

EL REFLUJO VENOSO EN LA URETROGRAFIA

Por los Dres. JOSE S. DOTTA y TOMAS DELPORTE

La uretrografía como medio de exploración urológico y auxiliar del diagnóstico, es de una importancia innegable sobre la que no es preciso detenerse. Sus indicaciones y contraindicaciones están bien establecidas, siendo el único punto en el que no hay concordancia de opiniones, el que se refiere al tipo de substancia de contraste a emplearse. En este sentido, las preferencias están divididas entre las substancias acuosas y las soluciones aceitosas de iodo, pudiéndose agregar también últimamente las soluciones de Ioduro de Na en glicerina. Esta diversidad de opiniones está basada especialmente en una serie de accidentes que pueden llegar a ser mortales en las uretrografías practicadas con las soluciones aceitosas. Es al respecto de ellos que queremos referirnos, relatando dos casos por nosotros observados, que se resolvieron favorablemente.

Observación N° 1. — R. R. 60 años, belga, viudo, jornalero, H. Cl.: 120.677 de nuestro Servicio del Hospital italiano.

Ingresa el 25-3-42. Refiere entre sus antecedentes personales haber padecido una uretritis banal a los 21 años, que curó con ciertas hierbas en 3 días. Niega blenorragia. Fracturas de costillas y traumatismo en pierna derecha.

Hace unos años, sufre un traumatismo a nivel del periné por caída a horcajadas sobre un durmiente. Se interna en un servicio de cirugía donde dice que le extrajeron un trozo de hueso (punta de coxis). Inmediatamente después del accidente queda en retención completa, por cuyo motivo se le coloca una sonda uretral a permanencia por espacio de unos 8 días. Al retirársele la sonda, tratan de colocarle otra, lo que no se consigue; después de dos punciones suprapúbicas, se le practica una cistoscopia. Aproximadamente un mes después, se le hace una uretrotomía externa y dos meses y medio después es dado de alta, a pesar de persistir dificultad en la micción. Poco tiempo después nota la aparición de un pequeño mamelón en a herida suprapúbica, por donde salen unas gotas de orina cada vez que efectúa una micción. En estas condiciones ingresa a nuestro servicio, donde se constatan los siguientes datos positivos en su estado actual.

Fístula vesical suprapúbica post-operatoria y cicatriz operatoria de perineotomía; chorro de micción delgado y de poca proyección por estrechez uretral infranqueable de a porción retro-

bulbar. Urea en sangre: 0,61 gramos por ciento. En orina, sangre y pus. Uretrografía hecha con Iodolipol al 25 por ciento: permite visualizar la uretra en toda su extensión, constatándose en la porción retrobulbar una zona estrechada, filiforme, de medio centímetro. Además se observa un reflujo venoso que se ha producido en la vena dorsal, a todo lo largo del pene. El enfermo no ha experimentado molestia alguna durante ni después de la uretrografía. Previa

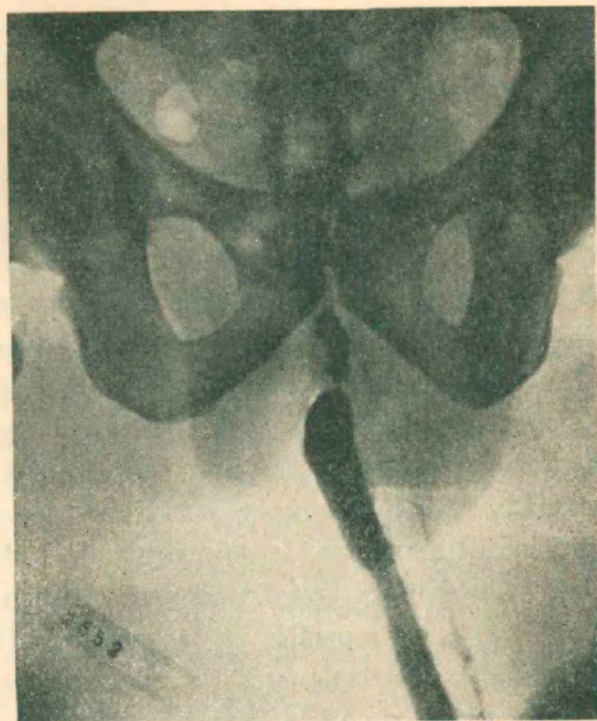


Figura 1

cistostomía se la hace resección de uretra con uretrorrafia circular y "cateterismo sin-fin". Es dado de alta al mes y medio de su internación completamente restablecido.

