

## REIMPLANTE URETEROVESICAL CON TECNICA POLITANO-LEADBETTER MODIFICADA - NUESTRA EXPERIENCIA

Dr. Mendoza, Martín - Dr. Easarret, Jorge - Dr. Dasilva Cha, Juan

Teniendo en cuenta que uno de los tópicos centrales a tratar en este Congreso Nacional de Urología: URETEROCELE, diagnóstico y tratamiento, tema abordado ya en varios eventos científicos y en especial como una de las causas etiológicas que afectan al uréter terminal, ha sido muy bien estudiado y relatado por dos autores argentinos, Casal, J., y Guzmán, J., en el VII Congreso Argentino de Urología del año 1962, en lo que respecta a su anatomía, fisiología y fisiopatología, y otros autores extranjeros, nos mueve la inquietud de contribuir con nuestro aporte al estudio y conocimiento de las diversas patologías que afectaron el uréter terminal, y en especial las que fueron resueltas con cirugía plástica reparadora, pues así lo requerían, debiendo realizar en algunas de ellas una nueva continuidad ureterovesical (ureterocistoneostomía), dando resultado bueno en 90 % de los casos tratados y en 10 % fracasó, resolviéndose con nefroureterectomía total en los últimos años, por estar su continuidad en unos casos perdida (tumor vesical) y en otros modificada, como el caso Nº 2, que presentó un reflujo vesicoureteral secundario, secuela de una intervención quirúrgica realizada hace 3 años (ureterocele gigante; resección quística según técnica conocida) y que presentó, a partir de su segundo año de intervenida, un cuadro de pielonefritis aguda que se repitió en varias oportunidades (fiebre, calofríos y dolor a la micción) por estenosis y fibrosis de uréter y meato, según estudios realizados, éste y los otros casos fueron tratados con la técnica antirreflujo de Politano-Leadbetter, pero con una mínima modificación, salteando un paso quirúrgico, pues las patologías tratadas afectaron una considerable porción de uréter, lo que nos obligó a innovar la misma con resultados positivos según la evolución posterior.

Para que un reimplante no fracase y no recidive la estenosis y el reflujo, tuvimos en cuenta estudios y experiencias recogidos de autores como Puigvert: restablecer la vía alterada y cuyas resultantes deberán ser lo más parecido posible a sus condiciones fisiológicas, teniendo en cuenta los siguientes factores: buena pared vesical, y total permeabilidad y tonicidad del tramo ureteral a utilizar. Siguiendo los consejos de Sampson-Marshall y Gruber, quienes coinciden en sus apreciaciones que el factor que se opone al reflujo es un verdadero *mecanismo valvular* del que forman parte la longitud de su porción intramural --su flexibilidad--, su oblicuidad, su fijación al triángulo, que como elementos nobles se oponen a todo reflujo, y otros investigadores han postulado que esos elementos tienen un doble mecanismo valvular a la altura de la interconexión ureterovesical de la siguiente manera: 1) mecanismo valvular o válvula: compuesta por uréter y capa trigonal superficial; 2) mecanismo valvular o válvula: compuesta por la vaina de Waldever y capa trigonal profunda.

Sampson demostró ya en 1903 que la vejiga a medida que se distiende aumenta la oblicuidad intramural ureteral precisamente por su fijación en el triángulo, a esto se suma la importancia de las condiciones anatómicas de la pared sobre la que descansa el uréter, que debe ser firme y sólida para que sea un buen apoyo sobre el que será comprimido el conducto al distenderse la misma: el *mecanismo valvular* actúa a medida que aumenta dicha presión y la distensión del músculo detrusor hará más oblicua y larga la porción intramural del uréter y, a su vez, su techo es comprimido contra su piso; entre la presión endovesical por arriba y el firme músculo vesical por debajo y una vez terminada la eyaculación, el mismo y el borde lateral del triángulo son traccionados hacia arriba arrastrando el orificio ureteral, lo que sería debido a la contracción de la capa muscular longitudinal del uréter y de esta manera su luz es obstruida activamente por la contracción de sus paredes, y es posi-

ble que dicha contracción incurve o angule el uréter intramural sobre el músculo vesical, comprobando de esta manera que cualquier alteración que actúe sobre las condiciones normales anatómicas o funcionales de los elementos que intervienen en el mecanismo valvular se opone al reflujo, dando lugar a su aparición, tal como ocurrió en las patologías que afectaron el uréter terminal en algunos de los siguientes casos que pasamos a enumerar.

