

MEGAURETER. ANASTOMOSIS PIELO- URETERAL CON ASA EXCLUIDA

Por los Dres. A. E. GARCIA y A. ROCCHI

Presentamos a consideración de esta Sociedad el relato de un caso de megauréter congénito, afección que por su relativa rareza, así como por la conducta quirúrgica que impuso, seguida de recuperación anatómica y funcional satisfactoria, creemos de interés hacer conocer.

A. L. de C., historia clínica nº 10.917, de 38 años de edad, española, casada, con antecedentes hereditarios sin importancia y en cuyos antecedentes personales, aparte de las erupciones propias de la infancia, encontramos una larga historia de padecimientos localizados en región lumbar, flanco y fosa iliaca derecha. Hace 16 años fué apendicectomizada, dos años más tarde es operada nuevamente efectuándosele una colecistectomía sin poderse obtener detalles acerca de estas intervenciones.

Enfermedad actual. El origen aparente de su enfermedad actual se remonta al mes de julio de 1945, siete días antes de su ingreso a este Hospital, fecha en que presenta un cólico nefrítico típico del lado derecho con fiebre, vómitos y que cede al cabo de 6 días de tratamiento médico.

Ingresa al Servicio de Urología del Hospital Español con el siguiente estado actual:

Enferma desnutrida, afebril. El examen clínico general no revela nada de particular.

La exploración de su aparato urinario acusa una puñopercusión derecha muy dolorosa. Micción espontánea de 50 cc. de orinas turbias.

Los exámenes de laboratorio dan las siguientes cifras: azoemia: 0,25 ‰; glucemia: 0,90 por mil.

Recuento globular y fórmula leucocitaria: Hematías 4.500.000 Hb. 85 ‰. Leucocitos 8400 (Neutr. 79 ‰, linfoc. 20 ‰).

Orina: Reacción ácida, densidad 1022, sedimento escaso con células epiteliales, regular número de leucocitos y hematías, micro-organismos.

Como es de práctica en nuestro Servicio, se le efectúa una radiografía simple de árbol urinario y urografía excretoria; esta última permite observar una torsión de la primera parte

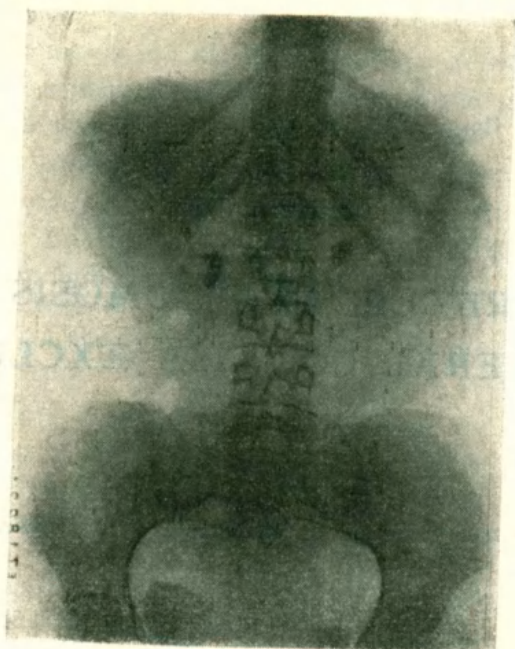


Figura 1
Urografía excretoria.



Figura 2
Ureteropielografía derecha.

del uréter y una discreta ectasia por encima de la misma, imagen reproducida en la fig. 1.

Endoscopia: Mucosa vesical ligeramente congestiva, meatos ureterales normales. Se cateteriza el uréter derecho obteniéndose una ureteropielografía de relleno (fig. 2), que nos muestra un conducto dilatado y alargado con numerosas acodaduras. En otra sesión se obtiene la del lado izquierdo (fig. 3) con las características del derecho aunque no tan acentuadas.

Con diagnóstico de magauréter congénito es intervenida el 20/VIII.

