

Hosp. Ital. Garibaldi. Serv. de Urología

Jefe: Dr. José S. Dotta.

EVOLUCION ALEJADA DE UNA URETEROCISTO- NEOSTOMIA EN UN NIÑO DE 10 AÑOS

Por los Dres. J. S. DOTTA, T. DELPORTE y A. COLOMBO

El 4 de abril de 1945 ingresa al Servicio de Cirugía Infantil del Hospital Italiano Garibaldi el niño A. V. de 10 años de edad y de quien la madre manifiesta que desde hace 3 años, poco después de una operación de peritonitis apendicular, comienza a presentar cuadro de hematuria, de tipo total, de duración variable y que se repite en varias oportunidades, habiendo sido tratado siempre con medicación sintomática. En estos últimos tiempos a la hematuria se agregan fenómenos de polaquiuria diurna y nocturna, con piuria constatada en diversos análisis y a veces temperatura con escalofrío. Al examen en el momento de su ingreso sólo es constatable un niño con discreto estado de nutrición, algo adelgazado, con puntos renales y ureterales derechos sensibles no palpándose riñones. El resto del examen no ofrece ningún dato de interés.

Análisis de orina: Sólo se constata la presencia de pus y sangre.

Hemograma: Normal.

Dosaje de úrea en sangre: Normal.

Radiografía directa: 1-III-45. Se aprecian dos pequeños núcleos densos, en proyección de la pelvis ósea, lado derecho. Sombras renales de posición y tamaño normales.

Pielografía descendente: 1-III-45 —10', 20' y 30' (Fig. N° 1). Nefroureterograma normal del lado izquierdo. Del lado derecho dilatación de cavidades renales y megauréter. Esas sombras calcificadas en pelvis ósea se superponen a la imagen ureteral.

Cistoscopia: 6-IV-45, con eternarcosis se hace el examen no apreciándose en vejiga nada anormal.

Completados los exámenes llegábamos a la conclusión de que se trataba de una estrechez del orificio ureteral derecho, responsable de toda la retrodilatación. Quedaba por aclarar si esa estrechez era debida a la presencia de cálculos enclavados en la porción terminal del uréter, por la existencia de esas sombras calcificadas; pero el tamaño de las mismas, así como su ubicación no precisamente en la porción terminal del conducto nos hacía pensar que la litiasis fuera la consecuencia y no la causa de esa dilatación, la que en cambio podía ser congénita o consecuencia del proceso peritoneal sufrido 3 años antes. Esto último tampoco nos convenía plenamente, pues era lógico deducir que en este caso, el proceso estenosante se tendría que haber producido en un segmento más alto del uréter; esta impre-

sión se confirmó a posteriori, pues en la operación no se encontró ningún proceso adherencial o de periuretritis en todo el segmento pelviano del mismo.

Operación: (10-IV-45). Con eternarcosis se hace una incisión mediana infraumbilical llegando a vejiga, la que es abierta ampliamente. Se intenta catetizar el O.U.D. lo que resulta impracticable con todo tipo de sonda, ya que teníamos el propósito de efectuar la operación de Lowsley, es decir, la incisión del orificio a través de la pared vesical y del uréter adyacente y sutura de la mucosa ureteral a la vesical. Ante la imposibilidad de realizar esta técnica, nos decidimos por realizar la uretero-cistoneostomía.

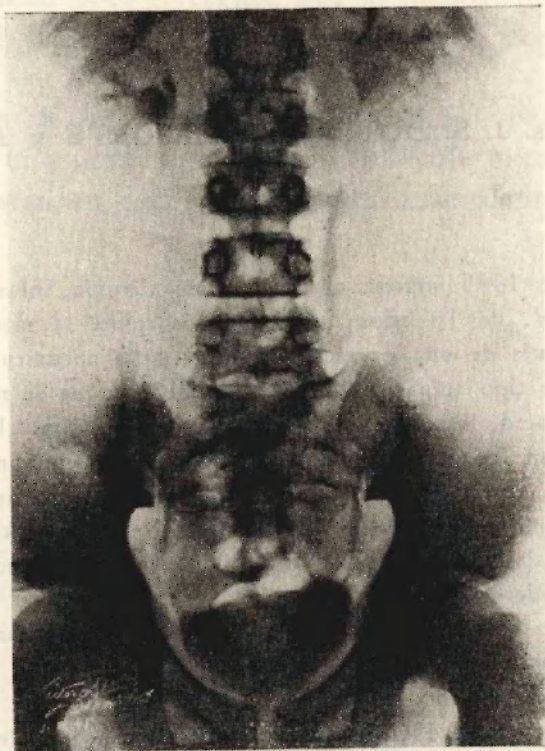


Figura 1

Se libera entonces el uréter, en la mayor longitud posible, maniobra que resulta de suma facilidad; el uréter se presenta engrosado y de paredes hipertróficas, se lo secciona entre ligaduras, en la porción más baja y se lo reimplanta en vejiga un poco por encima y por fuera del lugar original por el procedimiento de los dos colgajos, con un punto de fijación en cada uno de ellos y otro extravesical no perforante. Previamente se había explorado el uréter, primero por palpación y luego con exploradores, no encontrándose ningún cálculo a este nivel.

