

## DE LA EVOLUCION DEL URETER TRASPLANTADO AL INTESTINO

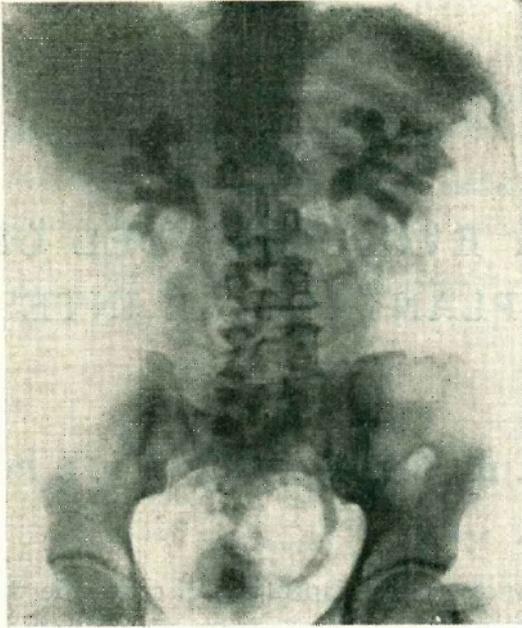
Por los Dres. R. DE SURRA CANARD y R. L. ROCCATAGLIATA

Los últimos avances en la terapéutica del cáncer de vejiga, se han obtenido gracias al mejoramiento de las técnicas de trasplante ureteral. Es indudable, que la piedra de toque de este trasplante, está representada por la manera en que se realiza la derivación de la orina. Habiendo podido seguir radiológicamente las modificaciones sufridas por la vía excretora superior, en un enfermo operado por nosotros, consideramos de interés aportar esta observación.

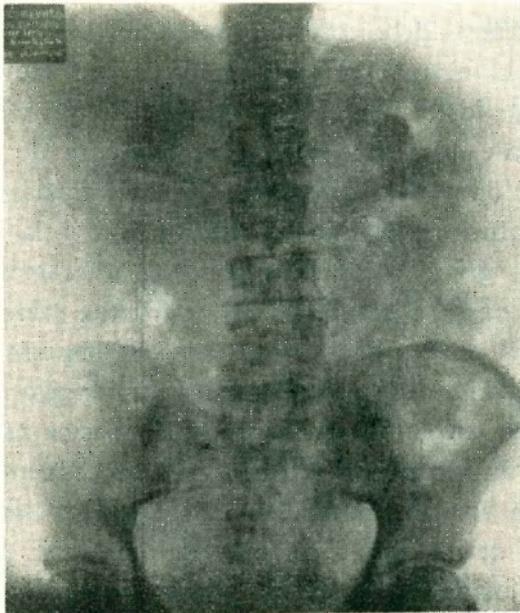
El trasplante ureteral debe considerarse como una operación plástica. Dentro de las leyes de la cirugía plástica, uno de los puntos fundamentales se refiere a la vitalidad de los tejidos. En el caso del uréter, víscera tubular animada de peristaltismo, puede admitirse que el equivalente de dicha vitalidad es el estado anátomo-funcional del conducto. Las neoplasias vesicales, llegando a cierto período de evolución, alteran la arquitectura y la función del uréter en forma manifiesta. El grado alcanzado por esta alteración anátomo-funcional, configuran, en buena parte, el resultado del trasplante ureteral. De esto se deduce, que la apreciación del estado de la vía excretora superior, reviste importancia a los efectos de la elección del procedimiento quirúrgico a seguirse. Pero, conviene destacar que hay dificultad para juzgar en forma categórica, si las alteraciones verificadas en un momento determinado, son reversibles o definitivas.

En relación con esta dificultad, el caso presente tiene interés, ya que demuestra la existencia de un amplio margen de tolerancia para optar por el trasplante colónico, aun cuando la evolución clínica y radiológica, ya evidencia apreciables modificaciones del árbol urinario superior. Desde luego, la comprobación de alteraciones consideradas irreversibles, impulsarán a que se prefiera la derivación cutánea.

## COMENTARIOS SOBRE LAS RADIOGRAFIAS

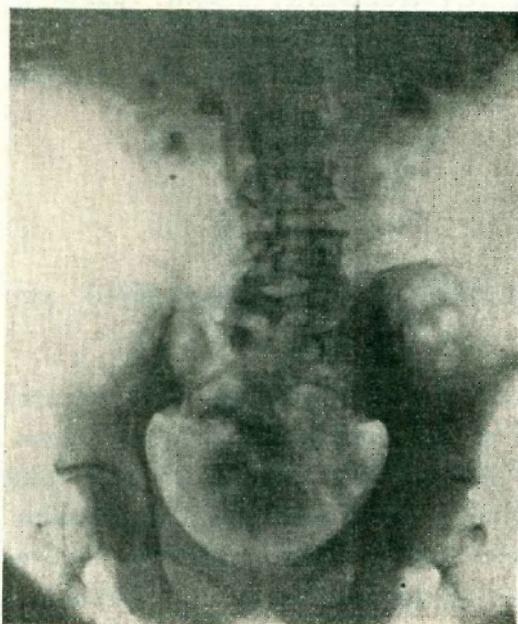


*Primera serie.* — Nueve meses antes de la operación. En la toma a los 30 minutos, se observa ectasia urétero-piello-calicial, confirmada por la visualización de la vía excretora, "in toto", en ambos lados. En la porción pelviana, los uréteres alcanzan un diámetro de 1 centímetro.



*Segunda serie.* — A los 9 meses de la urografía precedente y 15 días después de efectuado el trasplante urétero-sigmoideo extraperitoneal, del lado derecho. La película más elocuente se

obtiene a los 60 minutos. En ambos lados, el sistema pielo-calicial está aumentado en un 50% sobre el primer examen realizado 9 meses antes. Conviene señalar que el sistema pielo-calicial del lado no operado, se encuentra dilatado en la misma proporción que su adelfo. Esto significa que la ectasia del lado operado, no tiene por qué ser imputada únicamente al acto operatorio. El uréter derecho —lado operado— no se visualiza, lo que hace pensar que ya hay menor ectasia.



*Tercera serie.* — A los dos meses de la primera operación (lado derecho) y un mes de la segunda operación (lado izquierdo). En la toma a los 40 minutos, se comprueba que la vía excretora del lado derecho ha recuperado su tono, mostrando, en conjunto, que la peristáltica es más activa. El uréter del mismo lado, no se visualiza en toda su extensión, lo cual prueba que la ectasia ha disminuído. Del lado operado en último término, se establece que el riñón todavía se encuentra en un período néutro. La distensión no se ha exagerado, pero tampoco se visualizan signos de recuperación. La densidad más nítida de la sombra no puede tomarse como indicio seguro de mejor función, por cuanto no existe la seguridad de que las técnicas radiológicas hayan sido análogas.

#### CONCLUSIONES

- 1º) El trasplante urétero-intestinal, bien ejecutado, no crea un motivo de ectasia. Por el contrario, brinda la oportunidad de recuperación a una vía excretora distendida.
- 2º) En principio, toda vía excretora que recupera su peristáltica, tiene las mayores probabilidades de no sufrir las consecuencias de una infección ascendente.

- 3º) Lo expresado en el párrafo anterior explica la excelente tolerancia de la vía excretora a través del tiempo, cuando los operados son enfermos jóvenes, con sistema excretor normal, tal como ocurre en la cirugía de la extrofia de vejiga.
- 4º) Todo lo que antecede, aboga en favor de que la cirugía del cáncer de vejiga se realice precozmente, es decir, cuando aún no se ha instalado la ectasia en el árbol urinario superior.