Anestesia: Peridural (novocaína 0,50 grs., pantocaína 0,05 grs.). Incisión anatómica

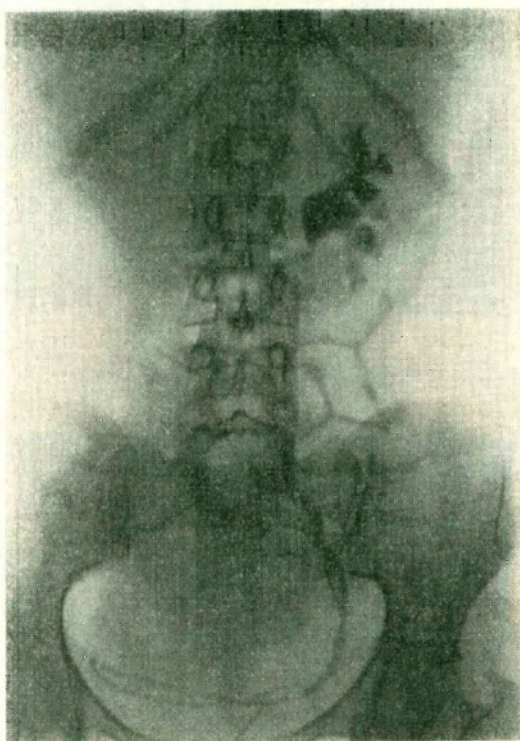


Figura 3
Ureteropielografía izquierda.

de Eckehorn que permite abordar un riñón de caracteres normales y visualizar el uréter correspondiente en casi toda su extensión, adoptando la forma observada en la ureteropielografía e ilustrada en la figura 4, dilatado en algunos segmentos hasta el grosor de un dedo y con numerosas plegaduras fijadas por adherencias. Efectuada una prolija ureteropielolisis, el conducto reduce su diámetro hasta casi sus límites normales pero conserva una longitud extremada que impide colocar el riñón en su lecho sin reproducir las angulaciones de la vía excretoria. Por medio de una incisión longitudinal en parte superior del uréter y otra en la pelvis renal, colocando dos puntos de sostén de catgut en los ángulos, y suturando a punto pasado con catgut simple N° 00 en un solo plano, se hace una anastomosis pielo-ureteral dejando un asa

