AÑO XXX JULIO-DICIEMBRE 1967

Universidad de Chile Facultad de Ciencias de la Salud
Nº 2
BIBLIOTECA CENTRAL
Valparaíso

REVISTA CHILENA DE UROLOGIA

Organo Oficial de la Sociedad Chilena de Urología

FUNDADA EL AÑO 1925 ——o—— PUBLICACION SEMESTRAL

Clasificador 510, Santiago de Chile

CONTENIDO

HIDATIDOSIS DEL APARATO URINARIO — ESTIMULACION ANORRECTAL DE LA VEJIGA — CISTOSTOMIA POR PUNCION — ADENOCARCINOMA DE URETRA MASCULINA — UROGRAFIA EXCRETORA DE URGENCIA — DESPLAZAMIENTO RENAL POR TUMORES DEL DUODENO — TUBERCULOSIS RENAL — CORTICOTERAPIA EN SECUELAS DE TUBERCULOSIS — NEFRECTOMIA PARCIAL — DOCENCIA EN UROLOGIA — COMENTARIO SOBRE EL XIV CONGRESO DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE UROLOGIA — CUENTA DEL SECRETARIO GENERAL DR. ROBERTO VARGAS D. — LISTA DE TRABAJOS DE LA SOCIEDAD DE UROLOGIA — ESTATUTOS DE LA SOCIEDAD.

En casos de urgencia



rápida acción espasmolítica con

Palerol

Sandoz

ampollas – grageas – supositorios

SANDOZ

Universidad de Chile Facultad de Ciencias de la Salud
BIBLIOTECA CENTRAL
Valparaíso

DOCTOR:

Para su recetario habitual, le sugerimos nuestros antibióticos de amplio espectro:

ERITROMICINA (PROPIONATO-LAURILSULFATO)

Envase de 12 cápsulas de 250 mg.

TETRACICLINA (CLORHIDRATO)

Envase de 16 cápsulas de 250 mg.

JARABE DE TETRACICLINA

Frasco de 90 cc. 125 mg. por cucharadita

CLORAMFENICOL (BOEHRINGER-MANNHEIM)

Envase de 12 cápsulas de 250 mg.

◆

LABORATORIO BENGUEREL

CASILLA 849 — SANTIAGO

Tanderal®
Geigy

Antiinflamatorio específico

Profilaxis y tratamiento
de la inflamación
y tumefacción en las
intervenciones
quirúrgicas



J. R. Geigy S.A., Basilea (Suiza)
Departamento Farmacéutico

Representantes y distribuidores en Chile:
Duncan Fox & Co. Ltd,
Sección Específicos
Casilla 103-D
Santiago de Chile

Ultraproct
pomada · supositorios

nuevo antihemorroidal
de Schering AG Berlin

Prescriba Ultraproct en cualquier enfermedad inflamatoria de la región anal por antigua y pertinaz que sea y pregunte a su paciente si Ultraproct le ha hecho efecto. Pero pregúntele enseguida, porque paciente que usa Ultraproct olvida sus molestias inmediatamente.

Consulte la dosificación, advertencias y contraindicaciones en nuestros impresos más detallados.

Berlimed



Universidad de Chile Facultad de Ciencias de la Salud
BIBLIOTECA CENTRAL
Valparaíso

primovlar 0.5

nuevo ovulistático oral

rayano en la perfección

Las excepcionales características del nuevo gestágeno norgestrel permiten emplear la mínima dosificación hormonal hasta ahora conocida. La excelente tolerancia así lograda hace que sea un ovulistático perfectamente aceptado incluso por la mayoría de las mujeres que no soportan la administración de preparados similares.

Primovlar establece así una nueva norma en la ovulistasis oral.

Envase-calendario con 21 grageas conteniendo cada una 0,5 mg de norgestrel y 0,05 mg de etinilestradiol.

Consúltese la dosificación, advertencias y contraindicaciones en nuestros impresos más detallados.

Berlimed Schering AG Berlin







GENTALYN*

INYECTABLE

(SULFATO DE GENTAMICINA)

**EL PRIMER ANTIBIOTICO
DE AMPLIO ESPECTRO
CONTRA "PATOGENOS DIFICILES"**

La actividad bactericida **in vivo** de Gentamicina contra un amplio espectro de microorganismos tanto grampositivos como gramnegativos clasifica sin duda este producto como un **antibiótico de amplio espectro** y de "Elección" para el tratamiento de infecciones bacterianas graves.

EL UNICO ANTIBIOTICO QUE ELIMINA LAS "BACTERIAS PROBLEMA" CONTRA LAS CUALES OTROS ANTIMICROBIANOS RESULTAN INEFICACES.

GENTALYN Inyectable, recientemente obtenido en los laboratorios de investigación de SCHERING CORPORATION, es diferente de los demás agentes antimicrobianos de amplio espectro actualmente en uso. Además de ser sumamente activo contra una variedad de microorganismos grampositivos, incluyendo cepas de estafilococos resistentes a otros antibióticos, Gentalyn Inyectable ha demostrado que tiene una gran especificidad contra microorganismos gramnegatvios tales como: Seudomonas, Proteus, Escherichia coli y Aerobacter - Klebsiella.

DOSIFICACION MEDIA:

Infecciones de las vías Urinarias 1 mg/kg de peso como dosis total diaria, esta dosis deberá fraccionarse dos veces al día. En infecciones generales la dosis es de 2 mg/kg de peso.

PRESENTACION:

Frasco ampolla de 2 cc conteniendo 40 mg/cc.

SCHERING COMPAÑIA LIMITADA
CAMINO MELIPILLA 7073 — CASILLA 4093 — FONO 572027 — SANTIAGO

* Marca Registrada.

un
antibiótico
que toma el
Factor Humano
en consideración



Descuido del Paciente:
34 a 62% de los pacientes propenden
a cometer errores posológicos[1-4]

una cápsula por la mañana • una cápsula por la tarde

LEDERMICINA*300
Demetilclortetraciclina Lederle
Cápsulas de 300 mg

El paciente es el 'otro factor' del tratamiento—su capacidad de recuperación, su cooperación y sumisión a la terapéutica. Es un hecho frecuentemente comprobado en práctica que muchos pacientes—34 a 62% de acuerdo con los estudios [1-4]—no obedecen los regímenes de medicación que se les han prescrito.
Hay un antibiótico que toma el factor humano en consideración. Su efecto terapéutico sostenido, derivado de su farmacología única, permite obviar las dosis del mediodía y de la medianoche que suelen pasarse por alto—e inclusive mantener niveles terapéuticos por 1 ó 2 días después de suspendida su administración. Para el paciente olvidadizo, ofrece un sencillo régimen posológico con sólo una dosis por la mañana y otra al anochecer que proveen plena y continua actividad terapéutica durante las 24 horas del día.
■ elimina el problema creado por olvido de las dosis del mediodía y de la medianoche ■ permite al paciente disfrutar de reposo nocturno ininterrumpido ■ mantiene su eficacia antibacteriana por 24 a 48 horas después de la última dosis ■ contribuye a proteger al paciente que discontinúa demasiado pronto el tratamiento

Referencias: 1. Schwartz, D. y col.: *Amer. J. Public Health* 52:2018-2029 (Dic.) 1962. 2. Dixon, W. D. y col.: *Lancet* 11:871-872 (2 de Nov.) 1957. 3. Curtis, E. B.: *Nurs. Outlook* 9:290-291 (mayo) 1961. 4. Mohler, D. N. y col.: *New Engl. J. Med.* 252:1116-1119 (30 de junio) 1955. *Marca de fábrica

LEDERLE LABORATORIES • A DIVISION OF CYANAMID INTER-AMERICAN CORPORATION CYANAMID

REVISTA CHILENA DE UROLOGIA

Director: Dr. Eduardo Tallman Valenzuela.

Comité de redacción: Drs. Raúl Castro Varela (Hosp. del Salvador); Félix Cantín B. (Hosp. San Juan de Dios); Egidio Gutiérrez S. M. (Hosp. San Borja); Raúl Valdebenito (Hosp. Barros Luco); Roberto Vargas y Benjamín Tallman (Hosp. J. J. Aguirre).

Dirección Postal: Clasificador 510, Santiago, Chile.

Dirección para Canje: Biblioteca Central de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Casilla 6577, Santiago, Chile.

Valor de ejemplares atrasados: 15 escudos (US$ 2). *Suscripción:* US$ 6.

AÑO XXX **JULIO-DICIEMBRE 1967** **Nº 2**

INDICE

Hidatidosis del aparato urinario. Experiencia de 15 años en Servicio de Urología.—Drs. Eduardo Tallman V. y Benjamín Tallman V. 91

Estimulación anorrectal de la vejiga: inhibición del detrusor.—Drs. Eduardo Tallman, Fernando Bustamante y Benjamín Tallman 97

Cistostomia por punción.—Dr. Hugo Sierra Lange 99

Cistostomía por punción o también llamada talla económica.—Prof. Dr. González Mac-Olivier y Dr. Carlos Salazar Jiménez 108

Adenocarcinoma de uretra masculina. (Caso clínico).—Drs. Raúl Valdevenito G. y Guillermo Mac Millan S., Prof. Ismael Mena 114

Urografía excretora de urgencia.—Drs. E. Silva Inzunza y R. Bustos Morales 115

Desplazamiento renal por tumor del duodeno.—Drs. José Bisquertt T., Benjamín Tallman V., Néstor Flores y Abel Ubilla L. 119

Tuberculosis renal.—Prof. Dr. R. Vargas Zalazar y Drs. Fernando Vargas Delaunoy y Ronald Huidobro 123

Corticoterapias en secuelas de tuberculosis urinaria. (Comunicación preliminar).— Dr. Guillermo Mac Millan Soto 127

Nefrectomía parcial.—Drs. Pedro Gigoux Mac Crea y Ricardo Bustos Morales 129

Docencia en urología. Enseñanza de especialistas.—Dr. Eduardo Tallman 133

Docencia en urología. Conclusiones de la Mesa Redonda del Congreso Americano de Urología en Caracas, Diciembre de 1967.—Prof. Dr. Roberto Vargas Zalazar 136

Necrología 139

Comentarios sobre el XIV Congreso de la Sociedad Internacional de Urología.—Prof. Oscar Correa y Dr. Luis Hidalgo 140

Cuenta del Secretario General Dr. Roberto Vargas Delaunoy - 1967 149

Lista de trabajos de la Sociedad Chilena de Urología 152

Estatutos de la Sociedad Chilena de Urología. Modificación de los Estatutos y Reglamentos de la Sociedad Chilena de Urología 154

REGLAMENTO PARA LA PUBLICACION DE TRABAJOS EN LA REVISTA CHILENA DE UROLOGIA

1.—Se publicarán los trabajos que hayan sido leídos en sesión de la Sociedad Chilena de Urología y aquéllos que autorice el Directorio,

2.—Los trabajos deberán ser inéditos.

3.—Los trabajos se clasificarán en: 1) De conjunto, estadístico o experiencia clínica; 2) Experimentales o de investigación; 3) De casuística, que se refiera a uno o pocos casos.

La extensión máxima de los dos primeros será de 8 carillas oficio a doble espacio y la del tercer grupo, de 4 carillas. En ellas se incluirán: el título, el nombre de los autores y del Servicio, tablas, fotos, dibujos y bibliografía. Para la publicación de Relatos a Jornadas o Congresos los autores podrán disponer de un máximo de 20 carillas.

El excedente de lo estipulado será de cargo de los autores o de la Sociedad, cuando lo autorice el Directorio.

4.—Los dibujos y las gráficas deberán ser hechos con tinta china y en cartulina blanca. Las fotografías deberán ser positivas y de buen contraste, de preferencia de 9 x 12 cm. y debidamente numeradas al reverso indicando además el trabajo y la página a que pertenecen.

5.—Los sumarios deberán ser breves y vertidos también a otro idioma inglés o francés. La traducción podrá ser hecha por la Dirección de la Revista, con cargo al autor.

6.—La bibliografía deberá ser citada en el texto del trabajo con un número entre paréntesis, que corresponda al de orden alfabético de los autores citados. No deberá agregarse la bibliografía no citada en el texto. Para la bibliografía se recomienda la siguiente forma: nombre del autor, con punto seguido, título del trabajo, también con punto seguido, después de la referencia del mismo.

7.—La discusión extractada del trabajo, entregada por el Secretario Anual, se publicará a continuación del texto de él.

8.—La Dirección de la Revista colocará un asterisco junto al título cuando estime conveniente indicar la sesión a la que fue presentado o para agregar alguna otra referencia que se estime de interés.

9.—El autor que desee apartados de su trabajo deberá solicitarlo por escrito en el momento de entregarlo para publicación.

10.—Un ejemplar completo del trabajo deberá ser entregado al Secretario de la Sociedad en el momento de solicitar su publicación en la tabla de Sesiones o en el momento de ser presentado a la Sociedad.

11.—El atraso en la entrega del trabajo hará perder el orden cronológico en la Revista y la Redacción queda autorizada para fijar la fecha de su publicación.

DIRECTORIO DE LA SOCIEDAD CHILENA DE UROLOGIA 1967

Presidente: Prof. Dr. Raúl Dell'Oro Serra.
Vicepresidentes: Drs. Egidio Gutiérrez San Martín y Eduardo Tallman Valenzuela.
Secretario General: Dr. Roberto Vargas Delaunoy.
Tesorero: Dr. Guillermo Sohrens Alvarado.
Secretarios Anuales: Drs. Antonio Salas y Félix Cantín Bozzo.
Directores: Drs. Oscar Correa Fuenzalida, Félix Cantín Castillo y Raúl Castro Varela.

SOCIOS FUNDADORES

Abud Pérez, Eduardo (*)
Aguirre Armijo, Carlos (*)
Baltra González, Roberto
Bisquertt Cea, José Luis
Casarino, Faustina
Coutts B., Waldemar E. (*)
Díaz Muñoz, Ignacio (*)
Donoso Barthet, Oscar (*)
González Mac O., Roberto
Ibarra Loring, Eduardo (*)
Lois Fraga, Arturo (*)
Lobo Onell, Carlos (*)
Moore M., Eduardo (*)
Santapau S., Omar (*)
Sommer P., Waldemar (*)
Vicuña Monardes, Hugo - Arrieta 698, 6º piso, Cerro Castillo — Viña.

(*) Fallecidos.

SOCIOS TITULARES

Abud Pérez, Guillermo. Vaticano 4250, Santiago.
Ariztía Montt, Raimundo. García Moreno 2125.
Avilés, Caupolicán. San Antonio 418, Depto. 402, Stgo.

Baeza Herrera, Hernán. Casilla 1782, Concepción.
Bisquertt Torres, José. Huérfanos 1178, Santiago.
Bulnes Cerda, Raúl. Moneda 611, Depto. 41, Stgo.
Burgos Farías, Pedro. Diagonal Oriente 4770, Stgo.
Bustamante E., Bertín. Sto. Domingo 2443, Santiago.
Bustamante Bozzo, Fernando.

Calvo Muñoz, José. Hospital Viña del Mar.
Cantín Castillo, Félix. Pío Nono 223, Santiago.
Cantín Bozzo, Félix. R. Carlos Casanueva 0208. Dep. 23.
Castillo Bustamante, Luis. Casilla 324, Los Angeles.
Castro Vergara, Oscar. Troncos Viejos 2253, Stgo.
Castro Varela, Raúl. Hosp. del Salvador, Santiago.
Cave, Federico. R. Eguiguren 813, Santiago.
Cerutti B., Eduardo. Bulnes 243, Punta Arenas.
Cifuentes Toro, Mario. Av. Brown Norte 795, Stgo.
Concha Melo, Héctor. Av. Providencia 1232, Departamento C. Santiago.
Correa Fuenzalida, Oscar. Alte. Pastene 300, Stgo.
Corvalán Rocco, Luis. Lira 73, Santiago.

Dagnino Mac-Donald, Vte. Casilla 30, Viña.
Dell'Oro Serra, Raúl. Av. Bustos 2585. Santiago.
Donoso Castro, Luis. Av. Providencia 545, Santiago.

Echiburú L., Tomás. M. Torres Boonen 571, Stgo.

Escobar Muller, Juan. Hospital Regional Temuco.
Espinoza García, Aníbal. Casilla 843, Valdivia.
Figueroa Body, Ernesto. Casilla 3810, Valparaíso.
Figueroa Stoeckel, Luis. Santa Rosa 279, Santiago.

Gallegos Morales, Omar. Bulnes 547, Concepción.
Gaona Vega, Enrique. Hospital. Casilla 541, Temuco.
Giacamán G., José. Salvador Donoso 146, Valparaíso.
Gomá Rodríguez, César. Merced 84, Depto 3, Stgo.
Gigoux Mac Crea, Pedro. Los Copihues 2841.
Grosser Cortés, Guillermo. Victoria.
Gutiérrez S. M., Egidio. Pdte. J. A. Ríos 33, Departamento 22, Santiago.

Hederra Donoso, Ramón. Andacollo 2136, Santiago.
Hidalgo Cortés, Luis. Lautaro 670, Santiago.
Hidalgo Carmona, Fernando. Dinamarca 1576.
Hidalgo Rojas, Alvaro.
Hinostroza F., Juan. Av. Andrés Bello 1135.

Iturra Pacheco, Alfredo. Hospital San Borja, Stgo.

Jara Michael, Omar. Beauchef 222, Valparaíso.

Lecaros Matte, Raúl. Hosp. J. J. Aguirre, Santiago.
Lira Valencia, Augusto. R. A. Jara 450, Santiago.
López Vitta, Gastón. 8 Norte 930, Viña del Mar.
López Mac Cave, Alfonso. Brasil 1768, Valparaíso.

Mac Millan Soto, Guillermo. Orión 18, Viña Alto.

Marchant M., Alejandro. San Isidro 672, Santiago.
Mery S, Jorge, Marcoleta 367.
Morey Lorca, Antonio. Ant. Varas 248, Santiago.
Muñoz Borges, Carlos. República 83, Viña
Muñoz Burgos, Néstor. General del Canto 64, Stgo.

Olmedo Cruz, Roberto. Rosa Eguiguren 813, Depto. 73. Santiago.
Orrego Concha, Luis, Casilla 412, Viña del Mar.

Pacheco Díaz, Luis. Casilla 1530. Santiago.
Palma Fürlt, Raúl. Colón 2408, Valparaíso.
Pesqueira O., Jesús. Chapultepec 5536, Stgo.

Rioseco González, Eduardo. Hosp. Clínico, Concepción.
Rojas Narváez, Ricardo. Matucana 1319, Santiago.

Sabioncello S., Beno. Phillips 16, Santiago.
Salas, Antonio. Villaseca 1003-J, Santiago.
Schachtebeck Yávar, Carlos. Bandera 789, Santiago.
Salazar Jiménez, Carlos. 4 Oriente 985, Talca.
Sierralta Escola, Raúl. Hospital, Iquique.
Silva Inzunza, Edna. Av. Vitacura 565, Santiago
Soehrens, Guillermo. Av. Grecia 1996, Santiago.

Tallman Valenzuela, Benjamín. Casilla 6104, Stgo
Tallman Valenzuela, Eduardo. Casilla 6104, Stgo
Tallman Villalón, Eduardo. Casilla 920, Valdivia

Undurraga M., Emilio.

Valdebenito G., Raúl. Av. Bulnes 216, Stgo.
Vargas Delaunoy, Fernando. Av. Los Leones 133.
Vargas Delaunoy, Roberto, Av. Los Laureles 1319.
Vargas Molinare, Alberto. Valenzuela Castillo Santiago.
Vargas Zalazar, Roberto. Av. Los Leones 082.
Vergara von Blessing, Erna. Hospital San Borj

Wilkens von S., Johannes. Hosp. Del Salvador.

Ziede, Edmundo. Casilla 834, Antofagasta.

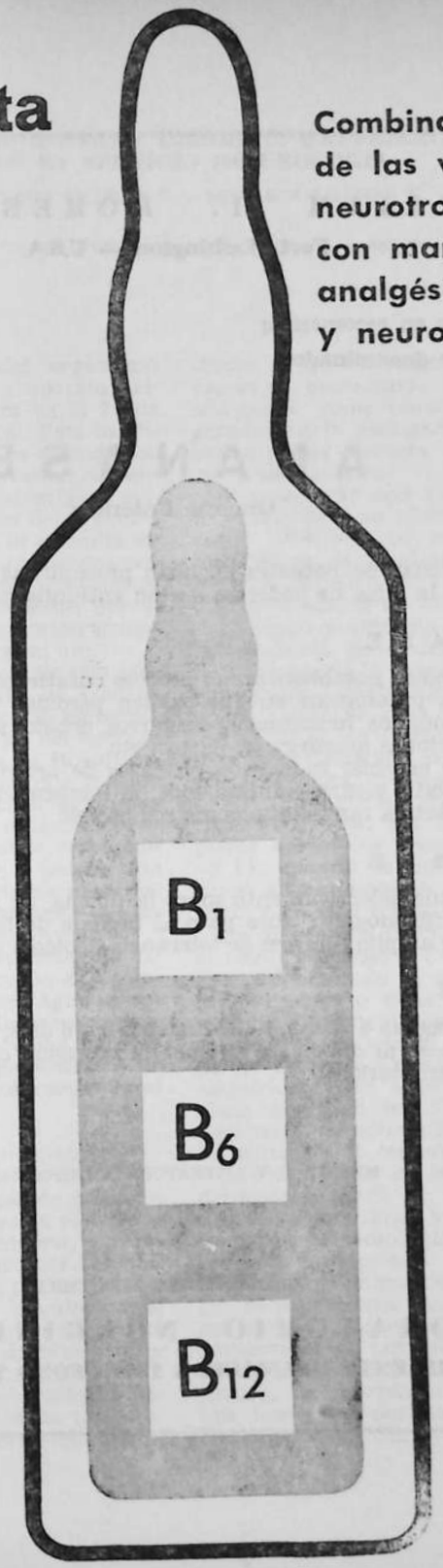
COLABORADORES

Bradford, John. Chuquicamata.
Corvalán Palma, Alfonso. Antillas Oriente 2741. Stgo.
Mery A., Jorge, Av. Holanda 3634, Santiago.
Huidobro Corbett, Ronal. Linneo 6379, Stgo.
Humeres Laredo, Perfecto. Hosp. J. J. Aguirre.
Jiles, Armando.
Leyton, Graciela.
Muñoz B., Roberto. Linares.
Sierra Lange, Hugo. 1 Norte 1661, Talca.
Schachtebeck Bravo, Carlos. Lira 823. Santiago
Vivanco, Carmen. Ramón Carnicer 81. Santiago
Wisnia, Lázaro.

Neurobionta

E. Merck

Combinación hiperactiva de las vitaminas neurotropas B_1, B_6 y B_{12} con marcada acción analgésica y neurorregeneradora



WILLIAM H. RORER, INC.

Fort Washington — U.S. A.

Se complace en recomendar
su producto denominado:

ANANASE

Grageas Entéricas

A base de potentes enzimas proteolíticas, extraídas del jugo de la piña, de poderosa acción anti-inflamatoria (Bromelinas).

ANANASE

acelera notablemente el proceso curativo en todos aquellos casos patológicos en que existen pérdidas de substancias, hay exudados, hematomas, desgarros, debidos a traumatismos, operaciones quirúrgicas, partos, etc.
De especial indicación en casos de arteritis, flebitis, tromboflebitis y várices inflamados; la terapéutica debe ser puesta en práctica tan pronto como sea posible.

ANANASE

actúa selectivamente sobre la fibrina, en mínimo grado sobre el fibrinógeno, abre paso al drenaje de la zona afectada, posee amplio margen de tolerancia debido a su origen vegetal.

DOSIS

2 grageas 4 veces al día, durante 5 o 6 días; seguir con 1 gragea 4 veces al día hasta obtener la regresión completa del proceso inflamatorio.

MUESTRAS Y LITERATURA A DISPOSICION
DEL CUERPO MEDICO

REPRESENTANTES PARA CHILE

LABORATORIO NORGINE S. A.

AVDA. PRESIDENTE BALMACEDA 1264 - FONO 711087 - SANTIAGO

HIDATIDOSIS DEL APARATO URINARIO. EXPERIENCIA DE 15 AÑOS EN SERVICIO DE UROLOGIA

Drs. EDUARDO TALLMAN V. y BENJAMIN TALLMAN V.

(Cátedra Titular de Urología. Prof. R. Vargas Z. Hospital J. J. Aguirre. Santiago)

Durante la infestación del organismo por la taenia echinococcus el aparato urinario se suele comprometer en el 2 por ciento del total de los casos. Esta localización en el sistema o en sus vecindades, origina cuadros clínicos de evolución lenta, cuyas manifestaciones urinarias se evidencian en etapas avanzadas del proceso; los síntomas que motivan su consulta en Urología también suelen ser causados por complicaciones del proceso parasitario: ruptura del quiste y vaciamiento por la orina, hematuria, dolor, retención urinaria por compresión extrínseca, etc.

En nuestro país no es raro que este grupo de enfermos sea tratado en Centros asistenciales de provincia; sin embargo, con frecuencia la hidatidosis del aparato genito-urinario es operada en Hospitales de nuestra capital, ya sea porque se trate de enfermos que viven en la ciudad donde han sido primitivamente contaminados o residen allí después de haber trabajado durante años en el campo; o porque son enfermos de provincia enviados para tratamiento por no contarse con medios adecuados en su centro de diagnóstico.

En el presente trabajo se recoge la experiencia reunida en el Servicio de Urología del Hospital José Joaquín Aguirre, entre 1952 y 1966, en el estudio y tratamiento de estos enfermos. En dicho período fueron hospitalizados 10 pacientes: 6 de localización renal, y 4 de ubicación en el espacio retrovesical.

a) QUISTE HIDATIDICO RENAL

Habitualmente su localización es unilateral, a donde llega después de pasar por los "filtros" hepático y pulmonar, o a través de la vía linfática más directa. La ubicación más frecuente es en la cortical, debido en parte a la mejor circulación; al crecer dentro de un parénquima firme se producen alteraciones en su desarrollo y contenido que pueden llegar a necrosis e infección del quiste; a su alrededor el parénquima forma una adventicia (esclerosis con atrofia del parénquima vecino). Al crecer, el quiste rechaza los cálices alterando su estructura, los que aparecen alargados, comprimidos, doblados adelgazados en la pielografía de eliminación, aspecto que orienta considerablemente en su diagnóstico.

Al comparar con estadística de otras localizaciones, se observa que, mientras entre 1954-1960 se operaron 69 quistes hidatídicos de localización hepática en Servicio de Cirugía, en igual período se operaron sólo 5 de ubicación renal.

El signo y síntoma patognomónico es la presencia de vesículas o membranas hidatídicas en la orina; esto sólo ocurre en escasas oportunidades, y se produce como consecuencia de la ruptura del quiste en la vía (Caso Nº 2). Los síntomas habitualmente no son característicos, y a veces, el diagnóstico es hallazgo del estudio radiográfico o de investigación autópsica. La ruptura del quiste puede dar dolor cólico y hematuria (caso 1); cuando se infecta puede complicarse el parénquima vecino de pielonefritis y cuadro febril (Caso 4).

En el examen físico puede encontrarse el riñón palpable o deformado por masa lisa, sólo cuando el quiste ha adquirido gran tamaño o tiene un crecimiento de preferencia extrínseco. En las primeras etapas del proceso el examen físico puede ser normal. Cuando la masa renal ha adquirido fijeza a planos o vísceras vecinas es difícil percibir la sensación de "peloteo" característica de los riñones aumentados de tamaño.

Los exámenes de laboratorio son fundamentales para el diagnóstico de este proceso parasitario, y entre los principales están la radiología urinaria y las reacciones biológicas.

(I) La investigación radiológica se inicia habitualmente con la radiografía renal simple, que puede mostrar un riñón aumentado de tamaño de manera asimétrica (irregularidad circular de su contorno), con desplazamiento de la sombra intestinal por masa que ocupa el flanco. Como durante su evolución los

quistes se suelen calcificar en un 25 por ciento de los pacientes, en la radiografía simple se pueden observar pequeñas manchas independientes o, aglomerándose, alcanzar mayor tamaño hasta una opacificación total en casos muy raros; sin embargo, esta imagen de calcificación no es patognomónica de quiste hidatídico (como tampoco lo es ninguna de las imágenes radiográficas descritas), pues algunos neoplasmas renales también presentan calcificación de zonas necrosadas del interior del parénquima, que les confiere aspecto "atigrado" en la radiografía.

La urografía excretoria mostrará desplazamiento caliciario, pero en las primeras etapas, de lesión intraparenquimatosa sin compresión caliciaria, la imagen puede ser normal. Cuando alcanza un tamaño o localización suficiente el quiste rechaza los cálices y pelvis, dando imágenes de distorsión que Surraco ha descrito como "en copa", en creciente de luna, etc.; este aspecto si bien orienta al diagnóstico, no siempre es producido por esta lesión sino que también se ha descrito en los quistes serosos solitarios y en la enfermedad renal poliquística.

Rara vez el órgano afectado por el quiste se excluye radiográficamente, por lo que lo urografía excretoria es de gran utilidad; puede haber demora en la concentración y eliminación más débil, por lo que en casos de duda se puede efectuar la pielografía de eliminación con doble dosis de contraste y placas retardadas de 1 a 6 horas de la inyección del medio de contenido opacificante. Imágenes muy claras se pueden obtener mediante la pielografía retrógrada, pero debe tratarse de pacientes cuidadosamente seleccionados para evitar el riesgo de infección retrógrada.

Es fundamental hacer la diferenciación con el tumor renal cuya imagen radiográfica de desplazamiento caliciario puede ser similar a la quística. El método de mejor utilidad utilizado con este fin en el Servicio de Urología es la aortografía por punción lumbar o cateterismo femoral: en casos de tumor la masa presenta numerosos vasos de neoformación que emergen de la arteria renal, formándose en el interior imágenes opacas que corresponden a lagunas vasculares por necrosis; el quiste, en cambio, aparece avascular, los vasos lo contornean y son de número normal, de menor calibre y muy alargados, mientras el quiste es una masa redondeada clara.

El scintigrama renal, en algunos de nuestros enfermos, ha puesto en evidencia un quiste intraparenquimatoso; pero en algunos enfermos con quistes pequeños, o con crecimiento preferentemente hacia afuera la imagen obtenida con estos radioisótopos puede no estar alterada.

No debe olvidarse de complementar el estudio radiológico con radiografías de tórax para descartar coexistencia de localización pulmonar.

II) Los exámenes de laboratorio que buscan poner en evidencia el quiste hidatídico mediante el hallazgo de sus elementos en la orina, suelen ser de bajo rendimiento. Frente a estos procedimientos directos, están aquellos que miden la reacción del organismo frente a la enfermedad. La reacción de Casoni se practicó en la mayoría de los enfermos, midiéndose las fases precoz y tardía. La reacción de desviación del complemento (Weinberg) se practicó en algunos, y en los casos más recientes se ha practicado el test de la hemoaglutinación (Cuadro 1).

Hoy en día se acepta que la positividad de la intradermoreacción de Casoni oscila de 72-80% de las localizaciones extrahepáticas del quiste hidatídico, tomándose especialmente en cuenta la reacción positiva tardía a las 24 horas; también puede ser catalogada como de valor la reacción positiva precoz que se mantiene por varias horas con cambio de coloración y sensación de infiltración de la piel local.

La reacción de fijación del complemento (Weinberg) muestra una positividad del 60-74%, pudiendo confundir su resultado por ser poco específica (puede ser positiva en casos de Neoplasma). En el Departamento de Parasitología de la Universidad de Chile se ha obtenido una positividad de 84 por ciento mediante la reacción de hemoaglutinación, siendo mucho más específica; por esto, se considera que la reacción de hemoaglutinación "constituye en la actualidad la mejor ayuda diagnóstica" dentro de las reacciones biológicas.

La eosinofilia puede ser inconstante; varía en un mismo enfermo; puede ser elevada al comienzo de la enfermedad para descender posteriormente al producirse la reacción "de aislamiento" del quiste. Puede elevarse nuevamente durante un episodio de ruptura del quiste.

