VOL. XXXV ENERO-JUNIO 1972 Nº 1

REVISTA CHILENA DE UROLOGIA

FUNDADA EL AÑO 1925 —o— PUBLICACION SEMESTRAL

Organo Oficial de la Sociedad Chilena de Urología

Clasificador 510, Santiago de Chile

CONTENIDO

PROSTATECTOMIA HEMOSTASICA — AUTOTRANSPLANTE RENAL EN HIPERTENSION RENOVASCULAR — LAS ALTERACIONES HISTOPATOLOGICAS DE GANGLIOS HUMANOS SOMETIDOS A LINFANGIOGRAFIA Y SU DIAGNOSTICO DIFERENCIAL — URETROPLASTIAS — NEFRECTOMIA BILATERAL EN LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA — USO DE LA QUIMIOTERAPIA EN EL CANCER DEL TESTICULO AVANZADO — CONTRIBUCION A LA PREVENCION DE INFECCION URINARIA EN PACIENTES CON SONDA VESICAL PERMANENTE — FISTULAS VESICOVAGINALES — FISTULA ARTERIOVENOSA INTRARRENAL — ANGIOMIOLIPOMA RENAL Y ESCLEROSIS TUBEROSA.

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

P F I Z E R

A la vanguardia en la producción de antibióticos, pone ahora a su disposición:

GEOPEN® I.M./I.V.

(Carbenicilina Disódica)

Fco. Amp. 1 g. y 5 g.

GEOPEN® (Carbenicilina Disódica) Una nueva penicilina semisintética inyectable para uso IM/IV indistintamente.

GEOPEN® (Carbenicilina Disódica) Tiene una importante actividad in vitro contra una gran variedad de microorganismos gram-positivos y gram-negativos, siendo el aspecto más importante de su espectro su efecto *antipseudomonas, antiproteus, y por cierto, antiescherichia coli.*

GEOPEN® (Carbenicilina Disódica) Sin riesgos de nefrotoxicidad ni ototoxicidad.

GEOPEN® (Carbenicilina Disódica) Antibiótico de elección en los siguientes cuadros: — Septicemias — Infecciones genitourinarias — Infecciones respiratorias — Quemaduras infectadas — Infecciones a los tejidos blandos — Infecciones genitourinarias causadas por cepas resistentes de gonococos.

GEOPEN® (Carbenicilina Disódica) Se presenta en frasco ampolla de 1 g. y 5 g.

Universidad de Chile Facultad de Ciencias de la Salud BIBLIOTECA CENTRAL

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.

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.

VOL. XXXV ENERO-JUNIO 1972 Nº 1

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

INDICE

Prostatectomia hemostática. Drs. F. Hidalgo, R. Kerkebe y R. Ullmer 1

Autotransplante renal en hipertensión renovascular. Drs. P. Martínez, L. Martínez, J. Mery, A. Vaccareza, S. Vial, H. Cisternas, R. Dell'Oro y H. Rosenberg 5

Las alteraciones histopatológicas de ganglios humanos sometidos a linfangiografía y su diagnóstico diferencial. Dr. I. Rohmann 8

Uretroplastias. Drs. O. Jara, G. Mac-Millan, L. Orrego y C. Carmona 12

Nefrectomía bilateral en la insuficiencia renal crónica. Drs. P. Martínez, L. Martínez y A. Vaccarezza 18

Uso de la quimioterapia en el cáncer del testículo avanzado. Dr. J. Arraztoa y C. Martinez 20

Contribución a la prevención de infección urinaria en pacientes con sonda vesical permanente. Dr. F. Vargas y Sra. M. A. Zúñiga 25

Fistulas vesicovaginales. Drs. F. Hidalgo, S. Mirelman, L. Hidalgo, R. Ullmer y R. Kerkebe 27

Fistula arteriovenosa intrarrenal. Drs. F. Hidalgo, H. Cafarotti, L. Hidalgo y G. Bañados 31

Angiomiolipoma renal y esclerosis tuberosa. Drs. B. Tallmann, R. Ariztía, C. Schachtebeck y A. Hidalgo 34

Upjohn

Albamycin G. U. M. R.

Para el tratamiento más amplio y conveniente de las infecciones del tracto urinario no importando si la infección se produce por vía sanguínea, linfática... tubular o por mecanismos de ascensión, difusión o ruptura.

Presentación: frascos de 30 tabletas.

UPJOHN Compañía Limitada
Andrés de Fuenzalida 147 - Santiago

PROSTATECTOMIA HEMOSTATICA

Drs. FERNANDO HIDALGO C., ROBERTO KERKEBE C. y RENE ULLMER G.

(Servicio de Urología. Hospital del Salvador. Santiago. Chile).

Desde que Fuller en 1894 realizó la primera prostatectomía, la máxima preocupación de los urólogos, al realizar esta operación, ha sido la hemostasia. Ya que es muy importante prevenir el sangramiento excesivo durante el acto quirúrgico y en el postoperatorio, por ser, los que se someten a esta intervención, personas añosas y, por ende, más lábiles ante una pérdida masiva de sangre que un adulto joven.

Es por ello que desde mucho tiempo, han proliferado numerosas técnicas quirúrgicas persiguiendo todas ellas reducir la hemorragia y hacer más confortable el postoperatorio.

El objeto de este trabajo, es presentar una nueva técnica, para nosotros y en nuestro medio, ideada por el Dr. Gregoir de Bélgica y que él mismo llamó Adenomectomía hemostática. En el fondo no es más que una operación de Millin modificada, en la cual, previamente, se ligan los troncos arteriales que irrigan la próstata para hacer menos sangrante la enucleación y luego unos puntos hemostáticos definitivos con el objeto de prevenir hemorragias ulteriores y permitir retirar el catéter tempranamente.

Se comprende que para poder entender los fundamentos de esta técnica, hay que conocer bien primero la irrigación de la próstata y zona que la rodea.

El estudio de la vascularización de la próstata es difícil. La descripción de las numerosas ramas de la arteria ilíaca interna, varían de un autor a otro, especialmente en la distribución de las ramas vesicales y prostáticas. Además las subdivisiones de las ramas de la arteria ilíaca interna son difíciles de interpretar, porque la distribución de éstas, son extremadamente variables.

Talzac, ha dado la mejor descripción sobre el recorrido y la zona que irriga las ramas de la arteria hipogástrica. Esta arteria da, desde su origen y de arriba hacia abajo, las siguientes ramas:

1. Arteria umbilical, que se oblitera en el adulto.
2. Arteria vesículo-deferencial, la cual se distribuye a los deferentes y vesículas seminales y también da unas pocas ramas a la cara posterior del cuello vesical y a la cápsula prostática.
3. Arteria vésico-prostática, irriga la vejiga, el cuello vesical y el polo craneal de la próstata.
4. Arteria prostática o capsular que entra a la próstata a través de su cápsula.
5. Arteria hemorroidal media, que da unas pocas ramas al ápex prostático.
6. Rama dorsal terminal de la arteria pudenda interna, que pasa debajo del arco pubiano y que asciende sobre la cara anterior de la cápsula prostática.

Las dos más frecuentes variantes de la distribución arterial precedente son:

1) El tronco común de la arteria vésico-prostática y capsular.

2) El tronco común de la arteria hemorroidal media y capsular.

Esta situación se ve frecuentemente complicada por la presencia de anastomosis arteriales. También se han observado, a veces, anastomosis entre arteria hemorroidal superior y media o entre hemorroidal superior y vésico-prostática.

De esto se desprende que hay prácticamente infinita variedad de anastomosis entre las ramas de la arteria ilíaca interna y entre éstas y las ramas de otras arterias abdominales.

El sistema venoso consiste en la vena del plexo dorsal profundo, sus ramas superficiales y dos plexos laterales muy importantes desde los cuales convergen hacia el tronco de la vena ilíaca interna. Las ramas superficiales se originan del plexo dorsal anastomosadas con las venas que acompañan la arteria vesical media en número de tres a cuatro. Esta descripción del sistema venoso puede sufrir muchas variaciones, inclusive más que el sistema arterial.

MATERIAL Y METODO

El instrumental que requiere esta operación no es otro que el que se usa para

cualquier prostatectomía retropúbica, a lo que hay que agregar solamente 2 ó 3 pinzas de ángulo recto de curvatura amplia para tomar los pedículos vasculares.

Se pratica una incisión mediana infraumbilical y se expone vejiga y cápsula de acuerdo a técnica común para prostatectomía retropúbica.

La primera ligadura hemostática se realiza a nivel de la arteria dorsal. Esta ligadura debe atravesar todo el espesor de la cápsula ya que la arteria corre profundamente. Si no lo hiciéramos así, ligaríamos solamente la vena que es superficial.

Inmediatamente después, vamos a ligar las arterias vésico prostáticas y capsular. Ambas corren por la pared lateral de la vegija cubierta superficialmente por 3 ó 4 venas y rodeadas en tejido graso. Para realizar esta ligadura hay que tener cierta práctica, pues suele ser dificultosa, a veces, de acuerdo a la disposición anatómica de los elementos y a la obesidad del enfermo. No se debe intentar practicar disecciones anatómicas de las arterias, pues lo único que obtendríamos es lesionar los plexos venosos, lo que provocaría una hemorragia que oscurece el campo operatorio y por lo demás es difícil de cohibir. Se debe ligar el paquete arteriovenoso en block y para tener cierta seguridad de que lo hemos realizado el punto debe ser pasado profundamente, sino, al igual que en el caso anterior, sólo ligaríamos las venas superficiales. Luego se debe pasar 2 ligaduras adicionales más a nivel del surco vésico-prostático para asegurar las ligaduras arteriales y tomar así algunos vasos superficiales.

Se practica entonces una incisión transversa sobre la cápsula entre 4 puntos hemostáticos paralelos a la incisión.

La enucleación de la próstata se realiza de acuerdo a la técnica clásica de operación retropúbica, cuidando fundamentalmente usar el plano de clivaje quirúrgico y no desprender la cápsula lo que provocaría sangramiento difuso de los lagos venosos intraprostáticos.