Observación N° 2. — N. N., argentino, casado, de 40 años de edad, concurre a nuestro consultorio privado a comienzo de este año con el cuadro de uretritis crónica, de la que había hecho una pousee aguda recientemente, y habiendo sido tratado por un colega por los métodos habituales. Al examen constatamos filamentos cortos en la segunda copa, una uretra impermeable y una próstata discretamente aumentada de tamaño, con algunos puntos sensibles. Al masaje sobre la vejiga distendida se obtiene un líquido turbio con abundantes filamentos.

Con la impresión de que se trata de una enfermedad diverticular, le proponemos una uretrografía, la que se lleva a cabo 18 días de la primera consulta, no habiéndose practicado ninguna maniobra endouretral en ese interin.

Se utilizó para ello el iodolipol al 25 por ciento diluído con una tercera parte de aceite gomenolado al 20 por ciento. La inyección se realiza con toda suavidad, como es de práctica,

sin percibirse ninguna resistencia, como de haber sido vencido el esfínter externo. Habiendo inyectado hasta 15 c. c., se hace la descarga de rayos, continuando hasta los 20 c. c.

El primer hecho que nos llama la atención, fué que al retirar la jeringa, no haya refluído el líquido sobrante de la uretra anterior, como debe suceder, notándose sólo una pequeña gota sanguinolenta. Con esta duda, revelamos inmediatamente la película, y en el

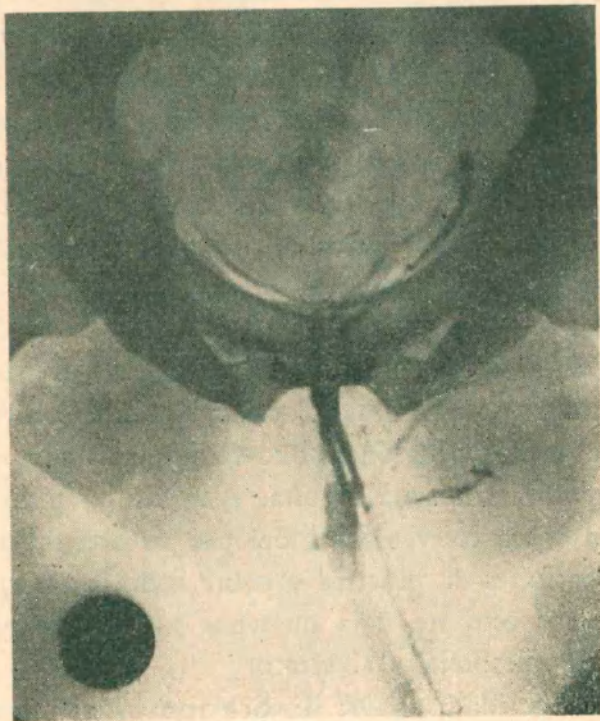


Figura 2

interin, el enfermo empieza a sentir una sensación de mareo como si fuera a desvanecerse, tos espasmódica, con pulso tenso, rítmico y de una frecuencia de 90 por minuto. Se le administra un cardiazol efedrina intramuscular y a los pocos minutos el enfermo se siente mejor, retirándose de nuestro consultorio a la media hora de haber hecho la radiografía, habiendo desaparecido la sensación de mareo y persistiendo un poco de tos: se le ordena reposo absoluto. A la auscultación en ese momento, no se encontró nada de anormal, no acusó dolores o puntadas torácicas ni sintió gusto a gomenol en la boca —debemos recordar que la substancia de contraste la diluímos en aceite gomelado.