El tratamiento del quiste hidatídico del riñón es quirúrgico. Por tratarse de un proceso no maligno, está indicada la cirugía conservadora, que van desde la resección del quiste, la nefrectomía parcial, la punción y vaciamiento del quiste con inyección de formalina, glicerina o agua oxiginada durante el acto operatorio, y la resección de la membrana y marsuplalización del quiste. Pero debido a problemas de diagnóstico en períodos precoces rara vez pueden efectuarse estas medidas, siendo frecuente la nefrectomía.

El tratamiento médico está indicado en la hidatidosis múltiple para mejorar las condiciones del enfermo para su intervención posterior.

Cuadro Nº 1

INVESTIGACION DE LABORATORIO EN 7 DE 10 PACIENTES TRATADOS POR QUISTE HIDATIDICO RENAL O RETROVESICAL

Nº	R. de Casoni		R. Weinverg.	Hemaglutinación	Hemólisis Condic.	Eosinof. (%)
	Precoz	Tardía				
1.	*	*	(+)	*	(+)	1
2.	(—)	(++)	*	(—)	*	1
3.	(+ débil)	(—)	*	*	*	12
4.	(+++)	(++)	(+)	(+)	*	6
5.	(+++)	dudosa	dudosa	*	*	4
6.	(+++)	(—)	*	*	*	4
7.	débil	(—)	*	*	*	2

(+) R. positiva.
(—) R. negativa.
(*) No se efectuó.

RESUMEN DE CASOS

CASO 1: Mujer de 32 años que ingresó por cuadro de lumbago bilateral, vómitos, disuria intermitente, fiebre. En el examen físico se comprobó masa palpable en flanco derecho. En la pielografía de eliminación se observó riñón en herradura y quiste renal derecho. Operada en Abril 1954 se comprobó la existencia de quiste hidatídico que se vació y drenó dejando sonda a permanencia local. En Julio 1954 se reoperó, efectuándose nefrectomía derecha. Examen histopatológico: quiste hidatídico supurado del riñón derecho. En Octubre 1960 (6 años después) ingresó por infección urinaria e hidronefrosis: se hizo pieloplastia.

CASO 2: Mujer de 37 años, que acude por lumbago bilateral y hematuria total con probable eliminación de "membranas" blanquecinas por la orina. En el examen físico no se comprueba masa palpable. Reacciones de Weinberg y hemólisis positivas. En pielografía de eliminación hay quiste del polo superior del riñón derecho. Operada en Octubre 1954 se efectuó incisión y vaciamiento del quiste e inyección de formalina: se extrajo la membrana. El examen histopatológico: membrana estratificada de quiste hidatídico. Tuvo supuración local pero evolucionó bien con tratamiento de antibióticos. No se ha controlado.

CASO 3: Mujer de 20 años que ingresa por lumbago derecho y cistitis a repetición. Al examen había masa palpable en el flanco derecho. En la pielografía de eliminación hay riñón derecho aumentado de tamaño, excluído. Operada en Enero 1959 se encontró pionefrosis con trozos de membrana, que al examen histológico se confirmó como membrana hidatídica. Se efectuó nefrectomía. Evolucionó bien y 7 años después (Abril 1966) acude a Policlínico por lumbago, estando pendientes los exámenes.

CASO 4: Mujer de 45 años proveniente de Aysén, con lumbago izquierdo de intensidad variable. En el examen físico hay abdomen globuloso, se palpa masa renal izquierda, y tiene bocio. Reacción de Casoni tardía positiva, reacción de hemaglutinación negativa. En pielografía hay quiste renal izquierdo. Operada en Agosto de 1964 se realizó nefrectomía izquierda transperitoneal: había quistes en cara posterior e inferior del riñón izquierdo. Diagnóstico histológico: quiste hidatídico del riñón. Evolucionó bien; alrededor de 2 meses más tarde se operó de bocio.

CASO 5: Hombre de 49 años, con dolor en flanco izquierdo y baja de peso. Al examen se palpaba masa fija en flanco izquierdo. La reacción de Casoni fue dudosa. En pielografía de eliminación se observó quiste del polo inferior del riñón izquierdo. Operado en Mayo de 1958 se efectuó nefrectomía transperitoneal, complicándose la intervención por lesión del colon, debido a las múltiples adherencias. La biopsia confirmó la existencia de quiste hidatídico renal, y la evolución fue en malas condiciones por el pésimo estado general; la lesión intestinal fistulizó y el enfermo falleció en caquexia.

CASO 6: Hombre de 67 años que ingresa por opresión precordial catalogada como infarto del miocardio. Al examen no se palpan masas abdominales patológicas. No hay eosinofilia. El enfermo fallece por infarto irrecuperable, comprobándose en autopsia: Quiste hidatídico del polo superior del riñón izquierdo y del hígado.

Cuadro Nº 2

Nº	Autor	Edad	Fecha iniciación molestias	Síntomas urológicos	Tacto rectal	Cistoscopia	Ex. laboratorio	Cistografía	Tratamiento operatorio
1.	Dagnino (1937)	52	23 años	Disuria	Masa palpable	Imposible	Weinberg (—) Casoni (+) Eosinof. 1	Compresión vesical	Transperitoneal L. M. I. U. Marsupialización a la aponeurosis
2.	Rioseco (1945)	29	3 años	Disuria (chorro delgado)	Masa palpable	Se rompió accidentalmente y se formó cavidad	Eos. 4	Compresión vesical	No
3.	R. Vargas Z. (1945)	?	?	Retención urinaria	Prostatitis Masa hipogástrica	No	Casoni (+) Weinberg (—) Eosinof. 8	Compresión vesical	No (punción e inyección de formalina)
4.	R. Vargas Z. (1945)	48	3 meses	Polaquiuria Disuria	Masa fluctuante	Normal	Casoni (+) Weinberg (—) Eosinof. 6	—	Perineotomía Vaciamiento y lavado
5.	R. Vargas Z. (1945)	17	1 mes	Dolor hipogástrico	Masa lisa fluctuante	—	Casoni (+) Weinberg (—) Eosinof. 12	Rechazo vesical	Perineotomía Vaciamiento y lavado
6.	R. Vargas Z. y H. Concha (1955)	50	6 meses	Disuria y retención or.	Masa lisa	—	Casoni (—) Weinberg (—) Eosinof. 2	Rechazo vesical	Laparotomía M. I. U. Vía suprapúbica extraperitoneal
7.	Bisquertt T., Lecaros, Edo. Tallman (1955)	26	2 años	Polaquiria Disuria	Masa lisa	—	Casoni dudosa Weinberg dudosa Hemolisis (—) Eosinof. 4	—	Trasperitoneal, vaciamiento, aseo, inyección de formalina.
8.	Bisquert T., Lecaros, Edo. Tallman (1955)	28	1 año	Polaquiuria	Masa lisa	Trígono solevant.	Casoni (—) Eosinof. 4	Vejiga grande	L. M. I. U. extraperitoneal-extravesical Vaciamiento, aseo, formalina, tapón.
9.	Edo. Tallman y B. Tallman (1966)	28	10 años	Polaquiuria y disuria, retención urinaria	Masa lisa	—	Casoni (+) Weinberg (+) Hemoaglutin. (+) Eos. 6	Desplazam. vesical	L. M. I. U. extravesical extraperitoneal, aspiración, vaciamiento, aseo, formalina.

b) QUISTE HIDATIDICO RETROVESICAL

La localización prostática o retrovesical del parásito ocupa el segundo lugar de frecuencia en la lesión del aparato genito urinario.

Llega a ese sitio por vía sanguínea o por ruptura de quistes abdominales (especialmente hepáticos) cuyo contenido se vacia dentro del peritoneo, y al llegar al fondo de saco de Douglas el parásito atraviesa la membrana y se implanta por detrás de la vejiga. También se le ha atribuido una vía linfática más directa a partir desde el intestino; otros autores estiman que se forma desde la próstata, que sería infectada primariamente por vía sanguínea, dando un crecimiento exógeno hacia el espacio vecino.

La frecuencia de esta ubicación es escasa. En 1964 Dell'Oro revisó la experiencia del Hospital del Salvador, la que unida a 2 casos personales completó un total de 9. Al revisar la literatura nacional desde 1927 hasta la fecha hemos encontrado descritos otros 8 más (ver Cuadro 2), lo que sumado al caso que comunicamos en este trabajo, hace un total de 18 casos descritos en nuestro país.

Si bien el quiste se desarrolla en el espacio retrovesical, su crecimiento puede efectuarse a un nivel más alto o más bajo, pudiendo dar algunos síntomas y signos característicos: los que crecen "hacia arriba" producen molestias de compresión vesical (cistitis) y es fácilmente palpable una masa en hipogastrio que no se reduce al colocar sonda a permanencia; los de crecimiento a un "nivel medio", hacen especial prominencia en la zona del trígono, cuello vesical y región prostática, ocasionando obstrucción local y retención urinaria; los de "crecimiento hacia abajo)" dan síntomas correspondientes a la compresión rectal (dificultad en la defecación). En los 2 últimos grupos el diagnóstico se confirma por el tacto rectal, encontrándose una masa lisa, de consistencia líquida a tensión, en algunos casos individualizable de la próstata, que con palpación bimanual bajo anestesia es posible delimitar también por vía abdominal (hipogastrio).

Entre los exámenes de laboratorio, aparte de las reacciones biológicas ya señaladas al referirnos a la localización renal, están la cistografía y la cistoscopia. El estudio radiográfico efectuado, ya sea durante una pielografía de eliminación o por relleno vesical retrogrado mostrará distorsión de la imagen vesical por compresión extrínseca, especialmente en las placas oblicuas y en frontal. Puede combinarse con enema baritada, que al efectuarse simultáneamente muestra también compresión del intestino y vejiga por masa opaca no contrastada. En la cistocopia hay deformación del trígono, compresión vesical extrínseca; suele no ser posible efectuar la instrumentación, pues el solevantamiento de la región prostática impide bascular el instrumento rígido.

El diagnóstico diferencial debe hacerse especialmente con las afecciones prostáticas inflamatorias y con el sarcoma prostático, tumor que se desarrolla con mayor frecuencia en hombres jóvenes; en una oportunidad se intentó tomar biopsia endoscópica de un caso sospechoso de sarcoma, pero se rompió un quiste hidatídico retrovesical, formándose una cavidad que comunicó con la vejiga y que supuró considerablemente al quedar contaminada con orina.

Al igual que el quiste hidatídico de localización renal, el desarrollo en el espacio retrovesical debe ser sometido a tratamiento operatorio. Los tiempos habituales son: la incisión del quiste, su vaciamiento, la instilación de formalina, la resección de la membrana, colocación de drenajes al exterior y cierre. Se discute actualmente la vía de abordaje: primitivamente se aconsejó hacerlo por vía perineal; otros aún utilizan la vía abdominal trasperitoneal, pero se corre el riesgo de diseminación y reacciones anafilácticas. La vía que cuenta con mejores posibilidades es la abdominal, suprapúbica, extraperitoneal y extravesical, con colocación de drenajes al exterior. No se recomienda la vía trasvesical por el peligro de infección, que si bien es posible controlar con el uso de antibióticos, prolonga considerablemente la estadía y evolución de estos enfermos.

RESUMEN

1. Se presentan 6 casos de quiste hidatídico renal y se resume la experiencia de 4 casos de quiste hidatídico retrovesical tratados en el Hospital José Joaquín Aguirre.

2. La investigación radiográfica del

quiste hidatídico renal puede complementarse con pielografía con doble dosis de contraste y placas retardadas; por el uso del scintigrama con radioisótopos y la aortografía.

3. La reacción de hemoaglutinación, la reacción intradérmica de Casoni y la reacción de desviación del complemento de Weinberg, en el mismo orden, son de utilidad diagnóstica.

4. La cirugía del quiste renal debe ser conservadora, lo que no siempre es posible de efectuar por el tamaño o adherencias a órganos vecinos.

5. Con la revisión efectuada y casos comunicados, la cifra de quiste hidatídico de la región retrovesical se eleva a 18 en la literatura chilena.

6. En el diagnóstico diferencial de la localización retrovesical tiene importancia el tacto rectal (palpación bimanual bajo anestesia), la cistografía (frontal y lateral), combinada o no con enema baritada, y las reacciones de hemoaglutinación, Casoni y Weinberg.

7. El tratamiento del quiste hidatídico retrovesical es la operación, prefiriéndose la vía suprapúbica, extraperitoneal y extravesical para su drenaje.

BIBLIOGRAFIA

1.—BISQUERTT T., J.; LECAROS M., R.; TALLMAN V., EDUARDO.— Quiste hidatídico retrovesical. Rev. Chilena Urol. 18, 1: 10, 1955.

2.—DAGNINO, V.—Quiste hidatídico retrovesical. Rev. Chilena Urol. 1, 6: 66, 1937.

3.—DELL'ORO, R.; SALAS, E.—Quiste hidatídico retrovesical. Rev. Chilena Urol. 27, 2: 82, 1964.

4.—GROVE, N.—Quiste hidatídico renal derecho. Bol. Soc. Cir. Chile 5: 144, 1927.

5.—KNIERIN, F.—El valor de las reacciones serológicas en el diagnóstico de algunas afecciones parasitarias. Bol. Chileno Parasitol. 19, 4: 119, 1964.

6.—RIOSECO, E.—Un caso de quiste hidatídico de la región prostática. Rev. Chilena Urol. 8, 68: 1221, 1945.

7.—VARGAS Z., R.—Quiste hidatídico de la región prostática. Rev. Chilena Urol. 8, 68: 1225, 1945.

8.—VARGAS Z., R.; CONCHA, H.—Quiste hidatídico retrovesical. Rev. Chilena Urol. 18, 1: 14, 1955.

9.—VARGAS Z., R.; SABIONCELLO, B.—Quiste hidatídico retrovesical. Rev. Chilena Urol. 20, 3: 97, 1957.

ESTIMULACION ANORRECTAL DE LA VEJIGA: INHIBICION DEL DETRUSOR

Drs. EDUARDO TALLMAN, FERNANDO BUSTAMANTE y BENJAMIN TALLMAN

(Cátedra de Urología, Prof. R. Vargas Zalazar. Hospital J. J. Aguirre)

Entre las causas de retención completa de orina, las lesiones o enfermedades anorectales constituyen un grupo poco conocido y posiblemente mal interpretado.

Desde algo más de tres décadas se ha supuesto que los estímulos que parten de la región anorectal producen un espasmo del sistema esfinteriano de la vejiga; sin embargo, los trabajos de Kock & Pompeius y de Rosier & Bors, en 1964, señalaron que lo que ocurre es una inhibición del músculo detrusor de la vejiga; esta dualidad de opiniones despertó nuestro interés en establecer lo qué ocurre.

Reconociendo la importancia de este reflejo, no sólo en la retención completa de orina postoperatoria en operaciones anorectales o en afecciones de la región, sino en el estudio y en el tratamiento de pacientes con vejiga neurogénica, en los que se ha conservado el cono medular y las vías aferentes y eferentes de la vejiga, decidimos estudiar la actividad del detrusor frente al estímulo anorectal. Esto nos llevaría, además, a la necesidad de esclarecer las vías nerviosas de este reflejo y sus receptores, lo que será motivo de otro trabajo, ya que no lo permite la limitación de los aportes al tema oficial de este Congreso.

Material y métodos.— Se decidió primero comprobar que se produce una inhibición del reflejo miccional en individuos normales mediante la estimulación anal, lo que lleva consigo dificultades técnicas y de cooperación del paciente que son posibles de imaginar. Se logró en un paciente obtener una autoestimulación. El paciente, joven y sin lesión neurológica, fue instruido para que se introdujera una sonda rectal durante la micción. En la primera oportunidad, la micción se interrumpió, pero al insistírsele en que hiciera esfuerzo para mantenerla se observó una gran disminución del calibre y proyección del chorro, sostenido por el esfuerzo consciente.

Estudiamos a continuación individuos jóvenes, sin lesión neurológica ni alteraciones urinarias y parapléjicos en recuperación. Se practicó en ellos cistometría con el aparato de Lewis con inscripción intermitente cada 50 cc. o continua con 120 gotas por minuto y registró un dependiente de la presión. Horas antes del examen se suspenden los líquidos y los medicamentos, se procede a una evacuación intestinal y se mide la capacidad vesical. Durante el examen se realizaron estimulaciones con volúmenes que variaron de 150 a 500 cc., al parecer el primer deseo de orinar y con capacidad máxima. Se realizaron los siguientes estímulos: 1) Tocar digitalmente; 2) Pinchar las márgenes del ano; 3) Introducir un dedo en el recto; 4) Levantar el dedo, y 5) Retirar (Fig. 1).

RESULTADOS

En el grupo de pacientes normales se produce una pequeña alza de presión en el momento de iniciación del estímulo, seguido de relajación. En parapléjicos se observó alza en el momento del estímulo, seguido de contracción mantenida, pero insuficiente como presión de vaciamiento.

DISCUSION

Kock y Pompeius, en 1963, estudiaron la respuesta del detrusor y del esfínter externo a la estimulación anal en individuos sin lesiones neurológicas, encon-

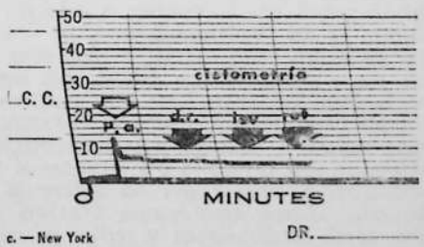


Figura 1

trando una inhibición del detrusor sin aumento de la actividad del esfínter. Hecho novedoso, ya que desde los trabajos de Campbell existía la hipótesis de que la retención urinaria en individuos con lesión anal o perineal se debía a un espasmo del esfínter externo de la uretra. La relajación del detrusor que observamos en nuestros pacientes, después de la iniciación del estímulo y la ausencia de sintomatología urinaria como deseo de orinar, pujo o tenesmo y el aumento de la capacidad vesical, hacen pensar que el mecanismo de este tipo de retención sea sólo la inhibición de la actividad del detrusor.

Rossier y Bors, en 1965, estudiaron la estimulación anal en parapléjicos, llegando a conclusiones semejante a Dennis-Brown y Robertson en cuanto a estímulo externo, pero observando, como nosotros, que la estimulación del canal anal en su parte anterior produce un alza de la presión intravesical, mantenida, que puede ser seguida de fatiga neuromuscular. En el parapléjico no existe una coordinación del reflejo y la respuesta obtenida corresponde a todo el segmento en block, produciéndose, además, un espasmo del esfínter. Este hecho nos obligó a abandonar la idea de utilizar este reflejo para inducir la micción en el parapléjico, pudiéndose utilizar esta estimulación como una prueba más en el comienzo de la actividad refleja del parapléjico en recuperación.

RESUMEN

Se estudia la estimulación anal de la vejiga en parapléjicos y en individuos sin lesión neurológica. Se observa que en ambos grupos el comienzo de la estimulación induce un alza de la presión intravesical, seguida de relajación, del detrusor en los normales, que dura mientras se mantiene el estímulo, en cambio en los parapléjicos se observa una contracción mantenida e ineficaz hasta que sobreviene la fatiga neuromuscular. Este test podría ser utilizado en el estudio de la recuperación del parapléjico.

CISTOSTOMIA POR PUNCION

Dr. HUGO SIERRA LANGE

(Servicio de Urología. Hospital Carlos Van Buren. Jefe: Dr. Hugo Vicuña Monardes)

En Chile la cistostomía por punción es un método que no está en boga por razones que no conocemos con certeza. No hemos encontrado publicaciones nacionales que nos ilustraran sobre el tema. Las referencias que tenemos sobre su uso en nuestro país son aisladas y vagas obtenidas en conversaciones con colegas de especialidad y cirujanos generales que ocasionalmente la practicaron hace años o la vieron efectuada en algún servicio de urgencia. Quienes habían tenido alguna noticia sobre el procedimiento lo miraban con desconfianza por tratarse de una intervención a ciegas y lo suponían peligroso.

Nosotros empezamos a efectuar cistostomías por punción en el Hospital Regional de Talca en 1961 y hemos continuado efectuándolas posteriormente en el Hospital Van Buren de Valparaíso. Personalmente hemos tenido confianza en el procedimiento desde el principio, pero no pensábamos publicar sus resultados hasta no contar con una casuística numerosa para no adelantar conclusiones que pudieran ser prematuras.

Sin embargo, hemos encontrado posteriormente en el texto de Urología de Boeminghaus, Profesor de Urología de la Academia de Düsseldorf, una descripción muy completa del procedimiento y la afirmación textual de que es el procedimiento de elección para efectuar una cistostomía temporal.

Nuestra confianza en la cistostomía por punción se vio confirmada por la categoría de procedimiento de elección que le da Boeminghaus, pero lo que nos decidió a publicar nuestra experiencia sobre la materia fue el conocimiento personal que tuvimos de que en el Servicio de Urología del Hospital San Borja del Profesor González Mc Oliver y colaboradores venían practicando con alguna frecuencia este tipo de cistostomías desde años atrás con excelentes resultados. Esto nos decidió, porque estos antecedentes desvirtuaban cualquiera crítica que se nos hiciera por empezar a emplear un procedimiento en cierto modo desprestigiado en nuestro país, o por lo menos, olvidado.

En este sentido este trabajo no tiene más valor que el de una simple información preliminar a nuestros colegas acerca de los resultados que hemos conseguido con las cistostomías por punción.

TECNICA

La técnica consiste en puncionar con un trocar la vejiga a través de la pared abdominal y pasar por su lúmen una sonda Nelaton o un tubo de polivinilo que se deja *in situ* luego de retirar el trocar.

Cuando la vejiga está vacía el fondo de saco peritoneal prevesical desciende hasta escasa distancia del pubis, pero cuando está distendida esta distancia aumenta y al mismo tiempo el propio globo vesical rechaza las asas intestinales hacia arriba. (Figuras 1 y 2, según Boeminghaus).

Por lo antedicho la punción vesical sólo debe efectuarse en vejigas suficientemente distendidas como para tener un espacio de unos cinco centímetros sobre el pubis sin peritoneo. Para darnos mayor seguridad en la punción nosotros colocamos al enfermo en la mesa en posición de Trendelemburg, muy exagerada, de manera que el propio peso de las vísceras las aleje del pubis y no ocupen el fondo de saco prevesical.

Boeminghaus dice que basta un contenido de 200 a 250 cc. de orina en la vejiga para realizar la punción. Nosotros no hemos puncionado sino aquellas vejigas que son visibles o palpables sin lugar a dudas por su gran distensión. Es la condición que hemos puesto para aquellos enfermos que llegan en retención y en los que se encuentra una estrechez uretral infranqueable. Distinto es el caso de los prostáticos, ya que en ellos se puede sondear la vejiga. En ellos no nos importa que la vejiga no sea visible o palpable, pues bastará pasar una sonda uretral, vaciar la vejiga y luego distenderla con por lo menos 400 cc. de suero fisiológico. Para ellos usamos un equipo de flebocli-

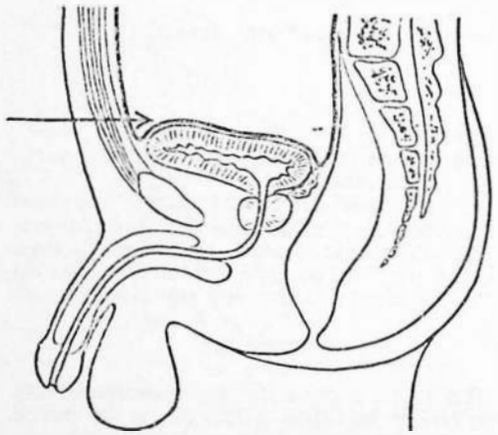


Figura 1.—Muestra posición del fondo de saco peritoneal prevesical con vejiga vacia.

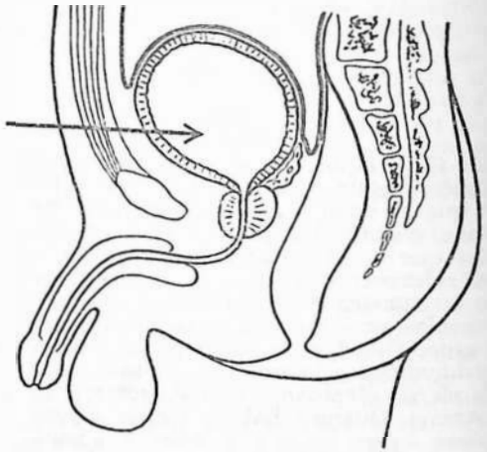


Figura 2.—El mismo fondo de saco con vejiga repleta se ha alejado del pubis.

sis conectado a la sonda. Así el líquido entra a la vejiga por gravedad. No usamos jeringa para llenar la vejiga, para evitar una sobredistensión que puede ser peligrosa.

La punción la realizamos inmediatamente por encima del pubis, de modo que rocemos el hueso. Nos parece que en esta forma hay mayor seguridad de no penetrar en peritoneo. Sin embargo, Boeminghaus la realiza a un través de dedo por encima de la sinfisis pubiana sin complicaciones.

Primeramente exploramos con una aguja larga, de las usadas para raquianestesia, la profundidad a que se encuentra la vejiga. Si se usa anestesia local para la punción, como es lo usual, la misma aguja y jeringa con que se infiltra el anestésico, servirá para explorar. Para esto se avanza lentamente en profundidad con la aguja al mismo tiempo que se va inyectando el anestésico. Cada corto trecho se aspira con el émbolo hasta obtener orina. Se marca la distancia con el dedo puesto en la aguja y ésta se retira. Generalmente la vejiga se encuentra de 4 a 8 cms. de profundidad.

Con la aguja determinamos también el ángulo del trayecto que deberá seguir el trocar. Generalmente puncionamos perpendicularmente a la mesa. No se debe puncionar oblícuo hacia abajo, ya que se caería en la próstata o en el espacio retropubiano sin penetrar en la vejiga. Es fácil sentirse tentado a puncionar en esta forma por temor a lesiones peritoneales o intestinales (Figs. 1 y 2).

La punción accidental de la próstata es bastante frecuente en las próstatas altas o en adonomas muy voluminosos. No tiene importancia que esto ocurra con la aguja, pero la punción de la próstata con el trocar podría provocar una hemorragia endovesical o un hematoma del espacio de Retzius.

Como decíamos, la punción inclinada hacia abajo o vertical puede no dar orina en el caso que la próstata sea muy alta o voluminosa. En este caso inclinamos la aguja hacia arriba en algunos grados, sin cambiar el sitio de penetración en la piel, lo que es importante, para no acercarse al peritoneo. Puncionamos en seguida con el trocar en el mismo ángulo determinado con la aguja. Con el dedo apoyado en el trocar limitamos la profundidad a que deberá penetrar. Hay que avanzar lentamente con el trocar y con suavidad. Este deberá ser de punta aguda para que la maniobra resulte fácil y bien controlada. Nosotros usamos trocares simples de 5 a 6 mm. de diámetro externo. La cánula es lisa y recta, sin llave de paso o derivación lateral. El mandril termina en punta muy aguda. Esta punta no es cónica sino de forma piramidal, con cuatro caras y cuatro aristas afiladas, que penetra los tejidos muy fácilmente.

Una vez que el trocar ha llegado a la profundidad pre-establecida, se retira el mandril. En este momento salta un chorro de orina como un surtidor. Se tapona con un dedo el trocar para evitar que se vacie la vejiga. Luego se introduce una sonda Nelaton por la cánula hasta que su extremo ancho tope en el extremo superior de la cánula. Se retira ahora la cánula del abdomen. Luego se sostiene firme la sonda junto a la piel y se tira de la cánula con cierta fuerza para que el extremo ancho distal de la sonda se deslice por el interior de la cánula. De esta manera queda la cánula instalada. Debe quedar unos 8 a 10 cms. de sonda en el interior de la vejiga para prevenir que se salga accidentalmente al tironearla el enfermo durante el sueño. La sonda se fija con 2 puntos de hilo grueso a la piel, pero la piel cede siempre algunos centímetros al traccionarla por lo que hay que dejar este margen de seguridad.

Hay quienes preconizan vaciar lentamente la vejiga cuando ha estado sobredistendida por algún tiempo para evitar un colapso del enfermo, pero nosotros tememos más el mantener la presión de orina en la vejiga después de la punción, porque podría provocarse un flegmón urinoso del espacio pre-vesical si llegase a filtrarse alguna orina alrededor de la sonda. No hemos observado tendencia al colapso en ningún caso, probablemente porque realizamos la intervención en posición de Trendelemburg.

Antes de esterilizar el material elegimos una sonda que entre ajustadamente en el trocar para no desaprovechar parte de su lúmen, ya que mientras más gruesa sea la sonda menos probable es que se obstruya con algún coagulito y mejor funcionará posteriormente. A la sonda elegida le efectuamos un segundo agujero en su extremo a dos centímetros del que trae de fábrica y diametralmente opuesto a éste, con el objeto de que si un agujero se adosa a la mucosa vesical, el agujero opuesto permita que la sonda siga drenando orina normalmente. Usamos sondas Nelaton números 17 o 18. Las más delgadas hacen muy engorroso su cuidado posterior, pues se obstruyen con demasiada frecuencia o se angulan fácilmente dentro de la vejiga.

Ultimamente estamos usando tubo de polivinilo en reemplazo de la sonda Nelaton. Tienen la ventaja de no angularse dentro de la vejiga y de tener un lúmen interno muy liso en el que no se atascan los coagulitos de sangre o las mucosidades. Además, como no tienen pabellón en su extremo como las sondas, pasan por el trocar más fácilmente. A estos tubos les hacemos dos agujeros laterales en la punta.

Antes de puncionar con el trocar efectuamos una pequeña incisión vertical en la piel, de uno y medio centímetro. Este ojal facilita mucho la punción, porque la piel es el plano que mayor resistencia presenta al trocar. En esta forma se logra que la punción resulte suave y bien controlada y que siga el trayecto elegido. Una punción forzada o brusca al ceder de repente la piel, a más de ser insegura, incomoda al enfermo.

En la mayoría de los casos usamos anestesia local para la punción, pero en algunos enfermos nerviosos o excitados hemos recurrido a una ampolla de penthotal endovenoso administrado muy lentamente, lo que ha bastado para esta corta intervención.

En dos casos usamos anestesia raquídea. Esta anestesia por la excelente relajación que proporciona permite distender muy bien la vejiga, lo que da mayor seguridad en la punción.

CUIDADOS POSTERIORES

Los primeros días requieren una vigilancia cuidadosa de la sonda, porque si se obstruye antes de que esté bien constituido el trayecto fistuloso, y permanece obstruida el tiempo suficiente para que se acumule orina en la vejiga a cierta tensión, se puede producir una infiltración urinosa de los tejidos pre-vesicales y del espacio de Retzius. En un caso de nuestra serie se presentó esta complicación que creemos es perfectamente evitable y no debe ocurrir, si el médico o el personal tienen cierta experiencia con este tipo de cistostomías o están advertidos de su posibilidad.

Ahora instruimos especialmente en este sentido al personal de enfermería que quedará a cargo del paciente, vigilamos personalmente la sonda e instruimos también al propio enfermo para que la vigile y avise si nota que no sale orina por ella. Además dejamos indicado en la ficha que la sonda debe ser lavada cada 6 horas con un par de jeringazos de suero.

Después de la primera semana basta lavarla una o dos veces al día.

La sonda se conecta a un frasco bajo el lecho con un sistema de circuito cerrado en la forma usual.

El enfermo puede levantarse el mismo día de la punción y deambular con la sonda metida dentro de un frasco pequeño que cuelga del cinturón por el interior del pantalón. No debe taparse la sonda cuando el enfermo se levanta.

Sin embargo, el cuidado de la sonda no debe crear ansiedad en el enfermo ni en el personal, ya que la sonda tendría que permanecer obstruida muchas horas, más de diez probablemente, antes de que la vejiga se distienda lo necesario, como para crear una presión del líquido suficiente para infiltrar los tejidos prevesicales.