Después de la enucleación y resección de una porción de cuello vesical hay que preocuparse de la hemostasia posterior, la cual es muy importante, pues suprime el 70 al 80% de la hemorragia proveniente de la cara posterior de la cápsula. Esto se logra pasando 2 puntos a las 5 y 7 horas aproximadamente. Tienen el siguiente recorrido. La aguja penetra la cápsula muy abajo y posterior a mitad de camino entre el cuello vesical y el ápex prostático, pasando luego profundamente a través del cuello vesical, a 1 cm. aproximadamente de los orificios ureterales, los cuales deben estar a la vista para evitar lesionarlos y sacándolos finalmente por cara anterolateral de vejiga.

Se completa la hemostasia realizando una trigonización de la uretra posterior, suturando la cápsula y cuello al trígono mediante 4 a 7 puntos separados. La cantidad de puntos depende del tamaño de la loge.

Finalmente, si quedara alguna superficie sangrante a través de la cara lateral o posterior de la cápsula se cohiben mediante puntos hemostáticos.

Cierre de la cápsula con puntos corridos de catgut cromado, previo el paso de una sonda con balón de doble corriente. (El balón se infla en la vegija).

Es muy importante dejar drenaje de tubo en el espacio prevesical.

En el postoperatorio inmediato, los cuidados son los habituales a cualquier prostatectomizado. Por la mañana del día siguiente a la operación se debe retirar la sonda vesical y hacer levantar al enfermo, el cual debe orinar con cierta frecuencia, cada 2 horas aproximadamente durante las primeras 24 horas. El dren se saca dentro de las 48 horas de la operación. El alta se da entre el 7º y 8º día cuando se han retirado los puntos.

RESULTADOS

Hemos operado con esta técnico 10 enfermos, todos ellos con infección urinaria, cuyo promedio de edad ha sido de 63 años, oscilando entre los 55 años el menor y 71 años el mayor.

De los 10, a 6 se le retiraron las sondas al primer día, y a 2 de ellos se le retira al segundo día. De los 2 restantes a uno se le retiró al séptimo día y otro al decimoséptimo.

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

Cuadro Nº 1

Nº	Nombre	Edad	Tiempo con sonda	Alta	Complicaciones
1	G. U. M.	57 años	1 día	10 días	Bronconeumopatía
2	J. P. M.	56 años	1 día	10 días	Bronconeumopatía
3	J. N. P.	71 años	1 día	6 días	Bronconeumopatía
4	A. B. O.	66 años	1 día	7 días	Bronconeumopatía
5	A. D. O.	70 años	1 día	7 días	Bronconeumopatía
6	A. N.	65 años	1 día	9 días	Bronconeumopatía
7	A. I. A.	57 años	2 días	13 días	Infección herida
8	A. O. P.	63 años	2 días	9 días	Infección herida
9	R. P. B.	55 años	7 días	12 días	Bronconeumopatía
10	J. P. D.	67 años	17 días	19 días	Hemorragia

En lo que respecta al alta de hospitalización en 5 de ellos fue entre el 6º y 9º día. Estos 6 enfermos no tuvieron ninguna complicación, pero se prolongó en alguno de ellos el tiempo de postoperatorio, porque preferimos observarlos durante un período prudente, pues no teníamos experiencia personal sobre los resultados de esta operación.

Entre los complicados, uno si bien se le retiró la sonda al 2º día sufrió una bronconeumopatía en el postoperatorio, lo que prolongó el tiempo de estada hospitalaria a 10 días. Otro de los enfermos en que se retiró la sonda al 2º día fue dado de alta al 13º por infección de la herida operatoria. Otro enfermo se retiró la sonda al 7º día y se fue de alta al 12º por presentar una bronconeumopatía aguda muy importante en el postoperatorio que llevó a un serio deterioro del estado general del enfermo por lo que no creímos conveniente retirar la sonda hasta que no estuviera bien recuperado. Uno de los enfermos, si bien no tuvo complicación se le retiró la sonda al 2º día por falta de colaboración ya que se negó a levantarse y cumplir las indicaciones.

Finalmente el único fracaso desde el punto de vista de la operación misma, fue un caso en que presentó una gran hemorragia, con dehiscencia de la sutura de la cápsula lo que obligó a que permaneciera con sonda durante 17 días para ser dado de alta a los 19 días.

En los controles en policlínico hemos podido observar que los enfermos, dentro de los primeros 20 días del alta, están con orina claras y sin infección. Tienen buen chorro miccional. Ninguno ha presentado incontinencia ni estrechez.

COMENTARIO

Analizando nuestros resultados, que de ninguna manera pueden ser definitivos, por lo escaso de la casuística y comparándolos con los de Gregoir, podemos sacar las siguientes conclusiones.

La evolución de los enfermos ha sido óptima y hemos podido observar que tienen un mejor postoperatorio, mucho más confortable, ya que a partir del 2º día permanecen levantados prácticamente 8 horas; ellos mismos se hacen su aseo personal y no acusan ninguna molestia. No hemos observado casos de hemorragia tardía y la infección urinaria desaparece tempranamente.

La última serie presentada por Gregoir ha sido de 226 casos de los cuales en 2 casos falló la hemostasia preventiva siendo la enucleación muy sangrante; 11 pacientes presentaron hemorragia postoperatoria entre el 5º y 8º día, pero cedieron espontáneamente; 7 pacientes presentaron orquiepididimitis (hay que aclarar que Gregoir no hace vasectomía); 10 enfermos tuvieron retención urinaria transitoria por atonía vesical, ya que se comprobó la inexistencia de factor obstructivo. Un caso de muerte por accidente vascular cerebral al 9º día en paciente frágil y con vasos escleróticos.

En cuanto a la incidencia de retención urinaria, es la misma que la de cualquier otra operación que se realiza en abdomen bajo. Gregoir enfatiza que se obser-

vó una mayor retención urinaria cuando inicialmente la trigonización del cuello y de la cápsula la realizaba con sutura corrida. Además relata un solo caso de fistulización cutánea.

En lo referente a la técnica, diremos que es bien tolerada y no aumenta de ninguna manera el riesgo operatorio, aunque el tiempo quirúrgico, en nuestro caso, se prolonga, siendo alrededor de 1 hora 30 a 2 horas, sin embargo, los últimos casos fueron operados entre 70 y 80 minutos.

Creemos que inicialmente se deben elegir pacientes más bien delgados, ya que en los enfermos obesos se hace muy dificultosa la operación. Sin embargo, hemos visto a Gregoir operar con su técnica a todo tipo de enfermos y su tiempo operatorio es de 45 minutos a 1 hora.

La pérdida de sangre durante la operación es de 200 a 500 c.c., pero los enfermos salen del pabellón con orinas ligeramente hematúricas, tanto es así, que podrían quedar sin sonda, pero se les deja durante las primeras horas por la narcosis y atonía vesical consecutiva a la anestesia.

Creemos que este procedimiento quirúrgico es muy útil, por no aumentar el riesgo, disminuir el tiempo de infección postoperatoria y dar al enfermo un postoperatorio confortable. Lo que requiere sí, es un buen entrenamiento y manejo de la técnica, que una vez logrados pueden dar resultados muy satisfactorios.

RESUMEN

Se presenta una técnica de prostatectomía hemostática.

Se analizan los resultados de 10 casos operados.

BIBLIOGRAFIA

1.—GREGOIR. W.L'adenomectomie hemostatique. Acta Urológica Bélgica. 36: 337, 1968.

2.—GREGOIR, W.—Hemostatic adenomectomy. Urologia Internationalis. 24: 426-436, 1969.

AUTOTRANSPLANTE RENAL EN HIPERTENSION RENOVASCULAR

Drs. PEDRO MARTINEZ S., LUIS MARTINEZ V., JORGE MERY S., ATILIO VACCAREZZA S., SALVADOR VIAL U., HUGO CISTERNAS B., RAUL DELL'ORO S. y HELMAR ROSENBERG G.

Aparentemente tratar una hipertensión renovascular secundaria a una estenosis de la arteria renal con un autotransplante renal, es decir, con el descenso del órgano y su revascularización a través de los vasos ilíacos, podría catalogarse como una medida excesiva. Sin embargo, el alto porcentaje de fracasos (1, 3) al emplear los diferentes métodos de revascularización in situ, y por otra parte, la baja frecuencia de trombosis arteriales en estadísticas de homotransplantes renales (5) son argumentos que permiten ensayar esta técnica en la pretensión de mejores resultados.

Presentaremos un caso de hipertensión renovascular tratado con autotransplante renal.

CASO CLINICO

H. R. R., 44 años, sexo masculino, de profesión chofer. Su enfermedad se había iniciado en 1965 con cefalea ocasional. Consulta por primera vez en Junio 1968 controlándose una P. A.: 200/120 mm. Hg. Importante disminución de la visión, con un fondo de ojo alterado: numerosos cruces a-v tipo I y II, arteria de brillo aumentado, numerosos exudados hemorrágicos, no hay edema papilar.

Examen físico cardiopulmonar y abdominal negativo. Pulsos femorales y poplíteos presentes y simétricos.

Clearance de creatinina disminuido a un 65% Pielografía de eliminación normal, no hay asimetría renal (Figura 1).

El paciente no consulta hasta Junio 1970. Se queja de cefalea fronto-occipital, fotopsia, ocasional disnea de esfuerzos, descenso de peso de 16 kg. en un año, y gran disminución de la visión. La P. A.: 230/130 mm. Hg. había sido rebelde al tratamiento con régimen hiposódico, hidroclorotiacida y reserpina. El fondo de ojo manifiesta un agravamiento con respecto al de 1968, sin edema de papila. En epigastrio se ausculta un soplo sistólico grado III/VI irradiado a fosa lumbar izquierda.

Los exámenes son: Hemograma y Glicemia normales. Uremia: 0,71 g%. Clearance de creatinina reducido a un 52% (64 ml. por min.). Albúmina 0,26 g%. Hipertrofia de ventrículo izquierdo demostrada en ECG y con radiografía de tórax.