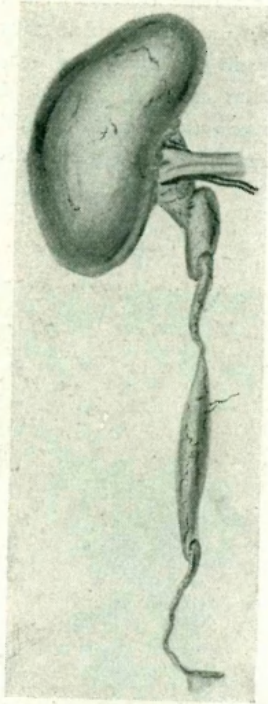


Figura 4

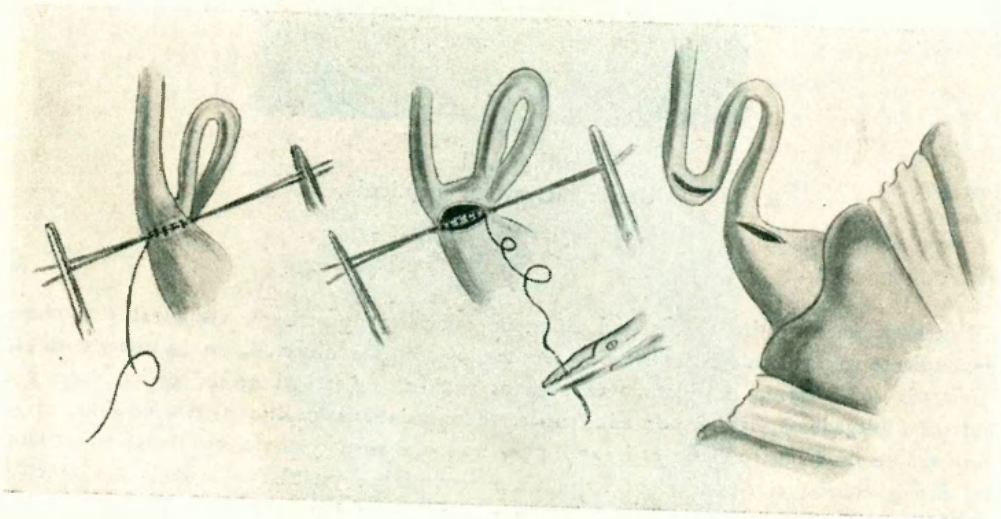


Figura 5

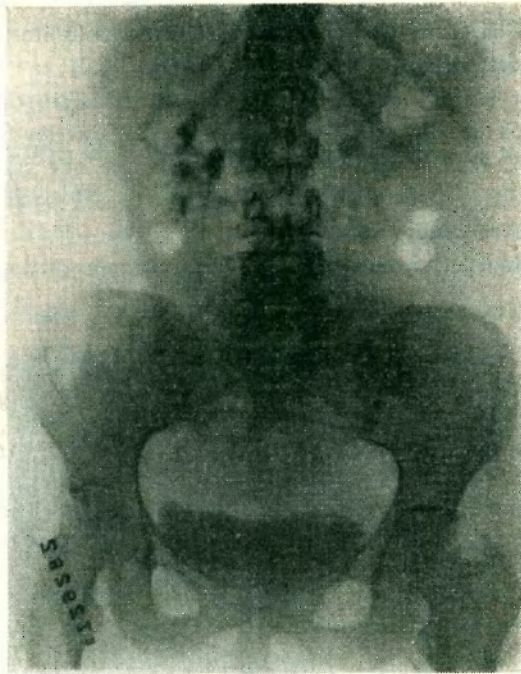


Figura 6
Urografia excretoria (control).

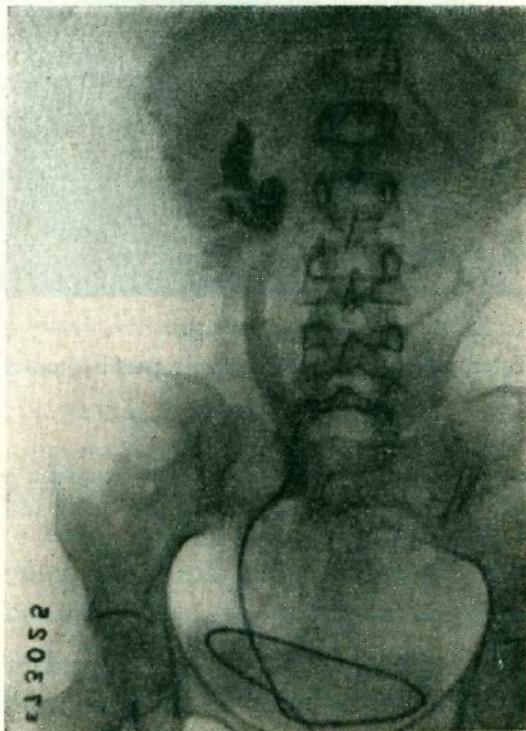


Figura 7
Ureteropielografía retrógrada. (control).

ureteral excluida de unos 12 cms. de longitud, de acuerdo a lo ilustrado en la lámina Nº 5.

Cierre por planos, drenaje de rubber.

El postoperatorio de la enferma es perfectamente normal, se aclaran sus crinas y desaparecen sus dolores. Es dada de alta el 13-IX-1945. El día anterior a su salida se le hace una endoscopia con prueba del carmín de indigo, comprobándose que elimina a los 4 minutos en el lado izquierdo y a los 5 en el derecho, eyaculaciones cada 30 segundos con buena proyección e intensidad de colorante en ambos lados.

Los controles radiológicos efectuados después de un mes. permiten comprobar un resul-

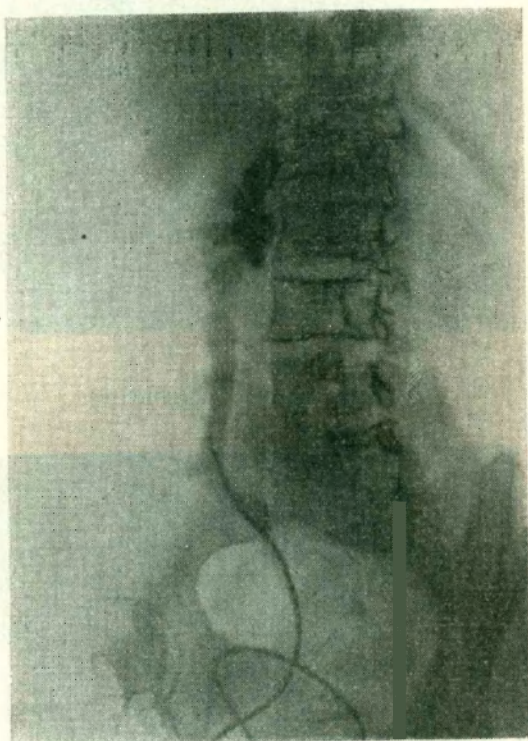


Figura 7 (bis)
Ureteropielografía retrógrada de perfil (control).