Como la orina de la mayoría de estos enfermos está muy infectada y generalmente sus defensas naturales están bajas, usamos en todos los casos antibióticos de amplio espectro durante la primera semana después de la punción.

TRANSFORMACION EN CISTOSTOMIA DEFINITIVA

CIERRE DE LA FISTULA PUNCIONES REPETIDAS PROSTATECTOMIA

A los catorce días el trayecto fistuloso está bien constituido y con una barrera de tejido de granulación que la aisla de los tejidos vecinos. Entonces puede cambiarse la sonda por otra más gruesa sin ninguna dificultad. Esta nueva sonda no importa que se salga, pues ya no habría dificultad en reponerla, si no transcurre más de medio día. De modo que no es necesario fijarla con puntos a la piel. Basta sujetarla con tela adhesiva en forma adecuada. Al día siguiente se hace un nuevo cambio de sonda más gruesa y luego un tercero veinticuatro horas después. En este último cambio instalamos una sonda Foley del tipo más grueso en reemplazo de la Nelatón y ya se tiene la cistostomía definitiva para semanas o años. Incluso ya en el primer cambio de sonda se puede colocar una sonda Foley, si se dispone de ellas suficientemente delgadas.

Una vez solucionado el problema que motivó la cistostomía (estrechez uretral por ejemplo), basta retirar la sonda para que la propia elasticidad de los tejidos adose inmediatamente las paredes de la estrecha fístula y deje de salir orina por este sitio. El enfermo no mojará sus ropas. A lo más humedece el apósito el primer día. El tejido de granulación en dos o tres días obstruye la fístula hasta el punto necesario para que la pequeña costra que aparece sobre ella se mantenga seca.

No hemos tenido inconveniente en repetir la punción después de algún tiempo en algunos enfermos.

Tampoco hemos encontrado dificultad para efectuar la prostatectomía posteriormente, cuando hemos empleado este procedimiento como un primer tiempo. Hemos usado la técnica a cielo abierto sin encontrar diferencias con respecto a otros enfermos no fistulizados. El trayecto fistuloso de la cistostomía por punción no se evidencia en el espesor de la pared abdominal, si no es buscado, y no constituye más que un delgado trayecto fibroso, del grosor de un palo de fósforo o poco más, que corre de la piel a la vejiga, junto al pubis. Por su ubicación tan baja no molesta en absoluto para liberar la vejiga ni hemos encontrado dificultad para rechazar el peritoneo.

NUESTROS CASOS

Hemos reunido hasta ahora cuarenta y dos casos, veinticuatro de los cuales corresponden a enfermos que tratamos en el Hospital Regional de Talca y dieciocho en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso. Del grupo de Talca cuatro cistostomías no fueron practicadas por nosotros sino por médicos del Servicio de Urgencia, pero fueron hospitalizados luego en nuestra sala. Del grupo de Valparaíso, seis casos corresponden a cistostomías efectuadas por el Dr. Omar Jara en sus propios enfermos de este Hospital.

Las edades de los enfermos pueden verse en la tabla siguiente:

Cuadro Nº 1

	Casos
20 a 29 años	1
30 a 39 "	2
40 a 49 "	1
50 a 59 "	4
60 a 69 "	13
70 a 79 "	19
80 o más años	2
Total	42

Treinta y cinco casos corresponden a hombres y tres casos a mujeres con cáncer cérvico uterino propagado a vagina y uretra.

La causa de la retención urinaria por la que se indicó la cistostomía en los distintos enfermos aparece en la tabla Nº 2.

Cuadro Nº 2

CAUSAS DE LA RETENCION URINARIA

	Casos
Adenoma prostático	25
Estrechez uretral	7
Adenoma prostático y estrechez uretral asociados	3
Cáncer uterino propagado a uretra	3
Adenoma prostático y falsa vía uretral	1
Flegmón perineal	1
Lesión traumática de uretra	1
Cálculo enclavado en uretra	1
Total	42

En la casi totalidad de los enfermos de adenoma prostático el estado general era muy deficiente. Seis de ellos presentaban epididimitis secundaria a la sonda uretral. La cistostomía se indicó como solución definitiva en siete de los enfermos de adenoma prostático. Ocho de estos veinticinco enfermos fueron operados posteriormente y se les practicó una cistostomía a cielo abierto sin encontrar inconvenientes o dificultades técnicas. La abertura de la fístula en la vejiga no requirió ningún tipo de cierre especial. En realidad procedimos durante la operación como si no se hubiera practicado cistotomía alguna.

Un caso está en espera de que mejore su estado general para practicarle la prostatectomía. En un caso que no atendimos nosotros el cirujano encontró una fibrosis del espacio prevesical que le impidió exponer adecuadamente la vejiga, por lo que no pudo practicar la prostatectomía a cielo abierto sino que colocó un balón de Pilcher después de enuclear el adenoma. Al parecer la sonda de este enfermo no fue cuidada adecuadamente después de la cistostomía por punción y habría presentado un flegmón o infiltración urinosa del espacio prevesical. En realidad no tenemos datos muy seguros al respecto porque su ficha está muy incompleta.

En los otros 8 casos restantes de estos veinticinco enfermos de adenoma prostático el problema no llegó a una solución definitiva porque no se controlaron más de un par de veces después de su alta o no se controlaron en absoluto. Muy probablemente ellos mismos se retiraron posteriormente las sondas cuando pudieron orinar. Se trataba de enfermos seniles y de muy escasa cultura, campesinos, en los que era difícil obtener colaboración o comprensión de la necesidad de tratamiento posterior al episodio de retención.

Un caso ilustrativo a este respecto es el de un enfermo de setenta y seis años en el que practicamos una cistostomía transitoria por adenoma prostático y mal estado general, como primer tiempo, el 17 de agosto de 1962 y dado de alta una semana después a su domicilio, mientras se normalizaba su uremia y mejoraban sus condiciones generales para practicarle una prostatectomía. El 29 del mismo mes debió hospitalizarse, porque se le produjo una retención de orina al arrancarse él mismo la sonda. Repetimos otras dos veces más la punción y rehospitalizamos por la misma causa en octubre y noviembre del 62. En diciembre del mismo año le practicamos una prostatectomía a cielo abierto, catorce días después de la tercera punción para reinstalar la sonda.

En otros dos enfermos la punción también fue repetida. En uno de ellos la sonda, que estaba sujeta sólo con tela adhesiva, se salió accidentalmente al día subsiguiente de la punción y no pudo ser reinstalada. El otro fue un enfermo que presentaba demencia senil y que se arrancó la sonda en la noche pocas horas después de la punción. No hubo inconvenientes al repetir la punción en estos enfermos.

El estado general de la casi totalidad de los cuarenta y dos casos era francamente malo. En diez de estos enfermos su vitalidad era extremadamente baja y presentaban numerosa patología asociada, como insuficiencia cardíaca descompensada, cirrosis hepática, anasarca por hipoproteinemia, estados policarenciales, insuficiencia renal, arteriosclerosis generalizada, procesos infecciosos de diversas localizaciones, tuberculosis, cáncer, etc. Eran diez casos de lo que ha dado en llamarse miseria fisiológica. Creemos que difícilmente hubiesen tolerado otro tipo de intervención. Dos de estos

enfermos fallecieron. Uno por causas ajenas a la cistostomía y el otro por un absceso de los tejidos prevesicales que provocó el desenlace final en este caso que se mantenía en un equilibrio muy precario.

Fue un enfermo de sesenta y ocho años que ingresó al Servicio de Medicina, por insuficiencia respiratoria muy marcada que se debía a enfisema pulmonar, bronquitis crónica y corazón pulmonar con insuficiencia descompensada. Estaba caquéctico y presentaba edema del tronco y extremidades inferiores debido a su insuficiencia cardíaca e hipoproteinemia. Además se encontraron focos bronconeumónicos bilaterales y globo vesical palpable. La retención se debía a adenoma prostático. Un mes después de su ingreso su estado no había mejorado y aparecieron úlceras de decúbito en el sacro y talones. Estaba con sonda uretral a permanencia, mal tolerada, por lo que se decidió la cistostomía. La pequeña intervención no dio problemas inmediatos. El enfermo siguió en Sala de Medicina sin trasladarse, porque su problema cardíaco y pulmonar requería vigilancia constante de los internistas. Debía mantenerse con oxígeno a permanencia.

Veintiún día después debimos intervenirlo nuevamente por un absceso perinefrítico derecho. Una incisión lumbar dio salida a abundante pus.

Finalmente falleció por nuevo absceso, esta vez del espacio de Retzius, que terminó con las precarias defensas del enfermo. El absceso se debió a que la sonda se obstruyó un fin de semana y la vejiga se distendió al máximo. Se filtró orina a presión alrededor de la sonda de cistostomía hacia el espacio de Retzius, infiltrándose los tejidos laxos prevesicales. Se formó un flegmón urinoso que posteriormente se transformó en absceso.

Probablemente, si el personal (estaba en Servicio de Medicina) hubiese tenido experiencia en el manejo de sondas vesicales, el absceso no se habría producido ya que la sonda no habría permanecido obstruida durante dos días. También la sonda que empleamos en este enfermo fue de calibre demasiado delgado, Nº 12, debido a que no estábamos advertidos de la posibilidad de este tipo de complicación. Desde entonces usamos sondas más gruesas y las vigilamos más de cerca. En este enfermo no habíamos efectuado la pequeña incisión de la piel previa a la punción con el trocar, de manera que la piel estaba muy ajustada alrededor de la sonda. Quizás esta pequeña incisión hubiera permitido que la orina escapase al exterior en vez de infiltrar los tejidos prevesicales.

Los tres factores mencionados, sonda demasiado fina, mala vigilancia de la sonda y falta de incisión cutánea, creemos que fueron los causantes directos de la complicación en un enfermo de defensas muy pobres como éste. Es decir, no fue un defecto del procedimiento de cistostomía empleado, sino una técnica defectuosa y un descuido del caso por ignorancia de la posibilidad de esta clase de complicación.

El otro enfermo fallecido tenía 73 años y fue hospitalizado en el Hospital Van Buren por retención de orina, estrechez uretral infranqueable y pielonefritis aguda. Estaba en caquexia. Se practicó la cistostomía por punción el día de su ingreso. Falleció tres días después. La autopsia demostró pielonefritis bilateral con ambos sistemas pielocaliciarios taponados de pus. El enfermo falleció en insuficiencia renal con oliguria marcada de etiología ajena a la cistostomía.

De los cuarenta y dos casos de nuestra serie, sólo dos presentaron complicaciones. Uno fue el absceso prevesical ya mencionado y el otro fue un hematoma del espacio de Retzius. Se produjo en un enfermo con una próstata muy aumentada de tamaño, adenomatosa. Puncionamos directamente con el trocar, sin explorar previamente el trayecto con aguja. Además inclinamos ligeramente el trocar hacia abajo para alejarnos del peritoneo. El trocar no entró en la vejiga, sino que penetró en plena próstata. Su extremo debe haber roto una arteria de la glándula, porque al retirar el mandril salió sangre roja, arterial, por la cánula. Retiramos el trocar y, después de explorar con aguja el ángulo adecuado de punción, puncionamos con el trocar nuevamente, entrando en la vejiga. Se terminó la intervención en la forma habitual dejando una sonda in situ.

Al día siguiente encontramos una masa palpable en el hipogastrio y fosa ilíaca derecha correspondiente a un hematoma del espacio de Retzius que afortunadamente no produjo síntomas ni problemas. Se reabsorbió espontáneamente.

Creemos que las dos complicaciones de nuestra serie son perfectamente evitables y no se habrían producido si nuestra técnica hubiese estado suficientemente pulida. Los dos son de los primeros casos de nuestra serie. La falta de experiencia con el procedimiento y de conocimientos teóricos detallados sobre la técnica explican los errores cometidos en estos casos.

En los siete casos en que la retención se debió a estrechez uretral que no pudo ser franqueada con sondas o bujías al ingresar los enfermos después de algún tiempo, ya efectuada la cistostomía y solucionada la emergencia, se pudo con más calma proceder a las dilataciones. El segundo o tercer intento de franquear la estrechez tuvo éxito y se procedió a dilatarla.

La sonda de cistostomía fue retirada poco después. La cistostomía por punción evitó la talla vesical, ineludible en estos casos.

DISCUSION

La cistostomía por punción es un procedimiento simple y práctico, fácil de realizar, pero en su misma sencillez reside el peligro que puede ofrecer, ya que un exceso de confianza puede hacer omitir detalles técnicos lo que ocasionará complicaciones de importancia. A nuestro juicio es suficientemente segura, si se ejecuta en forma reglada y atendiendo a los detalles referidos anteriormente.

Si se compara con la talla vesical surge su principal desventaja y es que la talla es un procedimiento muy seguro aunque se cometan errores groseros de técnica. En la cistostomía por punción el margen de error que permite el procedimiento es mucho más estrecho. Sin embargo, debe tenerse presente al comparar estos procedimientos que las complicaciones que da la cistostomía por punción se tiende a mirarlas como defectos del procedimiento mismo cuando en realidad han sido errores de técnica de causas bien precisas. En cambio las complicaciones que da la talla vesical son de otro origen, causadas por la postración en cama durante semanas que ocasiona en enfermos generalmente ancianos. Las complicaciones resultantes como bronconeumonías, atelectasias pulmonares, escaras de decúbito, supuraciones de la herida, retardos de cicatrización, dificultades posteriores para conseguir que cierre la fístula, hernias de la cicatriz, etc., a pesar de ser mucho más numerosas, son de causas menos resaltantes y no tan inmediatas. Como no son producidas por errores de técnica al operador que compara tiende a olvidarlas y a no computarlas como defectos del método de cistostomía implantado. El desprestigio de la cistostomía por punción en nuestro país pensamos que se ha debido a factores como éstos y a quienes la han realizado la han hecho sin experiencia en el procedimiento y en forma ocasional, sin una técnica establecida y muchas veces realizada por médicos generales de Servicios de Urgencia sin conocimientos urológicos básicos. Esto podría explicar la diferencia extrema de opinión con respecto al procedimiento en Chile y en Düsseldorf, donde le dan la categoría de procedimiento de elección para efectuar cistostomías transitorias.

La cistostomía por punción, según nuestra corta experiencia, ofrece numerosas ventajas sobre la talla vesical. Transforma a una operación propiamente tal en una especie de técnica médica que se puede efectuar en cualquier lugar y con un mínimo de elementos. En rigor no se precisa disponer de pabellón quirúrgico ni de ayudante y se puede practicar incluso en el propio lecho del enfermo lo que significa una ventaja evidente en medios rurales.

Una ventaja importante es que el traumatismo operatorio es reducido a un mínimo y puede ser ejecutada en enfermos en pésimas condiciones generales que no toleran o tolerarían mal otro tipo de intervención. El enfermo puede levantarse inmediatamente después de efectuada la cistostomía lo que significa una gran ventaja en enfermos seniles ya que al eliminar la necesidad de reposo en cama se evitan todas las complicaciones de la postración en el lecho. El paciente puede ser hidratado por vía oral o alimentado con su régimen habitual desde el momento mismo de realizada la cistostomía, según hemos podido observar en nuestros enfermos.

La estada del enfermo en el hospital se acorta en semanas o meses con este procedimiento, lo que significa otra ventaja importante en nuestros hospitales siempre escasos de camas y redunda en una mayor comodidad para el paciente.

Los cuidados de enfermería se ven especialmente simplificados con este tipo de cistostomía. No hay herida que curar. No hay apósitos pasados de orina ni colchones mojados. La sonda queda bien ajustada a la fístula desde un principio. Se evitan muchas molestias al enfermo y trabajo al personal auxiliar.

El paciente con cistostomía por punción está en pie, sus ropas están secas, se siente cómodo. Basta darle algunos analgésicos en comprimidos y antibióticos por vía oral. La diferencia en el ánimo de los enfermos de edad avanzada es notable.

La larga y estrecha fístula de este tipo de cistostomía, rodeada de piel y músculos intactos, que conservan su elasticidad, adosa sus paredes de inmediato al retirar la sonda y cicatriza rápidamente. No es necesario pasar un período con sonda uretral como ocurre con la talla, período que a veces se prolonga por varias semanas. Esto ahorra muchos problemas cuando la cistostomía ha sido efectuada por causas transitorias.

La facilidad con que cicatriza esta fístula con un mínimo de fibrosis permite que este tipo de cistostomía se pueda repetir varias veces si es necesario sin alterar significativamente le vejiga ni la pared abdominal. No se puede decir lo mismo de la talla vesical que cuando se repite más de una vez trae complicaciones como vejigas fibrosas y retraídas, hernias de la cicatriz y otras complicaciones bien conocidas. La última ventaja se hace muy evidente en los enfermos de estrechez uretral en que las retenciones son simples episodios en la vida del enfermo. La talla vesical resulta demasiada intervención para solucionar un problema transitorio que tiene muchas probabilidades de repetirse varias veces en el transcurso de meses o años. La cistostomía por punción nos parece que es la solución ideal para salir del paso en estos casos.

Las mismas consideraciones se pueden hacer en las plastias uretrales en que se necesita derivar transitoriamente la orina. Muchas veces la talla vesical es más engorrosa que la pequeña plastia que se va a realizar.

El hecho de poder efectuar una prostatectomía a cielo abierto del tipo que se prefiera, después de este tipo de cistostomía merece destacarse especialmente como una de sus principales ventajas. Cuando se realiza una talla vesical como primer tiempo de la prostatectomía, uno queda obligado a efectuar después una prostatectomía tipo Freyer, con todos los inconvenientes de una intervención ciega que se termina con un taponamiento con gasa de la celda prostática o con un balón de Pilcher, que no dan mayores garantías sobre la hemostasia inmediata. Además siempre existe el peligro de hemorragia al retirar el tapón de gasa o el balón. A nosotros nos parece una ventaja muy estimable el poder efectuar una prostatectomía a cielo abierto en que podemos explorar visualmente la vejiga y la celda prostática y realizar una hemostasia quirúrgica con catgut, cuando hemos hecho como primer tiempo una cistostomía por punción.

INDICACIONES

La cistostomía por punción está indicada en todos aquellos casos de retención, en los que no se logra pasar una sonda por la uretra como estrecheces uretrales, cuerpos extraños enclavados en la uretra, lesiones traumáticas de uretra, cálculos uretrales, tumores del pene, cánceres cervicouterinos avanzados, etc. También está indicada en casos de contraindicación de sondear la uretra como uretritis agudas, prostatitis aguda, epididimitis secundarias a procesos uretrales, abscesos prostáticos y otras situaciones semejantes coexistentes con una retención urinaria.

Tiene indicación también en prostáticos inoperables que se encuentran en retención, ya sea como primer tiempo de una prostatectomía o como cistostomía definitiva.

En general la cistostomía por punción tiene las mismas indicaciones de la talla vesical y aún más amplias ya que se puede practicar en enfermos de muy mal riesgo quirúrgico en los que la talla vesical no se puede efectuar sin un peligro grave de muerte durante el acto quirúrgico mismo o en el postoperatorio inmediato.

CONTRAINDICACIONES

Las contraindicaciones principales son la escasa capacidad vesical y la hematuria con coágulos. Si la vejiga es pequeña se corre el riesgo de perforar peritoneo o intestino. Boeminghaus indica como límite mínimo 200 o 250 cc. de capacidad vesical. Nosotros no hemos practicado la punción más que en aquellos casos en los que la vejiga es visible o palpable o en enfermos en los que se ha podido pasar una sonda uretral para distenderla con 400 o más cc. de suero, pues hemos extremado la prudencia en razón de nuestra escasa experiencia con este método de cistostomía y para evitar que renaciera desprestigiado entre nosotros.

La hematuria con coágulos es también una contraindicación, porque los coágulos obstruirán la sonda, originando complicaciones. Igualmente esta contraindicada si la orina contiene grumos de fibrina o tejidos esfacelados u otros elementos que obstruyan las sondas.

Estados como la diabetes o dermitis de la región pubiana o hipogastrio son contraindicaciones relativas por el peligro de que se originen flegmones o abscesos de la pared abdominal.

CONCLUSIONES

1.—La cistostomía por punción es un procedimiento que parece suficientemente seguro de acuerdo con la experiencia que hasta aquí tenemos.

2.—En la mayoría de los casos ofrece numerosas ventajas sobre la talla vesical especialmente en cistostomías transitorias.

3.—Por ahora este método de cistostomía debería quedar reservado a los urólogos mientras los detalles de su técnica no estén suficientemente difundidos y pulidos por la experiencia.

4.—Nuestros resultados corroboran la experiencia de Boeminhaus y del Servicio de Urología del Hospital San Borja.

5.—Los buenos resultados que hemos tenido nos sugieren la conveniencia de seguir practicándolo y con más frecuencia.

RESUMEN

La cistostomía por punción en nuestro país es un procedimiento poco conocido en el ambiente médico general y mirado con desconfianza por muchos especialistas. Sin embargo, hay autores extranjeros de prestigio que recomiendan esta técnica como el procedimiento de elección para efectuar cistostomías transitorias.

Se analizan cuarenta y dos casos de cistostomías por punción y se describe detalladamente la técnica empleada.

Se definen las principales indicaciones y contraindicaciones y se discuten las ventajas y desventajas del procedimiento en comparación con la talla vesical.

Los resultados obtenidos son catalogados como buenos y sugieren la conveniencia de practicar este tipo de cistostomías con mayor frecuencia en servicios especializados.

BIBLIOGRAFIA

1.—H. BOEMINGHAUS.—Urología. Editorial Paz Montalvo (Traducción de la 2ª edición alemana). Madrid. 1958.

2.—BEARD, R. W. y colaboradores.—Diagnosis of Urinary infection by suprapubic bladder punture. Lancet 2-7413: 610-611, 1965.

3.—EARL E., EWERT.—Valoración de los síntomas resultantes de obstrucción del cuello de la vejiga en el varón adulto. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Pág. 769, Junio, 1962.

CISTOSTOMIA POR PUNCION O TAMBIEN LLAMADA TALLA ECONOMICA

Prof. Dr. GONZALEZ MAC-OLIVER y Dr. CARLOS SALAZAR JIMENEZ

(Cátedra de Urología. Hospital San Borja)

RESEÑA HISTORICA

De que se tenga memoria la Talla vesical por punción, fue efectuada por primera vez por Frere Come en el siglo XVIII. Muy posteriormente fue modificada por Thomson y más tarde por Lejars. Los cirujanos ingleses la conocían como el llamado procedimiento de Morson de Alemania.

Poco se sabe de ella posteriormente hasta 1934 en que el Prof. Pfflaummer de Nüremberg, la empieza a practicar en su Cátedra sentando ciertos principios e indicaciones para efectuarla. El Prof. Ercole, de Argentina, publica un trabajo en la Revista de Urología, al regreso de su estadía en el Servicio del Prof. Pffaummer, en dode relata el gran número de punciones que se efectuaban, en las que había indicaciones fundamentales, con sencillez e inocuidad de la técnica.

Kirschner la ha efectuado y aún la recomienda como operación paliativa de urgencia, incluso en la consulta particular o en un lugar en que no hay los elementos necesarios para una talla clásica. El mismo Kirschner hace resaltar el inconveniente de la operación: de ser una *maniobra quirúrgica a ciegas*. Pero al mismo tiempo dice que esto sea quizás un fenómeno afectivo, (más que real).

Luego todos los maestros de la Urología mundial la han usado en más o menos oportunidades y de ello dan fe al describirla en sus textos de técnicas operatorias de la vejiga. (Dodson, Campbell, Flocs y Culp, etc.).

TECNICA USADA EN EL SERVICIO

Uno de nosotros, (el Prof. González Mac-Oliver la usa en el Congreso de Cirugía de Valdivia en 1940 (por primera vez en Chile), viéndose abocado por circunstancias muy especiales a efectuarla. Desde entonces hasta la fecha se ha adoptado en el Servicio para los casos en que está indicada, técnica que ha experimentado ciertas modificaciones que nos ha dado a experiencia.

Como premisa fundamental jamás debe efectuarse en una vejiga de capacidad reducida y la cantidad mínima a inyectar debe ser de 250 cc.

Comprobado globo vesical por encima del pubis, se coloca al enfermo en Trendelemburg de 45º, se marca el sitio de la punción sobre la piel del hipogastrio que debe ser exactamente en la línea media y a no más de 2 traveses de dedo por encima de la sínfisis del pubis. Con 3-5 cc. de solución Novocaína al 1% o cualquier otro anestésico, se infiltra el dermis en el sitio de la punción y un poco en el tejido celular subcutáneo.

Con la punta del bisturí se incide la piel en una extensión de 1/2 cm. para facilitar la entrada del trocar que se dirige verticalmente al plano del enfermo, teniendo en cuenta su posición de Trendelemburg, se introduce a través de la herida, con firmeza pero no con brusquedad. El trocar debe tener 6-8 mm. de diámetro y de 10-12 cm. de longitud por término medio, habiendo variaciones en ello, como sucede con el trocar de Campbell que se abre en su extremo distal, una vez introducido en la vejiga, hacia los lados con el objeto de sujetarse en la pared vesical.

Se retira el mandril del trocar, procurando en este momento, de introducir un poco más la camisa, y rápidamente sin esperar que la vejiga evacúe al través del trócar, se coloca por el interior del mismo una sonda Nélaton Nº 16-18, o Mallecot como lo hace Campbell, según el calibre de la camisa. Se controla que la sonda funcione bien. Luego se fija la camisa con puntos a la piel y enseguida la sonda a la cánula de la camisa. En el Servicio se deja la cánula colocada de 4-6 días con el fin de constituir un buen trayecto fistuloso.

Sabemos que hay opiniones que estiman innecesario dejar la camisa del trocar durante algunos días, como lo aconsejamos. Las razones que tenemos para

proceder así las fundamos en dos hechos:

I) Al atravesar la pared vesical con el trócar es posible herir algunos vasos sanguíneos, en especial los prevesicales, lo que al retirar el trócar permitiría el paso de sangre a la cavidad vescal, espacio de Retzius, etc., con las consiguientes consecuencias, como mal funcionamiento de la sonda, infección del espacio prevesical, etc. En cambio, si se deja la cánula por algunos días, no se produce sangramiento porque la cánula hace compresión a la pared vesical, produciendo colapso de los vasos y evitando con ello hemorragia.

2. Si por cualquier circunstancia, la sonda se sale o hay que retirarla, los planos se corren y se hace imposible restituir la sonda en su sitio. En cambio, si la cánula ha permanecido varios días, se cumple el tiempo para que se haya constituido el túnel estable que permitirá dilatar con B. Recto y cambiar sonda de mayor calibre cada vez que se desee.

Como se puede ver en los slides, al distenderse totalmente la vejiga, ésta se aplica directamente a la pared abdominal anterior desplazando al reflejo peritoneal en varios traveses de dedo, y es éste espacio, amplio, desperitonizado el que se aprovecha para la punción.

INDICACIONES DE TALLA ECONOMICA

Estimamos que la cistostomía por punción, en modo alguno podrá desplazar a la cistostomía suprapúbica clásica, pero nos parece que hay casos, no despreciables en número, en los cuales dicho procedimiento nos puede ayudar eficazmente y más aún, puede salvar algunas vidas como también ofrecerles a estos enfermos una derivación urinaria mediante un procedimiento incruento y que no exige sino que 3-5 cc. de anestesia local.

No deseamos ser muy categóricos en las indicaciones de tal procedimiento, sólo diremos que nos parece ventajoso en aquellos casos en que una talla clásica se presenta agresiva para el estado del paciente. En los casos en que se indique una cistostomía y no requiera exploración vesical a través de la talla. Por cierto que en todo caso deben cumplir los requisitos en el caso de un primer tiempo de prostatectomía, pero ella está indicada en Ca. de la próstata con retención completa o que se mantiene residuo alto sin respuesta al tratamiento estrogénico, de ectomía testicular, con muy mal estado general, etc.

En las derivaciones temporales de intervenciones uretrales o periuretrales. En los enfermos en que por hipertensión arterial descompensada, maligna, insuficiencia cardíaca congestiva, enfisema pulmonar, cor pulmonar, insuficiencia renal, estados precaquécticos, etc., haya necesidad de una talla temporal o definitiva.

Algunos la usan asociada a la prostatectomía perirrenal (Pfflaummer) y observan con ello un postoperatorio mejor que en la perineal clásica.

Otros la usan en casos de retenciones de orina por traumatismos medulares, en lo que no se restablece pronto el automatismo miccional, evitando en ello los sondajes uretrovesicales y por consiguiente las infecciones urinarias que prenden más fácilmente en este tipo de enfermos.

En los casos de retenciones de orina en los que cabe esperar un pronto restablecimiento de la permeabilidad uretral el método presta buenos servicios.

Finalmente si se tiene cuidado y se usa una técnica depurada el peligro de penetrar en el peritoneo con asa intestinal no se produce y de ahí la ventaja, por la prevención del shock, la seguridad de una herida seca, etc.

TEMPORAL O DEFINITIVA

Se puede usar como definitiva en los casos de adenoma prostático inoperables (insuficiencia renal irreversible, complicaciones cardíacas, pulmonares, etc.). En Ca. prostáticos inoperables con residuo alto y mal estado general, sin respuesta al tratamiento estrogénico, etc.

Temporal es usada a veces por Campbell en los casos de enfermedad vesical con retención aguda causada por lesión de la médula espinal cuando la micción automática no aparece o si el cateterismo prolongado está contraindicado por infección, etc.

COMPLICACIONES DE LA TALLA ECONOMICA

Demás está decir que la complicación más grave y peligrosa es herir el fondo

de saco peritoneal o el intestino. Felizmente esta complicación es rarísima cuando la talla está bien indicada y se usa una técnica precisa. Si por cualquier motivo se sale la cánula antes que se haya formado el trayecto fistuloso, la mayoría de los autores insisten en no hacer intentos de reposición y no creer que si alguna vez se ha logrado reponerla, sin complicaciones, esto va a ser siempre posible.

Justamente, del mal criterio en efectuar estas maniobras, es que este procedimiento no ha tenido la difusión suficiente.

Si la cánula no ha sido bien colocada y especialmente no ha sido fijada bien a la piel, al salirse, refluirá orina al espacio prevesical originando infecciones en esa zona y aún comprometiendo el peritoneo.

En el Servicio, las complicaciones que se han observado han sido precisamente por mala técnica, por insistir en reponer la cánula. Hemos tenido dos casos de peritonitis, uno de osteítis del pubis, otro de hematuria por compromiso de la próstata.

Esto último ha sucedido porque el cirujano, no conociendo bien los principios de la técnica y temeroso a puncionar el peritoneo, ha dirigido el trocar en forma oblicua hacia abajo comprometiendo con ello la próstata. En el otro caso, la punción ha sido ejecutada extraordinariamente cerca del pubis lesionando el periostio.

En un caso de peritonitis el trocar no cayó dentro de la vejiga, por no reunir ésta la condición fundamental de capacidad y distensión y en el otro caso por intento de reponer la cánula con maniobras intempestivas.

Mosqueira, de Argentina, describe un caso de peritonitis en una talla económica en un Ca. de vejiga en que la capacidad vesical era menos de 250 cc. Precisamente éste era el caso menos indicado para esta técnica en cuanto se trataba de un Ca. y una capacidad reducida.

CASUISTICA

Se presenta a consideración 22 casos de talla económica efectuadas en el Servicio.

Ella no refleja la totalidad de tallas realizadas desde 1940 adelante, por un motivo muy explicable: las historias antiguas se perdieron o se hacían desaparecer del Archivo cada 5-10 años por falta de espacio.

En el espacio Nº 5, se observan los motivos de talla económica o de contraindicación de prostatectomía.

En los rubros de evolución y complicaciones que dependen directamente de ella y no de otras complicaciones, como ser neumonías, edema pulmonar, insuficiencia cardíaca, hemorragias digestivas, etc.

En 22 casos encontramos un caso de infección de la talla, uno de osteítis del pubis, otro de hematuria y dos casos de peritonitis.