Test de angiotensina 13,7 gramos/Kg./min. Pielografía de eliminación retardo en la concentración y eliminación del riñón izquierdo el que tiene en su longitud mayor 1,5 cm. menos que el derecho. (Figura 2).

Aortografía y arteriografía renal izquierda selectiva muestran una estenosis del tronco principal de la arteria renal a 2 cm. del nacimiento de la aorta (Figura 3).

Descripción operatoria (6-VIII-70). Laparotomía media xifopubiana. Disección de riñón y uréter izquierdos los que tienen aspecto macroscópico normal. La arteria renal izquierda presenta una zona indurada y estenótica vecina a la aorta.

Disección de vasos ilíacos derechos. La arteria hipogástrica derecha presenta una placa de ateroma, se secciona proximal a ella para realizar la anastomosis en arteria sana. Sección de arteria renal distal a la estenosis, tomando trozo para biopsia. Sección de vena renal y de uréter a 12 cm. de la pelvis renal.

Anastomosis términolateral de vena renal en vena ilíaca primitiva derecha y términoterminal de arteria renal izquierda en arteria hipogástrica derecha. Ambas suturas de punto corrido con seda 0-0.

El tiempo de anoxia renal fue de 26 min. Al soltar los clamps hubo buena coloración del riñón y producción de orina a los 16 min. Se toma biopsia renal 1 hora después del transplante (Figura 4). Ureteroneocistostomía con túnel submucoso vesical y boca ureteral bivalva. No se deja sonda ureteral, se instala sonda Foley vesicouretral.

Informe anatomopatológico:

1) Segmento de arteria renal muestra fibrosis de la adventicia y de la media. Hiperplasia de la íntima. Esta lesión es inespecífica para una displasia fibromúsculo elástica, aunque puede ser compatible con ella, como también con una arterioesclerosis.

2) Fragmento de corteza renal que contiene 30 glomérulos. Hay una nefroesclerosis de moderada cuantía, con 2 glomérulos fibrosos, 50 por ciento de glomérulos con signos de isquemia moderados y el resto son normales. Hay alteraciones vacuorales tubulares preferentemente proximales sin observar claros signos de necrosis. Hay fibrosis intersticial. Los vasos presentan una arterioesclerosis y arterioloesclerosis hiperplásticas con estenosis del lumen, sin signos de hialinización

Evolución postoperatoria: descenso de la P. A. a niveles normales desde el 9º día. La sonda vesical se retiró al 6º día. Las diuresis se mantuvieron entre 1..100 y 2..800 cc.. en las 24 hrs..

El test de angiotensina fue de 1,42 gr./Kg./min. La pielografía de control mostró un discreto retardo en la concentración del riñón transplantado. El enfermo egresó del hospital al 16 día postoperatorio

Al cumplir un mes y medio de la intervención se hizo una aortografía. Esta mostró buen calibre de la anastomosis arterial y buena vascularización periférica (r[illegible]"). El clearance de creatinina fue de 100% (114 ml. por min.).

El paciente cumple un año de operado y ha mantenido la P. A. en límites normales sin nin-

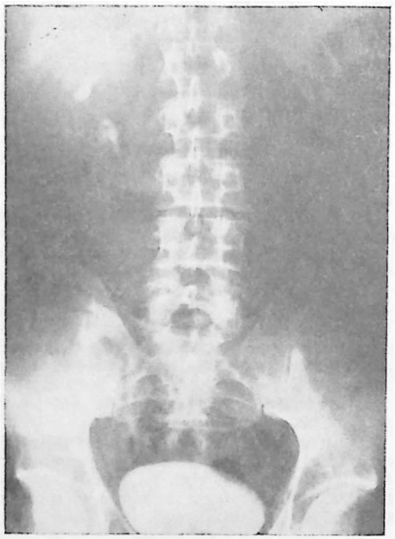


Figura 1.—Pielografía de eliminación. Se aprecia retardo de eliminación a izquierda.

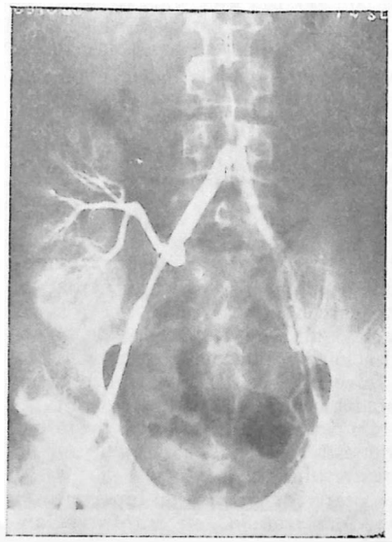


Figura 2.—Arteriografía Estenosis de arteria renal. Ateroma de aorta e ilíacas.

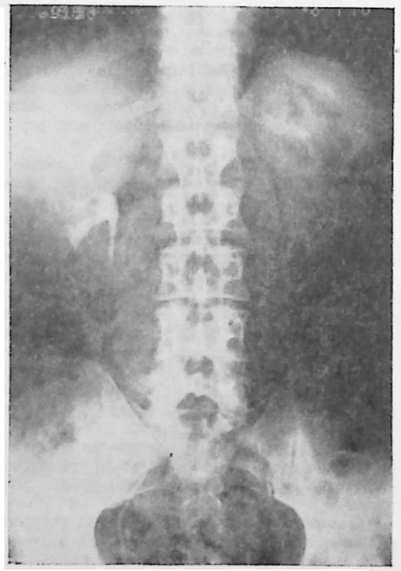


Figura 3.—Pielografía postoperatorio. Riñón transplantado sobre ala ilíaca derecha.

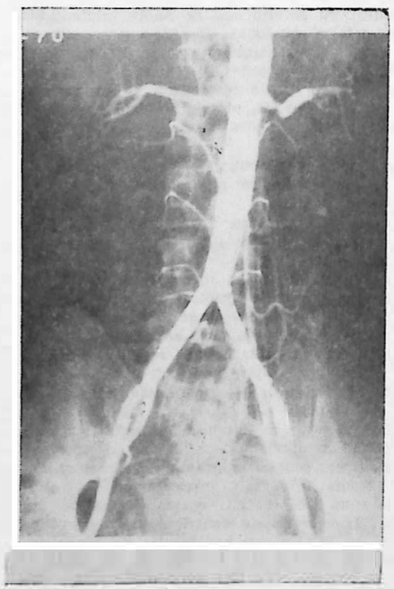


Figura 4.—Arteriografía postoperatoria. Riñón transplantado. Anastomosis de arteria renal a la hipogástrica.

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

Cuadro Nº 1

RESUMEN DE EVOLUCION DE AUTOTRANSPLANTE RENAL EN HIPERTENSION RENOVASCULAR

	Pre - Op.	*Post. - Op.*	
		Inmediato	*Tardio (1 año)*
Presión arterial (mm. Hg.)	230/130	120/80	130/80
Clearance creatinina (ml. por min.)	64 (52%)	114 (100%)	76(63%)
Test Angiotensina (gamas/Kg./min.)	13,7	1,42	2,50
Pielografía eliminación	Retardo en concentración y eliminación riñón izquierdo.	Normal	Normal
Arteriografía	Estenosis de arteria renal izquierda.	Normal	—

gún tratamiento adicional. Su último control fue de 130/80 mm. Hg. El clearance de creatinina es de 63% (76%) y la pielografía de eliminación reciente es totalmente normal.

El test de angiotensina es de 2,50 gamas/Kg./min. En el fondo de ojo hay una evidente mejoría, persisten los cruces a-v, hay menor cantidad de exudados y todos ellos son antiguos. La visión se ha recuperado y hace 4 meses el oftalmólogo le ha permitido reintegrarse a sus labores trabajando como taxista (Cuadro Nº 1).

COMENTARIO

Parece discutible el descenso del riñón a la fosa ilíaca opuesta con la intención de evitar el entrecruzamiento del pedículo vascular. El descenso homolateral evita la uretero neocistostomía, pero obliga a practicar una anastomosis término terminal a la vena ilíaca o bien a maniobras de movilización de la arteria hipogástrica por detrás de la vena ilíaca. Creemos que la decisión de la técnica a usar debe hacerse en cada caso en particular.

No tenemos explicación alguna para el alza en los valores de filtración glomerular del postoperatorio inmediato, y su estabilización posterior en un nivel más bajo. Teóricamente debiera haberse observado primero un descenso y luego una mejoría de dicho clearance.

Existen varias citas en la literatura sobre la práctica con éxito del autotransplante renal, en enfermos ya sometidos a procedimientos fallidos de revascularización in situ (2). Incluso se publica un caso de un monorreno funcional hipertenso, en que se eligió este procedimiento por considerarlo el más seguro (1).

Muy por el contrario de lo que podría pensarse, la técnica del autotransplante renal se considera relativamente sencilla y parece muy promisoria si se compara con las técnicas habituales de revascularización (bypass- aorto-renales, anastomosis esplenorenal, etc.). Esta es una de las causas de los buenos resultados obtenidos desde las primeras publicaciones aparecidas en 1966, fecha en que Serrallach-Mila y colab. publicaron el primer autotransplante renal con éxito, en una hipertensión (4).

El mayor empleo de esta técnica es la única forma que nos permitirá analizar en el futuro el verdadero valor del autotransplante renal en la hipertensión renovascular.

BIBLIOGRAFIA

1.—KAUFMAN, J. J.; ALFEREZ, C. and VELA NAVARRETE, R.—Autotransplantation of a solitary functioning kidney for renovascular hypertension. J. Urol. 102: 146-150, 1969.

2.—MOMOSE, S.; ISHISAWA, N.; NAKAYAMA, H. and NAGAYOSHI, R.—Renal autotransplantation as means of revascularization in renovascular hypertension. Urol. Internat. 23: 224-229, 1968.

3.—MORRIS, G. C. Jr.; DE BAKEY, M. E. and ZANGER, L. C. C.—Renovascular hypertension. Surg. Clin. of N. A. 46: 931-948, 1966.