La radiografía nos muestra un reflujo venoso impresionante, que toma las venas del pene hasta las venas de la pelvis; no ha pasado substancia de contraste en uretra posterior.

Es fácil imaginar nuestra preocupación durante varios días después del accidente y sobre todo en esa misma tarde estando a la expectativa de cosas más serias. Sin embargo, nada sucede hasta las 24 horas, en que le sobreviene un escalofrío acompañado con temperatura a 40° y fenómenos de cistitis. Por ese motivo nos consulta nuevamente, relatándonos que la misma noche de la uretrografía, le sobreviene estando en la calle, una brusca crisis de llanto, que le

obliga a regresar rápidamente a su casa. Al referir este hecho, el enfermo manifiesta que sin sentir dolor, preocupaciones o malestar de ninguna índole, sintió un imperioso deseo de llorar, irresistible e inexplicable, que desapareció después de hacerlo desconsoladamente durante media hora.

Para tratar ese episodio, febril, administramos urotropina endovenosa y además supositorios descongestivos para los fenómenos vesicales. Al tercer día ha entrado en orden, habiendo desaparecido sus fenómenos de tenesmo, con aclaramiento de sus orinas. Hasta la fecha el paciente se halla perfectamente bien.

El reflujo venoso en la uretrografía ha ocupado la atención de muchos autores. Hortolemei y Katz Galatzi, refieren una observación, en la que emplearon el Thorotrast, sin que se produjeran accidentes; relatan este caso para basar su opinión contraria al uso de sustancias aceitosas y preconizando la solución de Uroselectan al 30 por ciento. Estos mismos A. A., citan el caso publicado por Langer, análogo a nuestra primera observación y que fuera interpretado como una uretra doble.

Chevassu ha publicado un caso similar en el que se produjo una embolia pulmonar que felizmente cura. Franck, comunica una observación en la que el reflujo se produce hacia las regiones coxo-femorales y sacro-lumbares, sin que el enfermo experimentara molestia alguna. A pesar de todo esto, Chavassu y Heitz-Boyer insisten en la conveniencia del uso de aceites iodados, rodeándose de todas las preocupaciones de práctica y sobre todo, aconsejando hacerlo bajo el control radioscópico; esto no deja de tener sus inconvenientes técnicos, ya que se necesitan equipos especiales al efecto.

En esta misma Sociedad, el Dr. T. Schiappapietra, el año p. p. presentó un caso desgraciadamente mortal, en el que el aceite iodado se halló radiográficamente diseminado por varios órganos.

En nuestra primera observación, el accidente pasa por completo desapercibido, no así en la segunda, donde se producen sensación de mareo y tos, inmediatamente después de la uretrografía. Dado que la auscultación pulmonar fuera negativa, que no hubieran dolores torácicos y que el enfermo no sintió gusto a gomenol en la boca, creemos que este síntoma —la tos—, no haya sido debido a una embolia pulmonar, sino a fenómenos de excitación central. Lo mismo podríamos decir de esa crisis de llanto, accidente raro y que no hemos visto citado en ninguna observación.

¿Por qué en determinadas ocasiones al extravasarse en las venas la sustancia de contraste aceitosa, sobrevienen accidentes mortales y en otros no? Es posible que la cantidad de líquido extravasado constituya el factor más importante.

Creemos que dados estos accidentes posibles de suceder, deje de ser un medio de exploración inócua, como deben ser todos los métodos auxiliares de diagnóstico "primum non nocere" y que por lo tanto, debe restringirse el uso

de las aceitosas solamente a los casos en que las condiciones de la mucosa uretral no favorezcan la producción de ellos, como son por ejemplo: las mucosas traumatizadas por exámenes instrumentales previos, los procesos inflamatorios, las estrecheces, etc.

Para alejarnos de estos peligros, hemos comenzado a usar la solución de Nitasom y suero gelatinado al 10 por ciento en partes iguales, cuyo paso a la circulación venosa no significa ningún riesgo para el enfermo: la densidad de las sombras obtenidas satisfacen ampliamente.