Es fundamental la revisión diaria del enfermo por el cirujano, para asegurar la buena posición de la cánula, como así mismo el correcto funcionamiento de la sonda.

RESUMEN Y COMENTARIO

1. Se presenta a esta reunión una reseña histórica y evolución de la talla por punción.
2. El concepto y el criterio que de ella tienen los Maestros de la Urología mundial.
3. Se expone la técnica en el Servicio de Urología del Hospital San Borja y sus modificaciones que ha dado la experiencia.
4. Sus indicaciones y contraindicaciones.
5. Cuando se usa en forma temporal y cuando debe ser definitiva.
6. Sus complicaciones y las razones de estas complicaciones.
7. Finalmente se presenta un cuadro sinóptico, parte de la casuística correspondiente del año 1962 adelante de nuestro Servicio con resultados favorables y desfavorables, la experiencia adquirida y a través de ella el conocimiento de las fallas de técnica que motivaron éstas evoluciones desfavorables.

Como una acotación al margen de este trabajo podemos agregar que en el Journal of Urology de Marzo de 1967, aparece un artículo cuyo autor es John A. Blum, de la División de Urología de la Universidad de Minnesota, en el cual se describe una técnica de cistostomía suprapúbica en la que se introduce por

Nombre	Edad	Síntoma principal	Diagnóstico	Contra ind. Prostatec.	Complicaciones	Evolución
A. S. R. 134092	76	R. C.	Ad. Prost. grado 3	Necrosis pared ant. miocardio. Br. Cr. obstruc.	(—)	Buena
A. H. L. 136022	80	R. C.	Ca. Prost.	Residuo alto a pesar del trat. específico.	(—)	Buena
D. O. S. 13028	78	Disuria intensa Dif. mic.	Ad. Prost. grado 3	Insuf. renal I. Compromiso estado general. Pielonef. Cr.	(—)	Buena
M. F. A. 58450	72	R. C.	Ad. Prost. grado 4	Cardiopatía Cr.	(—)	Muy favorable
F. M. E. 138481	80	R. C.	Ca. prost. con metást.	Resultado (—) del trat. Insuf. renal.	Infección de la talla salida de la sonda	Mala
J. C. G. 141105	45	R. C.	Estrechez uretral infranqueable Abs. peri.	I Mal estado general	(—)	Muy buena
F. S. V. 65327	80	R. C.	Ad. Prost. Pielonefritis Cr.	Senilidad Pielonefritis Cr. Hipert. Art.	(—)	Buena
H. Q. C. 65964	46	Gran dificultad miccional	Estrechez uretral infranqueable	Estrechez infranqueab. Insuf. renal	(—)	Persiste Insuf. renal
L. V. M. 19966	75	R. Parcial Disuria	Estrechez uretral filiforme Hipertrofia cuello vesical	Mal estado general Estrechez filiforme	(—)	Buena
G. F. 115057	91	R. C.	Ad. Prost. grado 4	Senilidad Insuf. renal Pielonefritis Cr.	(—)	Buena
V. S. S. 357285	82	R. C.	Ad. Prost. grado 4 Cardioesclecoronaria	Cardioescler. coronaria	Peritonitis doble coloc. del trócar	Muerte. Mala colocación trocar.

Nombre	*Edad*	*Síntoma principal*	*Diagnóstico*	*Contra ind. Prostatec.*	*Evolución*	*Complicaciones*
M. T. J. 113396	60	R. C. por obstruc. uretral por Ca. cervicouterino	Ca. vaginal infiltrante	Obstrucción e invasión de la uretra. Hipert. Ar.	Buena	(—)
A. L. C.	70	R. C.	Ad. Prost. Insuf. ren. Infarto ant. miocardio	Insuf. renal Infarto antiguo miocardio. Mal estado general	Mala. Hematuria por compromiso prostático	Hematuria que se logra cohibir
R. P. S. 143475	75	R. C. Hematuria	Ad. Prost. grado 3	Hematuria rebelde. Hiper. Art.	Buena	(—)
B. I. S.	95	R. C.	Ad. Prost. grado 4	Senilidad pésimo estado general.	Buena	(—)
R. S. J. 137132	57	R. P.	Estrechez uretral adenoma.	Anemia. Hipert. Insuf. renal	Pésima	Peritonitis falta capacidad vesical.
C. S. R.	76	R. C.	Ad. Prost. grado 3	Br. Cr. obstructiva. Hip. Art.	Mala	Osteítis del pubis
B. A. 139917	75	R. C.	Ad. Prost.	Insuf. renal Comp. intenso estado general.	Buena Permite pract. Prostatectomía	
F. M. E. 130481	80	R. C.	Ca. Prost.	Metástasis Inst. (—)	R.	(—)
H. U. C. 171271	26	Estrechez uretral infranq.	E. uretral	Insuf. renal Mal estado general	R.	Persiste Insuf. renal
L. M. D. 175225	65	R. C.	Ad. Prost. Hpert. Ar. Sindrome anginoso Insuf. renal	Hipert. Síndrome A. Insuf. renal	Buena	Persiste Insuf. renal
G. C. M. 132287	73	R. C.	Ad. Prost. grado 3-4	Insuf. cardiaca congest. Car. pulmonar Enfisema pulmonar	Buena	(—)

vía uretral el tractor de Lowsley, hasta la vejiga. Se palpa a través de la pared abdominal el extremo del tractor. En este momento se abren los extremos de éste y, previa anestesia de la pared abdominal, se incide la piel y planos profundos hasta llegar a la vejiga que también se incide. Por esa brecha se hace aparecer el extremo del tractor y con él se toma una sonda Foley, Mallecot, etc. y se deja en la vejiga. Luego se sutura la brecha abdominal.

En ese artículo se describen éxitos con esta técnica.

ADENOCARCINOMA DE URETRA MASCULINA.

(Caso Clínico)

Drs. RAUL VALDEVENITO G. y GUILLERMO MC MILLAN S., Prof. ISMAEL MENA

(Servicio de Urolgía. Hospital Barros Luco Trudeau. Jefe de Servicio: Dr. Ramón Hederra D.)

El adenocarcinoma de la uretra, es una enfermedad extraordinariamente rara. Scott en una revisión de la literatura hasta 1951 encontró sólo 6 casos, posteriormente Pack agregó dos casos y Mandler últimamente relata dos casos más.

La frecuencia parece haber disminuido con el advenimiento de los antibióticos y la subsecuente disminución de las secuelas estenóticas uretrales. La edad de estos enfermos fluctúa alrededor de los 60 años (46-76).

Todos los casos revisados por Scott tenían historia de uretritis gonocócicas, y en dos casos existía el antecedente de estrechez. Las evidencias sugieren que la infección crónica del tracto urinario bajo, con uretritis quística o glandularis podrían ser precursores de la degeneración neoplásica a semejante de lo que sucede en la vejiga.

No existen síntomas característicos, la hematuria y uretrorragia, la disuria con escozor, las estrecheces uretrales, las fístulas urinarias perineales y abcesos recurrentes se han presentado en estos pacientes, pero ninguno es propio de esta lesión. Quizás la presencia de abcesos periuretrales en enfermos viejos que no tienen antecedentes de uretritis, o estrecheces que últimamente hayan necesitado dilataciones cada vez más frecuentes nos deben hacer sospecharla.

La biopsia confirma el diagnóstico.

El tratamiento depende de la ubicación de la lesión. En los casos de uretra peniana existe consenso unánime en practicar una amputación amplia y si existen ganglios efectuar la disección de los inguinales y del triángulo de Scarpa.

En los casos de adenocarcinoma de uretra bulbar o prostática se recomienda cirugía radical practicando resección de uretra bulbar y membranosa y prostatovesiculectomía con disección de ganglios ilíacos y del foramen obturatriz. Kaufman recomienda practicar resección total o parcial de vejiga efectuando las derivaciones pertinentes.

El supervoltage en ganglios pélvicos puede ser útil siendo sus resultados en general decepcionantes.

En aquellos casos con invasión perineal Pack propone sólo tratamiento paliativo con pésimo pronóstico.

CASO CLINICO

Z. U. B. Paciente de 67 años que sólo 6 meses antes de su ingreso presenta disuria de esfuerzo y poliaquiria de carácter progresivo que llega a retención completa. Consultó al Hospital de Sn. Bernardo donde se le comprueba estrechez uretral infranqueable practicándosele cistostomía.

Antec.—2 Uretritis tratadas sin secuela en su juventud. El 4 de Junio consultó a la policlínica de nuestro Hospital comprobándose estrechez infranqueable de uretra bulbar y adenoma prostático de regular tamaño. Los exámenes preop. fueron negativos. La cistouretrografía demuestra un adenoma moderado y estrechez acentuada de uretra bulbar en un trayecto de aproximadamente 2 cm. de divertículo en esa zona.

La exploración uretral bajo anestesia raquídea resulta infructuosa por lo que se indica uretrectomía parcial. (1-7-66).

El examen anatomopatológico efectuado por el Prof. Ismael Mena fue informado como adenocarcinoma.

El enfermo no concurrió a los controles indicados, consultó a los 60 días por aumento de volumen perineal del tamaño de un puño doloroso con fístula uretrocutánea. La biopsia de la masa reveló infiltración adenocarcinomatosa con componente inflamatorio. De acuerdo a lo indicado por el Dr. Pack se envió a radioterapia.

En resumen se presenta un caso de adenocarcinoma de uretra bulbar, entidad clínica extremadamente infrecuente, se revisa la literatura y se hacen las consideraciones terapéuticas.

BIBLIOGRAFIA

1.—CAMPBELL, M.—Text Urol. 1963.
2.—PACK, GEORGE.—Treatment of Cancer and Allied diseases.
3.—POSSO, BERG y MURPHY.—Adenoca Mucinoso de la Uretra. Relación de un caso asociado a uretritis. J. Urol. Junio, 1961.
4.—SCOTT, EVZ; BARELARE, B.—Adenoca of de Male Urethra. J. Urol. 68: 311-319, 1952.
5.—MANDLER J., POOL T.—Primary carcinoma of the Male Urethra. J. Urol. 96: 67-72, 1966.

UROGRAFIA EXCRETORA DE URGENCIA

Dra. E. SILVA INZUNZA y Dr. R. BUSTOS MORALES

(Clínica Urológica Universitaria. Hospital J. J. Aguirre. Escuela de Medicina. Santiago)

Universidad de Chile Facultad de Ciencias de la Salud
BIBLIOTECA CENTRAL
Valparaíso

Se designa con el nombre genérico de urografía el método radiográfico que permite la visualización de todo el árbol urinario, utilizando medio de contraste opaco. En opinión de Emmett (1), debe denominarse urografía excretora al roentgenograma descendente o de eliminación, reservándose la terminología de pielograma retrógrado al examen radiográfico ascendente que requiere maniobra instrumental.

En el presente estudio daremos a conocer la experiencia adquirida en cierto número de casos en que se ha efectuado la urografía excretora de urgencia o precoz. En general, este tipo de examen es perentorio en todas aquellas lesiones urológicas en que se necesita conocer a la brevedad posible, la magnitud del daño renal o ureteral del paciente. De aquí se desprende que la principal indicación está dada por ese conjunto de pacientes que han sido sometidos a traumas de diferente etiología sea por accidente (del tránsito, laborales, deportivos, etc.) o por injuria ureteral quirúrgica, abdominal o pelviana.

En nuestra clínica a todos estos pacientes se les atiende en calidad de urgencia, debiendo detenerse el trabajo urológico de rutina para darle preferencia al estudio radiográfico del portador de estas lesiones.

La única contraindicación de la urografía excretora está dada por la tirotoxicosis y por la alergia a los compuestos yodados orgánicos. Sin embargo, este último factor es susceptible de modificación, si se toman medidas de prevención con el uso de antihistamínicos por vía endovenosa (benadryl o clorprimeton). Durante nuestra estada en el Johns Hopkins Hospital de Baltimore, pudimos comprobar que tanto en el Brady Institute del Profesor Scott como en la Cytoscopic Clinic del Prof. Everett, a todo paciente que se somete a este tipo de examen, se le hace previamente una prueba de sensibilidad sea por vía intradérmica o bien ocular. En otras clínicas efectúan esta prueba, aprovechando el primer tiempo de la introducción endovenosa del medio de contraste en forma lenta y controlando en tiempo adecuado las posibles reacciones que puedan aparecer. Esta última modalidad es la que se aplica corrientemente en nuestro medio.

En los grandes traumatismos que llegan al estado de shock, es necesario combatir rápidamente este episodio y la urografía excretora sólo se indicará cuando el paciente se haya recuperado totalmente, ya que puede producirse inhibición funcional que nos inducirá a error de diagnóstico y de apreciación para determinar la conducta a seguir.

En nuestra clínica, todos estos pacientes son sometidos a un plan preconcebido, primando el estudio radiográfico. Se toma, inmediatamente que las condiciones del enfermo lo permiten, sin preparación intestinal previa, ni restricción de líquidos (2), radiografía renovesical simple que conjuntamente nos permite el estudio óseo que nos informará sobre la posible presencia de fracturas. La radiografía simple nos revelará la presencia de importantes hechos como son: desviaciones de la columna (escoliosis), borramiento o ausencia de la sombra del psoas del lado afectado, aumento del tamaño renal y/o contorno renal deformado. La presencia de cualquiera de estos signos nos autoriza sospechar lesión renal o capsular que ha producido hematoma perirrenal.

A continuación se hace urografía excretora que puede ser de tipo corriente o sea una vez inyectado el medio de contraste (Hypaque al 50%) se toman placas a los 5', a los 15 y a los 25 ó 30 minutos, esta última placa de pie, o bien se toma urografía excretora retardada con doble dosis de Hypaque inyectado al principio o a los 30 minutos de la primera inyección. Las primeras placas se toman igual que en la urografía corriente y se continúa el examen, tomando las radiografías cada hora, siendo el ideal seguir con el examen hasta que se haya eliminado totalmente el medio de con-

traste de las cavidades excretoras altas y aún, si es necesario, se aconseja controlar a las 24 y 48 horas. Sin embargo, en la práctica y por razones burocráticas administrativas, sólo se controla hasta las 6 horas y, en casos determinados, a las 24 horas. El estudio se completa con cistografía al final de la urografía excretora.

El principal valor de este tipo de examen está en el hecho de que nos informa objetivamente acerca del estado funcional y morfológico del riñón no contundido (3), dato de importancia para determinar la conducta a seguir. La principal desventaja es la vinculación incompleta del árbol urinario y, en ocasiones, es pobre en detalles; esto se debe al continuo peristaltismo del tracto urinario. Sin embargo, este inconveniente se subsana con las placas seriadas y retardadas para someterlas a estudio comparativo.

CASUISTICA

Se presenta una serie de 14 pacientes en que se efectuó urografía excretora de urgencia, cuyas edades fluctúan entre 14 y 63 años, siendo 8 hombres, 4 mujeres y 2 niños (Cuadro Nº 1). Los 14 tenían antecedentes de traumatismos diversos y 13 consultaron por hematuria total. En 11 casos la presión arterial fue normal y en 3 hubo hipotensión. La uremia estaba elevada en un caso. La densidad urinaria fluctuó entre 1007 y 1026. Se comprobó anemia en 5 pacientes. La concentración ureica fluctuó entre 12.5 y 48 gr. ‰.

En el Cuadro Nº 2 se señalan las lesiones comprobadas en la radiografía renovesical simple, observándose lesión ósea en 5 pacientes (fractura costal: 3, fractura de pelvis: 2 y 1 de sacro). El riñón estaba aumentado de tamaño en 5 casos y la forma alterada en 2. Borramiento del psoas en 10 casos.

Se efectuó urografía excretora urgente de tipo corriente en 8 casos (Cuadro Nº 3), con t/m de 5 placas por paciente y de tipo retardado en 6 casos con t/m de 6 placas por paciente. En todos se utilizó Hypaque al 50%, 20-40 cc. endovenoso. La eliminación fue suficiente bilateralmente en 12 casos y unilateralmente en 2 casos. Se comprobó hematoma perirrenal en 6 casos. (Cuadro Nº 4). Extravasación del medio en 5 y compromiso calicilar en 7. Por insuficiencia del examen anterior se hizo pieloretrógrada en un paciente cuyo resultado no aportó mayores detalles. Se hizo aortografía en dos.

Cuadro Nº 1

GENERALIDADES

Casos	Sexo M.	Sexo F.	Edad	Hematuria	Presión arterial Normal	Presión arterial Hipotens.	Uremia Normal	Uremia Anormal
14	10	4	14-63	13	11	3	13	1

Concentración ureica	Hemograma Normal	Hemograma Anemia	Densidad urinaria
12.5 — 48 gr.‰	9	5	1007 — 1026

Cuadro Nº 2

RADIOGRAFIA RENAL SIMPLE

Fracturas Costal	Fracturas Pelvis	Fracturas Sacro	Psoas Borrado Der.	Psoas Borrado Izq.	Riñones Tamaño N.	Riñones Tamaño A.	Riñones Forma N.	Riñones Forma A.
3	2	1	5	5	9	5	12	2

Escoliosis: 3

Cuadro Nº 3

UROGRAFIA EXCRETORA

Tipo	Tiempo	Placas	Eliminación Suficiente Unilateral	Eliminación Suficiente Bilateral	Eliminación Insuficiente Unilateral
Corriente: 8	5 — 30'	5	—	8	—
Retardada: 6	5' — 4 hrs.	6	2	4	1
					Excluido: 1

Cuadro Nº 4

LESIONES RADIOGRAFICAS

Patología	Corriente	Retardada
Hematoma perirrenal	2	4
Extravasación del medio	1	4
Compromiso calicilar	3	4

COMENTARIO

La urografía excretora de urgencia (4, 5, 6) es un examen muy importante en todos los casos de traumatismo, sea por accidente o de índole quirúrgico. Nos informa no sólo de la indemnidad del lado sano (3)- sino también del sitio de localización y, a veces, de la magnitud de la lesión. Sin embargo, el clínico debe tamizar los datos obtenidos mediante la roentgenografía con los hechos que aporta la clínica. En los casos leves una urografía excretora aparentemente normal, puede no demostrar una extravasación. En contraposición la ausencia de función renal (2), revelada por este examen, puede ser producida por inhabilidad de excreción del medio de contraste (7), especialmente cuando ha sido indicado en un período muy cercano al accidente. En tal caso es aconsejable repetir este examen a las 24 horas.

En los casos más avanzados nos informa acerca de las lesiones parenquimatosas y capsulares que comunican con el sistema pielocalicilar, a la atmósfera perirrenal, representado por la presencia de extravación del medio de contraste. En último término, es capaz de dar los signos correspondientes a la destrucción completa del riñón con hemorragia perirrenal masiva, representado por la pérdida completa de la arquitectura renal, con desplazamiento del órgano o del uréter, borramiento o ausencia de la sombra del psoas, escoliosis, etc.

El valor de este examen ha sido discutido en numerosos trabajos. Mc Cague (8), afirma que es un estudio satisfactorio en la mayoría de los casos, opinión compartida por Nation y Massey (2). Carlton y Scott (9), con este medio diágnostican lesión renal en el 64% de sus casos. Glenn y Harvard (10), lo logran en el 50 por ciento de su serie de 64 pacientes de traumatismo renal. En cambio, Orquin (11), sólo obtiene información adecuada con la urografía excretora precoz en el 28% de sus casos, considerando mejor el pielograma retrógrado, que le permite formular diagnóstico en el 100% de los casos.

No abordamos la ruptura ureteral, ya que en nuestra serie no hemos incluido este tipo de lesión.

CONCLUSIONES

En los traumatismos renales es absolutamente indispensable el diagnóstico radiográfico de la lesión mediante la urografía excretora de urgencia.

Según esta presentación, y desde el punto de vista de técnica radiográfica, este examen de urgencia es deficiente por la presencia de gases intestinales, ya que los pacientes no han sido preparados. Sin embargo, desde el punto de vista urológico, cumple con su finalidad, ya que generalmente se puede hacer el diagnóstico de indemnidad de un lado o lesión concomitante, de localización y de magnitud de la lesión.

Sólo en casos muy determinados y cuando el examen anterior ha sido incapaz de proporcionarnos datos adecuados, acudimos al pielograma retrógrado y muy excepcionalmente a aortografía que nos informa acerca de la disposición y daño de los vasos.

BIBLIOGRAFIA

1.—EMMETT, J. L.—Clinical Urography. II Edición. W. B. Saunders Co. (Philadelphia and London). Vol. I: pág. 6, 1964.
2.—NATION, E. F. and MASSEY, B. D.—Renal trauma: experience with 258 cases. J. of Urol. 89: 775, 1963.
3.—SIFFRE, RACHOU et ROLLET.— Considerations sur 93 cas de plaies du rein par projectiles. J. d'Urol. 68: 644, 1962.
4.—SLADE, N.; EVANS, K. T. and ROYLANCE, J.— The late results of closed renal injuries. Brit. J. of Surg. 49: 194, 1961.
5.—OPIT, L. J.; Mc KENNA, K. P. and NAIRN, D.

E.—Closed renal injury. Brit. J. of Surg. 48: 240, 1960.
6.—NILSSON, J. and SANDBERG, N.—Healing of kidney injuries. A clinical and roentgenographic follow-up study. Acta chir. scand. 123: 228, 1962.
7.—SARGENT, J. C. and MARQUARDT, Ch. R.—Renal injuries. J. of Urol. 63: 1, 1950.
8.—Mc CAGUE, E. J.—Renal trauma: conservative management. J. of Urol. 63: 773, 1950.
9.—CARLTON, C. E. and SCOTT, R.—Penetrating renal injuries: an analysis of 100 cases. J. of Urol. 84: 599, 1960.
10.—GLENN, J. F. and HARVARD, B. M.—The injured kidney. J.A.M.A. 173: 1189, 1960.
11.—ORKIN, L. A.—Evaluation of the merits of cytoscopy and retrograde pyelography in the management of renal trauma. J. of Urol. 63: 9, 1950.

DESPLAZAMIENTO RENAL POR TUMOR DEL DUODENO

Drs. JOSE BISQUERTT T., BENJAMIN TALLMAN V., NESTOR FLORES y ABEL UBILLA L.

(Servicio de Urología, Cirugía "A" y Anatomía Patológica. Hospital J. J. Aguirre)

El hallazgo en el examen clínico de una masa que ocupa el cuadrante superior derecho del abdomen plantea al clínico un problema diagnóstico de gran importancia. Si a esta masa se agregan síntomas correspondientes al aparato urinario, el cuadro se aclara sólo en parte, pues existen numerosos procesos de vecindad que secundariamente pueden afectar este sistema.

El médico se ve enfrentado a la necesidad de precisar el sitio de origen de esta masa, la etiología del proceso, y la conducta a adoptar para llegar a un diagnóstico y tratamiento. Entre las afecciones que debe hacerse al diagnóstico diferencial están las siguientes: a) Procesos renales: hidronefrosis, tumor, quiste ptosis renal; b) Afecciones de tubo digestivo: vesícula hidrópica, quiste o tumor del páncreas, lóbulo de Riedel, quiste o tumor del hígado, tumores del estómago intestino delgado y colon; c) Tumores y quistes suprarrenales; d) Tumores pararenales, benignos (lipomas, fibromas) o malignos (sarcomas); también quiste hidatídico pararrenal; e) Masas intraperitoneales de órganos alejados: quiste del ovario (o tumor), fibroma uterino, quistes mesentéricos epiploicos; Tbc peritoneal fibrocaseosa enquistada; f) Lesiones varias: adenopatías metastásicas aneurismas gigantes, etc.

En general cada una de estas afecciones tiene manifestaciones propias que se ponen en evidencia en la anamnesis y el examen físico. De extraordinaria importancia en el diagnóstico diferencial son los exámenes de laboratorio como ser: pruebas de hemaglutinación, intradermorreacción y desviación del complemento para hidatidosis; pruebas de función suprarrenal y eliminación de sus metabolitos; hemograma, exámenes de orina aséptica, etc. Pero es el estudio radiológico el que aporta los mejores detalles sobre ubicación y probable origen: la radiografía simple de abdomen, el estudio del tránsito digestivo y enema baritada, colecistografía, pielografía de eliminación o ascendente, retropneumoperitoneograma, la aortografía. Otros exámenes de utilidad ocasional con la laparoscopia intraperitoneal y la cavografía.

Sin embargo, en algunos enfermos por insuficiencia del estudio radiológico o imposibilidad de efectuar exámenes no es posible precisar el diagnóstico, ya orientado por el examen clínico hacia algunos cuadros patológicos. Ellos deben ser sometidos a laparotomía exploradora a fin de diagnosticar y tratar adecuadamente la lesión. En la intervención quirúrgica deberá efectuarse una incisión que permita un campo abdominal adecuado y al mismo tiempo pueda explorarse la fosa renal correspondiente. Tal ocurrió en la enferma que motiva la presente comunicación y que constituye el segundo caso de este tipo de patología publicado en nuestro país.

OBSERVACION CLINICA

Enferma de 52 años que acude al Servicio de Urología por presentar, 15 días antes, eliminación de orina color "agua de carne" sin coágulos, sin disuria, en 2 oportunidades. Niega lumbalgia ni molestia vesical. Sin antecedentes digestivos, sólo diarreas ocasionales desde hace años.

En el examen físico se encuentra una mujer en buen estado general, con presión arterial de 160/100 mm. de Hg., abdomen depresible; a nivel del flanco e hipocondrio derechos se palpa una masa fija a nivel de la fosa lumbar, algo móvil en su parte anterior; no es posible diferenciarla del riñón derecho. El examen ginecológico sólo revela regresión de órganos genitales.

En exámenes de laboratorio se encontró: uremia, glicemia Kahn, tiempo de coagulación y de sangría, orina (ex. completo) radiografía de tórax, reacciones de Chauffard-Casoni, hemaglutinación para hidatidosis: normales. En hemograma había 5 millones de hematíes con 15,5 g. de hemoglobina, 8400 leucocitos, 1 eosinófilo y 4 baciliformes. El examen de orina aséptica mostró pus (de escasa a regular cantidad) con desarrollo de Proteus y Escherichia coli sensible a antibióticos y Furadantina. La investigación de bacilos de Koch al directo fue negativa en orina. En cistoscopia se observó uretrotrigonitis crónica.

La pielografía de eliminación mostró a izqda. imagen normal, mientras que a derecha, por debajo de la sombra renal, se observa un segundo contorno que se extiende medialmente prácticamente hasta la columna; la sombra renal derecha aparece desplazada en dirección craneal; compresión del cáliz inferior pero sin distorsión ni destrucción de él. Conclusión:

sospecha de quiste renal derecho. El retropneumoperitoneograma mostró una masa redondeada de crecimiento anterior (intraabdominal) pero adherida al retroperitoneo. La aortografía mostró aspecto renal derecho normal, salvo desplazamiento craneal. Masa en polo inferior no identificable, no presenta vasos patológicos, no tiene efecto nefrográfico positivo ni negativo. Conclusión: ¿masa extrarrenal?

Se operó efectuándose lumbotomía transversal subcostal derecha (Mayo). Abiertos los planos se comprobó que el riñón derecho estaba indemne, mientras en relación con la pared peritoneal posterior se palpaba masa firme, irregular, redondeada. Se prolongó la incisión hacia adelante, se abrió el peritoneo y se encontró un tumor adherido intimamente a la 3ª porción del duodeno, de alrededor de 8 cm. de diámetro, redondeado, con zonas quísticas y otras sólidas, gris rosado. La exploración abdominal no reveló metástasis. Se resecó el tumor extirpándolo con la pared superior de la 3ª porción del duodeno; sutura en 2 planos de la brecha intestinal con catgut corrido y refuerzo con lino superificial (sutura transversal para evitar estrechez, peritonización de la superficie para inmovilizar la sutura). Drenaje Penrose en sitio sutura, cierre peritoneal posterior, peritoneal anterior, músculo aponeurótico y piel con lino.

El anatomopatólogo describe una masa tumoral de tipo quístico de superficie lisa brillante y en secciones con discretos solevantamientos, mide 8 por 4 cm.

El examen histológico, a nivel de la pared quística, muestra epitelio fibrohialínico (no hay epitelio de revestimiento) rodeado por un tumor de células fibro y mioblásticas de caracteres neoplásicos. Diagnóstico: Fibroleiomiosarcoma duodenal, alrededor de formación quística.

Ha evolucionado en buenas condiciones, durante los 20 días que lleva hospitalizada.

COMENTARIO

El hallazgo de un desplazamiento renal por tumor del intestino delgado es un fenómeno extremadamente raro. Kauffman ha descrito casos de desplazamiento y de infiltración o de compresión extrínseca ureteral por tumores de la cabeza de páncreas, del estómago y del colon, pero no menciona los tumores del intestino delgado.

Una observación publicada en 1964 tiene muchos puntos similares a la nuestra: se trataba de un leiomiosarcoma del duodeno palpable en examen clínico y cuya manifestación radiológica era la compresión renal y ureteral (12).

Los tumores del intestino delgado rara vez son diagnosticados clínicamente; en su mayoría son hallazgos operatorios o en autopsias. Su frecuencia es extremadamente baja. En una revisión de 25 mil enfermos hospitalizados se encontraron 1.018 observaciones de tumores del aparato digestivo, y 28 de ellos (1,6%), eran tumores del intestino delgado. De estos 28 enfermos, sólo 10 eran de origen duodenal (2). En una estadística del Johns Hopkins Hospital sobre 986 tumores gastrointestinales encontrados en Cirugía o en autopsias, había 88 tumores del intestino delgado (8,9%) y 21 (2,2%) de localización duodenal (10).

En 41 pacientes de leimiosarcoma del intestino delgado revisados en 1952, sólo 7 eran lesiones primarias del duodeno. Sin embargo, debe destacarse con fines comparativos que, dada la longitud de este órgano frente a la del yeyuno-íleon, el duodeno tiene una frecuencia proporcional por centímetro de 8-10 veces mayor que el resto del intestino delgado.

En la estadística ya mencionada (10) en 39 carcinomas, sarcomas y linfoblastomas del intestino delgado se encontraron 8 observaciones (20%) de tumores del duodeno.

De los tumores malignos del duodeno, el carcinoma es 5 a 10 veces más frecuente que el sarcoma. En una revisión de la literatura mundial en 1960 (16) se encontraron 602 adenocarcinomas y sólo 61 observaciones de leiomiosarcoma duodenal. En 1962 se reunieron 66 casos publicados (14), cifra que se elevó a 71 casos en la revisión de 1964 (12).

Aunque en la literatura chilena han sido publicadas numerosas observaciones de tumores del intestino delgado, hay muy pocos casos de tumores musculares. En la revisión de Larach de 40 tumores del yeyuno-íleon encontró 3 leiomiosarcomas; en la estadística de Correa (1960) menciona 2 leiomiosarcomas del delgado sin indicar su localización. El único caso de leiomiosarcoma publicado en nuestro país, de localización duodenal, es descrito en la revisión de Bacigalupo sobre 13 tumores del intestino delgado.

El leiomiosarcoma del duodeno es un tumor de tamaño variable (dependiendo del momento de su investigación) y suelen alcanzar tamaños considerables antes de dar síntomas. Aparecen después de los 40 años de edad y afectan por igual a ambos sexos.

En general son de evolución rápida, pero tienen bajo grado de malignidad: 38 de 43 tumores estudiados en la Clínica Mayo (15) eran de grados I y II. Habitualmente no se encuentran metástatis en el momento de su diagnóstico, pero cuando ocurren se hacen por vía sanguínea (hígado) y a órganos vecinos (peritoneo); rara vez hay compromiso linfático.

Se ubican con mayor frecuencia en la segunda porción del duodeno, siguiéndole los de la tercera porción, localización similar a la de los tumores benignos, lo que ha hecho suponer que estos sarcomas musculares se originan de la degeneración de los miomas. Tienen dos modalidades de crecimiento: una forma (rara) que obstruye el lumen duodenal, y una forma subserosa, de crecimiento exógeno hacia la cavidad abdominal y comprime órganos vecinos (estómago, colon, riñón, etc.). Este crecimiento externo es el más frecuente, y por ellos se manifiestan como masa abdominal palpable, sin signos de obstrucción intestinal. Suelen alcanzar tamaños considerables (cabeza de feto) y a pesar de que se originan en la 2ª porción del duodeno con mayor frecuencia, no dan compromiso de la vía biliar, por lo que la ictericia es excepcional en estos enfermos.