4.—SERRALACH-MILA, N.; PARAVISINI, J.; ALBERTI, J.; MAYOL-VALLS, P.; CASELLAS, A.; TOMER SOLER, M. y NOLLA-PANADES, J.—Nuevo método de revascularización en la cirugía de la hipertensión renovascular: el autotransplante renal. Angiología 18: 93, 1966.

5.—STARZL, T. E.—Experience in renal transplantation Editado por W. B. Saunders Company. Philadelphia, 1964.

LAS ALTERACIONES HISTOPATOLOGICAS DE GANGLIOS HUMANOS SOMETIDOS A LINFANGIOGRAFIA Y SU DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Dr. IMMO ROHMANN K.

(Departamento de Anatomía Patológica. Hosp. J. J. Aguirre. U. de Chile. 1970).

INTRODUCCION

En 1952 Kinmonth introduce el uso de medios de contraste acuosos para efectuar la representación radiográfica de la vía linfática y sus ganglios en la clínica quirúrgica. Con posterioridad Fischer y Zimmerman usan para igual finalidad un medio de contraste oleoso (Lipiodol m.r.). En nuestro medio en la actualidad se usa especialmente en Urología para detectar la presencia o ausencia de metástasis en los ganglios lumbo-aórticos en los casos de tumores testiculares, prostáticos o del pene.

Junto con el uso de esos medios de contraste en la vía linfática se observó que, éste provocaba ciertas reacciones típicas en los ganglios, lo cual motivó a varios Patólogos a investigar el desarrollo cronológico de ellas. También se reprodujeron estas experiencias en animales de laboratorio inyectando aire, gases diversos y sustancias lipídicas en la vía linfática. Todos estos elementos extraños al organismo reproducían en manera similar la patología hallada en el ser humano.

Paralelamente a ello se pudo observar, sin embargo, que también se producían estas alteraciones de la morfología ganglionar en casos de pacientes que no habían sido sometidos a una lifangiografía. Eran pacientes portadores de una neoplasia maligna cuyos productos catabólicos de desintegración drenaban a cierto territorio ganglionar en el cual a veces reproducían alteraciones muy semejantes a las observadas en linfangiografías.

Este trabajo tiene por finalidad estudiar estas alteraciones ganglionares, tanto en pacientes sometidos a una linfangiografía, como en pacientes portadores de una neoplasia maligna, a fin de precisar más el diagnóstico de aquellas linfopatías que con anterioridad se clasificaban como "linfoadenitis crónicas a cuerpo extraño".

MATERIAL Y METODO

Se examinaron grupos ganglionares provenientes de 15 pacientes cuyas edades fluctuaban entre los 20 y 73 años; todos ellos portadores de una neoplasia maligna, habiéndose practicado en 9 una linfangiografía de los ganglios lumboaórticos.

La Anatomía-Patológica comprobó en 7 casos un carcinoma embrionario testicular, 1 teratocarcinoma testicular; 1 carcinoma espino-celular del pene; 1 carcinoma espino-celular del esófago, 1 carcinoma hepato-celular y 4 carcinomas mamarios. En aquellos pacientes sometidos a una linfangiografía se extirparon los ganglios entre 6 y 15 días después, lo cual no permite en nuestro material hacer un estudio de las alteraciones acaecidas con posterioridad a esa fecha.

RESULTADOS

Comenzaremos a describir las lesiones encontradas en los ganglios sometidos a una linfangiografía. En todos se empleó Lipiodol m.r. como medio de contraste.

En la Figura N° 1 observamos el seno marginal de un ganglio lumbar muy dilatado por el medio de contraste. Este se halla presente en grandes gotas que dilatan y desplazan las estructuras vecinas. Junto a estas gotas comienzan a visualizarse células gigantes multinucleadas, tipo cuerpo extraño, algunas de ellas aplanadas, siguiendo el contorno de la gota de medio de contraste.

En el interior de estas gotas no se observan fibras reticulares y se tiñen débilmente con Sudan III, debido seguramente al hecho que los ganglios fueron fijados en Susa. El resto del ganglio aún no muestra medio de contraste, sino solamente una discreta proliferación de células reticulares. Tampoco pudimos observar un infiltrado de granulocitos eosinófilos como lo hiciera Dominok (1*). Es-

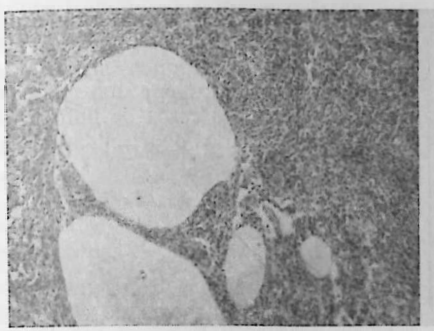


Figura 1.

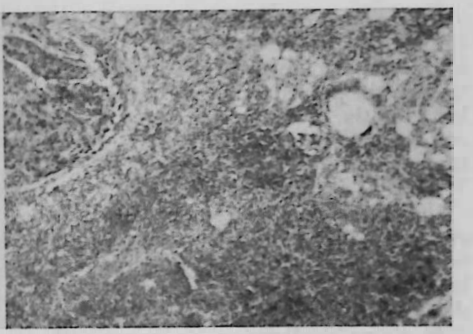


Figura 2.

te aspecto corresponde al encontrado después de 6 días practicada la linfangiografía.

En la Figura N° 2 con el mismo aumento se aprecia la alteración sufrida por el ganglio 15 días después de la linfangiografía: Las gotas de Lipiodol se han reducido notablemente de tamaño, pero se han localizado difusamente en la pulpa ganglionar siguiendo los senos intermediarios. Algunas de estas gotas se hallan completamente rodeadas por células de cuerpo extraño, cuyos núcleos se distribuyen irregularmente. Otras gotas se localizan en medio de una activa proliferación de células reticulares relativamente grandes.

El resto del ganglio ha tomado las características de una linfadenitis aguda conformada por la proliferación de linfocitos inmaduros, células reticulares y germinales basófilas. Comienza a instalarse una hiperplasia folicular.

Si observamos ahora con mayor aumento un seno marginal del ganglio anteriormente descrito, vemos que contiene múltiples células gigantes tipo cuerpo extraño con cantidades variadas de núcleos en su interior. Parecen generarse por proliferación de células retoteliales (Figura N° 3).

Aquí también apreciamos mejor la intensa proliferación de células reticulares en la pulpa ganglionar, que forman acúmulos relativamente bien delimitados. Con aumento aún mayor, examinadas estas células gigantes, veremos que los núcleos no ocupan una posición determinada; que el citoplasma es bastante homogéneo, pudiendo haber escasas gotitas de medio de contraste fagocitadas por ellas. Parece que éstas pudieran confluir para dar origen a gotas mayores, pero no en la medida de rechazar a la periferia el o los núcleos de estas células. Igual fenómeno es a veces visible en las células reticulares, pero en menor escala (Figura N° 4).

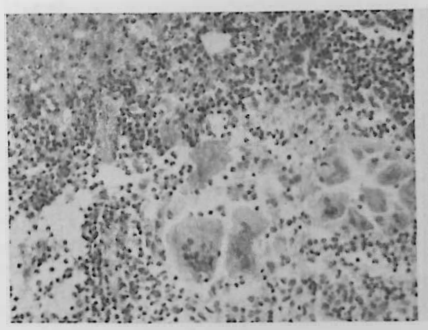


Figura 3.

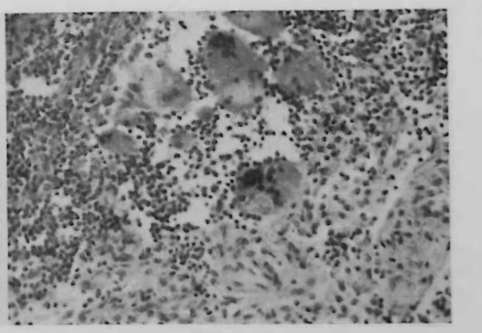


Figura 4.

Según los diversos autores la evolución posterior de estos ganglios conduce a la desaparición total del medio de contraste y la persistencia por meses de una linfadenitis crónica, que a su vez deja como secuela un ganglio disminuido de tamaño y en gran parte fibrosado (1*, 3*, 7*).

Imágenes muy semejantes a veces, se encontraron en la pneumatosis quística del intestino, en las etapas iniciales de la enf. de Whipple y en la seudosarcoidosis lipogranulomatosa.

Si ahora analizamos los ganglios localizados en el territorio de drenaje de una neoplasia maligna, veremos que en un pequeño porcentaje (m/m. 6 a 8%) también sufren alteraciones muy semejantes a las observadas en los casos anteriores. En los 6 casos examinados por nosotros que por lo demás eran idénticos a descripciones similares en la literatura mundial (2*), pudimos apreciar lo siguiente:

Las gotas de un material de naturaleza desconocida se hallan en forma dispersa tanto en los senos marginales como intermediarios, sin que alcancen ni el tamaño ni la densidad de las observadas en linfangiografías. No se tiñen con ningún colorante conocido. Solamente algunas de ellas están rodeadas por células de cuerpo extraño, que también son de tamaño más reducidas. Pueden contener en su citoplasma gotas del mismo material que tienden a confluir. El resto del ganglio muestra escasos signos inflamatorios correspondientes a un proceso crónico. Nos parece muy importante que los ganglios comprometidos por este proceso jamás se identifiquen simultáneamente comprometidos por una metástasis, cosa que en los casos de linfografía pudimos ver en varias oportunidades (Figuras 5 y 6).

COMENTARIO

De todos los hechos expuestos podemos deducir que el medio de contraste o las sustancias catabólicas provenientes de un tumor maligno ejercen sobre el ganglio el efecto de un cuerpo extraño, frente al cual el ganglio reacciona siempre de una manera semejante. Consiste en la fagocitosis y posterior degradación de la sustancia por parte de células reticulares, que a su vez pueden dar origen a células gigantes multinucleadas. Sin embargo, como secuela de todo este proceso queda un ganglio alterado por un proceso inflamatorio crónico, que impide realizar posteriormente nuevas linfangiografías de valor diagnóstico en ellos.

