

URETEROCELE. SU TRATAMIENTO POR VIA ENDOSCOPICA

Dr. Ruiz, Roque - Dr. Villamil, Antonio A. - Dr. Menéndez, Carlos - Dr. Vázquez, Arturo

Conclusión

Contando con experiencia adecuada en cirugía endoscópica, los ureteroceles pequeños o medianos deberán ser resueltos por esta vía, por la sencillez del método y la rápida recuperación posoperatoria, incluso en aquellos ureteroceles complicados por pequeñas litiasis, que fueron liberadas por el asa de corte y luego aspiradas a través de la camisa del resector. El urograma, la cistografía miccional y el examen bacteriológico y cultivo de la orina de los pacientes operados son los controles rutinarios para descartar el reflujo vesicoureteral o la persistencia de una infección urinaria. En nuestra serie de operados no hemos constatado dichas complicaciones.

Desde que Bostron, en 1884, realizara la primera descripción puntualizada de la dilatación quística de la extremidad inferior del uréter, múltiples son los autores que se ocuparon de desentrañar en la embriología su causa etiológica, así como también de intentar su clasificación, ordenar su sintomatología y complicaciones y orientar en su tratamiento. Varias son las tácticas quirúrgicas propuestas a la fecha. En su elección, algunos parámetros deberán ser tenidos en cuenta:

- Grado del ureteroceles (Schmuckler)
 - 1) Ureteroceles intermitente
 - 2) Ureteroceles intermitente ocasional
 - 3) Ureteroceles constante
 - 4) Ureteroceles prolapsado
- Repercusión en la vía excretora superior.
- Uni o bilateralidad del proceso.
- Concomitancia con otras anomalías congénitas del aparato urinario.
- Alteración de la función renal.

El examen endoscópico y el urograma excretor son los elementos de diagnóstico definitivos en el estudio de esta patología, y rara vez se necesita de otras técnicas.

Personalmente nos hemos inclinado por las intervenciones quirúrgicas por vía endoscópica. Las mismas, en manos del cirujano avezado en esta vía, han resultado muy sencillas, obteniéndose una rápida y efectiva recuperación del paciente.

Indicaciones de la vía endoscópica para ureteroceles

- Ureteroceles intermitente o constante de tamaño pequeño o mediano.

- Con función renal conservada o ligeramente alterada.
- Con moderada dilatación de la vía excretora superior.
- Lesión uni o bilateral, con las características anteriores.

Material

Empleamos resectoscopio con luz fría, óptica de gran angular y corriente de corte. Con esta corriente, la resección es más radical que con el uso de corriente de coagulación.

Anestesia

Peridural o raquídea, como es habitual en cirugía transuretral. En el caso particular del ureteroceles, este tipo de anestesia permite la colaboración del mismo paciente, que con maniobras que aumentan la presión intraabdominal, provoca una mayor propulsión del ureteroceles, facilitándose su exéresis.

Técnica

Una vez ubicado el meato ureteral, se iniciará el corte desde la pared superior del ureteroceles, hasta el meato. El mismo deberá ser rápido, pues iniciada la incisión, estalla colapsándose inmediatamente y lo suficientemente profundo, como para lograr una buena superficie de pared reseada. Generalmente un solo corte es suficiente, en especial tratándose de ureteroceles pequeños. Podrá realizarse a posteriori, la resección de los restos mucosos del ureteroceles, plegados sobre la pared vesical, especialmente cuando son de mayor tamaño. A continuación, la hemostasia por coagulación de los vasos submucosos será prolija. Normalmente no colocamos sonda vesical.

Casuística

Ureteroceles operados por vía endoscópica

| Nº de casos | Varones | Mujeres | Bilateral | Con litiasis | Promedio días internación |
|-------------|---------|---------|-----------|--------------|---------------------------|
| 14 | 10 | 4 | 3 | 3 | 3 |

Todos los casos intervenidos fueron controlados con urograma y cistografía miccional, que en ninguno mostró reflujo

vesicoureteral. Los pacientes permanecieron con la orina estéril, en el posoperatorio alejado.