnica retropúbica y 3 transvesicalmente.

Los pacientes no aquejaron molestias atribuibles a la medicación, y creemos que ello es debido a que su aplicación se hace en una cavidad desepitelizada como es la celda prostática en estas circunstancias y por ello pobre en receptores nerviosos sensitivos, a diferencia de lo que ocurre cuando se utiliza en instilaciones diluidas en vejiga. No se observaron trastornos alejados en ninguno de los casos (incontinencia de orina, esclerosis secundaria). En un solo caso hubo una hemorragia secundaria a los 7 días de operado que cedió con tratamiento médico y que atribuimos al desprendimiento de la escara. Y en otro caso se produjo una hemorragia posoperatoria inmediata que exigió transfusiones y desbloqueo mediante jeringa de evacuación, y que fue atribuible a razones técnicas pues en la enucleación retropúbica de un adenoma pequeño y escirro se desprendió y extirpó la cara anterior de la cápsula prostática.

Como resultados positivos pudimos observar: aclaramiento más precoz de la orina, observándose en algunos casos desde el mismo acto operatorio.

Desaparición más temprana de la turbiedad de la orina en el posoperatorio alejado (30-40 días en vez de 60 a 75 días) atribuible a que favorece la remoción de tejidos y la reepitelización normal.

Ausencia de alteraciones locales, secuenciales de su aplicación.

Ausencia de signos tóxicos generales, dependientes de su posible absorción. Addendum: Desde la presentación de esta comunicación a la Secretaría de la Sociedad, el número de los casos tratados se incrementó apreciablemente y lo hemos utilizado también en la superficie de sección de nefrectomías parciales y en la topicación de la superficie interna de las castraciones subalbugíneas.

## BIBLIOGRAFIA

- Bunka, H.: Med. Klin. 57: 44, 1868-1869 (1962).  
 Hollweg, H.: Artzliche Praxis VIII, 50 (1956).  
 Riedel, G.: Fortschritt -D- Medizin 76-16, 455,458 (1958).  
 Warnecke, C.: Medizinische, N° 11, 396-397 (1955).

## DISCUSION

Dr. Metz: Qué es lo que observó al utilizar en este tipo de nefrectomías.

Dr. Scorticatti: En principio la sección de nefrectomía se hace roma con el mango del bisturí. Para la hemorragia en napa que sólo se observa en esos casos. Biopsias postoperatorias no hay y no se ha podido ver qué profundidad tienen las quemaduras. Es absolutamente superficial y actúa preferentemente sobre los tejidos alterados quirúrgicamente o por otro proceso. Por otra parte, llamo la atención sobre el hecho que la turbiedad de la orina era por más breve tiempo.