tado anatómico y funcional excelente. Reproducimos la urografía excretoria (fig. 6) y la ureteropielografía retrógrada de frente y oblicua (fig. 7). estas últimas permiten apreciar el nivel de la anastomosis y la imagen del asa muerta.

COMENTARIOS

Los autores que se han ocupado del tema coinciden en afirmar que el megauréter congénito o dilatación primaria del uréter, llamado así en contraposición a la dilatación secundaria a procesos infecciosos u obstructivos, es una afección sumamente rara, difícilmente individualizable en el vivo.

Pasaremos por alto las teorías de todos conocidas, que como para las dilataciones congénitas de otros órganos tubulares del organismo (esófago, colon), tratan de explicar su etiología.

Queremos recordar el hecho de que la patología secundaria de esta afección está condicionada casi siempre por el reflujo con la infección consiguiente de la parte alta del tracto urinario. En nuestro caso, los exámenes practicados demostraron la continencia de la desembocadura ureteral en la vejiga, dominando la sintomatología el cuadro doloroso y la infección, resultados ambos de la ectasia a nivel de las acodaduras ureterales. Solucionada la primera parte del problema en el acto operatorio por la lisis de las adherencias ureterales, quedaba a resolver el planteado por la longitud del conducto en relación al trayecto a recorrer. Conociendo la fisiopatología de la vía excretoria, coincidimos con los hallazgos de otros autores, acerca del fracaso de las secciones ureterales seguidas de rafia. Así Alksne dice que la sección transversal de sólo un tercio del conducto es capaz de alterar gravemente la dinámica del mismo; Marión experimentando en perros a los que efectúa sección completa seguida de anastomosis inmediata corrobora el hecho y estudiando con más detalles el efecto de estas intervenciones observa detención fisiológica de la onda peristáltica a nivel de la sección, contracciones anárquicas del segmento distal, dilatación del proximal, ondas antiperistálticas, abertura a destiempo del orificio ureteral con reflujo e infección ascendente.

Por lo tanto, de acuerdo a lo que nos enseñan los trabajos de fisiopatología y los resultados de la experiencia quirúrgica de otros autores, mantendremos el postulado de asegurar en todos los casos la integridad del uréter en la cirugía del mismo evitando las secciones completas e incompletas del mismo con el objeto de no interrumpir la marcha armónica del estímulo neuromuscular en su marcha desde el cáliz hasta la vejiga. En nuestro caso creemos haberlo conseguido proporcionando evacuación a la orina por medio de la anastomosis pieloureteral y dejando un asa ureteral de unos 12 cms. de longitud como puente de pasaje de la onda peristáltica. No podemos asegurar que en un futuro más o menos próximo este segmento ureteral no llegue a la atrofia y esclerosis provocando una verdadera sección fisiológica a ese nivel, pero insistimos en que el tiempo de dos años que lleva de intervenida la enferma, lapso que hemos creído conveniente dejar pasar antes de hablar de los resultados de esta operación, durante los cuales no ha tenido más molestias, ha mejorado visiblemente su estado general, demostrando buena quinesia de su sistema excretor por medio de las pruebas de índigo carmín y los controles radiológicos, nos autorizan a afirmar que los resultados obtenidos son halagadores.

Periódicamente efectuamos nuevo control de la paciente, que no pierde

contacto con nuestro Servicio, de modo que tendremos el agrado de comunicar a esta Sociedad la evolución posterior de este caso.