### Caso Nº 1. J. V.

Diagnóstico: piouronefrosis derecha por estenosis de uréter inferior.

Reimplante vesicoureteral, complicación al octavo día, fístula de ureterocutánea.

Segunda intervención: nefroureterectomía total por fracaso de la cirugía plástica reparadora.

### Caso Nº 2. Historia clínica 91169.

Diagnóstico: ureterocele izquierdo: examen radiográfico y citoscópico revelan ureterocele gigante.

Primera intervención quirúrgica: 17/1/73. Cistostomía suprapúbica (resección del ureterocele según técnica conocida).

Alta: 16/1/73.

Reingreso de la paciente: 3/5/77, con diagnóstico de pielonefritis izquierda con cólico renal y diagnóstico de estenosis de uréter terminal con reflujo vesicoureteral izquierdo, según estudios realizados (urografías excretoras y ureterocistografía).

Segunda intervención quirúrgica: 11/5/77, cistostomía, se comprueba estenosis de meato uretérico y dificultad en la eyaculación, por consiguiente se realiza la plástica reparadora previa disección del uréter hasta el límite con la zona sana ureteral, técnica de Politano-Leadbetter modificada.

Control posoperatorio: urografía y cistografía: s/p., excepto leve reflujo.

### Caso Nº 3. H. B., 23 años - Marzo 1970.

Diagnóstico: litiasis y tuberculosis ureteral derecha, síntomas: cólicos ureterales a repetición.

Urografía simple y excretora: dilatación ureteropielocalicial por cálculo enclavado en su porción terminal.

Parte quirúrgica: cistostomía, según técnica.

Se cateteriza el meato comprobándose un obstáculo a unos 5 cm del mismo, por cuyo motivo se decide abordar el mismo disecando la mucosa que lo rodea hasta el lugar del stop, comprobándose estenosis por fibrosis de todas las zonas infralitiásicas; reseccándose ese sector y acercando la porción de uréter sano se realiza endovesicalmente el reimplante con la técnica antirreflujo conocida pero modificada.

Informe anatomopatológico, protocolo del día 27/3/70: uréter infiltrado por un proceso fibroso cicatrizal, retráctil con disminución de la luz cavitaria y engrosamiento de su pared (T. B. C. ureteral).

Urografía de control: buena función renal y ureteral sin reflujo.

### Caso Nº 4. Historia clínica 76.787. J. R. - Sala 9, Cama 20. 22/4/71.

Diagnóstico: adenoma de próstata, divertículo vesical derecho y estenosis de uréter inferior.

Síntomas urológicos: síndrome febril-tóxico, dolor en F. I. D.: polaquiuria-nicturia y disuria con orina piúrica.

Estudios radiográficos: confirma el diagnóstico.

Parte quirúrgico: cistostomía: resección del divertículo vesical donde estaba involucrado tercio inferior del uréter, por cuyo motivo se realiza su ectomía, realizándose a continuación el reimplante según técnica plástica reparadora modificada. Se deja sonda suprapúbica.

Un mes después se realiza la segunda intervención. Adenomectomía según técnica.

Urografía de control, buena función renal y ureteral sin reflujo vesicoureteral.

**Caso Nº 5.** H. C. Historia clínica 6756.

Diagnóstico: tumor vesical.

Radiografía urográfica: falta de relleno en hemivejiga derecha con dilatación ureteral.

Cistoscopia: se comprueba igual patología radiográfica.

Parte quirúrgico: cistostomía suprapúbica: se comprueba tumoración en zona de hemivejiga derecha que involucra meato uretérico realizando la cistectomía parcial de la misma, incluyendo porción inferior de uréter, hasta el límite con zona ureteral sana se libera éste cuidando no desvitalizarlo y acercándolo luego a cavidad para su reimplante con la misma técnica empleada en los otros, pero modificada.

Control posoperatorio: la radiografía muestra buena función renal y con reimplante técnicamente bien y sin reflujo vesicoureteral.

### Comentario final

La resolución quirúrgica de los casos presentados a vuestra consideración tuvo muy en cuenta como base fundamental tres factores primordiales:

- 1) tratamiento de la infección;
- 2) respetar en lo posible los elementos nobles que condicionan el mecanismo valvular ya mencionado;
- 3) respetar los principios básicos de toda cirugía plástica reparadora.