Para el Patólogo es importante establecer los diagnósticos diferenciales que debe tomar en cuenta antes de informar una biopsia ganglionar que muestre las alteraciones aquí expuestas. En los ganglios sometidos a la inyección de Lipiodol la reacción es tan intensa y típica que es difícil confundirla con otra patología. Sin embargo cuando llega escasa cantidad de medio de contraste a un ganglio la reacción inflamatoria se minimiza,

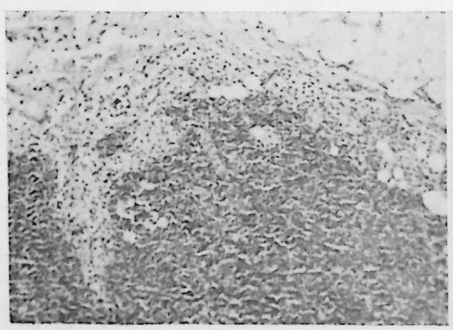


Figura 5.

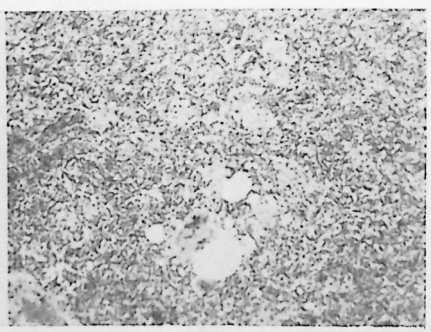


Figura 6.

lo que hace difícil el diagnóstico diferencial con otras patologías semejantes.

En los ganglios vecinos a tumores malignos la reacción de cuerpo extraño tampoco es típica para predecir la existencia de un tumor, sobre todo cuando éste no sea sospechado por el cirujano. Creemos en estos casos como plenamente justificado por parte del patólogo poner sobre aviso al cirujano diciendo lo siguiente en su informe: "Linfadenitis crónica con reacción de cuerpo extraño *sugerente* de la existencia de un tumor maligno".

Más allá es difícil avanzar!

En lo que respecta a una pneumatosis quística, una enf. de Whipple o una seudosarcoidosis lipogranulomatosa su diagnóstico diferencial no causará mayores problemas al Patólogo por su gran rareza (2*).

RESUMEN

1. Se comentan las alteraciones histopatológicas encontradas en ganglios sometidos a una linfangiografía con medio de contraste oleoso (Lipiodol M.R.)

2. Las observaciones comprenden entre 6 y 15 días después de efectuada la linfangiografía.

3. Se comparan con lesiones semejantes encontradas en ganglios localizados en la vecindad de tumores malignos y se trata de establecer su diagnóstico diferencial.

4. Las alteraciones histopatológicas encontradas en los ganglios sometidos a una linfangiografía pueden considerarse como típicas, no así en los ganglios vecinos a un tumor maligno.

BIBLIOGRAFIA

1.—DOMINOK, G.—Die histologischen veränderungen menschlicher lymphknoten nach lymphographien. Virrch. Arch., path. Anat. 338: 143-9, 1964.

2.—HUHN, F.—Ueber das vorkommen cystenähnlicher hohlraumbildungen mit riesenzelliger reaktion in den regionären lymphknoten bei mamma und cervixcarcinomen. Zeit. für Krebsf. 65: 537-46, 1963.

3.—KENDALL, B.; ARTHUR, J. and PATEY, D.—Lymphangiography in carcinoma in the breast. Cancer 16: 1233-42, 1963.

4.—HUHN, F.; BUSCHBACH, F.—Die fremdkörperreaktion auf gas und fett im lymphknoten. Virch. Arch. path. Anat. 337: 183-94, 1963.

5.—SANCHEZ, J.—Linfadenografía axilar en relación con el tratamiento del Ca mamario. Arch. Soc. Cir. Ch. 19: 467-69, 1964.

6.—WEISSLEDER, H.; OEHLERT, W.; GOLLASCH, D.—Lymphogramm und histologisches bild normaler u. pathologisch veränderter lymphknoten. Fortsch. Roentg. Nuklearm. 104: 751-58, 1966.

Universidad de Chile Facultad de Ciencias de la Salud
BIBLIOTECA
Valparaíso

URETROPLASTIAS

Drs. OMAR JARA M., GUILLERMO MAC-MILLAN S., LUIS ORREGO C. y CARLOS CARMONA S.

(Hospital Carlos Van Buren. Servicio de Urologia Dr. Hugo Vicuña M. Valparaíso - Chile).

Entre las numerosas causas que producen estenosis uretrales, ocupan un lugar preponderante aquéllas que provocan alteraciones ya sea de causa inflamatoria o traumática, y también en algunos casos de origen yatrogénico secundario generalmente a sonda uretral dejada en la uretra por un largo plazo.

También podríamos agregar como causa yatrogénica de lesión uretral aquéllas secundarias a cirugía o instrumentación.

a) *Causas inflamatorias.* Son muy frecuentes en nuestro medio los casos de estenosis uretrales crónicas, filiformes o no complicadas habitualmente de procesos inflamatorios de larga evolución, supurados y fistulizados.

Se trata, por lo general, de antiguos clientes hospitalarios que a lo largo de meses y años de innumerables consultas y reiteradas hospitalizaciones, han sido sometidos ya a diversos tratamientos de tipo conservador: dilataciones progresivas o forzadas, bujías o sondas a permanencia e, incluso, a procedimientos cruentos como la maniobra de Cathelin, sin contar los vaciamientos quirúrgicos de flegmones peri-uretrales de infiltraciones de orina, las Cistostomías de urgencia, etc.

De acuerdo con nuestra experiencia, aquellos tratamientos sólo logran beneficios muy relativos y transitorios, debido a la modalidad misma de ellos, a la evolución arrastrada y tórpida de la enfermedad y, más que nada, a la indiferencia y desidia de los enfermos que llegan por último a habituarse a su condición de estrechados permanentes, portadores de supuraciones y fistulizaciones perineales o hipogástricas, cuya rutinaria cronicidad sólo es interrumpida, periódicamente, por la formación de un nuevo flegmón urinoso o por un episodio más de retención completa de orina.

La alarmante reiteración de una patología tan penosa y deprimente, verdadero punto negro de la Urología moderna, nos indujo a ensayar intervenciones quirúrgicas que nos pareció podrían ofrecer mejores expectativas de resultados funcionales satisfactorios y duraderos.

b) *Causas traumáticas.* Lo mismo dicho para las lesiones inflamatorias se puede repetir en este caso y con mayor razón, ya que la mayoría de las causas indirectas por fractura pelviana corresponden a desprendimiento de la uretra membranosa de la prostática, lesiones de difícil tratamiento y que significan un verdadero desafío a la habilidad quirúrgica perineal del Urólogo.

Las causas directas por caídas a horcajadas son muy similares en ubicación a las inflamatorias y generalmente de muy corta extensión.

MATERIAL Y METODO

Se ha trabajado con una casuística de 52 enfermos, todos del sexo masculino, cuyas características generales previas a nuestro estudio actual se resumen en los cuatro cuadros siguientes, sobre los que no haremos mayores comentarios.

Cuadro Nº 1

EDAD (POR VEINTENAS)

Años	*Nº de casos*
0 a 20	1
21 a 40	7
41 a 60	24
60 y más	20
Total	52

Cuadro Nº 2

HOSPITALIZACIONES POR ESTENOSIS URETRAL

a)	Número de enfermos	52
b)	Número de hospitalizaciones Promedio por enfermos: 3,3 (Cifras extremas: 1 y 14)	170
c)	Promedio días de hospitalización (Cifras extremas: 15 y 1002)	232

Cuadro Nº 3

ETIOLOGIA DE LAS ESTENOSIS

Inflamatorias (Go)	38
Traumáticas (directas e indirectas)	7
Yatrogénicas	3
No precisadas	4
Total	52

Cuadro Nº 4

INTERVENCIONES PREVIAS A LA "URETROPLASTIA"

Cistostomías	41
Perineotomías	35
Uretrostomías	3
Maniobras de Cathelin	21
Resecciones endoscópicas	2
Fistulectomías	3
Total	105

CRITERIO DIAGNOSTICO

El concepto esencialmente quirúrgico con que se abordó el probema, hizo evidente la necesidad de un diagnóstico bien sistematizado y preciso, por lo que, aparte de los procedimientos de rutina en el examen de las estenosis uretrales, todos los casos han sido estudiados radiológicamente con, por lo menos una uretro-cistografía (placas retrógrada y de micción) y pre y postoperatorias.

Para los efectos de una descripción lesional precisa y una ajustada ubicación topográfica, elementos esenciales para la adecuada indicación quirúrgica, hemos adoptado, por una parte, una clasificación convencional del tipo de estenosis uretral, según sea su calibre y extensión y, por otra, una división topográfica de la uretra relacionada directamente con la imagen radiográfica del conducto.

Es así como en la descripción de la lesión, para referirnos a su extensión hablamos de *"estenosis larga"* (más de 2 cms.) y de *"estenosis corta"* (menos de 2 cms); cuando son muy breves las denominadas *"estenosis en diafragma"*. En cuanto a calibre y refiriéndonos siempre a la imagen radiográfica, hablamos de *"estenosis totales"*, de *"estenosis filiformes"* y de *"estenosis cordonales"*, queriendo significar con este último término que el lumen uretral a nivel de la estenosis es mayor que el filiforme, pero menor que el normal.

Cuadro Nº 5

CLASIFICACION DE LAS ESTENOSIS URETRALES SEGUN SU EXTENSION Y CALIBRE

A.—*Extensión*:
1) Largas (más de 2 cm.)
2) Cortas (menos de 2 cm.)
3) En diafragma (0 a 5 milímetros)
B.—*Calibre*:
1) Totales (infranqueables)
2) Filiformes
3) Cordonales

Para la adecuada ubicación topográfica de la lesión hemos adoptado una esquema de división uretral que, manteniendo el clásico concepto anátomo-clínico de una uretra posterior y una uretra anterior, separadas por la aponeurosis perineal media, las subdivide en zonas o sectores bien evidenciables radiológicamente: en la uretra posterior, por ejemplo, aparte de la región vésico-cervical, distinguimos la *"uretra prostática"* con sus porciones supra e inframontanal y la *"uretra membranosa"*. En la uretra anterior distinguimos la *uretra bulbar"* que en razón de su extensión subdividimos en tres porciones: "proximal", "media" y "distal", y la *"uretra peneana"* subdividida a su vez en una porción fija, "perineal" y una porción móvil "péndula".