En su rápido crecimiento estos tumores se adelantan a los requerimientos circulatorios de la masa, quedando zonas poco irrigadas, especialmente hacia la parte central, ocurriendo necrosis y gangrena local, con hemorragia y formación de cavidades quísticas que dan la consistencia característica de zonas firmes y blandas.

Además de la existencia de masa abdominal palpable que puede ocasionar dolor abdominal difuso, el signo y síntoma más frecuentemente encontrado es el de la hemorragia digestiva, habitualmente pequeña, que puede pasar inadvertida, pero que puede evidenciarse en el examen de deposiciones ("hemorragias ocultas"). Suele acompañarse de anemia hipocroma (hemorragia crónica) moderada. Hay también malestar general y baja de peso, especialmente en etapas avanzadas.

Desde el punto de vista radiológico, las dos modalidades se manifiestan por: a) las de crecimiento submucoso, por irregularidad en el contorno mucoso, pérdida de substancia y trayectos fistulosos; b) las de crecimiento exógeno, por imágenes de compresión de órganos vecinos (estómago y colon, riñón, etc.), y desplazamientos del duodeno. A diferencia de los tumores epiteliales, estos sarcomas son menos estenosantes del lumen duodenal.

El tratamiento del leiomiosarcoma duodenal es operatorio, pues son tumores radiorresistentes. Debido a su localización, y a las adherencias a tejidos y órganos vecinos, su extirpación suele ser difícil.

El tratamiento de elección es la duodenopancreatectomía, intervención que tiene elevada morbilidad. En estadística de la Clínica Mayo se señala que la mortalidad operatoria ha disminuido considerablemente: de 14 casos operados antes de 1949, ocho fallecieron en la intervención o postoperatorio inmediato; entre 23 operados entre 1950-1959 sólo hubo dos muertes operatorias (16).

En tumores pequeños o localizados en la 3ª y 4ª porción del duodeno, sería factible efectuar resecciones segmentarias. Hay un enfermo sometido a resección de la 2ª, 3ª y 4ª porción del duoduodeno en 1954 que sobrevivió 44 meses (19). El enfermo descrito en el trabajo de Bacigalupo fue sometido a resección de la 2ª, 3ª y 4ª porciones del duodeno, con anastomosis duodeno-yeyunal y falleció a los 30 días. En una revisión reciente de 10 tumores operados en la Clínica Mayo sólo hay tres que sobreviven, uno con reseción total, uno con extirpación local y uno con pancreatoduodenectomía, este último ha presentado varias complicaciones (4). En dicha clínica, en un caso con leiomiosarcoma duodenal extenso se efectuó colecistectomía, gastrectomía subtotal, resección de la cabeza del páncreas, duodenectomía, hemicolectomía derecha, nefrectomía derecha y se vació además un gran absceso iliopélvico, siendo reoperado posteriormente por adherencias, con sobrevida de 18 meses (18). Dos enfermos de una serie presentada a la Sociedad Chilena de Cirugía, y que fueron sometidos a duodenopancreatectomía por Ca. del páncreas, fallecieron en el primer día de la operación (9).

La enferma presentada en el presente trabajo era completamente asintomática desde el punto de vista digestivo (tampoco tenía anemia), y el tumor duodenal fue un hallazgo radiográfico indirecto; ella consultó por hematuria tal vez provocada por la pielonefritis e hipertensión arterial, sin tener relación al tumor digestivo. La masa había alcanzado un

diámetro de 8 cms. y la enferma no lo había notado ni le provocaba molestias.

Durante el acto quirúrgico llamó la atención lo localizado del proceso especialmente en relación a su implantación en el duodeno; aparecía como una masa de crecimiento externo, con cavidad quística, que hizo pensar en que se tratara de un quiste enterógeno de naturaleza benigna (poco adherido); de ahí el tratamiento quirúrgico conservador efectuado.

Esta intervención quirúrgica (resección local) no constituye el tratamiento satisfactorio de esta lesión y la paciente deberá ser reintervenida para efectuar resección parcial, que ha dado resultado en algunos casos publicados, especialmente porque se originó en la 3ª porción del duodeno y no estaba propagado, en enferma en en buenas condiciones generales.

No hay experiencia respecto al uso de la quimioterapia. En varias publicaciones extranjeras se ha obtenido remisiones objetivas en proporción significativa de pacientes con adenocarcinoma del tracto gastrointestinal, en forma temporal, utilizando el 5-Fluoruracil (5). En rabdomiosarcoma embrionarios de los niños se ha relatado respuesta objetiva en algunos pacientes tratados con Actinomicina D (17). No hay referencias respecto al uso de quimioterapia con buen resultado en leiomiosarcomas.

RESUMEN

1. Se plantean las dudas diagnósticas con que se enfrenta el urólogo frente a la existencia de una masa del cuadrante superior derecho del abdomen, especialmente cuando hay desplazamiento renal craneal.

2. Se presenta una observación de fibroleiomiosarcoma del duodeno, descubierto en examen urográfico, y operado en el Servicio (resección local) y que emergía de la 3ª porción del duodeno.

3. Se revisa la literatura sobre el tema y se señala que esta observación es la segunda publicada en nuestro país.

BIBLIOGRAFIA

1.—BACIGALUPO, F. y cols.—Leiomiosarcomas del tubo digestivo. Arch. Soc. Cir. Chile 10: 386, 1958.
2.—CARCACIA, J. y cols.—Tumores del intestino delgado. Arch. Soc. Cir. Chile 12, 2: 299, 1960.
3.—CORREA CASTILLO, H.—Cirugía del intestino delgado. Arch. Soc. Cir. Chile 12, 1: 155, 1960.
4.—DODDS, J. y cols.—Leiomyosarcoma of the duodenum. Am. J. Surg. 105: 245, 1963.
5.—HEIDELBERGER, C. y cols.—Experimental and clinical use of fluorinated pirymidines in cancer chemotherapy. Cancer Res. 23: 1226, 1963.
6.—IOVINE, V. M.—Primary carcinoma of the duodenum. Am. Surg. 27: 744, 1961.
7.—KAUFFMAN, J.—Unusual causes of extrinsic ureteral obstruction. J. Urol. 87, 3: 319, 1962.
8.—LARACH, A.—Tumores del intestino delgado. Tesis de Profesorado. Editorial Atlántica, B. Aires, 1963.
9.—PASMAN, H. y cols.—Consideraciones sobre el cáncer de la cabeza del páncreas. Arch. Soc. Cir. Chile 12, 2: 352, 1960.
10.—RAIFORD, T. S.—Tumors of the small intestine. Arch. Surg. 25: 122, 1932.
11.—RECORDIER, A. M. y cols.—A propos d'un cas de leiomyosarcoma duodenal. Arch. Malad. App. Digest 52: 1128, 1963.
12.—ROSENBERG, J. C.—Gastroduodenal leiomyosarcomas. Am. J. Dig. Dis. 9, 3: 213, 1964.
13.—Scanlan, D. B.—Primary retroperitoneal tumors. J. Urol. 81, 6: 740, 1959.
14.—SKANDALAKIS, J. E.—(Citado por Rosenberg).
15.—STARR, G. F.—Leiomyomas y leiomyosarcomas of the small intestine. Cancer 8: 101, 1955.
16.—STARZL, T.—Leiomyosarcoma of the duodenum. Int. Abstr. Surg. 110: 313, 1960.
17.—TAN, C. T. y cols.—Clinical experiencies with Actinomicin D. Ann. N. Y. Acad. Sc. 89: 426, 1960.
18.—WAUGH, J. M. y cols.—Resection of the duodenum for extensive leiomyosarcoma. Arch. Surg. 86: 688, 1963.
19.—ZINTEL, H.—Leiomyosarcoma of the duodenum. A.M.A. Arch. Surg. 69: 612, 1954.

TUBERCULOSIS RENAL

Prof. Dr. R. VARGAS ZALAZAR y Drs. FDO. VARGAS DELAUNOY y RONALD HUIDOBRO

Esta colaboración a la Mesa Redonda sobre Tuberculosis Urinaria es una introducción al tema y tocaremos sólo algunos aspectos de este problema dando a conocer los resultados obtenidos en la Clínica Titular de Urología de la Universidad de Chile.

La tuberculosis renal alcanza de un 15 a un 18 por ciento de la Tbc encontradas en las autopsias. Alcanzó a un 30% en las nefrectomías antes del descubrimiento de la Estreptomicina, lo que después ha disminuido apreciablemente, sin embargo, en los últimos años se ha notado un aumento, aunque de todas maneras ha aumentado el número de operaciones parciales o reparadoras, que nosotros hemos practicado en un 18% de resecciones renales, espeleotomía, o reparaciones de obstrucciones en el lado enfermo. Ahora debemos agregar las reparaciones plásticas por microvejigas y estrechez o reflujo ureteral.

Se podría decir que la tendencia actual es a disminuir las operaciones radicales para ampliar las resecciones parciales y la cirugía reparadora para corregir las obstrucciones o practicar el reemplazo del uréter, pelvis o vejiga separadamente o en conjunto.

La nueva orientación médico-quirúrgica de la tuberculosis tiene mayor éxito con el diagnóstico precoz de la Tbc urogenital, porque a menor grado de alteración a la pielografía podemos indicar o un tratamiento médico o bien quirúrgico conservador, siendo menor la proporción de las operaciones radicales del tipo nefrectomía.

Recordemos que la Tbc pulmonar se complica de Tbc renal en un 41% de los casos y que en un 7,3 por ciento es silenciosa. Los enfermos de Tbc renal presentan en un 41% foco pulmonar.

La Tbc renal es en un 57% bilateral aumentando esta cifra a un 80 por ciento en investigaciones en autopsias.

Se ha comprobado que no hay baciluria Tbc sin lesión renal, según trabajos experimentales de Meddlar (1) y aquí en Chile por el Prof. Héctor Rodríguez (2).

En el diagnóstico de la Tbc renal se debe recordar la cistitis rebelde a los tratamientos corrientes, debemos recordar que se ha comprobado que un 48% de los casos presenta infección urinaria. La hematuria total en especial en una persona joven, aunque no haya otros síntomas urinarios, debe pensar en esta enfermedad.

Estos dos síntomas fundamentales no tienen relación con las alteraciones morfológicas que se encuentren en los exámenes pielográficos.

La confirmación diagnóstica se hace con el examen bacteriológico de la orina y con el estudio pielográfico.

La investigación del Bacilo de Koch al examen directo de la segunda orina miccional o por concentración efectuando varias veces, haciendo al mismo tiempo cultivo o inoculación dan un 50 por ciento de positividad a la investigación directa, un 90 por ciento al cultivo y un 76 por ciento a la inoculación, según nuestros trabajos de hace algunos años.

(Siempre tiene importancia en el diagnóstico de laboratorio, la presencia de piuria con ausencia de gérmenes corrientes, y que se encuentra en un 52% de los casos).

En muchas oportunidades es indispensable que la investigación de B.K. se deba hacer en forma exhaustiva, en especial cuando no hay lesiones pielográficas o son muy poco destructivas o bien cuando se pueden confundir con otras lesiones como la pielonefritis, el cálculo transparente, pequeños tumores, quistes, etc.

La confirmación diagnóstica por medio de los exámenes radiográficos, en especial la pielografía descendente en sus diversas formas es a veces suficiente cuando las lesiones destructivas cavernosas son más intensas.

Para la confirmación diagnóstica, para formular un pronóstico y para seguir un control uniforme es conveniente tener una clasificación de los hallazgos pielográficos.

Siguiendo a Lattimer (3) en la clasificación pielográfica podríamos aceptar como grado 0 los casos con pielografía normal, grado I las pequeñas alteraciones de los cálices, como grado II cuando hay un cáliz menor con alteración pequeña tuberculosa, grado III cuando se

presentan dos cálices con cavidades o segmentos sin funcionar, grado IV se considera cuando hay dos cálices con lesión masiva de Tbc. Los tres últimos grados pueden o no presentar lesión ureteral.

La presencia de calcificación significa la presencia de necrosis y puede dificultar la acción de los medicamentos específicos en esa área.

La presencia de hidrouréter, de hidronefrosis o de ambas a la vez se encuentra en los casos de obstáculos por fibrosis en especial urétero-vesical, pero también se puede encontrar en el ángulo pieloureteral o pielo-caliciario, dando dilatación retrógrada que imposibilita la acción de los medicamentos antituberculosis. Pero en gran número de casos las estrecheces se encuentran en el lado sano, ya sea por cistitis fibrosa como secuela de una Tbc vesical o por la acción fibrosante de los medicamentos antituberculosos.

El riñón excluido puede significar una destrucción completa del parénquima renal por la lesión o bien porque se ha agregado un obstáculo en el vaciamiento que intensifica la insuficiencia renal del lado enfermo, impidiendo una concentración suficiente del yodo para obtener suficiente opacidad.

Todo enfermo de Tbc renal debe estudiarse completamente para conocer la realidad del proceso, necesitando a veces exámenes más profundos. Estas investigaciones pueden ser únicamente bacteriológicas en los casos no quirúrgicos y pielografía ascendente del lado enfermo en los casos quirúrgicos cuando no se ha obtenido una buena información de la pielografía ascendente.

La pielografía ascendente no aconsejamos practicarla en el lado supuestamente sano, se efectuará en el riñón excluido o con lesiones parciales que se desconocen mejor para plantear una intervención conservadora. En el riñón excluido cuando no se puede practicar una pielografía ascendente se practicará una pielografía percutánea, en muchas oportunidades con estos exámenes se puede variar el concepto de nefrectomía o resecciones parciales del riñón o simplemente indicar una espeleotomía.

En cuanto al tratamiento se puede considerar en grados cero, uno y dos el tratamiento médico, en los grados tres y cuatro el tratamiento médico quirúrgico.

Se debe tener presente que, tomando en conjunto ambos riñones, la lesión puede ser destructiva, mediana o grande en una parte de uno o ambos riñones, insignificante o pequeña en otra. Es decir en un riñón la indicación puede ser quirúrgica, en el otro médica, o en parte de un riñón quirúrgica y en la otra parte del mismo médica.

Cuando se reconoce una zona o un riñón con lesión destructiva se debe considerar el resto como tomado por lesiones no destructivas, sin necesidad de confirmación.

Será necesario formarse un concepto preciso sobre el estado de los riñones, para lo cual aconsejamos su análisis por medio de clearences, de la urea y de la creatinina, acompañadas de la prueba rojo fenol. Las lesiones destructivas disminuyen la función renal, las lesiones no obstructivas perturban su función, pudiéndose recuperar con el tratamiento médico, las obstrucciones aumentan la alteración funcional por presión retrógrada.

El tratamiento médico de Tbc renal es indispensable para curar la lesión no obstructiva y mejorar las funciones de los riñones.

Con el estudio de la función renal se tiene una medida de primera importancia par planear una intervención quirúrgica, si mejoran las condiciones funcionales se debe programar intervenciones limitadas e, incluso, se puede depurar por medio de diálisis en el postoperatorio hasta que se haya obtenido el beneficio de la intervención.

TRATAMIENTO

El tratamiento médico ha sido beneficiado por varios medicamentos específicos. Son de primera importancia la Estreptomicina, la Hidracida del ácido Isonicotínico, la Sal sódica del ácido Paraamino Benzoico. Es de gran importancia el estudio de la sensibilidad del B.K. a cada uno de estos medicamentos, así como a los que se consideran de segunda importancia como la Etionamina, la Kanamicina y la Cicloscerina, esperamos tener otros o que se potencialicen éstos.

Nosotros hemos usado desde hace más de cinco años la medicación con las tres primeras drogas, aunque es difícil que los enfermos sigan con regularidad la ingestión del P.A.S. por su gran volumen, por lo que la mayor parte de los enfermos han sido tratados con Estreptomicina isoniacida. La duración que aconsejamos es de dos años, haciendo controles cada tres meses. La Estreptomicina se ha administrado a dosis de un gramo al día durante un mes para bajar a un gramo día por medio al mes siguiente, después un gramo cada dos días durante dos meses y seguir con un gramo cada tres días hasta completas dos años. La Isoniacida la hemos administrado a dosis de 400 milgr. al día durante dos años. El P.A.S. lo aconsejamos a dosis de 15 grs. al día.

Cuando por razones de toxicidad o intolerancia no se puede seguir administrando la Estreptomicina, se puede seguir el tratamiento con dos medicamentos, la Isoniacida y P. A. S. y si no se puede seguir con dos de ellos se puede incorporar la Etionamida o la Cicloserina. Sabemos que el tratamiento médico de la Tbc está continuamente modificándose y hay tendencia a eliminar la Estreptomicina por su toxicidad sobre el octavo par, pero esto no es fácil hacerlo sin antes haber comprobado que será beneficioso. El estudio sistemático de la sensibilidad a los diferentes medicamentos y los resultados obtenidos en aquellos casos en que ha sido indispensable eliminar la Estreptomicina en el tratamiento de Tbc renal nos permitirá primero eliminarla en el segundo año y después en los últimos 3 semestres.

Las operaciones más frecuentes en Tbc renal son la nefrectomía, la resección parcial del riñón, la espeleotomía, el tratamiento de las obstrucciones, las plastias en los casos de reflujo, la ampliación de la vejiga atrófica con o sin ureterosigmoido-ileocistoplastia.

El tratamiento quirúrgico debe ser precedido de tratamiento médico por lo menos veinte días, con el objeto de disminuir la actividad del proceso y evitar su diseminación.

Cuando el proceso Tbc destructivo toma más del 75 por ciento de los riñones no hay indicación quirúrgica. Cuando está en el límite de este porcentaje y se piensa que con la resección de las cavidades o con la espeleotomía se puede mejorar la función y se puede proponer esta alternativa incluso con depuración postoperatoria.

Se debe tener presente en los casos límites que los procesos destructivos no curan con los medicamentos específicos y que los no destructivos tienen gran probabilidad de curar, puede existir procesos destructivos y no destructivos en uno o ambos riñones en forma que se puede planear operaciones salvadoras conservando las partes aparentemente sanas. Cuando la lesión destructiva está limitada a todo un riñón se procederá a la nefrectomía y si toma sólo una parte del uno o ambos riñones siempre que sea posible su extirpación, se debe proceder a las resecciones parciales.

El tratamiento de la Tbc. renal es médico o médico quirúrgico y la cirugía debe ser conservadora, porque en un caso de Tbc. renal que se ha considerado como unilateral se encontró que el lado supuesto sano estaba comprometido.

En los cuadros que siguen a continuación exponemos los resultados en el estudio y tratamiento de 90 enfermos portadores de tuberculosis renal que fueron atendidos en nuestro Servicio en los últimos 3 años.

Cuadro Nº 1

PACIENTES CON TUBERCULOSIS URINARIA

Hombres	47
Mujeres	43
Total	90

Edad promedio: 34,6 años
Min. 15 Máx. 66

Cuadro Nº 2

SINTOMAS EN 90 PACIENTES CON TBC. URINARIA

Hematuria	60	(66,6%)
Polaquiuria	68	(75,5%)
Piuria	81	(95 %)

Cuadro Nº 3

BACILO DE KOCH EN ORINA

	Positivo +	*Casos consignados*
B. Koch directo	37 (50 %)	74
B. Koch cultivo	10 (30,8%)	27
Directo +	17 (62,9%)	27

Cuadro Nº 4

RADIOLOGIA EN 90 PACIENTES CON TBC. URINARIA

Lesiones unilaterales	72	(80%)
Lesiones bilaterales	18	(20%)

Cuadro Nº 5

PIELOGRAFIA DESCENDENTE EN 90 PACIENTES CON TBC. URINARIA

Lesiones caliciarias	
Gr. 0	2
I	5
II	15
III	19
IV	7
Hidronefrosis	19
Exclusión renal	29
Lesiones ureterales	17
Microvejiga	4

Cuadro Nº 6

TRATAMIENTO MEDICO

	Nº casos
Estrp. Hin	49
Estrp. Hin. PAS	28
Hin PAS	2
Cicloserina	1
Kanamicina	1
Trecator	1

Cuadro Nº 7

OPERACIONES EFECTUADAS EN 90 PACIENTES CON TBC. URINARIA

Nefrectomia total	47	(52,2%)
Nefrectomia parcial	1	
Ureterocitoplastia	7	
Sigmoidocitoplastia	2	
Pielolitotomia	2	

Cuadro Nº 8

CONTROL DE 90 ENFERMOS

Controlados (mínimo 6 meses)	57 enfermos
No controlados	33 enfermos

Cuadro Nº 9

CONTROL DESDE 6 MESES A 1 AÑO

	Bien	*Con alteraciones*	*Total*
Clínica	24	11	35
Pielografía	14	9	23
B. K. positivo		4 casos	
B. K. negativo		18 "	
Total		22 casos	

Cuadro Nº 10

CONTROL A DOS AÑOS O MAS

	Bien	*Con alteraciones*	*Total*
Clínica	22	3	25
Pielografía	14	8	22
B. K. positivo		1 caso	
B. K. negativo		21 casos	
Total		22 casos	

De los resultados expuestos se desprenden algunas conclusiones importantes. La hematuria, la piuria y la polaquiuria son los síntomas más importantes en estos enfermos. La búsqueda del bacilo de Koch en la orina es relativamente difícil, ya que el examen directo da un 50 por ciento de positividad y el cultivo un 30,8%; juntos la positividad aumenta a 62,9% lo que deja un alto porcentaje de pacientes en los que no es posible detectar el bacilo en la orina. Creemos que se debería hacer de rutina además la inoculación experimental, con la cual la positividad debe subir mucho más.

La mayor parte de los enfermos recibieron tratamiento médico y quirúrgico; en un 52,2% de ellos se hizo nefrectomías.

Treinta y cinco pacientes fueron controlados un año después de iniciado el tratamiento y 22 casos han sido seguidos por más de 2 años. El resto nos ha sido imposible su ubicación. El resultado del tratamiento según esos controles a uno y dos años están detallados en los cuadros 9 y 10. Mejores condiciones clínicas se encontraron en el segundo grupo así como menos B-Koch positivo en orina (1 en 22 casos). Sin embargo, el estado pielográfico es más o menos parecido. Todo esto concuerda con nuestro criterio de dar por lo menos dos años de tratamiento médico a estos enfermos.

BIBLIOGRAFIA

1.—VARGAS ZALAZAR, ROBERTO.—Urología, pág. 85, 1967.
2.—MEDDLAR - SASANA.—Ar. of Tr. 1924.
3.—LATTIMER, J. K.—Clasificación Radiológica de la Tuberculosis Renal. A.R.N.T. Vol. 67: Nº 5, 1953.
4.—MAY, F. und GLOOV, H. U.—Tuberkulose des Urojenitalapparates. Hanbuch der Tuberkulose Georg Thieme Verlag, 1964.

CORTICOTERAPIA EN SECUELAS DE TUBERCULOSIS URINARIA.

(COMUNICACION PRELIMINAR)

Dr. GUILLERMO MAC MILLAN SOTO

(Servicio de Urología, Jefe Dr. Ramón Hederra Donoso. Hospital Barros Luco-Trudeau)

Es de todos conocido el hecho, que en las lesiones tuberculosas de cualquier sistema existe un importante componente inflamatorio inespecífico que es responsable, de gran parte de las alteraciones anatomopatológicas iniciales y secuelas cicatriciales. Este componente inflamatorio puede ser controlado con corticoterapia, como lo han corroborado clínicamente las experiencias en tuberculosis miliar y meninges.

Sabemos, que la mayor parte de los estragos causados por la tuberculosis en el aparato urinario es consecuencia de lesiones obstructivas a cualquier nivel del sistema de eliminación, más bien, que de lesiones destructivas o productivas específicas en el parénquima noble.

Si aceptamos las consideraciones anteriores, parece justificado planear una experiencia con corticoterapia en tuberculosis urinaria, asociado a terapia específica y comparar su evolución y secuelas con una serie semejante tratada de modo convencional.

Hemos preferido poner en tela de juicio nuestras pretensiones, tratando una serie de secuelas tuberculosas de distinto tipo y grados.

ESQUEMA TERAPEUTICO

Droga: Prednisolona.
Vía administración: oral.
Dosis: 0,5 mg. por Kg. de peso durante la primera semana disminuyendo gradualmente hasta la cuarta semana con 5 mg. diarios.
Duración de tratamiento: 6 a 8 semanas.

Al terminar hemos administrado algunas dosis de A C T H para asegurar la recuperación funcional de las suprarrenales.

CONTROL

Hemos controlado los pacientes con estudio radiológico previa y posttratamiento y varios fueron efectuados ambulatoriamente.

Se trataron 10 pacientes, que en conjunto presentaban las siguientes lesiones tuberculosas:

Exclusión funcional renal 3 casos.
Retracción piélica 3 casos.
Estenosis ureterovesical 1 caso.
Microvejiga antigua 2 casos, con reflujo vesicoureteral.
Reflujo vesicoureteral en cistitis o retracción inicial, 2 casos.

RESULTADOS

Las lesiones de carácter obstructivo, incluyendo las exclusiones funcionales no se beneficiaron.

Micro vejigas de larga data no presentaron mejoría.

El reflujo vesicoureteral que acompañaba a las microvejigas persistió.

Dos casos de cistis y polaquiuria intensa presentaron alivio espectacular.

Un caso con polaquiuria intensa de larga data con vejiga en retracción inicial obtuvo gran mejoría sintomática y aumento de capacidad miccional de 50 a 150 cc. que persiste a los diez meses.

Dos casos de reflujo vesicoureteral presentaron mejoría muy significativa y los presentaremos resumidamente a continuación:

Primer caso:

Paciente 24 años, sexo femenino, con polaquiuria dolorosa de 4 años y varios episodios de hematuria total.
Koch + en orina.
Pielografía de eliminación: gran riñón mastic izquierdo.
Hidroureteronefrosis derecha.
Cistocopia: cistitis marcada, meato ureteral derecho amplio, parético.
Cistografía: reflujo vesicoureteral derecho fácil.
Recibe terapia específica y esteroidal, control al mes demuestra, importante mejoría de hidroureteronefrosis. No se confirmó su presión de reflujo, pues paciente rechazó nuevas exploraciones y no ha concurrido a controles.

Segundo caso:

Paciente 44 años sexo masculino.

Diez meses de polaquiuria dolorosa y varios episodios de hematuria total.

Koch + en orina.

Pielografía descendente: exclusión funcional derecha.

Pielitis retráctil izquierda, vejiga pequeña.

Cistografía: reflujo vesicoureteral izquierdo.

A los 45 días de terapia mixta se comprueba supresión de reflujo vesicoureteral, disminución marcada de polaquiuria y aumento de capacidad vesical.

No se modificó la retracción piélica ni la exclusión renal derecha.

Cistografía a los 8 meses comprueba ausencia de reflujo.

Complicaciones:

Acné por corticoides en 3 casos.

CONCLUSIONES

El corticoide no modifica lesiones estenóticas constituidas en el sistema urinario.

Modifica favorablemente la cistitis tuberculosa intensa y el reflujo vesicoureteral de carácter inflamatorio.

Sólo conseguimos revisar la primera referencia y consideramos interesante señalarla:

Se presentan tres casos de ureteritis Tbc. obstructiva que se beneficiaron espectacularmente con prednisolona.

Concluyen lo siguiente: la ureteritis Tbc. constituye una entidad de pésimo pronóstico para el riñón correspondiente, pues prácticamente nunca regresa espontáneamente, y por lo general se agrava con la terapia específica la adición de corticoides al tratamiento específico puede curar la ureteritis recientes, pero el fracaso del tratamiento juzgado por el control pielográfico impone el tratamiento quirúrgico.

BIBLIOGRAFIA

1.—Terapia con prednisolona en Tbc. urogenital. J. Urol. Nephrol (Paris) 72: 195-203, Mar. 66.
2.—Glucocorticoides en trat. de Tbc. urinaria. Med. Welt 8: 373-7, 22-II-64.
3.—Corticoides en Tbc. urinaria. Urologe 3: 33-7, Jun. 1964.

NEFRECTOMIA PARCIAL

Drs. PEDRO GIGOUX MAC CREA y RICARDO BUSTOS MORALES

(Servicio y Cátedra Titular de Urología, Prof. Roberto Vargas Zalazar)

La nefrectomía parcial es una operación que consiste en la resección de un segmento del riñón, ya sea polar o de la parte media y que fue ideada para remover solamente la parte enferma del órgano con conservación del parénquima sano.

El término "heminefrectomía" se emplea en aquellos casos en que se practica una nefrectomía parcial en riñones con duplicidad de la vía excretora, y con menos propiedad para designar la nefrectomía en un riñón en herradura con sección del istmo.

Este procedimiento se utilizó en un comienzo solamente cuando el proceso patológico asentaba en uno de los polos renales, pero posteriormente, con el mayor conocimiento de la distribución vascular del riñón, ha sido posible resecar incluso segmentos de la parte media.

En 1901, Brödel comunica que la arteria renal se divide en 4 o 5 ramas de las cuales las 3/4 partes van por delante de la pelvis renal y que cada rama es una arteria terminal sin anastomosis.

Posteriormente Graves (1) en 1954 señaló que el riñón es un órgano segmentario y que cada uno de sus 5 segmentos tiene su propio aporte sanguíneo a pesar del posible origen diferente de las arterias segmentarias.

Merklin y Michels (2) en 1958 confirman el trabajo de Graves y lo amplían, permitiendo así resecar cualquier segmento renal con un conocimiento preciso de la anatomía y sin sangramiento excesivo ni complicaciones.

TECNICA QUIRURGICA

La vía de abordaje para efectuar una nefrectomía parcial depende de las preferencias del cirujano por un lado y del proceso que condiciona la operación por otro. Así, Poutasse (3) efectúa la totalidad de las nefrectomías parciales por vía anterior transperitoneal aduciendo que el abordaje del pedículo vascular es mejor y por lo tanto el control de la hemorragia es mayor. Otros autores utilizan la vía lumbar, y en la totalidad de los pacientes que presentaremos se ha usado este abordaje.

Aislado el riñón, se disecan los vasos del pedículo, tanto arteriales como venosos y se liga la rama arterial que irriga el segmento renal que se desea resecar. Este segmento toma entonces una coloración oscura y disminuye de consistencia.

Si existe alguna duda en cuanto al área exacta del riñón irrigada por el vaso, se puede inyectar índigo carmín en la arteria segmentaria antes de ligarla. En caso que exista trombosis de ella, el colorante se puede inyectar en las ramas indemnes, coloreándose así el tejido sano. A este respecto, cabe destacar que el índigo carmín es una sustancia completamente inocua que es excretada rápidamente por los riñones.

Una vez identificado el segmento a resecar, se incide la cápsula que cubre la parte enferma y se desprende hacia atrás para exponer la corteza. El segmento enfermo se extirpa en lo posible mediante disección roma como es el lado romo de la hoja del bisturí. En las zonas en que existe resistencia se utiliza la resección mediante corte, quedando una superficie limpia de tejido sano.

Los vasos venosos generalmente se encuentran junto a los cálices y se ligan mediante puntos atraumáticos de material absorbible. Los cálices abiertos también se suturan con uno o más puntos en U o en X para evitar filtraciones de orina.

Algunos vasos arteriales también deben ser ligados cuando son de cierto calibre, pero para la hemostasia de las arteriolas corticales basta la compresión durante algunos minutos. Si a pesar de esto persiste el sangramiento, se puede pinzar la arteria renal por un tiempo suficiente como para conseguir la hemostasia adecuada, cuidando de dejar la vena libre para que pueda drenar la sangre del riñón ya que de otra manera el órgano queda tenso y distendido, especialmente si existen otras arterias pequeñas que siguen aportando sangre.