DISCUSIÓN

Sr. Presidente Dr. Trabucco. — *Yo le preguntaría al Dr. García si no podría ser suficiente explicación para la cesación del dolor la liberación del uréter con la sección de las terminaciones nerviosas efectuadas durante la intervención y si podría ser ése el mecanismo predominante en la curación clínica del enfermo en lugar de la anastomosis látero-lateral con el asa intacta.*

Dr. Bernardi. — *Se ha hablado de que se va a perturbar el tonismo pielo-ureteral. He visto realizar por algunos ginecólogos la sección total del uréter con abocamiento del mismo, con evolución posterior interesante, en que, por razón mecánica, se pudo solucionar todo sin ningún riesgo.*

Entiendo que en este caso, el hecho de crear una acodadura en una zona tan próxima al riñón, puede perturbar el tonismo ureteral.

En esa radiografía última que se nos mostrara, ese divertículo ha aumentado de tamaño. Sería interesante observar la evolución posterior muy alejado de esta enferma. Es evidente que la porción inferior del uréter, la lumbar y la pélvica, se ha modificado.

Entiendo que es una operación simple, tal vez un poco larga y que las cosas se hubieran podido solucionar mejor con una incisión casi total y abocamiento del uréter.

La experiencia dirá, pero creo que es una intervención novedosa, pero de cuyos resultados hay que dudar un poco.

Dr. García. — *Contestando al Dr. Trabucco, diré que es posible la pielolisis ureteral. La pielolisis simple puede modificar la dinámica del uréter y hacer desaparecer los síndromes condicionados por los obstáculos a la evacuación y por las compresiones ureterales que actúan como semi-sección fisiológica.*

La liberación del uréter puede modificar el síndrome doloroso y ese fué el móvil inicial de nuestra terapéutica. Fuimos a liberar el uréter, pero quedó otro problema: ¿qué hacer con el excedente ureteral? La fijación del uréter librado a sí mismo, puede acodarlo, puede fijarlo viciosamente y al cabo de un tiempo, llegar esas nuevas fijaciones a un vicio patológico de la evacuación o quizás a la repetición del síndrome doloroso. A nosotros se nos planteó el problema durante el acto quirúrgico, de qué hacer con el uréter.

En cuanto a lo que manifiesta el Dr. Bernardi, nosotros ya lo hacemos constar: en la urografía se ve esa asa, que más que dilatada, está superpuesta

a la imagen piélica. Además, diré que la sección del uréter se ha hecho con éxito.

El Profesor Ercole me ha hablado alguna vez de una anastomosis término-terminal del uréter, realizada con éxito. En general, todas las anastomosis término-terminales del uréter tienen éxito inmediato pero exigen control alejado.

Es evidente que la evacuación del uréter es un acto activo. Los que están familiarizados con la endoscopia, vemos cómo se prepara una eyaculación en el meato; cómo se contrae el meato, cómo se abre el meato y cómo se proyecta el meato; cómo el meato es sinérgico en su función, no ya con el meato mismo sino con el trígono vesical. Existe una acomodación total del trígono en el momento de la función. Sabemos que esa sinergia se interrumpe, que el tercio inferior del uréter tiene tono propio, que es la única porción de uréter que no pierde totalmente su tonismo y mantiene un cierto tonismo impidiendo su gran dilatación.

En todos los casos que conozco, de larga observación, el uréter después de la anastomosis término-terminal evacúa con retardo. Hay siempre un retardo vesical, una uroectasia que es una noción de cantidad y de tiempo de evacuación y esto estará siempre comprometido cuando esté interrumpida la sinergia pielo-uretérica. Pensamos no interrumpir esa sinergia y se nos abre otro interrogante: ¿cuál es el porvenir de esa asa muerta? ¿Se excluirá o no se excluirá? Si no se excluye como tal mantendrá la sinergia funcional, el tonismo y la oleada pielo-uretérica se proyectará hasta el meato ureteral. Si esa asa es excluida hace una atrofia gradual y progresiva; esa atrofia puede llegar a comprometer la continuidad de conducción de la sinergia y en un futuro alejado llegar a comportarse como una anastomosis término-terminal.

En cuanto al detalle de ejecución técnica, al tiempo empleado, le puedo asegurar al Dr. Bernardi que es lo mismo una anastomosis término-terminal que una látero-lateral y que es más fácil llevar a cabo esta operación que una pielo-urétero-anastomosis por inoculación. No lleva ni un tiempo más. Es más fácil efectuarla en la forma actual y no implica ningún inconveniente técnico.