APRECIACION CONCEPTUAL DE LAS TECNICAS QUIRURGICAS

El análisis de las diversas técnicas preconizadas para el tratamiento de las estenosis uretrales, designadas genéricamente "uretroplastias", nos induce a catalogarlas según dos concepciones quirúrgicas bien definidas:

Una planeada en dos tiempos, sobre la base conceptual de una *uretrostomía* amplia que incinde totalmente la zona es-

tenosada e, incluso, la sobrepasa levemente en sus extremos proximal y distal, pero conservando siempre la continuidad del conducto a nivel del "techo uretral", y hace su reconstitución en un segundo tiempo, diferido por un lapso variable de meses, sea por medio de un colgajo escrotal (tipo operación de Johanson) o por alguna técnica de tipo hipospadias (tipo de operación de Leadbetter), otra concebida sobre la base de una uretrectomía parcial, con reconstitución inmediata del conducto, en un solo tiempo, sea por sutura directa término-terminal, sea por invaginación o intubación del segmento distal dentro del proximal, según el procedimiento de "telescopaje".

De acuerdo con esta apreciación las técnicas de Uretroplastias pueden clasificarse en dos grandes grupos:

1. *Con uretrostomía* (dos tiempos) y reconstitución diferida, sea por:

a) Colgajo escrotal.
b) Técnica de hipospadias.

2. *Con uretrectomía parcial* (un tiempo) y reconstitución inmediata por:

a) Sutura término-terminal.
b) Telescopaje.

DESCRIPCION DE LAS TECNICAS

1. *Operación tipo Johanson.* a) *Primer tiempo:* Abertura amplia de la porción uretral estenosada; talla y deslizamiento de un colgajo escrotal a través de un túnel para-uretral, con sutura de sus bordes a los de la uretra incindida, conformando así una neo-uretra con meato hipospádico escrotal.

b) *Segundo tiempo:* Reconstitución de la uretra, con cierre del meato hipospádico.

2. *Operación tipo Leadbetter:* a) *Primer tiempo:* Abordaje perineal; identificación y liberación de la uretra bulbar con reconocimiento de la zona estenosada; incisión longitudinal de ésta comprendiendo más o menos un centímetro de uretra sana en ambos extremos y reconociendo y conservando la integridad del "techo uretral". Sutura muco-cutánea en todo el perímetro de la uretrostomía con lo que se constituye un extenso "hipospadias perineal".

b) *Segundo tiempo:* Reconstitución de la uretra a expensas de colgado cutánea.

3. *Anastomosis término-terminal.* Abordaje perineal; individualización de la uretra; reconocimiento y resección de la zona estenosada. Liberación amplia de los cabos hasta el ángulo peno-escrotal o aponeurosis perineal media según los casos; anastomosis por sutura término-terminal, sobre tutor.

4. *Telescopaje.* Casos calificados de estenosis "cortas", proximales, en las que no dé garantías suficientes la anastomosis término-terminal, o en las estenosis posteriores a las que ya nos hemos referido.

URETROPLASTIAS EFECTUADAS

De acuerdo con los conceptos y criterios ya esbozados, analizaremos la labor que hemos realizado etn los 52 enfermos que constituyen la casuística del presente trabajo.

Se han efectuado 54 uretroplastias: un enfermo presentaba una estenosis doble y otro hubo de ser reoperado por fracaso de la primera intervención.

En los dos cuadros que siguen, se resumen los datos referentes a tipos de uretroplastias empleadas según la etiología, la naturaleza y la ubicación de la estenosis. Referente a la técnica de Johanson, la indicación que le hemos dado no corresponde a las que preconiza el autor, quien la usa en lesiones traumáticas con alteración de la uretra membranosa, haciendo en un primer tiempo inmediato al traumatismo una cistostomía, en un segundo tiempo la sutura del colgado escrotal a la uretra proximal y en un tercer tiempo el cierre del meato hipospádico que quedó del segundo tiempo.

Cuadro Nº 6

CARACTERISTICAS E INDICACIONES DE LAS DIVERSAS TECNICAS DE URETROPLASTIAS

Conducta uretral	*RECONSTITUCION* — *Oportunidad*	*Técnica*	*Indicaciones*
A.—URETROSTOMIA AMPLIA	Diferida (en dos tiempos)	1) Por colgajo escrotal (tipo Johanson)	Estenosis bulbares anteriores o peneanas "fijas".
		2) Con técnica de Hipospadias (tipo Leadbetter).	Estenosis "largas" en cualquiera ubicación.
B.—URETRECTOMIA PARCIAL	Inmediata en un (tiempo)	1) Anastomosis término-terminal ("T.T.")	Estenosis "cortas" y "diafragma" de cualquier ubicación.
		2) Telescopaje	Estenosis "cortas" proximales (membranosas) en que no es posible "T.T."

Cuadro Nº 7

TECNICAS UTILIZADAS SEGUN ETIOLOGIA

Técnicas	*Inflamatorias*	*Traumáticas*	*Yatrogénicas*	*No precisadas*	*Total*
1) *Tipo Johanson*	9	1	—	1	11
a) Sólo primer tiempo	5	1	—	—	6
b) Dos tiempos	4	—	—	1	5
2) *Tipo Leadbetter*	11	2	1	2	16
a) Sólo primer tiempo	2	1	—	1	4
b) Dos tiempos	9	1	1	1	12
3) Anastomosis término-terminal (TT)	12	4	2	—	18
4) Telescopaje	8	—	—	1	9
TOTAL	40	7	3	4	54

Cuadro Nº 8

TECNICAS UTILIZADAS SEGUN UBICACION TOPOGRAFICA

Técnicas	*Uretra membranosa*	URETRA BULBAR — *Estenosis cortas* — *Proximal*	*Media*	*Distal*	*largas* — *Mixtas*	*Uretra Peneana "fija"*	*Total*
1) *Tipo Johanson*	2	3	—	—	6	—	11
a) Sólo primer tiempo	1	3	—	—	2	—	6
b) Dos tiempos	1	—	—	—	4	—	5
2) *Tipo Leadbetter*	—	3	4	1	7	1	16
a) Sólo primer tiempo	—	2	1		1	—	4
b) Dos tiempos	—	1	3		6	1	12
3) Anastomosis término-terminal	1	3	9	3	1	1	18
4) Telescopaje	—	4	2	—	3	—	9
TOTAL	3	13	15	4	17	2	54

RESULTADOS

Es importante hacer presente que en las técnicas tipo Leadbetter, y telescopaje principalmente, aunque también en las término-terminales no siempre la evacuación vesical fácil y completa a través de un conducto uretral de amplitud suficiente y definitiva calibrado instrumentalmente, se corresponde con una uretrocistografía que demuestre un calibre normal en toda su extensión y así hay casos en que a pesar de las condiciones postoperatorias ya expuestas, la uretrocistografía demostrará irregularidades o espolones en la zona operada, por esta razón hemos denominado como buen resultado funcional y regular resultado plástico o anatómico lo que ya hemos indicado.

COMENTARIO

Nuestro material ha correspondido a 52 pacientes, la mayoría de ellos con estenosis de larga data y múltiples complicaciones. Hemos observado una especial incidencia de estenosis de tipo inflamatorio que se presentan como problema quirúrgico en la segunda mitad de la vida.

Como es clásicamente reconocido, las estenosis de tipo inflamatorio comprometen especialmente la uretra bulbar en su porción media y proximal y sólo por excepción alcanzan o sobrepasan la aponeurosis perineal media.

En cuanto a las estenosis traumáticas, existen dos rubros: la lesión por trauma directo del bulbo y la lesión indirecta de la uretra membranosa por fractura de pelvis y desgarramientos de la aponeurosis perineal media.

Destacamos la importancia fundamental del buen estudio uretrocistográfico de relleno y de micción como única técnica de exploración uretral que nos permite formarnos un concepto pronóstico y terapéutico de cada caso. Todos nuestros pacientes tienen estudio radiológico postoperatorio y es interesante anotar que cerca de la mitad de los casos, con calibre excelente, demostrado instrumentalmente, presentan imágenes de espolones o de pseudoestenosis.

Cinco enfermos requirieron tratamiento quirúrgico por alteraciones obstructivas del cuello vesical. Debe sospecharse esta patología en todo estenótico crónico en que no se abre claramente el cuello vesical en la cistouretrografía miccional y/o presente fistulización hipogástrica o disuria persistente después de una plastia de buen calibre.

ANALISIS DE LAS DIVERSAS TECNICAS SEGUN NUESTRA CASUISTICA

1) *Uretrostomía con colgado escrotal* (Tipo Johanson). Ha sido desechada por ser de técnica laboriosa y de resultados inconstantes y porque en nuestras manos otras técnicas han sido más satisfactorias.

2) *Uretrostomía en dos tiempos con hipospadias perineal transitoria* (Tipo Leadbetter). Consideramos que es una buena técnica, especialmente en bulbo medio y hacia distal.

Requiere buen estado de piel perineal, a veces a continuación del primer tiempo un prolongado período de espera hasta obtener condiciones ideales para completar el segundo tiempo de la plastia. En el segundo tiempo es frecuente la cicatrización tórpida, complicada de fistulización que puede prolongar el período de tutor uretral. Esto nos ha llevado a usar además del Catgut crómico en puntos separados, el Supramid y, últimamente, la sutura corrida de catgut sin tutor, con algunos buenos resultados. Actualmente estamos considerando la posibilidad de derivación urinaria temporal en algunos casos en que las condiciones anatómicas lo aconsejen.

3) *Uretrectomía con anastomosis término-terminal.* Creemos que es ideal por sus resultados constantes tanto funcionales como plásticos. Postoperatorios breves y sin complicaciones. Las uretrectomías de hasta dos centímetros no producen disminución aparente de la longitud peneana.