Finalmente, la cápsula rechazada es

cruenta. Si persiste algún sangramiento se puede poner un trozo de cualquier material hemostático bajo la cápsula.

Siempre se debe dejar drenaje en la cavidad, el cual se sacará en forma extraperitoneal si se ha utilizado la vía anterior. El drenaje se debe dejar por la posible filtración de orina en el postoperatorio, complicación poco frecuente incluso en estadísticas grandes. Poutasse, por ejemplo, en 51 nefrectomías parciales sólo relata un caso de filtración en el postoperatorio inmediato que duró solamente 3 días.

Hay quienes recomiendan efectuar la pexia renal después de efectuada una nefrectomía parcial (4), pero otros (3) la consideran innecesaria. Como alternativa se puede fijar la fascia renal al psoas para inmovilizar el órgano.

La hipotermia renal, aconsejada por algunos cirujanos, no es utilizada por todos y estaría especialmente indicada en casos con riñón único.

La técnica operatoria que hemos descrito es la que nos parece más racional y aconsejable, aún cuando existen numerosas variantes según las preferencias individuales. Así, hay quienes efectúan la resección del segmento a bisturí y sin decapsulación previa. Ercole relata que cuando no puede individualizar el vaso que irriga el segmento, secciona directamente el riñón en el sitio elegido. Este mismo autor deja el drenaje directamente colocado en el cáliz abierto con el objeto de evitar cualquier tipo de tensión endopélvica en caso de una obstrucción temporal por coágulos.

Por otra parte, la mayoría de los libros clásicos recomiendan efectuar la resección en forma de cuña y suturar posteriormente utilizando puntos en U.

Creemos que todas estas variantes se deben tener presentes para utilizarlas cuando el caso particular lo requiera.

INDICACIONES DE LA NEFRECTOMIA PARCIAL

1. La indicación más frecuente, según estadísticas numerosas, la constituye la existencia de una caliectasia con cálculo. Si en estos pacientes se saca el cálculo y se deja el cáliz alterado, la recidiva es frecuente (5). En la estadística de Poutasse (3), constituida por 51 enfermos, en 14 de ellos se efectuó la nefrectomía parcial por cálculo con caliectasia, sin recidiva en ninguno de ellos.

2. Otra indicación la constituye la pielonefritis crónica localizada en un cáliz dilatado o la Tbc. renal localizada.

3. El riñón doble con hidronefrosis del riñón superior es una buena indicación para este tipo de operación.

4. Una de las principales indicaciones en la actualidad la constituye la hipertensión arterial por oclusión de una arteria renal accesoria o rama de la renal. Cuando el vaso es muy pequeño o cuando existe infarto renal, no se hace la corrección sino que se prefiere la nefrectomía parcial.

5. En los casos de hidronefrosis por vaso aberrante en los que al ligar el vaso se produce una zona de isquemia renal, conviene resecar este segmento ya que el dejarlo puede desencadenar una hipertensión arterial.

6. En los raros casos de tumor renal bilateral o de tumor en riñón único, la única solución la constituye este tipo de operación.

7. También se indica esta operación en la enfermedad poliquística localizada en un polo renal.

8. Finalmente, está indicada en los sangramientos calicilares de origen indeterminado.

Para esta comunicación hemos revisado las nefrectomías parciales efectuadas en el Servicio de Urología del Hospital J. J. Aguirre entre los años 1955 y 1963. En este plazo de 9 años, se efectuaron un total de 8 nefrectomías parciales de las cuales hemos seleccionado sólo 5 casos para ser presentados ya que los otros 3 no tienen controles postoperatorios.

La patología que llevó a efectuar este tipo de intervención fue la Tbc. renal localizada en dos pacientes, pielonefritis crónica localizada en un paciente, litiasis con caliectasia en un paciente y una hidronefrosis calculosa en un riñón en herradura.

A continuación haremos un breve resumen de la historia clínica de estos enfermos. Por razones de espacio, no se publicarán todas las radiografías que fueron presentadas en la sesión correspondiente.

Paciente S. C. M.—Sexo masculino. Edad 35 años. consulta en 1963 por lumbalgia de un año de evolución. La pielografía revela doble riñón derecho con hidronefrosis del hemirriñón inferior. Exámenes de laboratorio normales. En Septiembre 1963 se efectúa nefrectomia parcial derecha de polo inferior. Examen histopatológico: Hidronefrosis. Pielonefritis crónica en sus primeros estadios.

Consulta nuevamente en Febrero de 1964 por fiebre vespertina. La pielografía revela imagen quistica en relación con el polo inferior del riñón derecho. En Julio de 1964 se efectúa quistectomia (quiste urohemático). (Figuras 1 y 2).

Paciente L. S. M.—Sexo masculino. Edad 49 años. En 1955 fue operado por litiasis de la pelvis renal izquierda y cáliz inferior izquierdo, no pudiendo encontrarse el cálculo calicilar. Se comprobó riñón en herradura. En 1956 reingresa efectuándose heminefrectomia izquierda por malas condiciones del riñón.

Paciente M. V. R.—Sexo masculino. Edad 40 años. Antecedentes de epididimectomia derecha por Tbc. en 1951 y epididimectomia izquierda por Tbc. en 1954. Consulta en 1955 por nicturia. El examen de orina reveló piuria y presencia de bacilos de Koch. La pielografia reveló dilatación de los cálices superiores del riñón derecho. En Octubre de 1955 se efectúa nefrectomía parcial superior derecha. El control clínico y pielográfico efectuado en Marzo de 1956 es satisfactorio. (Figuras 3 y 4).

Paciente J. B. P.—Sexo femenino. Edad 41 años. Consulta en 1962 por lumbalgia izquierda y hematuria total de 3 años de evolución. En la pielografia se comprueba litiasis de la pelvis renal izquierda con hidronefrosis secundaria. En Mayo de 1962 se efectúa pielolitotomia izquierda y nefrectomia polar inferior izquierda.

En 1966 se hospitaliza por litiasis ureteral derecha. Se efectuó ureterolitotomia derecha (3 cálculos). El control pielográfico en esa oportunidad reveló riñón izquierdo en perfectas condiciones.

Paciente J. B. H.—Sexo masculino. Edad 30 años. Antecedentes de epididimectomia derecha por Tbc. en 1959 y epididimectomia izquierda por Tbc. en 1961. de orina se comprueba piuria abundante y presencia Consulta en 1962 por lumbalgia derecha. En el examen de abundantes Bacilos de Koch. La pielografía reveló dilatación de los cálices superiores del riñón derecho. En Abril de 1962 se efectúa nefrectomia parcial superior derecha. El estudio anatomopatológico reveló que se trataba de una Tbc. renal caseosa cavitaria.



Figura 1.—Paciente S. C. M. Pielografia directa preoperatoria.



Figura 2.—Paciente S. C. M. Pielografía postoperatoria.

La técnica quirúrgica empleada en estos cinco enfermos no fue uniforme ya que intervinieron diferentes cirujanos. Cabe destacar que con excepción del paciente que presentó un quiste urohemático postoperatorio, no hubo otro tipo de complicaciones, siendo la evolución buena en todos los enfermos.

En ningún caso se observó filtración de orina en el postoperatorio, complica-



Figura 3.—Paciente M. V. R. Pielografía preoperatoria.



Figura 4.—Paciente M. V. R. Pielografía postoperatoria.

ción a la que se refieren todos los trabajos consultados.

Considerando la excelente evolución de los pacientes presentados, con conservación del riñón afectado, creemos que este tipo de operación debería ser de uso más frecuente a pesar de no ser técnicamente sencilla.

BIBLIOGRAFIA

1.—GRAVES, F. T.—Anatomy of intrarenal arteries and its application to segmental resection of kidney. Brit. J. Surg. 42: 132, 1954.
2.—MERKLIN, R. J. and MICHELS, N. A.—The variant renal and suprarenal blood supply with data on the inferior phrenic, ureteral and gonadal arteries. J. Internat. Coll. Surg. 29: 41, 1958.
3.—POUTASSE, E. F.—Partial nephrectomy. New techniques, approach, operative indications and review of 51 cases. J. Urol. 88: 153, 1962.
4.—HAMM, F. C. and FINKELSTEIN, P.—Partial nephrectomy. J. Urol. 82: 625, 1959.
5.—ENGEL, W. J.—Late results of partial nephrectomy for calyectasis with stone. J. Urol. 57: 619, 1947.
6.—EBERHART, C. A. and BANKS, R., Jr.—Partial nephrectomy. A. Surg. 18: 684, 1952.
7.—ABESHOUSE, B. S. and LERMAN, S.—Partial nephrectomy versus pyelolithotomy and nephrolithotomy in the treatment of localized calculous disease of kidney, with a report of 17 partial nephrectomies. Internat. Abst. Surg. 91: 209, 1950. In Surg. Gynec and Obst., Sept. 1950.

DOCENCIA EN UROLOGIA

Enseñanza de Especialistas

Dr. EDUARDO TALLMAN (*)

INTRODUCCION

Las necesidades del país han extendido la enseñanza médica a los hospitales del Servicio Nacional de Salud, ahora, con el acuerdo en el que se inicia la formación de Escuelas de Medicinas en los principales centros hospitalarios. El SNS ha tomado una responsabilidad que antes no tenía o que la realizaba en pequeña escala, con médicos pagados por la Universidad y con la buena voluntad de los demás.

Los médicos tratantes del SNS ya no desconocen su participación en la docencia, rentada o no, voluntaria o no, reconocida o no. El entrenamiento de la Escuela de Medicina, de los becados y de los graduados que vuelven a perfeccionamiento, requiere del tiempo y dedicación que antes consagraban solamente a la labor asistencial. Esta nueva labor ha tenido que ser desarrollada sin entrenamiento previo, a veces sin discusión a fondo de programas y lo que es peor, a veces sin siquiera un reconocimiento.

Traer este tema a la Sociedad, no es hablar de lo desconocido, sino de uno de los problemas de nuestra tarea diaria y la técnica científica con que se planea y realiza la docencia en la actualidad proporciona campo para discutir en el futuro ensayos y evaluaciones de nuevos programas y técnicas en la enseñanza de la Urología, que pueden ser beneficiosos para la docencia nacional o extranjera, ya que éste es uno de los temas que actualmente están en discusión en los Congresos.

DESCRIPCION

La enseñanza de graduados, especialmente la formación de especialistas en Urología ha sido confiada a los principales centros hospitalarios: unos asociados a la Universidad de Chile, uno a la Universidad Católica y tres al SNS. Está bajo la tuición de la Escuela de Graduados de la Universidad de Chile, quien controla periódicamente la instrucción del médico que se está entrenando mediante un informe del Director de curso y al término de él toma un examen práctico y oral al candidato y le entrega el título de especialista en Urología.

Son Directores de Curso los Jefes de Servicio o sus representantes: Prof. R. Vargas Z., en el Hospital del Salvador; Prof. R. G. González Mc. O., en el Hospital San Borja; Dr. R. Hederra en el Hospital Barros Luco y el Prof. R. Dell'Oro en el Hospital de la Universidad Católica. El que esto escribe actúa como coordinador entre ellos.

Se ha planeado una forma común de enseñanza, la que llevará a cabo en el próximo año en forma diferente a la actual, la instrucción teórica será común para todos los candidatos, los que realizarán su práctica separadamente en cada hospital.

El programa para urólogos comprende una instrucción teórica sobre ramos básicos: Anatomía, Embriología, Fisiopatología en las tardes del primer año, de los dos que consta el curso. Anatomía Patológica y ramos afines como Ginecología, Nefrología y Endocrinología será realizado en sus hospitales respectivos y tendrán una estadía en Cirugía General de 3 meses, en determinados centros quirúrgicos. El entrenamiento en la especialidad constará de una parte teórica, común, a realizarse en las tardes y la práctica en cada hospital.

TECNICAS

La forma tradicional de enseñanza tiene sus ventajas e inconvenientes en nuestro medio, especialmente por la poca preparación teórica previa del candidato en una especialidad tan profunda, donde existen tantas afecciones de una frecuencia escasa. Hasta ahora, en varios centros, el candidato ha tomado la investidura del aprendiz de la edad media que aspiraba a titularse maestro cantor cuando hubiera podido realizar una obra maestra, y la instrucción se ha realizado un poco ad libitum, por especialistas con variada instrucción docente. Este es el momento de tomar conciencia de la responsabilidad de formar

(*) Cát. Urología, Prof. Vargas Z. Hosp. J. J. Aguirre.

bien al candidato a la más amplia de las especialidades y una de las que requiere más habilidades técnicas, o bajaremos el standard de nuestra medicina frente al acelerado progreso. Nuestra especialidad se ha desarrollado tanto y tan rápido que ya es posible crear equipos de verdaderos superespecialistas dentro de la especialidad. Por esto no debemos dejar de contribuir a la formación rápida y perfecta de estos nuevos urólogos que deberán tomar la antorcha lo más adelante posible del camino.

La contribución al desarrollo de la enseñanza práctica de ellos la viven Uds. todos los días, pero la creación de un curso teórico trae de nuevo al tapete la discusión sobre las técnicas a emplear. Hay quienes abominan de las clases teóricas, sin embargo nadie deja de reconocer su ventaja como forma de síntesis de un tema que se ha discutido. Los seminarios y las reuniones de libre discusión sobre un tema serán sin duda la otra forma para dar de manera que reciban aquellos que desean recibir.

Un problema que merece ensayos y discusiones es la evaluación tanto del candidato como del sistema que se utilizó en su enseñanza. Si bien es cierto que existe una experiencia en la Cátedra titular de Urología que está en constante revisión, la llegada de becarios extranjeros, con diferente entrenamiento que los nuestros, nos ha obligado a dedicar una atención especial a su evaluación de sus conocimientos y habilidades previas al entrenamiento. El control riguroso del curriculum (cuyo resumen se lleva en forma de una planilla) de los residentes, son una garantía de la adecuada realización del programa planeado. El examen final confiere garantía de la adecuada instrucción. Por último, la evaluación misma del proceso es especialmente importante si la tarea se ha de repetir, ya que permite mejorar los planes. La evaluación tiende a determinar con la mayor objetividad la forma en que se ha realizado la tarea propuesta, es decir, cuánto aprendió el candidato, cuan idóneo es, qué orientación obtuvo y de esta manera sentar un pronóstico sobre su actividad futura y sobre los defectos o ventajas del plan a que fue sometido. No es necesario en esta exposición general entrar en discusión sobre métodos de evaluación.

Un hecho que ha sido discutido en nuestro país y en el extranjero es la profundidad de la participación del residente en el trabajo de la clínica. Ellos se quejan a veces de exceso de trabajo; otros, de lo contrario, por esto es indispensable que exista en todos los centros de instrucción un plan detallado de trabajo para los alumnos.

¿Qué papel debe desempeñar el residente o similar en la investigación que se realiza en el Servicio, dado el corto tiempo que se dispone para su entrenamiento? En la Cátedra titular se entrega un trabajo en cirugía experimental a cada uno de los residentes y deben además participar en trabajos científicos de la Cátedra, ya que en nuestra Escuela de Medicina los estudiantes ya no presentan tesis y no reciben una adecuada instrucción para realizar trabajos científicos posteriormente. Su participación en investigación les permite posteriormente evaluar su propio trabajo y avanzar científicamente, en beneficio de sus pacientes y de la especialidad.

Una reflexión que ya se está escuchando en nuestro país es que nuestra especialidad ha dejado de estar en falencia, que se han llenado los cargos de provincia y que ahora hay urólogo donde nunca hubo, pero tal vez es conveniente que en otros centros fuera de Valparaíso y Concepción haya más de un urólogo. En todo caso, la urgencia de formación de urólogos está pasando, lo que nos lleva a pensar que: 1) Sea posible ampliar la extensión del programa de entrenamiento, por lo menos a tres años, que el mínimo que se estima útil en otros países, como USA ya que en Europa se exigen 5 a 9 años para dar una adecuada formación al especialista. 2) Que sea necesaria una selección de los candidatos en base a sus calificaciones y alguna prueba vocacional o mental que dé cierta garantía de que el esfuerzo docente producirá un urólogo que mantendrá o aumentará el prestigio de la especialidad. 3) Que sea posible en el campo internacional elaborar programas semejantes de residencias, de manera que las personas entrenadas en nuestro país especialmente los extranjeros tengan un justo reconocimiento al regresar a su patria y que del mismo modo pueda realizarse un intercambio de docentes, entre los países que actualmente están discutiendo este tipo de planes.

RESUMEN

El aprendizaje de la especialidad se realiza en hospitales calificados, que reúnen las condiciones materiales y humanas adecuadas está bajo el control de la Escuela de Graduados de la Universidad de Chile, quien al término del entrenamiento le toma examen y le concede un certificado de idoneidad.

La formación se realiza por medio de una estadía hospitalaria como residente o semejante, full-time. Incluye un entrenamiento teórico - práctico que abarca ramos básicos, especialidades afines, enseñanza teoricopráctica de la especialidad e investigación.

DOCENCIA EN UROLOGIA

Conclusiones de la Mesa Redonda del Congreso Americano de Urología en Caracas, Diciembre 1967

Prof. Dr. ROBERTO VARGAS ZALAZAR

INTRODUCCION

En los dos últimos Congresos de la Confederación Americana de Urología se ha tratado el problema de la Docencia en nuestra especialidad y ante la complejidad de la materia se nombró una comisión para que redactara las conclusiones que se pudieran obtener de los múltiples aspectos que comprende.

La comisión quedó formada por los Profs. Armando Trabucco, de Buenos Aires; Cumplido de Sant'Ana, de Río de Janeiro; Franck Hugges, de Montevideo; Víctor Politano, de Miami USA.; Rodríguez Díaz, de Caracas, y Dr. Roberto Vargas Zalazar, de Santiago de Chile, quien ha actuado como Presidente.

Debemos agradecer los interesantes aportes de los Profesores Alejandro Higginson, de Lima; Ricardo Ercoles, de Rosario; Aquilino Villanueva, de México, y Mauricio Firsteter, de Córdoba-Argentina.

Como introducción podremos decir que actualmente la enseñanza de la Medicina pasa por un período acelerado de reformas, en especial en EE. UU. y creemos que no es conveniente seguir con esta cadena de modificaciones antes de conocer detenidamente sus resultados.

Para no repetir lo que se ha dicho en las sesiones anteriores sólo quiero subrayar entre trabajos posteriores, en un estudio de los 19 diagnósticos más frecuentes en 356 hospitales de EE. UU. y Canadá el Nº 16 en frecuencia lo ocupa el Adenoma, el Nº 17 el cálculo vesical y ureteral, el Nº 18 la pielonefritis y la pielocistitis, el Nº 19 la cistitis, además recordaremos otra vez, porque es del mayor interés, que la Urología debe considerarse como una especialidad "Mayor" porque comprende numerosos diagnósticos que debe diagnosticar el médico general, especialmente en América Latina, además los especialistas en medicina interna, cirugía, nefrología, ginecología, endocrinología, traumatología y médico de urgencia, deben tener conocimiento urológicos porque lo están empleando permanentemente.

La falta de especialistas en algunos países hace que la docencia en el pregrado debe ser más extensa y donde hay un número suficiente de urólogos se debe ampliar y profundizar los programas en la formación de los médicos que se dedicaran a nuestra especialidad.

La comisión considera que en docencia urológica se deben proponer conclusiones en algunos aspectos y en otros sólo orientaciones o recomendaciones, dada la modalidad siempre variable en estos últimos.

Las conclusiones y recomendaciones es posible que se puedan cumplir paulatinamente en todos los Servicios de Urología empezando por los de la Escuela de Medicina.

Es conveniente que los trabajos e investigaciones que se efectúen en nuestra especialidad sean conocidos por el Cuerpo de Profesores y por los médicos en general y es muy aconsejable el trabajo coordinado por las especialidades relacionadas con la urología.

Para ordenar y sintetizar la materia la hemos dividido en cuatro capítulos:

A.—Organización de los Servicios de Urología.

B.—Docencia de la especialidad en el pregrado.

C.—Formación de especialistas.

D.—Cursos de perfeccionamiento.

ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE UROLOGIA EN LA UNIVERSIDAD

Para efectuar una docencia eficiente es indispensable un servicio independiente con un mínimum de 40 a 60 camas, sala de cistoscopia, laboratorio periférico, servicio de radiología, cirugía experimental, biblioteca de la especialidad. Es aconsejable utilizar coordinadamente los servicios centrales para

completar lo que en la clínica urológica no se ha organizado.

A este respecto todos los urólogos que han participado en la discusión del tema están de acuerdo como conclusión lo siguiente:

"Los Servicios de Urología Universitarios deben ser independientes, deben tener una organización mínima que comprenda un número de camas suficiente, cistoscopia, radiología, laboratorio periférico, medicina experimental, biblioteca, etc., para lo cual será necesario trabajar coordinadamente con los servicios generales, en coordinación vertical con los ramos básicos y horizontal con las especialidades que tienen relación con la patología urológica".

La docencia para los estudiantes de Urología debe cumplir con el objetivo de entregar conocimientos teóricos y prácticos que debe tener un médico general y especialmente de la patología de urgencia de la especialidad. Esta enseñanza debe ser eminentemente práctica y tomando en consideración los elementos con que pueda contar el médico de las poblaciones pequeñas o sectores donde no hay especialistas y muy en especial la zona rural.

El curriculum deberá incluir principalmente lo siguiente: infección urinaria y sus complicaciones localizadas, como abscesos y flegmones, traumatología renal, uretral, vesical y genital, la obstrucción urinaria por estrechez, adenoma de la próstata, etc., retención de orina y su tratamiento urgente, orientación en los casos de hematuria y piuria; afecciones genitales como torsión del testículo o hidatide, tumores y tuberculosis urogenital cáncer renal, vesical, testicular, urología de urgencia. Hemos calculado que hay alrededor de 20 diagnósticos que debe conocer y tratar el médico general. Otro grupo de patología será una orientación diagnóstica y de tratamiento antes de que el enfermo sea enviado a un centro especializado.

También el alumno debe tener el conocimiento cultural de lo que actualmente está en la avanzada de las técnicas y métodos de diagnóstico así como los maravillosos resultados de muchas de las investigaciones en urología.

Los miembros de la Comisión así como los profesores y médicos que han intervenido en los debates sobre docencia en urología tanto en nuestro Congreso como en otros de Norteamérica, México, Brasil han considerado a nuestra especialidad como de gran amplitud para los conocimientos del médico general y que nosotros hemos denominado "especialidad mayor" porque la patología urológica para médicos no urólogos es múltiple extensa y de aplicación corriente en otras especialidades.

La comisión propone como conclusión lo siguiente:

A.—En toda Escuela de Medicina debe existir una Cátedra de Urología independiente, que puede estar coordinada con el Departamento de Cirugía.

B.—La patología y problemas clínicos de Urología para médicos generales debe estar incluidos en el curriculum para estudiantes de medicina.

C.—La ubicación podría aconsejarse al final del curso de cirugía o cuando cirugía y medicina han programado tratar las afecciones renales en un programa integrado.

D.—Las clases teóricas deben ser de orientación solamente en número de 18 a 20, los trabajos prácticos hospitalarios deben compreder un mínimun de 30 días en las mañanas.

FORMACION DE ESPECIALISTAS

En la formación de especialistas urólogos se debe considerar que ésta debe ser programada, tanto en lo teórico y práctico como en la investigación.

El urólogo moderno es esencialmente quirúrgico por lo que es conveniente que los aspirantes a nuestra especialidad sean cirujanos o hagan una estadía mínima en la clínica quirúrgica.

Sin embargo la tendencia es darle a la especialidad una profundidad científica que hace necesario conocimientos de patología general en problemas relacionados con la urología. También el urólogo debe ser investigador por lo que en su formación se le debe dar los conocimientos básicos de investigación en todos los niveles al alcance de la Cátedra.

Se discutió mucho sobre cuál sería el mejor método para la formación de los especialistas en urología y hubo uniformidad en que el aprendizaje hospitalario programado en servicios de urología con organización mínima suficiente y con

trabajo bien dirigido y disciplinado es el más aconsejable.

La ubicación de la formación de especialistas creemos que debe estar en la Escuela de Graduados dependiente de la Universidad. En algunos países como Estados Unidos, la formación de especialistas está entregada en muchas ocasiones a los Boards que dan ciertas normas sobre la estadía a los aspirantes en las Clínicas reconocidas, muchas de ellas privadas. Sin embargo en EE. UU. cada día están tomando mayor interés en este tipo de especialización el Servicio de Salud y los departamentos de investigación, los cuales entregan grandes sumas en la formación de especialistas, incluyendo las Fuerzas Armadas.

El problema de financiamiento es de capital importancia, por lo que debe ser una preocupación constante conseguir dineros ya sea fiscales o de otras instituciones para financiar el sistema de residencia o becados en este capital, aspectos de la docencia en el Portgrado en Urología.

La comisión ha propuesto las siguientes conclusiones en la Formación de Especialistas Urólogos.

a) La formación de especialistas en Urología debe efectuarse por medio de una estadía hospitalaria del tipo residencia o algo semejante.

b) Debe ser full-time e incluir una estadía apreciable en cirugía de alrededor de un año.

c) Debe programarse un entrenamiento teórico-práctico gradual.

d) Con una cooperación de otras especialidades conectadas y de los ramos básicos, se acoja incluir el programa en forma de seminarios que profundicen y amplíen los conocimientos de la patología urinaria especializada.

CURSOS DE PERFECCIONAMIENTO

La totalidad de los Congresales y la Comisión han estado de acuerdo en que es conveniente la dictación de cursos de perfeccionamiento para especialistas y otros médicos no especializados. Es necesario que los urólogos puedan refrescar, ampliar y conocer los nuevos métodos de diagnóstico, instrumental, tratamiento endoscópico y nuevos métodos quirúrgicos.

En cuanto a los médicos de otras especialidades pueden necesitar un aprendizaje de procedimientos o repasar los conocimientos obtenidos en la Escuela de Medicina cuyo programa está a nivel del médico general y conocer los avances de la Urología para que pueda orientar a los enfermos debidamente.

La Comisión recomienda lo siguiente:

a) Cursos para especialistas.— Se aconseja que comprendan temas determinados de corta duración, abarcando materias nuevas o de ampliación de conocimientos como urología pediátrica, técnicas super-especializadas, intervenciones novedosas o cursos de repaso, etc. También es necesario la estadía por un período en la Clínica de Urólogos que deseen perfeccionarse o hacer un trabajo de investigación.

b) Cursos para médicos generales o de otras especialidades.— Se aconseja estos cursos para los médicos de provincia o de especialidades conectadas, deben ser de corta duración y prácticos a nivel del programa para estudiantes de Medicina, avances de materias de inter-especialidades, como hipertensión nefrógena, cirugía reno-vascular, criptorquídea, etc.

INVESTIGACION CIENTIFICA

Esta disciplina está reservada para los postgraduados, especialmente para los Becados residentes, personal de planta de la Clínica y para especialistas o investigadores que desean hacer un trabajo determinado.

En este sentido la Comisión recomienda que las Cátedras de Urología efectúen investigaciones clínicas y científicas con los medios a su alcance para ampliarlos progresivamente. Además los estudiantes de Medicina y graduados no urólogos deben conocer estos trabajos, los equipos y en lo posible los resultados que se han obtenido. No es posible la investigación clínica o científica a nivel de los alumnos de la Escuela, sin embargo, es conveniente cierta introducción a la investigación en general durante el año de Internado.

CONTROLES EN DOCENCIA

La docencia a cualquier nivel necesita cierta apreciación de sus resultados, además se debe destacar a los alumnos más disciplinados en los trabajos de la Clínica. La Comisión recomienda: que exista cierta forma de apreciación del conocimiento teórico y práctico obtenido por el alumno. Este control es además una medida de los métodos docente y un estímulo para los alumnos.

Una indicación que podríamos hacer a este Congreso es que se nombre una Comisión oficial de Profesores con 6 años de duración, para que permanentemente esté preocupada de los diferentes aspectos de la docencia en Urología.

Esta comisión se encargaría del estudio de los programas, elementos de trabajo, investigación y difusión, estaría en comunicación constante con la presidencia de la Confederación Americana de Urología.

Es necesario que las conclusiones y recomendaciones a que ha llegado esta Comisión sean enviadas oficialmente por la directiva de la Confederación a todas las Universidades de América.

NECROLOGIA

La Sociedad Chilena de Urología lamenta el fallecimiento de dos de sus distinguidos socios fundadores, Drs. Waldemar Sommer y Carlos Aguirre, quienes continuaban en el ejercicio y perfeccionamiento de nuestra especialidad. Dejan un recuerdo imborrable a través de sus obras y enseñanzas.

COMENTARIOS SOBRE EL XIV CONGRESO DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE UROLOGIA

Prof. OSCAR CORREA y Dr. LUIS HIDALGO

Tenemos el agrado de comunicar a Uds. el resumen de algunos de los temas tratados en el XIV° Congreso de la Sociedad Internacional de Urología, realizado en Münich, desde el 9 al 15 de julio recién pasado.

El Congreso fue presidido por el profesor May, de Münich, siendo presidente de la Sociedad, el profesor Luigi Pisani, de Italia.

En la sesión de delegados se acordó proponer a la Asamblea General los siguientes temas para el próximo Congreso:

Reflejo ureteral; Traumatismo renal; Esclerosis retroperitoneal; Cirugía de las suprarrenales; Resultados de la Cirugia en los Cálculos coraliformes, y Esterilidad en el hombre.

Además se acordó proponer, como posibles sedes del próximo Congreso, a los siguientes países: Japón, Italia y Australia.

En relación con nuestro país, se aceptó la modificación de la sección chilena, quedando formada por: Dr. Oscar Correa (delegado), y Drs. Roberto Vargas Zalazar, Hugo Vicuña y Luis Hidalgo.

Se aceptó la renuncia de los Drs. Luis Bisquertt y Eduardo Rioseco, y fueron nombrados, como nuevos socios, los doctores Raúl Dell'Oro y Omar Jara.

En la sesión de clausura de la Asamblea General se acordaron los siguientes temas oficiales: Reflujo urétero-vésico-renal; Resultados de la cirugía de los cálculos coraliformes, y Cirugía de las suprarrenales.

Además, se acordaron los siguientes temas oficiales para ser tratados en mesa redonda: Formación del Urólogo y Criocirugía en Urología.

Como sede del XV° Congreso de la Sociedad Internacional de Urología fue elegida la ciudad de Tokio.

En esta ocasión se otorgó la medalla de oro al profesor Bernardo Fey, de Francia.

Por último, fue nombrado presidente del próximo Congreso el profesor Salvador Gil Vernet, de España.

I.—TRASPLANTE RENAL

La experiencia norteamericana se presentó en conjunto y estuvo a cargo de Goodwin, Martin, Kaufman y Cockett, de la Escuela de Medicina de Los Angeles, de la Universidad de California.

Figuran en esta interesantísima, documentada y extensa exposición, 24 servicios de Urología de los Estados Unidos.

La experiencia de Gran Bretaña fue relatada por Schackman, del Hospital Hammersmith de la Universidad de Londres; y R. Küss, del Hospital Foch y J. Auvert, del Hospital Necker, se refirieron a la experiencia francesa.

El trasplante renal en los Estados Unidos ha tenido, en estos últimos meses un desarrollo tan extraordinario, con preparación y técnicas tan perfeccionadas, que se considera que ha llegado a la edad madura, después de más de mil intervenciones semejantes.

Los relatores americanos recuerdan a Alexis Carrel, Premio Nobel 1905, por sus trabajos en anastomosis arteriales y por sus trasplantes de riñones en perros y gatos. Después, a Barrett y Brown, por haber logrado el injerto de piel en gemelos idénticos, conocimiento que muchos años más tarde servirá como base para nuevas investigaciones sobre técnicas y procedimientos en busca de una mejor tolerancia.

James D. Hardy, del Medical Center de la Universidad de Mississippi, habría sido el primero en Norteamérica que hiciera un trasplante renal, y el primer éxito prolongado se logró en 1954, por Merril, Murray y Harrison, en gemelos idénticos, en el Hospital Peter Dent Brigham, de la Escuela de Medicina de Harvard, en Boston. Además, Murray fue el primero que empleó un riñón de cadáver con una sobrevida de más de un año.