Tratamos de evitar así, al emplear la técnica Politano-Leadbetter modificada por nosotros, no apartarnos de la técnica

antirreflujo ya reglada universalmente, siendo el resultado final en todos los casos, excepto en uno, satisfactorio, pues no tuvimos, al innovar la plástica reparadora en un tiempo quirúrgico estenosis y reflujo, ya que estudios urográficos posteriores no presentaron retracción del uréter, pues se hizo en todos ellos una buena liberación del uréter patológica, la sutura sin tracción, respetando su vascularización, y se tuvo en cuenta el nuevo curso o dirección del uréter intramural y submucoso, su longitud hasta llegar a su nuevo implante como neomeato, *sin volver al orificio primitivo anatómico*, como lo realiza Politano-Leadbetter, pues en casi todos ellos se debió reseca casi 5 cm de uréter enfermo y evitar así sutura tensa, como nos ocurrió en el primer caso, que debió resolverse ulteriormente con nefroureterectomía total, y en el tercer caso, debido a una fibrosis tuberculosa que al implantarlo en una zona un poco más alta y al centro de la pared vesical casi sobre el centro del trigono, le dio mayor soltura, flexibilidad y elongación al uréter, fabricando un túnel mixto: submucoso-muscular, ya que este sector muscular al abrazar el centímetro y medio de uréter a utilizar efectúa la función valvular lo más fisiológico posible en lo que respecta a la oclusión del nuevo meato de cada contracción muscular durante el acto miccional, especialmente por la porción muscular elegida no patológica que envuelve al uréter ubicado en plena masa muscular previamente divulsionada y no seccionada, tuvimos presente en todas las plásticas reparadoras realizadas no apartarnos al realizarlas del mecanismo valvular que le cabe a los elementos nobles (uréter detrusor y trigono), demostrada ya por los investigadores mencionados, quienes coinciden que la destrucción del primer complejo valvular no produce reflujo siempre y cuando la segunda válvula o mecanismo ureterovesical (vaina de Waldeyer y capa trigonal profunda) mantenga su competencia anatómica y funcional, haciendo lo más fisiológico posible aplicando la técnica con la modificación que empleamos, no afectando así los factores que se oponen al reflujo vesicoureteral, pues los resultados de los casos presentados son satisfactorios, tratados con la cirugía reparadora modificada por nosotros (ureterocistoneostomía), cuando, como en estos casos, el uréter resulta levemente corto para su reimplante con técnica antirreflujo.

### Bibliografía

1. Casal, J.; Guzmán, J.: "Fisiopatología del uréter terminal". S.A.U. VII Cong. de Urol., 21-194, 1962.
2. Astraldi, A.; Monserrat, S.: "Epitelioma de orificio ureteral". R. A. M., 10-16, 1941.
3. Cartelli, N.: "Fístula ureterocutac. posquirúrgica". R.A.U., 13, 61, 1948.
4. Campbell, Meredith: "Ureterocele". Journal of Urol., 45:598, 1941.
5. Castagno, E., y Grumberg, A.: "Delatación quística de uréter inferior". R.A.U., 4, 411, 1935.
6. García, A. Casal: "Dos casos de tumor de uréter". R.A.U., 16, 193, 1947.
7. Gregoir, W. A.: "L'anostomose uretero vesicale laterale". Urolog. Belg., XXV, 5, 1957.
8. Leadbetter, S. W.: "Absence of vesico ureteral of reflujo". Journal of Urol., 84, 69, 1960.
9. Marshall, V. C.: "The occurrence of endometrial tissue in the kidney". 50, 652, 1943.
10. Puigvert, A.: "La operación de Boari-Casati - Indic. y técnica". D. Urolog., 6, 104, 1954.
11. Puigvert, A.: "Cirugía de uréter inferior". VI Congreso Americano de Urol., IV, 297, 1956.
12. Zimmermann, I.: "Direct ureteromyostostomy with the sither ureter", 83, 113, 1960.
13. Kirschner, Luy: "Tec. operatoria", pág. 327, vol. VIII, 1965.
14. Mendoza, M.; Lomoro, J.: "Leiomiobroma de vejiga". R.A.U., vol. 293, 40, 1971.