Creemos que en las estenosis largas muy posteriores, especialmente en pacientes seniles, puede ser preferible acortar el pene como concesión a un resultado plástico más rápido y seguro que el ofrecido por un Leadbetter próximo a la aponeurosis perineal media, más aún si las condiciones tisulares son precarias.

4) *Uretrectomía con reconstitución por telescopaje.* Supedita un acortamiento extra de la uretra y generalmente una cistostomía temporal. Dos de nuestros pacientes han presentado fenómenos de disuria por funcionamiento valvular temporal del cabo distal telescopado. En nuestra experiencia nos parece aconsejable sólo en aquellos casos en que una anastomosis término-terminal resulta muy precaria, por ejemplo, anastomosis directat a uretra membranosa, a pico prostático o a cuello vesical, pero siempre que exista un amplio lumen del cabo proximal. Destacamos la importancia de la resección total de la uretra estenosada y la completa liberación de los cabos.

Ninguna de nuestras plastias bulbo peneanas con uretrostomía temporal o con uretrectomía parcial y gran liberación ha provocado impotencia. Aquellos casos de importante acortamiento alteran la dirección del pene erecto y lo hacen perpendicular al tronco.

Dos casos que requirieron gran liberación y descenso prostático presentan erecciones insuficientes. Consideramos que el descenso prostático como mecanismo de recuperación de uretra perdida, es un procedimiento dificultoso, cruento y de rendimiento muy poco efectivo: ganamos uno a dos centímetros de uretra a cambio de importantes alteraciones anatómicas y funcionales (impotencia).

CONCLUSIONES

Es evidente que la estenosis uretral no cura con tratamiento conservador y, por el contrario, las sucesivas maniobras instrumentales para dilatar la estenosis suelen complicar las cosas y transformarlas en un serio problema, incluso, para la vida del paciente, lo contrario sucede con el abordaje quirúrgico, una vez que se ha adquirido la experiencia necesaria, las complicaciones son las menos y sólo escasos enfermos requieren maniobras dilatadoras, las que generalmente son muy alejadas en el tiempo.

Es muy probable que en el futuro, en que esperamos disminuir la casuística del complicado, nuestros resultados tanto funcionales como plásticos sean aún mucho mejores, es posible también que disminuya la incidencia de enfermos con estenosis inflamatorias como parece ser el caso por la eficacia del tratamiento anti Go con antibióticos, a pesar de que hasta ahora nadie puede decir si las uretritis inespecíficas que son difíciles de curar no vayan a la larga a incrementar el volumen de estenosados uretrales.

Respecto a técnicas, es evidente que siempre será la técnica más simple que ofrezca buenos resultados la que contará con nuestra preferencia, ésta es la razón que prefiramos la anastomosis término-terminal a cualquiera otra.

Consideramos que la técnica de plastia uretral desde bulbo hacia vejiga requiere un acabado conocimiento anatómico y quirúrgico del periné, única manera de orientarse, no provocar un desastre y dejar las cosas como para obtener excelentes resultados.

Universidad de Chile Facultad de Ciencias de la Salud
BIBLIOTECA CENTRAL

NEFRECTOMIA BILATERAL EN LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Drs. PEDRO MARTINEZ S., LUIS MARTINEZ V. y ATILIO VACCAREZZA S.

(Hospital Clínico Universidad Católica. Sección Urología. Unidad de Nefrourología).

Con frecuencia las nefropatías crónicas se complican de hipertensión arterial en sus etapas terminales. En algunos casos el cuadro clínico puede pasar a ser comandado por esta hipertensión.

La Diálisis crónica y el homotransplante renal fuera de ser terapéutica de la insuficiencia renal crónica, puede ser también tratamiento de la hipertensión. Sin embargo, existe un grupo con hipertensión refractaria aún a dichas medidas; en esos pacientes la nefrectomía bilateral puede significar la normalización de la presión arterial (3).

El presente trabajo comunica nuestra experiencia en tres pacientes nefrópatas crónicos terminales e hipertensos tratados con nefrectomía bilateral.

Caso Clínico Nº 1: F.S.R. 69/4546. Sexo masculino. 16 años. Portador de glomérulo-nefritis crónica diagnosticada mediante biopsia renal. Desde IV-69 acentúa su insuficiencia renal con uremias que ascienden de 2 a 3.4 gr.‰, hiperkalemia y P. A. de 170/100 mm. Hg. que debe tratarse con régimen hiposódico,' Apresolina 150 mg. Aldomet 750 mg. (3 compr.) Ismelin 50 mg.

En VII-69 se incorpora a diálisis crónica con 2 sesiones semanales de 8 hrs. cada una. Se controla bien la uremia y kalemia. El Hcto. se mantiene entre 18 y 26% necesitando una transfusión de G. Rojos cada 20 días.

A pesar del tratamiento médico la hipertensión arterial se agrava alcanzando 180/130 mm. Hg. Fondo de ojo grado II. ECG.: Hipertrofia de V.I. Rx. Tx. aumento global imagen cardíaca, mayor de V.I.

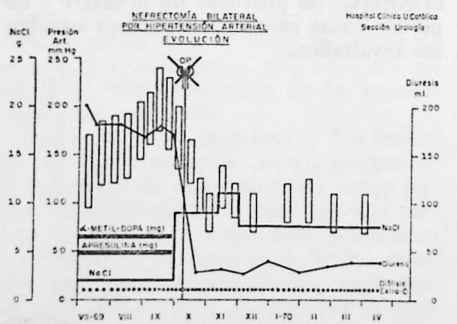


Figura 1. *Caso Clínico Nº* 1.—Resumen. Evolución pre y postnefrectomía bilateral. Nota: la diuresis postoperatoria es trasudación de la mucosa vesical.

El 9-X-69 se practica nefrectomía bilateral a través de laparotomía media supra e infraumbilical. Desde las 24 hrs. cae la P. A. a 100/60 mm. Hg. Se somete a diálisis extracorpórea con heparinización total al 4º y 8º día postoperatorio. Alta al 10º continuando diálisis en forma ambulatoria.

Se suspende tratamiento antihipertensivo y durante los próximos 6 meses mantiene P. A. entre 160/100 y 100/60 pre y postdiálisis respectivamente.

El 7-IV-70 ingresa con cuadro respiratorio grave de 24 horas de evolución, cayendo en insuficiencia respiratoria. Muere a las 48 horas de ingreso pese a traqueostomía y ventilación mecánica. El diagnóstico A. P. es: extensa neumonitis bilateral de tipo viral.

Caso Clínico Nº 2: Y.E.M. 70/2625. Sexo femenino. 20 años. Portadora de nefropatía crónica conocida desde 1964 y diagnosticada como glomérulo nefritis crónica tipo II de Ellis, con hipertensión arterial tratada con régimen hiposódico y Reserpina 50 mg. diarios.

En IV-70 ingresa a nuestro Hospital con uremia 3.40 gr‰. K plasma 4,2 mEq/lt. Hcto. 16%. Fondo de ojo grado III. ECG. Hipertrofia de V.I. RxTx aumento global de imagen cardíaca.

Es sometida a diálisis crónica peritoneales y ante la persistencia de P.A. 200/130 mm. Hg. y por el grave compromiso funcional renal, se decide efectuar nefrectomía bilateral y simultáneamente homotransplante renal, con dador vivo (madre). Se opera el 29-VII-71.

En las primeras 24 horas post-op. la P. A. es de 160/100 con diuresis de 2.195 cc. Desde los 15 días mantiene cifras de P. A. normales. con régimen libre y sin tratamiento hipotensor. Recibe Imuran y Prednisona en dosis variables.

La histopatología demuestra glomérulo nefritis crónica avanzada.

En XI-71 al cumplir 15 meses de su operación, fallece de una sepsis, originada de un absceso de brazo izquierdo. La biopsia del riñón transplantado muestra signos evidentes de rechazo crónico.

Caso Clínico Nº 3: A.A.C., sexo masculino, 18 años, portador de nefropatía crónica conocida desde los 15 años, controlándose presiones sistólicas de hasta 190 mm. Hg. Ingresa a nuestro Hospital en I-1971 para ser sometido a programa de diálisis crónica. P. A. 180/120. RxTx. aumento de imagen cardíaca a expensa V.I. Se inicia tratamiento con reg. sin sal. Aldomet 1 comp. c/12 horas y al cabo de 20 días no se obtiene modificación. P.A. 180/120. E.C.G. sobrecarga ventricular izquierda.

Desde 8-II-71 es sometido a diálisis crónica extracorpórea, 16 horas semanales en 2 sesiones.

En VII-71 persiste cuadro hipertensivo hasta 200/130, disnea de reposo. Ingurgitación yugular. Auscultación cardíaca con ritmo de galope incontrolable con Aldomet 500 mg/día y restricción de sal.

El 1º-IX-71 es sometido a laparotomía media supra e infraumbilical y a nefrectomía bilateral. Se dejó drenaje lumbar extraperitoneal bilateral.

Los riñones pesan 40 gr. en conjunto. Diagnóstico histopatológico "esclerosis renal, probablemente secundaria a glomérulo nefritis crónica".

P. A. preop. de 250/150 mm. Hg., se observa caída de P. A. desde las 24 horas de operado a cifras de 120/80 que fluctúan hasta 170/110. Es sometido a diálisis al 4º y 8º día post. op. y dado de alta a los 12 días del postoperatorio con P.A. 140/80. Reanuda su programa de diálisis dos veces por semana ambulatorio.

Actualmente cumple 11 meses nefrectomizado y sus P.A. son de 140/80 pre diálisis y 120/60 postdiálisis. No recibe tratamiento hipotensor desde su operación.

Preparación preoperatoria. Ha consistido en llegar a la intervención luego de 24 a 48 horas de efectuada la última diálisis. Debido al hipercatabolismo del postoperatorio se ha efectuado la diálisis siguiente entre las 72 y 96 horas de la operación. Se repusieron glóbulos rojos desplasmatizados, en cantidad suficiente para mantener Hcto. entre 10 y 24%.