El avance continúa con el uso de las drogas inmunizantes, llegando al Imurán (imidazclythiopurina); luego el empleo de la Cortisona o Prednisona, que bloquean y previenen el rechazo, a la dosis de 100 milígramos al día, durante los primeros días del trasplante y después, 15 milígramos por día, por largo tiempo.

Se continúa trabajando con el objeto de perfeccionar las técnicas para una mejor compatibilidad linfocitaria, para disminuir el tiempo del trasplante y una mejor conservación del riñón en medios apropiados, etc., labor que todavía no estaría resuelta en forma definitiva, pero creen que pronto se obtendrá la solución que mantenga al riñón tan bien como sucede en el cadáver.

La radioterapia total del cuerpo, preconizada por Murray, se ha dejado de lado, salvo en algunos casos, en forma localizada.

Una de las más grandes contribuciones a la conservación del riñón injertado se debe a Paul Terasaki y colaboradores, por sus estudios sobre antígenos linfocitarios y el suero antilinfocitario.

Niños con enfermedades renales muy avanzadas y con problemas renales sin solución, o sea sin tratamiento médico posible, son los primeros y principales candidatos para el trasplante renal, especialmente con riñones de cadáveres.

Citaron a Lowell R. King, con seis sobrevidas de 19 a 23 meses, en 13 niños operados y a S. Kakamoto y Ralf Straffon, de Cleveland, Ohio, con sobrevidas de 34 a 42 meses, en 114 niños operados, *de los cuales 99 recibieron riñones de cadáveres*.

Luego se refirieron a Kolff, de Holanda, como uno de los principales líderes del injerto renal, por haber sido el primero en interesarse en el riñón artificial y por creer que el principal uso de éste es precisamente para preparar al paciente para el trasplante.

Thomas E. Starzl, Dewa, Colorado, es otro de los que más han trabajado en este tema. Contribuye con 134 observaciones de trasplante renal, de los cuales 121 fueron de dadores vivos, 10 de cadáveres y 3 de gemelos idénticos, sobreviviendo 80 hasta diciembre de 1966. Por otra parte, *los 16 últimos operados que recibieron globulina antilinfocito, vivian todos sin presentar complicaciones de importancia*.

Este autor y colaboradores estudiaron los efectos de la esplenectomía y timectomía en el trasplante renal y, muy especialmente, el uso del suero antilinfocito en el hombre, logrando reemplazar otras drogas supresivas tóxicas. El tratamiento antilinfocito lo hacen hasta 3 a 4 semanas después de la operación. *Además, consideran que sería conveniente emplear sólo riñones de cadáveres con el objeto de eliminar las numerosas dificultades que se presentan con el uso de riñones de dadores vivos*.

Otro norteamericano que se ha distinguido en este tema es el profesor Víctor Marshall, del New York Hospital.

W. D. Kelly, C. Markland y R. Varco, de Minnesota, Mineapolis, tienen 54 trasplantes, de los cuales 14 son con riñones de cadáveres y todos con éxito, y, del total sobrevivieron 28 hasta diciembre de 1966. Estos autores practicaron el abocamiento del uréter a un segmento del íleon, como en la operación de Bricker.

C. V. Hodges y colaboradores hicieron el trasplante renal en mellizos jóvenes idénticos hace más de doce años.

John Murphy y colaboradores, de Pensylvania, Philadelphia, estudiaron la posibilidad de obtener éxito en el trasplante renal en el hombre por histocompatibilidad del dador y del receptor, mezclando los linfocitos de ambos en la piel de caballos irradiados, observando reacciones, que reflejarían el grado de relación entre dador y receptor.

Los relatores de la experiencia norteamericana citaron a Hume, de la Escuela la Medicina de Virginia, en Richmond, por haber practicado la irradiación local del injerto, después del trasplante renal, luego de haber abandonado la irradiación total del cuerpo, y agregan que la irradiación del injerto no se habría generalizado en los Estados Unidos, aunque todavía, algunos siguen usándola, por considerar que podría contribuir a evitar el rechazo.

Por último, comentaron el trabajo de Belding Scribner, de la Universidad de Washington, presentado al Congreso Internacional de Nefrología de 1966, sobre "Hemodiálisis en el tratamiento de la uremia crónica", donde habla de las relaciones entre diálisis y el trasplante renal. Scriber sostuvo en esa ocasión que la diálisis y el injerto renal se complementan y se necesitan en beneficio de los miles de pacientes que podrían salvarse con ellos. Sin embargo, podría discutirse esta afirmación, porque la experiencia actual es aún limitada, ya que

numerosas hemodiálisis podrían acrecentar, según otros, el rechazo.

Después de la Segunda Guerra Mundial, en Inglaterra se observa un gran interés por el estudio del trasplante renal. Se distinguió en ese tiempo Ian Aird, del Hospital Hammersmith de Londres, por dar en 1949, toda clase de facilidades a los médicos jóvenes para que practicaran trasplantes de riñón en animales.

Dempster (1950-1953), demostró que el rechazo renal era semejante a lo que sucedía en los injertos de piel.

Shackman, logró reunir 176 observaciones de ocho servicios médicos, desde 1960 a 1966, con una sobrevida del 32%. Este porcentaje subió en los últimos 12 meses al 71%. El riñón de cadáver se usó en el 74% de los casos, y *estimó el uso de un riñón de dador vivo como un sacrificio inútil.*

Las complicaciones y causas de muerte de más importancia fueron la trombosis vascular, las fístulas urinarias, las infecciones, el uso de ciertas drogas tóxicas, las radiaciones y el rechazo.

El rechazo se manifiesta precozmente por la presencia de proteinuria, linfocituria, fiebre, taquicardia, hipertensión, aumento de volumen y sensibilidad local del injerto, oliguria, función renal defectuosa con disminución del clearence de creatina y aumento de la urea sanguínea. Sin embargo, algunos de estos síntomas pueden ser sólo la manifestación de una pielonefritis aguda del riñón trasplantado, que en algunos casos puede reaccionar favorablemente con un tratamiento apropiado.

Ha sido importante la contribución de los autores franceses en el trasplante renal. Los trabajos se han realizado en el Servicio de Urología del Hospital Necker, dirigido por el profesor Hamburger (66 observaciones); en el Hospital Foch, a cargo del profesor Küss (33 observaciones) y, últimamente en Lyon, bajo la dirección de J. Perrin.

Los autores franceses consideran a Alexis Carrel como el padre del trasplante renal, por sus experiencias realizadas en Lyon entre 1901 y 1910. Al comunicar algunos de sus trabajos en el "Lyon Medical" de Junio de 1902, Carrel decía: "Simple curiosidad operatoria de hoy, el trasplante de una glándula podrá, quizás, un día tener cierto interés práctico". Carrel en ese tiempo se preocupó, también, de las reacciones del organismo frente a tejidos extraños, de la exposición a los rayos X, que disminuiría la actividad de los linfocitos, favoreciendo una mejor compatibilidad.

Después de la guerra, en 1947, comienza de nuevo el interés sobre este tema, con Hamburger y colaboradores, al estudiar los efectos de la isquemia en el funcionamiento del riñón y los métodos de perfusión.

En 1950 se realizan en Francia los primeros trasplantes de riñón en el hombre; fueron de cadáveres y en pacientes casi moribundos: Sevell (1 caso), Dubost (2 casos) y Küss (5 casos).

En 1953 se hizo el primer injerto de un vivo emparentado (madre), en un joven de 16 años, sometido a nefrectomía por traumatismo de un riñón único. A los 22 días se instala uremia brusca y fallece.

En 1959, se trata de mejorar las condiciones del receptor por medio de la irradiación total del cuerpo; pero, entre 1962-1963 se llega a la conclusión que sus resultados no son satisfactorios y es necesario llegar a 1964, con el advenimiento de los medicamentos inmuno-supresivos, para aumentar el entusiasmo por la enorme mejoría de los resultados.

El trasplante renal en sí mismo, es una intervención de mucho riesgo, tanto por la gravedad de la operación, como por los efectos tóxicos de los tratamientos que se necesitan para preparar al paciente, con el objeto de asegurar la tolerancia inmunológica del injerto, y, muy especialmente por tratarse, muchas veces, de enfermos en estado de salud muy deficiente. Por esta razón, es conveniente seleccionar muy bien a los receptores, para evitar sufrimientos y esperanzas inútiles.

La hipertensión arterial no constituye una contraindicación, ya que el injerto renal actúa mejorando esta afección.

La edad óptima de los receptores es entre los 20 y los 30 años y no sería recomendable el trasplante renal en personas de más de 50 años.

El receptor ideal sería una persona joven, con insuficiencia renal terminal, con agravación reciente de su afección, con su aparato urinario inferior en buenas condiciones y con un estado psíquico que le permita una colaboración activa.

De los 99 trasplantes presentados por los dos Servicios franceses, 28 fueron realizados con riñones de cadáveres. Sin embargo, la experiencia en cadáveres no es muy satisfactoria para los franceses, salvo en los casos en que *se mantiene el cadáver con sobrevida artificial.*

Los franceses tienen un 56% de éxito, con más de un año de sobrevida, cifra igual a la obtenida con riñones de dadores parientes. Esto se explicaría por el poco tiempo de isquemia del riñón, que no llegaría a más de 45 minutos.

El rechazo forma parte de una ley biológica general: todo homotrasplante es rechazado por su huésped, de acuerdo con las reacciones antígeno-anticuerpo. La naturaleza del antígeno y del anticuerpo, todavía no se conocen bien. Por este motivo se intentó controlar por medio de la irradiación a los órganos que producirían anticuerpos, especialmente el tejido retículo-endotelial, lo que explica el empleo de la irradiación total del cuerpo, preconizada por Merril, Murray y Harrison.

En Francia, 31 enfermos recibieron irradiación total por cobalto-terapia, en dos sesiones y con cinco días de intervalo. De estos pacientes, 14 sobrevivieron más de seis meses; pero muchos murieron de diferentes afecciones, posiblemente provocadas por las mismas radiaciones y conservando sus riñones en perfectas condiciones. Esta situación se ha superado, también en Francia, con las drogas que actuarían sobre el tejido retículo-endotelial, reemplazando con creces, a la irradiación de todo el cuerpo.

Los franceses, también usan el Imurán en todos sus enfermos. Este medicamento se da una semana antes del trasplante, a la dosis de 5 milígramos por kilo de peso; algunos días después la dosis se disminuye a 3 ó 4 milígramos por kilo de peso y se sigue con dosis menores en forma indefinida, de acuerdo con los exámenes periódicos. En los enfermos irradiados, este medicamento se usa a dosis bajas después del segundo mes, es decir, después de la fase de atrofia medular. Otros han asociado al tratamiento, la irradiación local del injerto, los días primero, tercero y quinto después de la operación.

La corticoterapia se usa en todos los casos, asociada al Imurán; 50 a 80 milígramos de prednisona (Cortancyl) antes de la operación y después, hidrocortisona inyectable, con dosis en disminución o 30 milígramos de prednisona en forma permanente.

La irradiación del timo, la esplenectomía y la timectomía han sido abandonadas.

El izquierdo es el riñón que emplean generalmente, porque su vena es más larga, pero se elige el lado óptimo, es decir, el riñón que tenga una sola arteria, comprobación que se hace por medio de la angiología.

Cuando el riñón derecho es el implantado, la vena se acompaña con un pequeño trozo de la cava para dar una mayor longitud a la vena renal.

El enfriamiento del riñón sería conveniente, tanto en el vivo como en el cadáver. Hacen una inmersión durante cinco minutos en una solución salina a 4º C., con 3,5% de seroalbúmina humana y con 50 milígramos de Heparina, en frascos de 500 cc. Este líquido llega a la arteria por simple gravedad.

Se habló de otros procedimientos de refrigeración prolongada y aún se comentó la posibilidad de bancos de riñones, siempre que éstos sean retirados antes de los 46 minutos después de la muerte.

El implante pelviano es el que se hace en la mayoría de los casos, y la fosa ilíaca derecha es la elegida, trasplantando en ella el riñón izquierdo del dador.

Como las técnicas son conocidas por todos, sólo recordaremos que la arteria renal del injerto se anastomosa en forma terminoterminal a la extremidad seccionada de la arteria hipogástrica del receptor; la vena renal a la vena ilíaca externa, y el uréter se implanta en la vejiga o en el muñón del uréter del receptor.

Otros hacen la implantación ilíaca, anastomosando la arteria del injerto a la aorta o a la ilíaca primitiva y la vena a la porción inicial de la cava o a la vena ilíaca primitiva.

Una tercera modalidad, es la implantación lumbar, con abocamiento a la arteria renal y otras veces a la arteria esplénica.

Los dos servicios franceses lograron reunir 101 observaciones, de las cuales hay 40 fracasos precoces, es decir detención antes de los tres meses; 11 tienen

una sobrevida de tres meses a un año; 31 con sus riñones con buen funcionamiento por más de un año, y 13 con sobrevida de dos a cinco años. Hasta la fecha del trabajo vivían 35 de los 101 pacientes, de los cuales, 4 llevaban tres a cinco años, y 1, siete años de sobrevida.

De los 64 trasplantes practicados en el Hospital Necker, se obtuvo solamente *un 39% de sobrevida de más de un año en enfermos irradiados;* en cambio, se obtuvo *un 78% de sobrevida de más de un año, cuando los receptores recibieron* sólo agentes químicos.

Por otra parte, es interesante consignar que el número de éxitos precoces es mayor cuando se trata de riñones de cadáveres; y, al contrario es ligeramente superior y con una sobrevida de más de un año, cuando se emplean riñones de vivos emparentados o no.

Después de un injerto favorable, se observa una verdadera resurrección del paciente, que estaba condenado a una muerte próxima y segura: la diuresis del riñón implantado se restablece de inmediato (tres a cinco minutos), es abundante durante algunas horas, y, si no se compensa la pérdida de líquidos, el enfermo puede perder varios kilos de peso y será necesario normalizar las cantidades de sodio y potasio sanguíneo. En pocos días los clearences de creatinina y de urea alcanzan cifras iguales a las de un riñón normal; la presión arterial mejora, las manifestaciones cardíacas, encefálicas y oculares desaparecen y pronto el paciente puede alimentarse normalmente.

Como complicaciones precoces, los autores franceses describen el paro cardíaco por hiperpotasemia, el edema pulmonar, la trombosis de la arteria renal, la necrosis vascular séptica, la necrosis ureteral, la estenosis arterial, la isquemia renal prolongada reversible o irreversible y por último el rechazo con anuria brusca, etc. Además, se han presentado casos fatales por septisemia, aplasia medular, hepatitis, infecciones virales, neumonías, etc.

Suelen presentarse complicaciones tardías, tanto renales (lesiones glomerulares, intersticiales con esclerosis progresiva y compromiso arterial), como extrarenales (temperaturas inexplicables, hepatitis, esplenomegalia, etc.).

Siendo la corticoterapia, a veces, espectacular en las crisis precoces del trasplante, puede ser la causante de perforaciones y hemorragias digestivas, de diabetes agravadas, de retarde de la cicatrización, de fístulas urinarias relativamente frecuentes, etc.

Cuando un riñón continúa funcionando bien después de tres meses, es de esperar una tolerancia prolongada, que debe ser controlada por toda clase de exámenes humorales.

Hermosas películas sobre trasplante renal fueron proyectadas por J. Gil Vernet, de España; por W. Brosig, de Alemania, y, una magnífica, por J. Auvert, de Francia.

2.—HIPERTENSION ARTERIAL DE ORIGEN RENAL

Diferentes aspectos sobre hipertensión arterial de origen renal fueron presentados por E. Poutasse, A. Sakati, y W. Gifford, del Hospital General de Norfolk, Virginia y del Departamento de Hipertensión y Enfermedades Renales, de Cleveland, Ohio; por U. Bracci, de Italia; por F. Romero Aguirre, de España; por E. Owen, de Gran Bretaña, y por A. Gammelgaar y colaboradores, de Dinamarca.

Al tratar este tema, los autores americanos recordaron como valioso antecedente, que Dos Santos, del Portugal, en 1929, fue el primero en usar la aortografía para visualizar la aorta y sus ramas; que Golblatt, publica en 1934 sus famosas experiencias sobre hipertensión en el perro, llamando entonces, la atención que el riñón podría ser causa potencial de hipertensión en el hombre; que Leadbetter, en 1938, mejora un joven hipertenso por oclusión de una arteria renal, al practicarle la nefrectomía, y que Freeman, en 1954, publica la primera observación de un hipertenso operado con éxito, al someterlo a una tromboendoarterectomía de una arteria renal.

Las alteraciones más frecuentes de las arterias renales que producen hipertensión las placas de ateroma, los aneurismas, la fibrosis estonosante, las hiperplasias fibromusculares, etc.

Estos autores operaron 269 enfermos por afecciones de la arteria renal, uni o bilateral. Estas lesiones traen consigo una disminución de la función renal, que se logra identificar por la pielografía, por el estudio separado del funcionamiento renal y por medio de los radioisótopos. De los 269 operados, 89 (44%) normalizaron su presión arterial sin otros tratamientos médicos. La complicación más grave y frecuente fue la trombosis postoperatoria (19 casos).

Entre las indicaciones más importantes, figuran la disminución del calibre de una arteria renal y el aneurisma. Sin embargo, Holley, demostró en el cadáver, que una de cada cinco autopsias con estenosis de la arteria renal, debido a placas ateromatosas, no había presentado hipertensión en vida.

De las 226 arterias renales operadas, 18 fracasaron por falta total de eliminación del lado intervenido, y en 13 fue necesario practicar la nefrectomía por atrofia avanzada y por persistir la hipertensión.

Bracci, de Italia, se refirió a las indicaciones y métodos diagnósticos que relacionan la hipertensión y la afección renal que la provoca. Insistió en el valor que tienen la anamnesis, la edad, la pielografía, el renograma, la angiografía, la biopsia renal, las pruebas de la función renal por separado, los exámenes de fondo de ojo, etc. El estudio de estos antecedentes y exámenes, lo llevan a decidir el tipo de operación reparadora de la arteria o la nefrectomía.

Romero Aguirre, de Zaragoza, España, trató un aspecto interesante del tema. Después de recordar algunas experiencias y antecedentes conocidos, analizó y estableció las diferencias que existen entre la hipertensión arterial por afecciones del parénquima renal y la hipertensión arterial por alteraciones de las vías excretoras.

La hipertensión arterial parenquimatosa sería el conjunto de procesos hipertensivos que se originan en lesiones del parénquima renal, generalmente unilaterales y localizados, que requieren, en su mayoría, un tratamiento quirúrgico.

La hipertensión arterial urógena sería el conjunto de procesos hipertensivos que se originan en lesiones del aparato excretor, generalmente en relación con alteraciones obstructivas de las vías urinarias y requieren un tratamiento conservador, o sea, el de la causa que la origina.

La hipertensión arterial parenquimatosa se presenta de preferencia en la mujer (64,12%), ambas presiones se elevan en forma proporcional y se observa más entre los 30 y 50 años.

La hipertensión arterial urógena es más corriente de lo que se cree (41,10%), es más frecuente en el hombre (84,60%), con cierta tendencia a una elevación mayor de la sistólica y se observa entre los 55 y 65 años.

K. Owen, de Londres, presentó 152 observaciones de hipertensión arterial por estenosis de la arteria renal, de las cuales 83 fueron sometidas a tratamiento médico y 69 a tratamiento quirúrgico. La presión se normalizó en el 43% de todos los casos, con una mortalidad del 34% en el grupo médico y del 23% en el quirúrgico. La mortalidad está en relación con la edad: la mayoría de los operados eran personas de menos de 40 años, con una mortalidad baja y ésta fue alta en los enfermos sometidos a tratamiento médico.

Gammelgaard y colaboradores, de Copenhagen, presentaron 20 pacientes operados por afección renovascular, con el principal objetivo de seleccionar los enfermos que necesitan ser sometidos a tratamiento quirúrgico. Llamamos la atención que en esta serie de 20 enfermos, los autores fueron muy prudentes en sus indicaciones, ya que sólo 4 pacientes se sometieron a reparación de una arteria renal, 3 fueron operados de heminefrectomía y 13 de nefrectomía.

3.—PIELONEFRITIS CRONICA

En el estudio sobre pielonefritis crónica, se destacaron Olsson, de Suecia; Murnaghan, de Australia; Krivec, de Yugoeslavia, y Zvara, de Checoeslovaquia.

O. Olsson, se refirió al empleo del angiograma en la pielonefritis crónica, ya que la pielografía sólo indica alteraciones en la pelvis renal y sus límites. El resto del parénquima renal debe ser estudiado por la angiología, porque la arteria renal y sus ramificaciones tienen alteraciones anatómicas de importancia en la pielonefritis crónica, que es precisamente una enfermedad del parénquima y de las arterias.

Las lesiones del parénquima pueden aparecer circunscritas (esclerosis localizada, como infartos, etc. o generalizadas (atrofia renal), etc.

G. F. Murnaghan, destacó la importancia del reflujo vesicoureteral en la

pielonefritis crónica. En 350 pacientes con infección urinaria, este autor demuestra que en el 39% existe algún proceso de pielonefritis crónica y que en el 18% hay signos radiológicos de reflujo vesicoureteral asintomático.

Termina diciendo que el reflujo vesicoureteral sería una de las principales causas que producen la pielonefritis crónica y que esta afección se observa en todas las edades.

Oto Krivec, se encargó de estudiar el pronóstico de la pielonefritis crónica, que estaría en íntima relación con la forma cómo se hace el tratamiento, y, muy especialmente con la precocidad del diagnóstico, ya que con un tratamiento a tiempo y apropiado se logra curar el 90% de los casos.

El pronóstico de la pielonefritis crónica no sólo depende del éxito y la oportunidad del tratamiento, sino muy especialmente en que éste sea largo, por meses o años y que debe continuarse aún en los períodos asintomáticos.

El pronóstico es malo cuando hay insuficiencia renal e hipertensión, ya que la regeneración anatómica de los nefrones destruidos es imposible.

El pronóstico es peor en las pielonefritis primarias no complicadas y mejor en las pielonefritis crónicas complicadas, por la posibilidad de eliminar la causa, especialmente el estasis urinario.

Preconiza en su trabajo, una terapéutica combinada, empezando con una cura fuerte de antibióticos, por pocos días; después continúa el tratamiento con antibióticos, sulfas, nitrofurano en pequeñas dosis, con vitaminas y una alimentación apropiada. Las curas duran 7 a 14 días, cada 4 a 6 semanas, por uno a cinco años, y, recomienda que todos los meses deben practicarse exámenes del sedimento urinario y otros exámenes, que la afección misma necesita.

Se debe considerar curada una pielonefritis crónica cuando el examen de orina es normal por más de seis meses, lo mismo que el examen de electrólitos en el suero sanguíneo, ausencia de signos e insensibilidad a la palpación.

La diabetes agrava el pronóstico de la pielonefritis crónica como en todas las infecciones por una menor resistencia a la infección, por una asociación con glomeruloesclerosis, arterioesclerosis y paresia vesical de origen diabético.

Por último, V. Zvara, se refirió a la pielonefritis crónica en el niño.

Los adultos que sufren de pielonefritis crónica han presentado con mucha frecuencia infecciones urinarias desde la infancia, y cita 324 observaciones, de las cuales 119 tenían reflujo vesicoureteral, 92 con estasis urinario, 44 con pielonefritis primitiva, y en 42 niños, la lesión era bilateral.

En la discusión sobre pielonefritis, Bonino, de Italia, insistió en que esta enfermedad puede pasar inadvertida por muchos años. Contraindicó la biopsia por considerarla peligrosa. En cambio A. Gaca, de Alemania, basa el diagnóstico en la biopsia y en los exámenes de orina, etc.

Mazurek, de Polonia, se refirió a la pielonefritis crónica en la tuberculosis. Recomendó tratar la pielonefritis crónica por largo tiempo y aún después de curada la tuberculosis.

C. S. Worak, de India, encontró el 8% de pielonefritis crónica en 12.000 enfermos estudiados, aún sin síntomas evidentes de la enfermedad. Trata a sus pacientes con drogas combinadas. Prefiere empezar con un gramo de estreptomicina y 300 milígramos de nitrofurano por ocho días y continuar por varios meses con dosis menores.

T. Ichikawa, de Japón, recomendó el uso de la casugamina en las infecciones urinarias.

TEMAS LIBRES

A. Babics, de Budapest, Hungría, relató un nuevo procedimiento de análisis de los cálculos urinarios, por medio de un aparato automático, llamado derivatógrafo, basado a la vez en el termoanálisis y la termogravimetría, que permite conocer simultáneamente la naturaleza de los componentes que constituyen el cálculo, así como su composición fraccionada, la cantidad de agua, etc.

G. W. Heiss, de Magdeburg, Alemania, presentó un trabajo sobre las posibilidades y los límites de la disolución de los cálculos de ácido úrico por el método de Eisemberg. Emplea para disolverlos una solución reciente(de 6 a 8 semanas), modificada por Müller, Michler y Brunk (que llama solución MMB).

Empieza con una cura intensiva de 8 días de antibióticos con el objeto de limpiar la superficie infectada del cálculo. El tratamiento debe seguirse sin interrupciones, porque a un cálculo a medio disolver se le pueden agregar otras sales, que impedirían la disolución posterior.

Considera que el tratamiento es peligroso cuando se acompañaba de gota, por la posible obstrucción de los túbulos renales por la gran eliminación de cristales.

La disolución ha tenido éxito en el 100% de sus 150 observaciones, que fueron bien seleccionadas y bien tratadas.

U. Musiani y colaboradores, de Italia, en su trabajo, litólisis por vía bucal, recomiendan el tratamiento disolvente cuando hay buena función renal y cuando el dolor no es muy intenso.

También, como el autor anterior, considera que durante el tratamiento está absolutamente contraindicado el uso de medicamentos contra la gota, porque estas drogas movilizan gran cantidad de ácido úrico, que es excretado por el riñón existe el peligro que el cálculo aumente de tamaño.

De 13 casos presentados, en 11 el cálculo se disolvió en el tiempo de dos a doce meses.

E. Priend y colaboradores, de Estados Unidos, se refirieron al tratamiento de la litiasis cálcica a repetición, por medio de una asociación magnesio-piridoxina administrada por períodos prolongados. Los enfermos elegidos son los que han presentado, por lo menos, dos cálculos por año y por varios años consecutivos. tratamiento no deben tener lesiones de las vías urinarias, como infecciones, estrecheces, estasis urinario, hiperparatiroidismo, acidosis tubular, ni otras anomalías anatómicas, clínicas o químicas; es decir, una litiasis idiopática.

Los pacientes que se someten a este

El tratamiento consiste en un comprido de 10 milígramos de clorhidrato de piridoxina (vitamina B 6) y de 2 a 4 comprimidos de 100 milígramos de magnesia. El óxido de magnesia se transforma en hidróxido de magnesio, que es soluble en el agua. Este tratamiento debe mantenerse por largos períodos.

Presentaron un grupo de 36 enfermos, que siguieron por más de cinco años, de los cuales 25, no volvieron a presentar cálculos.

El tratamiento es inofensivo y barato; no es desagradable ni incómodo.

T. Ohuchi y H. Takahshi, de Tokio, presentaron un trabajo sobre la desintegración de los cálculos urinarios con la ayuda de intensas vibraciones de ultrasonido. Este tema fue presentado en Londres en 1964 y los autores se refirieron en esta ocasión al uso de un nuevo aparato productor de intensas vibraciones de ultrasonido, dejando una sonda ureteral en contacto con el cálculo bajo la pantalla radiológica.

Este tratamiento fue previamente realizado en animales, en los cuales se comprobaron que las vibraciones de 3 a 4 segundos no presentan inconvenientes de ninguna especie y aseguran la desintegración del cálculo.

A. Puigvert y J. Jorado, Barcelona, se refirieron a la hipertensión vasculorrenal por angioma, que es especialmente diastólica y se produce por isquemia renal, debido a lesiones congénitas o adquiridas de los vasos renales.

Los autores presentaron 3 observaciones (12, 14 y 26 años) de angioma arteriovenoso con hipertensión arterial. La disminución de la tensión en la arteria aferente y el aumento de la presión en el sistema venoso producen sobrecarga e insuficiencia cardíaca, lo que explica que, a veces, existe una presión diastólica baja. Por otra parte, la sangre al pasar directamente en esa región del riñón al sistema venoso sin atravesar los capilares correspondientes de esa parte del parénquima renal, quedaría ésta, por lo tanto, en isquemia relativa.

El diagnóstico se hace especialmente por la angiografía renal y por el renograma.

En los tres enfermos se normalizó la presión arterial después de la nefrectomía y los síntomas que acompañaban a la hipertensión desaparecieron o disminuyeron en forma apreciable.

T. Kusunoki y T. Sonoda, de Osaka, Japón, presentaron una breve comunicación sobre hiperparatiroidismo y litiasis. Estudiaron el efecto de la hormona de esta glándula sobre el mecanismo de transporte del fósforo inorgánico en los túbulos renales y la eliminación por la orina del ácido mucopolisacárido. La alteración funcional se produce en el túbulo proximal, tanto en el perro como en el hombre y la normalización de esta fun-

ción se observaría después de la extirpación de la glándula.

En esa región de los túbulos, los autores japoneses encontraron mayor depósito de ácido mucopolisacárido, que perturba su funcionamiento, y que corresponde justamente a la zona donde se observa la presencia de concreciones de calcio.

L. Cifuentes y colaboradores, de Madrid, presentaron un estudio sobre oxaluria. Una característica del ácido oxálico es su apetencia por el calcio, formando oxalato de calcio, que es insoluble. Se debe tratar de disminuir la ingestión de calcio y usar sustancias capaces de captar el calcio en el intestino y hacerlo insoluble e inabsorbible (fitatos, fosfatos, etc.). La disminución de la concentración de calcio en la orina es la medida fundamental para combatir la cristaluría oxalocálcica y llevar el pH de la orina a cifras de 6,7 a 7,00, disminuir los alimentos ricos en oxálico, agregar vitamina B y B6, dar algunas sales de magnesio y mantener una diuresis de dos litros diarios.

En Mesa Redonda sobre la disolución de los cálculos urinarios, intervinieron: Suby, de Estados Unidos; Pisani, de Italia; Harrison, de Gran Bretaña; Pérez Castro, de España; Tchervenakov, de Bulgaria, y Alken, de Alemania.

Hubo acuerdo en el aspecto general del problema, es decir, sobre la alcalinización, el pH, líquidos, etc.

En el tratamiento de los cálculos de ácido úrico, además de los tratamientos conocidos, algunos usan el Alupirinol, con buenos resultados.

En la cistinuria, se emplea la vitamina B6 y la Penicilamina (bisulfuro de penicilamina).

Cuando se usa Uralit, es necesario un permanente control por la posibilidad que se formen cálculos de otras sales.

J. Longoria y Aquilino Villanueva, de México; S. Wesolwski, de Varsovia, y M. Cervic, de Belgrado, presentaron trabajos sobre estrechez uretral, que sólo nos limitamos a enunciar.

En la Mesa Redonda sobre estrechez uretral hubo marcadas diferencias de criterio. La mayoría opera inmediatamente después del traumatismo, cuando las condiciones del enfermo lo permiten y hacen cistostomía previa; en cambio, J. M. Gil Vernet, no la practica porque "hipotecaría el porvenir del enfermo para otras operaciones".

Por último, tuvimos la ocasión de ver dos películas sobre plastia ureteral con piel del escroto, siendo magnífica la presentada por R. Turner, de Gran Bretaña.

Pocas veces se había observado en nuestra especialidad de Urología un adelanto de tanta trascendencia y en tan corto tiempo.

Un solo tema, el trasplante renal, habría sido suficiente para justificar la realización de un Congreso de la Sociedad Internacional de Urología.