Se deja un drenaje de guante en las vecindades de la neoimplantación, se cierra vejiga en dos planos con sonda Pezzer. Cierre de la pared.

En el postoperatorio se produce una pequeña hematuria que persiste durante 5 días. Al 9º día se retira la sonda suprapúbica, colocando la ureteral, la que es retirada después de 12 días.

El enfermo ha sido seguido desde entonces hasta el presente. Su estado general se ha normalizado, no habiendo presentado más hematuria, aunque ha persistido una piuria que ha ido decreciendo en intensidad paulativamente.

El urograma por excreción de control hecho a los 3 meses de operado (25-VI-45)



Figura 2

fig. 2, no muestra una modificación apreciable de la dilatación; parecería más bien un poco más dilatado que el anterior con dilatación también de las vías excretoras del lado opuesto, quizás como consecuencia de una infección ascendente atribuible a las sondas. Ha sido medicado con desinfectantes urinarios habituales en forma periódica y últimamente lo vemos con un buen estado general, bien desarrollado y sin síntomas urinarios.

En un análisis de orina practicado el 28 de julio de 1948, sólo muestra escasos pirocitos y el urograma por excreción (3-VIII-48) fig. N° 3, permite apreciar una regresión prácticamente total de la ureterhidronefrosis.

El resultado tan feliz obtenido en este caso nos ha movido a traerlo ante ustedes para mostrar la evolución alejada de esta ureterohidronefrosis, que de no mediar la intervención hubiera llevado a la pérdida funcional de ese órgano.

Varios son los procedimientos utilizados para realizar esta anastomosis, habiendo sido probablemente Taufer en 1879 quien la ejecuta por primera vez.

Gayet hizo en un caso de estenosis del orificio ureteral con megaureter,



Figura 3

dilatación forzada del mismo por vía endoscópica y luego colocación en el uréter, de un grueso tubo, por vía transvesical y dejándola puesta in situ por espacio de 3 semanas el resultado relatado fué bueno, por lo menos hasta el 3er. mes, no habiendo observado reflujo vesico ureteral. Michon y Gout, aconsejan la anastomosis latero-lateral, urétero-vesical en vez de la reimplantación, usando la técnica preconizada por Krogus; ellos dicen que la creen más fisiológica. Nos permitimos no compartir esta opinión, pues consideramos que en resumen la técnica no hace más que reimplantar el uréter sin seccionarlo, dejando un peque-

ño receso, que como todos sabemos, puede ser motivo, de infecciones localizadas, cálculos, etc. Tampoco se previene con este procedimiento la producción del reflujo, pues en los casos relatados por ellos, este hecho se produjo y por último es una técnica que si no más difícil, por lo menos más laboriosa.

La implantación directa del uréter en vejiga, si bien es un procedimiento sencillo, tiene el inconveniente de reproducir la estrechez en un plazo más o menos breve.

Por ello es que hoy en día se prefieren los métodos por colgajos de 2 (Sampson) ó 4 (Lowsley) valvas que evita justamente este inconveniente, dando una mayor garantía a los resultados alejados.

Todas estas técnicas, anteriormente citadas son únicamente realizables en aquellos casos donde exista suficiente uréter como para evitar toda tracción sobre él; en caso contrario se ha aconsejado la fijación alta de vejiga (Kelly), para evitar mucha tracción, procedimiento que creemos pueda interferir en el mecanismo fisiológico de la micción, o como aquél otro que obvia este inconveniente, deslizando el riñón hacia abajo.

En los casos de pérdidas de substancia o de tratarse de un uréter muy breve, nos parece más lógico efectuar la operación de Ockerblad que la hace a expensas de un colgajo vesical, hecho en forma de tubo.

Dodson propone un procedimiento similar al de Coffey N° 2 que hace pasar el uréter oblicuamente a través de la pared vesical, dejando un catéter ureteral colocado durante una semana.

De todas maneras, con cualquier técnica que se utilice, creemos conveniente poner la vejiga en reposo por medio de una sonda Pezzer, que nos asegurará un perfecto drenaje.

El gran inconveniente de la reimplantación, es el reflujo vesico-ureteral, que se produce en la mayoría de los casos. En nuestro enfermito no controlamos este hecho radiológicamente, por tratarse de un niño rebelde a todas las maniobras instrumentales, pero aún suponiendo que este existiera, la evolución nos permite deducir que no ha tenido una influencia perniciosa sobre la recuperación de sus vías excretoras.