El éxito obtenido en estos últimos años, más bien dicho, en estos últimos meses, con los adelantos en relación con la compatibilidad del dador y del receptor y el progreso de las técnicas, es de tal envergadura, que nos ha dejado perplejos.

Estimados colegas, muchos años nos separan, en algunos aspectos, de los centros urológicos americanos y europeos, que francamente nos preocupa. Felizmente estamos en conocimiento que hay jóvenes urólogos que se están preparando en el extranjero, que tenemos la suerte de tener un conjunto de nuevos especialistas en franca formación y distinguidos jefes en las diferentes Clínicas de Urología de Santiago, que con su experiencia, sabrán orientarlos para remediar tanta deficiencia.

Señor Decano de la Facultad de Medicina, señor profesor titular, señores del Directorio de la Sociedad Chilena de Urología, señores del Colegio Médico de Chile, señores Jefes de Servicio, preocúpense para que las autoridades proporcionen los medios indispensables para lograr algo en beneficio de ese grupo de pacientes sin recursos.

Todos hemos sufrido en la persona de un familiar, de un amigo, de un joven paciente, de un niño o de un adulto, la imposibilidad, la impotencia de poder tratar la fase final de una nefropatía, que podría ser superada con un trasplante renal.

CUENTA DEL SECRETARIO GENERAL

Dr. ROBERTO VARGAS DELAUNOY - 1967

De acuerdo con el artículo 9º del Reglamento de la Sociedad Chilena de Urología rindo a Uds. el informe de las labores de la Secretaría durante el año 1967.

Con el propósito de hacer una exposición objetiva de mi trabajo he dividido el presente informe en dos partes: aquélla que corresponde a las labores administrativas, y la relacionada a las actividades académicas.

LABORES ADMINISTRATIVAS

La organización de los archivos de la Sociedad Chilena de Urología ha sido la primera labor emprendida por la secretaría que al comenzar sus actividades en el presente año, de los 42 años de ininterrumpidas funciones de la institución, acusó recibo de solamente dos archivadores corrientes que contenían material de toda índole. Se han establecido a partir de este año expedientes con las Actas de Directorio y Sesiones, Archivo de Socios, Correspondencia, etc, que están a disposición de los miembros de la Sociedad en Secretaría.

La modalidad impuesta de confeccionar con anticipación las tablas de las sesiones ha permitido una marcha continua y ordenada de las actividades científicas de la Sociedad y un tiempo prudente de conocimiento por parte del relator de sus fechas de presentación que ha derivado en una entrega oportuna del material para la publicación, en la mayoría de las veces.

En el año que termina los miembros de la institución se han mantenido informados con regularidad, tanto a través de la prensa como por intermedio de circulares de las fechas y temario de las sesiones. Los miembros de la Sociedad de provincia, reciben igualmente, estas circulares por correspondencia.

La carencia de Estatutos y Reglamentos debidamente legalizados y acordes con la realidad de la Urología actual, movió al directorio al estudio de un proyecto de reforma que es de vuestro conocimiento, en actual vía de legalización. Las modificaciones aprobadas se refieren fundamentalmente a la calidad de socio y requisitos para ingresar a la Institución. Esto ha significado un valioso incremento en el número de Socios Titulares y del grupo de Colaboradores que en el futuro darán el impulso que mantiene la vida de la Sociedad.

La Asociación de Urólogos en relativo receso durante el año 1967 ha contado con la valiosa colaboración del Dr. Benjamín Tallman quien ha sido designado por el directorio su delegado ante el Departamento de Aranceles del Colegio Médico. La Secretaría ha enviado a los socios los estudios efectuados hasta la actualidad con una encuesta que servirá de base para determinar nuestra posición ante las autoridades pertinentes. Se vislumbra de las gestiones efectuadas que solamente una férrea unidad entre los urólogos podrá responder a hechos que vulneren nuestros intereses. Así lo ha entendido el Directorio que en estado de alerta mantendrá informada a la Asamblea de los pormenores a este respecto.

Con regularidad nos hemos constituido en sesiones de Directorio donde se han discutido todos los problemas referentes a la marcha de la Sociedad. Ellas se han desarrollado generalmente con la regular asistencia de todos sus componentes contando con la valiosa y activa participación de sus directores Drs. Cantín, Correa y Castro Varela.

Con el propósito de efectuar las próximas Jornadas de Urología a un alto nivel científico y contar con la participación de delegaciones extranjeras y destacadas figuras de la urología internacional, se designó con un año de anticipación la sede y los temas a tratar. Por acuerdo de Asamblea se acordó realizar este torneo en la ciudad de Arica con los siguientes temas: "Cáncer vesical", "Derivaciones urinarias" y "Tratamiento de la litiasis urinaria, médico y quirúrgico" y dos Mesas Redondas sobre "Avances en diagnóstico urológico" e "Infección urinaria". Los relatores correspondientes serán designados los primeros meses del próximo año.

ACTIVIDADES ACADEMICAS

Durante 1967 se efectuaron 16 sesiones ordinarias, una de conjunto, dos extraordinarias y una reglamentaria. Una de las sesiones extraordinarias fue convocada de acuerdo al reglamento en vigencia para la votación de la reforma de los estatutos y reglamentos, que falló por falta de quórum. La otra sesión extraordinaria se efectuó con motivo de la visita del Profesor de la Columbia University de Nueva York, Dr. Ralph Veenema, quien disertó sobre el "Tratamiento de los tumores vesicales" presentando una importante serie de pacientes tratados con instilaciones vesicales de Thio-Tepa para los estados superficiales. Expone un interesante estudio histoquímico en relación a la malignidad de los tumores cuyos resultados guardan relación con las observaciones clínicas.

En la sesión conjunta con la Sociedad Chilena de Enfermedades del Tórax y Tuberculosis se abordó el tema "Tratamiento de la Tuberculosis Urogenital". Participaron los Profs. Vargas Zalazar, González Mac Oliver, Drs. Corvalán Rocco y Jorge Olivares. Se analizaron los distintos tratamientos quirúrgicos y médicos con mención de las nuevas drogas e importancia del antibiograma al bacilo de Koch. Esta sesión fue presidida por el Prof. Vargas, efectuándose discusión por parte de los asistentes.

Otras dos reuniones conjuntas programadas con las Sociedades Médica y de Radiología, fueron postergadas para el próximo año por razones ajenas a nuestra institución.

Continuando con la prestigiada tradición, nuestra Sociedad Chilena de Urología se vio representada una vez más en todos los congresos de jerarquía que se efectuaron tanto en nuestro continente como en Europa. En efecto, el Congreso mundial de la especialidad efectuado en München acudió una delegación encabezada por los Drs. Félix Cantín Castillo y Prof. Correa Fuenzalida quienes rindieron un acabado informe de ese torneo científico, refiriéndose el Prof. Correa en una amena presentación a los avances en trasplantes renales y otros interesantes tópicos.

El Dr. Félix Cantín Castillo fue designado representante oficial de nuestra Sociedad al Congreso Iberoamericano de Urología celebrado en Madrid, donde disertó sobre "Veinte años de Urología pediátrica en Chile". Su reconocida autoridad en la materia dejó una vez más muy en alto nuestra especialidad en los ámbitos internacionales.

Las Segundas Jornadas de la Confederación Argentina de Urología efectuadas en Ciudad de Corrientes contó con una delegación de nuestro país cuyo representante oficial por declinación del Dr. Raúl Bulnes fue el Dr. Gmo. Sohrens quien actuó como relator del tema oficial "Litiasis urinaria" que motivó elogiosos comentarios para la delegación. De especial interés se consideró el detallado estudio humoral de la amplia serie presentada.

El secretario de esta Sociedad acudió en calidad de representante oficial a las Jornadas Rioplatenses de Urología celebradas en Buenos Aires, donde presentó "Estudios linfangiográficos en tumores del testículo".

La responsabilidad de desarrollar el tema oficial "Vejiga neurogénica, en el aspecto diagnóstico" en el Congreso Americano de Urología efectuado en Caracas, recayó en el Dr. Omar Jara Michael quien respondió ampliamente a las expectativas cifradas en él.

En ese mismo Congreso el Prof. Vargas Zalazar debió rendir su informe sobre la Docencia en Urología, siendo designado por la Junta de Delegados, Presidente de la Comisión de Docencia de la Confederación Americana de Urología con 6 años de duración.

Ha sido costumbre en los informes del Secretario de la Sociedad hacer una revisión comentada de los trabajos presentados en el curso del año. Por considerar esto sólo constituye una enumeración prolongada de títulos que están a vuestra disposición en secretaría, acompañada de apreciaciones muy personales del secretario que informa, no siempre acordes con el resto de los socios, me he permitido omitirlos en la presente comunicación.

Con satisfacción hemos escuchado en el seno de nuestra Sociedad trabajos presentados por Centros Urológicos que anteriormente sólo lo hacían en forma esporádica. Elementos jóvenes de nuestra especialidad han participado activamente en las reuniones científicas realizadas en el año que termina demostrando el valioso potencial humano con que cuenta la Urología del presente y del futuro.

Por cumplir con los requisitos exigidos por los nuevos Estatutos y Reglamentos de la Sociedad Chilena de Urología, el Directorio ha conferido el título de socio a los siguientes colegas: Drs. Fernando Bustamante B., Pedro Gigoux Mac Crea, Carlos Muñoz Borges, Antonio Salas V., Emilio Undurraga Martin, Fernando Vargas D., Roberto Vargas D., Johannes Wilkins y Félix Cantín Bozzo y de colaboradores a los Drs. Gerardo Contreras, Omar Gallegos, Perfecto Humeres, Armando Jiles, Hernán Ramírez y Lázaro Wisnia. El ideal será que ningún médico que practique la Urología y llene los requisitos para ingresar a nuestra Sociedad quede al margen de la Institución.

Debo agradecer a los colegas la cooperación prestada para el buen funcionamiento de la Sociedad como igualmente la confianza depositada en mí al honrarme con el cargo que desempeño. Igualmente agradezco el apoyo constante a la labor de la Secretaría del Presidente y Directorio. Ruego disculpar aquellas omisiones y errores que con seguridad cometí en el desempeño de mis funciones. Queda en mí la satisfacción de haber ofrecido el máximo de mi entusiasmo al servicio de nuestra Sociedad.

Muchas gracias.

LISTA DE TRABAJOS DE LA SOCIEDAD CHILENA DE UROLOGIA

ABRIL

Miércoles 12.—*"Problemas urológicos de la hidatidosis"*.—Drs. Edo. Tallman, Benjamín Tallman. Hospital J. J. Aguirre.

"Corrección de las estrecheces pielouretrales con la técnica de Culp".—Drs. Fernando Vargas D., Matouschek, Hospital J. J. Aguirre, Servicio Prof. May (Munchen).

Miércoles 26.—*"Urografía excretora de Urgencia"*.—Drs. Edna Silva Inzunza, Ricardo Bustos, Hospital J. J. Aguirre.

"Síndrome de Wunderlich". Caso clínico.—Drs. Dante Corti, Raúl Dell'Oro, Jorge Merv, Hospital Universidad Católica.

MAYO

Miércoles 10.—*"Estudio enzimológico en cáncer prostático experimental"*.—Dr. Fernando Vargas Delaunoy, Servicio de Urología del Prof. May (Munchen).

"Desplazamiento renal por tumor del duodeno".—Drs. Benjamín Tallman Valenzuela, Néstor Flores, J. Bisquertt, Abel Ubilla, Hospital J. J. Aguirre.

Miércoles 24.—*"Linfoma maligno testicular. Dos casos"*.—Drs. Raúl Castro Varela y Jorge Cornejo, Hospital del Salvador y Hospital Militar.

"Gran quiste hidatídico renal".—Drs. Dante Corti, Raúl Dell'Oro y Jorge Mery, Hospital Universidad Católica.

JUNIO

Miércoles 14.—*"Experiencia renal aguda hipercatabólica tratada con diálisis repetidas por medio de un shunt arteriovenoso"*.—Drs. Eduardo Katz, Juan Reyes, Sergio Achiardo, Roberto Friedler, Hernán Arancibia, Jaime Corvalán y Renato Gazmuri, Hospital del Salvador.

Miércoles 28.—*"Experiencia preliminar de terapia corticoesteroidal en Tuberculosis Urinaria"*.—Dr. Guillermo Mac Millan, Hospital Barros Luco.

"Cistostomía por punción".—Drs. Carlos Zalazar, Egidio Gutiérrez San Martín, Hospital San Borja.

JULIO

Miércoles 12.—*"Uso de Thio-Tepa en instilación intravesical en el tratamiento del cáncer vesical en etapa superficial"*.—Drs. Benjamín Tallman V., José Bisquert T., Hospital J. J. Aguirre.

"Pielografía excretora por infusión".—Drs. Edna Silva Inzunza, Roberto Vargas Delaunoy y Patricio Barriga C., Hospital J. J. Aguirre.

Miércoles 27.—*Reunión conjunta con la Sociedad de Enfermedades del Tórax y Tuberculosis.*

AGOSTO

Miércoles 9.—*"Prostatectomía con separación próstato vesical transitoria"*.—Drs. Guillermo Salas, Hospital de San Bernardo.

"Nefrectomía parcial".—Drs. Pedro Gigoux Mac Crea, Hospital J. J. Aguirre.

Miércoles 23.—*"Consideraciones sobre el XIV Congreso Internacional de Urología en Munchen"*.—Prof. Dr. Oscar Correa Fuenzalida y Dr. Luis Hidalgo Cortés.

"Hematuria por Endoxán".—Drs. Emilio Undurraga, Luis Figueroa Stoeckle, Hospital del Salvador.

Jueves 27.—*"Tuberculosis Urogenital"*.—Drs. Jorge Olivares Corona, Prof. Roberto González Mac Oliver, Luis Corvalán Rocco, Antonio Morey Lorca. Coordinador Prof. Dr. Roberto Vargas Zalazar.

Mesa redonda con S. Ch. Enfermedades del Tórax y Tuberculosis.

SEPTIEMBRE

Miércoles 13.—*"Cistectomía total con vejiga rectal por cáncer vesical"*. Un caso.—Drs. Guillermo Mac Millan, Iván Melelli, Hospital de San Bernardo.

Miércoles 27.—*"Infección urinaria y cultivo de tejido prostático"*.—Drs. Prof. Roberto Vargas Zalazar, Fernando Vargas Delaunoy, Señorita M. Angélica Zúñiga, Hospital J. J. Aguirre.

"Informe sobre el Congreso Ibero-Americano y Mundial de Urología".—Drs. Félix Cantín Castillo, Félix Cantín Bosso, Egidio Gutiérrez San Martín.

OCTUBRE

Martes 3. Extraordinaria.—*"Tratamiento actual de los tumores de Wilms"*.—Profesor Veenema, Columbia University.

Miércoles 11.—*"Aspectos actuales de la enfermedad poliquística"*.—Dr. Benjamín Tallman, Dra. Edna Silva, Hospital J. J. Aguirre.

"Cistometrografía por punción vesical".—Dr. Schachtebeck, B., Alfredo Corrales Palma, R. Valdevenito, Hospital San Juan de Dios.

Miércoles 25.—*"Función renal y litiasis urinaria"*.—Drs. Fernando Bustamante, Guillrmo Söhrens, señoritas Carmen Vivanco y Nancy Neira, Hospital J. J. Aguirre.

"Fibroliposarcoma retroperitoneal".—Dr. Roberto Vargas Delaunoy, Hospital José J. Aguirre.

NOVIEMBRE

Miércoles 8.— *"Ureterosigmoidocistoplastía"*.— Dr. Guillermo Söhrens, Hospital J. J. Aguirre.

"Consideraciones sobre la Docencia de Urología".—Dr. Eduardo Tallman, Hospital J. J. Aguirre.

Miércoles 22.—*"Vejiga Neurogénica"*. Dos casos clínicos.—Drs. Carlos Vargas, Félix Cantín Bosso, Alvaro Hidalgo, Hospital San Juan de Dios.

"Prostatectomía transvesical por método de Hrytchak".—Drs. Raúl Valdvenito Guerraty, Guillermo Mac Millan, Hospital Barros Luco.

DICIEMBRE

Miércoles 13.— *"Priapismo"*.— Drs. Juan Alberto Inostrosa, Ricardo Susaeta, Carlos Vargas, Hospital San Juan de Dios.

"Tratamiento preventivo de estenosis de la región yuxtavesical en la tuberculosis urinaria".—Drs. Luis Corvalán Rocco, Emilio Undurraga, César Gomá, Hospital del Salvador.

ESTATUTOS DE LA SOCIEDAD CHILENA DE UROLOGIA

Modificación de los Estatutos y Reglamentos de la Sociedad Chilena de Urología

Artículo 1º—Con fecha 14 de Diciembre de 1935 se declara constituida la Sociedad Chilena de Urología, que había funcionado anteriormente en Santiago desde Agosto de 1925 y que en adelante se regirá por los siguientes Estatutos y un Reglamento Interno.

Art. 2º—La Sociedad tiene por objeto propender al estudio, progreso y difusión de la Urología. Mantendrá la publicación de una revista y se procurarán los fondos necesarios por medio de cuotas y otros ingresos que se determinarán en el Reglamento Interno.

Art. 3º—La duración de la Sociedad será indefinida.

Art. 4º—La Sociedad se compondrá de Socios Fundadores y Titulares, nacionales y extranjeros. Su nombramiento, deberes y atribuciones se fijan en el Reglamento Interno.

Art. 5º—Se permite la participación de un grupo de Colaboradores no urólogos en algunas actividades de la Sociedad, de acuerdo a las normas que fija el Reglamento Interno.

Art. 6º—La Sociedad conferirá Distinciones y Premios, de acuerdo a la forma establecida en el Reglamento Interno.

Art. 7º—La elección del Directorio se verificará en la última sesión del año y éste entrará en funciones inmediatamente. Sus miembros podrán ser reelegidos hasta por tres períodos.

Art. 8º—La reforma de estos Estatutos y del Reglamento Interno, sólo podrá acordarse en sesión convocada especialmente con tal objeto. El quórum para verificar esta sesión será de los dos tercios de los socios y los acuerdos se tomarán por simple mayoría. La citación se hará por dos avisos publicados con diez días de anticipación. En caso de no existir quórum en la primera citación, se procederá a sesionar en la próxima Sesión Ordinaria, con el número de socios presentes.

Art. 9º—Se fija como sede de la Sociedad Chilena de Urología, la ciudad de Santiago de Chile.

Art. 10º—Para proceder a la disolución de la Sociedad, será necesario un acuerdo firmado por la mayoría de los socios después de una sesión convocada especialmente con tal objeto.

Art. 11.—Disuelta la Sociedad, sus fondos y demás existencias pasarán a la Cátedra Titular de Urología de la Universidad de Chile, depositaria de sus archivos.

REGLAMENTO INTERNO DE LA SOCIEDAD CHILENA DE UROLOGIA

DE LOS SOCIOS

Artículo 1º—Son fundadores los médicos señores: Eduardo Moore, Carlos Lobo Onel, José Luis Bisquertt Cea, Eduardo Ibarra Loring, Ignacio Díaz Muñoz, Arturo Lois, Waldemar E. Coutts, Hugo Vicuña Monardes, Eduardo Abud Pérez, Waldemar Sommers, Carlos Aguirre, Omar Santapau, Oscar Donoso Barthet, Roberto González Mac Oliver, Faustina Casarino y Roberto Baltra G.

Art. 2º—Para ser Socio Titular se necesita: ser Médico Cirujano, haber ejercido la profesión por lo menos durante cinco años con cuatro horas diarias sean de planta, contratadas o ad-honorem en un Servicio Hospitalario de Urología reconocido, o haber cumplido con los requisitos de especialización fijados por las Universidades y el Servicio Nacional de Salud de dos años de duración mínima y presentar una solicitud con sus antecedentes al Directorio de la Sociedad, quienes podrán otorgarle esta calidad. Deberá pagar la cuota anual fijada por el Directorio.

Art. transitorio.—El Directorio podrá considerar casos especiales que no cumplan con los requisitos del Art. 2º durante un período de cinco años a partir de la promulgación de este Reglamento.

Art. 3º—Para formar parte del grupo de Colaboradores no urólogos se requiere: estar en posesión de un título profesional reconocido por la Universidad de Chile, presentar un trabajo cada dos años por lo menos, y cancelar la cuota fijada por el Directorio si desea recibir la Revista. Los colaboradores no urólogos tendrán derecho a presentar trabajos en las Sesiones Ordinarias, Jornadas o Congresos, participar en los debates, y optar a los Premios y Distinciones que otorga la Sociedad. No podrán ser elegidos miembros del Directorio, excepto en el caso contemplado en el Art. 18.

Art. 4º—Los Socios podrán ser separados a propuesta del Directorio y por un acuerdo de las tres cuartas partes de los Socios asistentes a la sesión convocada con tal objeto.

Art .5º—Dejan de ser Socios: los mencionados en el artículo anterior, los que sin causa justificada no pagaren su cuota durante dos años, o los que hicieren su renuncia por escrito y fuere aceptada por el Directorio.

DE LA SOCIEDAD

Art. 6º—La Sociedad celebrará Sesiones Ordinarias dos veces al mes, en la fecha y local que el Directorio estime convenientes. En las sesiones se presentarán trabajos científicos, casos clínicos, o se organizarán discusiones sobre un tema determinado.

Art. 7º—La Sociedad podrá constituirse en sesión secreta por acuerdo de la mayoría de los socios presentes.

Art. 8º—La Sociedad otorgará distinciones y Premios. Las Distinciones serán los títulos de: Miembro Honorario, Miembro Correspondiente, Benefactor de la Sociedad y Maestro de la Urología. Tendrán carácter permanente, quedarán registrados en los Archivos de la Sociedad y serán publicados por una vez al año en la Revista Chilena de Urología. Se acreditarán con un Diploma. Los Premios que otorgue la Sociedad se regirán por sus respectivos Reglamentos.

DE LAS SESIONES

Art. 9º—Las sesiones comenzarán en la segunda quincena de Abril y terminarán en Diciembre. Los acuerdos se tomarán en sesión por simple mayoría, excepto en el caso mencionado en el Art. 4º. Las Actas de las sesiones ordinarias serán firmadas por el Presidente y el Secretario. En la última sesión del año, el Presidente, Secretario General, Tesorero y Director de la Revista darán cuenta a la Asamblea de la marcha de la Sociedad. A continuación se elegirá Directorio.

DE LAS JORNADAS Y CONGRESOS

Art. 10º—Cada dos años se celebrarán Jornadas o Congresos Nacionales pudiendo organizarse fuera de este plazo, si fuera conveniente hacerlo coincidir con algún Congreso Internacional de la especialidad que se realice en nuestro país. El temario de estas reuniones será determinado en votación por la Asamblea. Los relatores y los representantes de la Sociedad a Congresos extranjeros serán propuestos por el Directorio a la Asamblea que los aceptará o rechazará por simple mayoría de votos.

Cuando la Sociedad designe representante o relator en alguna reunión científica, Congreso nacional o extranjero podrá solicitarle que exponga su trabajo al Directorio o a la Asamblea antes de su representación oficial. La acción fiscalizadora de la Sociedad podrá extenderse a otros trabajos inscritos que pudieran comprometer su prestigio.

DEL DIRECTORIO

Art. 11.—Podrán formar parte del Directorio los Socios Fundadores y Titulares. Ocasionalmente se tomará en cuenta la excepción señalada en el artículo 18.

Art. 12.—El Directorio está constituido por: un Presidente, dos Vicepresidentes, un Secretario General, un Tesorero, dos Secretarios Anuales y tres Directo-

res. Duran un año en sus funciones, a excepción del Secretario General que dura dos años. Pueden ser reelegidos no más de tres períodos.

Art. 13.—Son atribuciones del Directorio, aparte de las específicas de cada uno de sus miembros, las siguientes: aceptar a los Socios y Colaboradores, fijar las cuotas anuales, liberar de pago a calificados socios, aceptar renuncias y someter a la Asamblea los nombres de los socios que tengan motivos para ser borrados de los Registros, organizar Jornadas o Congresos, proponer los relatores y los representantes de la Sociedad a otros Congresos o Reuniones, otorgar las Distinciones y Premios, colaborar en las funciones específicas de sus miembros mediante reuniones de Directorio una o dos veces por mes a partir de Abril, solicitar cada tres meses cuenta al Tesorero y al Director de la Revista y resolver las dudas que aparezcan en la interpretación de este Reglamento. Las decisiones se tomarán por acuerdo del Presidente y por lo menos cuatro de sus miembros.

DEL PRESIDENTE

Art. 14.—El Presidente dirige la Sociedad y es su representante.

Son atribuciones del Presidente: representar judicial y extrajudicialmente a la Sociedad; dirigir las sesiones ordinarias, extraordinarias y la de elecciones de fin de año; citar a sesiones extraordinarias cuando lo estime conveniente o cuando lo solicite por lo menos un tercio de los socios; nombrar de acuerdo con el Directorio los representantes de él o de la Sociedad a reuniones de la especialidad; constituirse en visita, junto con el Secretario General en la Tesorería, cuando estime necesario, y convocar a elección extraordinaria de un miembro del Directorio por renuncia o en el caso señalado en el Art. 20.

DE LOS VICEPRESIDENTES

Art. 15.—Es deber del primer Vicepresidente secundar en todo la labor del Presidente y reemplazarlo en caso de ausencia o enfermedad. El segundo Vicepresidente subrogará al primero y tiene las mismas atribuciones. Será de preferencia un representante de provincia. El Director de la Revista será un socio elegido en la última sesión del año. El Director de la Revista será a la vez uno de los tres Directores, y el primero en elegirse en la votación de fin de año.

DEL SECRETARIO GENERAL

Art. 16.—Son deberes y atribuciones del Secretario General: preparar el programa de sesiones, encargarse de la correspondencia y presentar un resumen de ella en las sesiones. La citación a las sesiones la hará por escrito a los socios y en una publicación en un diario de Santiago. En caso de ausencia será reemplazado por el miembro del Directorio que designe el Presidente. Firmará con el Presidente las Actas de Sesiones, colaborará con el Director de la Revista recibiendo los trabajos en cada sesión; será responsable de la mantención de los archivos de la Sociedad, registro de socios y actas de sesiones ordinarias y de Directorio. Durará en sus funciones dos años.

DEL TESORERO

Art. 17.—Son obligaciones del Tesorero: llevar la contabilidad de los fondos de la Sociedad; obtener fondos para el financiamiento de la marcha de la Sociedad y de la Revista, para lo cual recolectará las cuotas fijadas por el Directorio y en colaboración con el Director de la Revista obtendrá el financiamiento necesario para ésta; percibir los legados y donaciones que se instituyan en favor de la Sociedad; tener una cuenta corriente a nombre de la Sociedad en un banco con los fondos de ésta; firmar los gastos de acuerdo con el Presidente y dar cuenta cada tres meses en sesión de Directorio sobre la marcha de la Tesorería; antes de la sesión de elecciones de fin de año dará cuenta al Directorio de los Socios que no hayan cumplido con el pago de sus cuotas, y al cierre de Tesorería entregará al Secretario General la lista de los socios que no hayan cumplido con el pago de sus cuotas con el objeto de suspender sus derechos a voto en las elecciones. A fin de año rendirá cuenta a la Sociedad de sus funciones presentando un balance. En caso de ausencia del Tesorero, el Presidente nombrará su reemplazante.

DE LOS SECRETARIOS ANUALES

Art. 18.—Los Secretarios anuales están encargados de redactar las Actas de las Sesiones de acuerdo con el Secretario General. Deben entregar un resumen de las discusiones de los trabajos y una tabla de las sesiones para su publicación en la Revista. Podrán ser elegidos en este cargo los colaboradores que estén haciendo la beca en Urología.

DE LOS DIRECTORES

Art. 19.—Son funciones de los Directores: colaborar en las funciones del Presidente, Secretario, Tesorero y Director de la Revista: asistir a las sesiones de Directorio y participar en sus discusiones; pueden ser encargados de reemplazar a cualquier miembro del Directorio ausente y pueden ser encomendados de alguna misión especial por el Directorio.

Art. 20.—Las elecciones de cada miembro del Directorio se verificarán por separado y por simple mayoría de votos. Sólo tendrán derecho a emitir su voto aquellos socios que estén al día en el pago de sus cuotas antes que el Tesorero haya cerrado el balance de fin de año. La inasistencia injustificada a tres sesiones de Directorio será considerada como renuncia a su cargo y de ello dará cuenta el Presidente a la Asamblea para llevar a cabo una nueva elección.

Septiembre de 1967.

PROCIDOL

SALIDIURETICO DE USO ORAL

HIDROCLOROTIAZIDA

CLORURO DE POTASIO

La hidroclorotiazida induce a la diuresis aumentando primeramente la excreción renal de iones de cloruro, que se acompaña de una pérdida casi equivalente de sodio, siendo la eliminación de agua secundaria a la de sal.

La hidroclorotiazida presenta la ventaja de ser muy eficaz por vía oral y está prácticamente desprovista de toxicidad y no pierde eficacia con su uso continuado.

Experimentalmente se ha demostrado que a pesar de ser un derivado sulfonamídico, la hidroclorotiazida carece de los efectos bacteriostáticos e hipoglucemiantes, no altera la cifra de bicarbonato y el ph urinario. Tampoco modifica la circulación y la filtración glomerular.

Cualquier diurético que aumente la excreción de cloruro, si es empleado en elevadas dosis o períodos prolongados, puede producir déficit de potasio en el organismo.

P R O C I D O L , suministra al organismo un simple **aumento de cloruro de potasio** suficiente para compensar la pérdida que pueda ocurrir.

P R O C I D O L :

Mejor absorción intestinal.
No se excreta por la bilis, eliminándose más por vía renal.
Mayor secreción de la droga por los túbulos renales.

I N D I C A C I O N E S :

En la insuficiencia cardíaca congestiva,
en los edemas de origen renal,
en la cirrosis hepática,
en la retención hidrosalina y aumento de excreción de potasio,
en la hipertensión arterial,
en edema premenstrual e hipertensión del embarazo.

P R E S E N T A C I O N :

Por vía oral. Envases de 20 grageas.

LABORATORIOS ANDROMACO S. A.

BUSTOS 2131 —— FONO 490236 —— SANTIAGO

ENDOXAN - ASTA

(CICLOFOSFAMIDA)

"Nuevo Quimioterápico Anticanceroso"

Es un producto de

*** ASTA - WERKE A. G.**

CHEMISCHE-FABRIK BRACKWEDE

ALEMANIA

* Marcas Registradas

GRAGEAS: Frasco con 50 grageas
1 gragea = 50 mgrs.

AMPOLLAS: Cajas con 10 Fcos.-Amps.
de 100 mgrs. y 200 mgrs.

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS

FARMO QUIMICA DEL PACIFICO S. A.

SANTO DOMINGO 1509

TELEFONO 63261

SANTIAGO

Tratamiento específico de la esclerosis cerebral

Cosaldon

Tabletas

MEJORA LA VIDA DE RELACION DEL ENFERMO ESCLEROTICO

Dosis y Tratamiento

½ tableta tres veces al día tomada con agua después de las comidas durante cuatro días. Luego se aumenta a una tableta tres veces al día.

Después de 6 a 12 semanas, dependiendo del grado de mejoría, puede disminuirse la dosis a dos tabletas al día y luego a una tableta diaria.

La dosis de una tableta diaria deberá mantenerse por tiempo indefinido, sin embargo, según la evolución del paciente, podrán intercalarse períodos de suspensión del tratamiento hasta por tres meses.

Los resultados terapéuticos óptimos con COSALDON se obtienen después de un tiempo variable, por lo que se debe administrar insistentemente.

Cosaldon

Trastornos de la Irrigación Sanguínea Cerebral y Vascular

Cada tableta contiene:

1 hexil 3-7- dimetilxantina	200 mg.
Acido nicotínico	50 mg.

CHEMISCHE WERKE ALBERT — ALEMANIA

REPRESENTANTES EN CHILE

INSTITUTO BIOQUIMICO BETA S. A.

CASILLA 9054 — SANTIAGO

Impresores: Arancibia Hnos.