Técnica quirúrgica. Hemos utilizado las laparotomías medias supraumbilicales, con prolongación infraumbilical (4), lo que permite un buen acceso a ambos riñones. Como norma se procede a efectuar maniobra de Kocher y desprendimiento del ángulo cólico derecho de modo de exponer el pedículo renal fácilmente. A izquierda se efectúa el desprendimiento del ángulo esplénico del colon, lo que también permite acceso al pedículo renal.

Como habitualmente se trata de riñones pequeños, retraídos, con gran componente perinefrítico y en los cuales la nefrectomía es difícil, es muy importante reconocer y dominar el pedículo renal, lo que se logra en mejor forma a través de la vía anterior transperitoneal.

Un vez efectuada la nefrectomía se reinserta el colon y se deja drenaje lumbar bilateral extraperitoneal.

La laparotomía se cierra con material irreabsorbible ya que el retardo de cicatrización es frecuente en pacientes urémicos.

COMENTARIO

Las modificaciones del volumen plasmático y de la composición electrolítica del organismo que produce la hemodiálisis no bastaría para controlar la hipertensión de algunos pacientes nefrópatas crónicos terminales. Existen fuertes y fundadas sospechas de que en los riñones enfermos de estos pacientes habría substancias vasopresoras, que estarían manteniendo la hipertensión arterial en esta etapa (1, 2). La extirpación de los riñones en estos casos, beneficia a los pacientes facilitando el control de su presión. Sin embargo, los resultados de esta intervención no son siempre exitosos y el éxito iría aparejado a la presencia de estas substancias presoras (Resina y otras) en los riñones.

RESUMEN

Se presenta la experiencia de 3 pacientes nefrópatas crónicos terminales, con hipertensión resistente al tratamiento médico y dietético, en los cuales se efectuó nefrectomía bilateral, obteniéndose normalización de las cifras tensionales.

BIBLIOGRAFIA

1.—HAMPERS, C.; ZOLLINGER, R. et als.—Hemodynamic and body composition changes following bilateral nephrectomy in chronic renal failure. Circulation 40: 367, 1969.

2.—HAMPERS, C.; SKILLMAN, J. et als.—Hemodynamic evaluation of bilateral nephrectomy and hemodialysis in hipertensive man. Circulation 35: 272, 1967.

3.—KOLFF, W.; NAKAMOTO, S. et als.—Effect of bilateral nephrectomy and kidney transplantation on hypertension in man. Circulation 29; Supp. 2: 23, 1964.

4.—MARTINEZ, P.; MARTINEZ, L.; MERY, J.; DELL'ORO, R. y THENOT, J.—Cirugía renal por vía transperitoneal. Arch. Soc. Cir. Chile 1971 (en prensa).

Universidad de Chile Facultad de Ciencias de la Salud
BIBLIOTECA
C A

USO DE LA QUIMIOTERAPIA EN EL CANCER DEL TESTICULO AVANZADO

Dr. JUAN ARRAZTOA y CARLOS MARTINEZ

(Unidad de Oncología Servicio de Cirugía. Jefe: Prof. Alberto Lucchini Albertalli. Hospital Clínico U. Católica de Chile).

INTRODUCCION

Los tumores testiculares representan alrededor del 0.5% de todas las neoplasias y un 4% de los tumores del aparato genitourinario. La incidencia en la población es de 2 por cada 100.000 habitantes.

En los últimos 10 años hay un aumento en la experiencia del tratamiento de estos enfermos con radioterapia y quimioterapia, especialmente en aquellos que tienen una diseminación de la enfermedad.

Li y cols. (1) iniciaron en 1960 una combinación de clorambucil, methotrexate y actinomicina D, llamada terapia triple, en el tratamiento de los cánceres testiculares avanzados. Desde entonces varios autores (2, 3, 4) han publicado diversos resultados en cánceres de testículo avanzado, existiendo en la actualidad líneas de tratamiento bien determinadas según sea el tipo histológico del tumor. la quimioterapia ha sido empleada principalmente como tratamiento paliativo en la etapa de diseminación.

Steinfield (5) ha usado en 1966 la combinación de vincristina, methotrexate y un alquilante en terapia triple con resultados alentadores. Mackenzie (6) del Memorial Hospital de New York obtiene una excelente respuesta en 24 de 154 enfermos con metástasis de cáncer de testículo tratados con quimioterapia. Sugiere que la actinomicina D es una de las drogas más efectivas en el tratamiento de los tumores del tipo teratoma y el clorambucil en los seminomas.

Curreri y Ansfield (7) señalan que la mitramicina produce efectos favorables en los carcinomas embrionarios metastásicos. Brown y Kennedy (3) describen experiencias similares. Ultimamente Samuels (8) del M. D. Anderson Hospital de Houston ha obtenido importantes regresiones con la combinación de bleomicina y velban en pacientes con diseminación.

En un intento de formarnos nuestra propia experiencia hemos tratado 16 enfermos en el Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile. En esta comunicación damos a conocer los resultados obtenidos.

MATERIAL Y METODO

Se estudiaron 16 enfermos con cánceres del testículo avanzado en la Unidad de Oncología del Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile.

Todos los enfermos estudiados fueron diagnosticados histológicamente de acuerdo a la clasificación de Dixon y Moore. Los tumores tratados fueron los siguientes: 6 seminomas puros, 3 carcinomas embrionarios, 1 terato carcinoma, 2 seminomas con carcinoma embrionario y 4 carcinomas embrionarios con coriocarcinoma.

La edad promedio de los enfermos fue de 30 años, siendo la incidencia mayor entre los 26 y 40 años, lapso en que están comprendidos 13 de los 16 casos.

En 14 de los 16 enfermos se empleó la asociación de tres drogas de acuerdo al siguiente esquema:

—Endoxán, 200 mgrs. diarios por 10 días en 10 cc. de agua destilada, en la vena.

—Methotrexate, 20 mgrs. diarios por 5 días por vía oral.

—Actinomicina D, 0.5 mg. diarios por 5 días en 500 cc. de suero fisiológico en la vena.

Estas curas se repitieron cada 30 días aproximadamente con controles de hemograma y velocidad de sedimentación semanales y diversos controles radiológicos seriados a lo largo de la evolución.

En 4 enfermos se empleó la asociación de bleomicina y vinblastina en curas de 15 mg. diarios I.M. por 4 días y 10 mg. en 10 cc. de suero fisiológico en la vena, diarios por 3 días seguidos respectivamente.

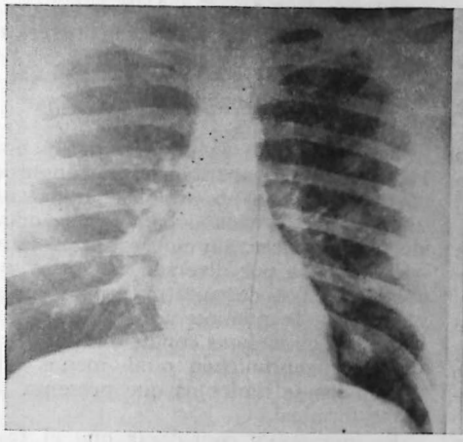


Figura 1.—P.B.R.T. Ca embrionario tratado con Endoxán, Mtx y Act. D.

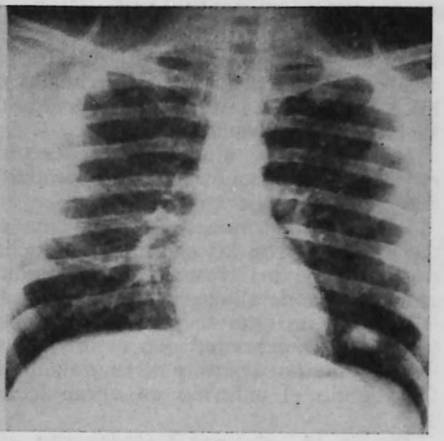


Figura 2.—El mismo enfermo y respuesta del tratamiento.

Ocho enfermos fueron tratados previamente con Cobaltoterapia en la región lumboaórtica.

RESULTADOS

De los 16 pacientes tratados, 13 fallecieron y 3 se encuentran vivos.

La evaluación de los resultados contempló dos aspectos, uno subjetivo, reflejando la mejoría de las condiciones generales del enfermo y dándole importancia fundamental a la desaparición del dolor, síntoma principal en estos enfermos.

El aspecto objetivo se evaluó a través de la regresión de las metástasis pulmonares y linfáticas, mediante radiografías de tórax, pielografías y exámenes físicos.

En el cuadro Nº 1 se observa el tiempo de evolución que existe entre el diagnóstico de cáncer y el diagnóstico de diseminación de la enfermedad.

Observamos en el cuadro que en el caso de los seminomas este promedio es de 19 meses y en el caso de los carcinomas embrionarios es de 8 meses. Aparentemente hay una mayor agresividad de estos últimos en la diseminación tumoral.

En 12 de los 16 enfermos se logró eliminar el dolor lumboaórtico por un período promedio de 7 meses. Posteriormente el dolor vuelve a aparecer y aunque responde a un nuevo tratamiento la respuesta es breve y termina haciéndose refractario al tratamiento.

En 11 de los 16 enfermos se observó regresión objetiva evidente con desapa-

Cuadro Nº 1

CANCER DEL TESTICULO. TIEMPO DE EVOLUCION QUE MEDIA ENTRE DIAGNOSTICO DE CANCER Y DIAGNOSTICO DE DISEMINACION.

Casos		*Tiempo en meses*	*Tiempo en meses*
Seminoma	6	6 a 57	19
Cáncer embrionario	3	1 a 12	8
Seminoma con carcinoma embrionario	2	3 y 30	—
Carcinoma embrionario con coriocarcinoma	4	1 a 4	2
Teratocarcinoma	1	11	—

...idad de Chile Facultad de Cien... RIDICOTECA CENTRAL ...also - pnp...

rición de masa palpable. El promedio de esta regresión también fue de 7 meses. En 9 casos la respuesta objetiva fue de más del 75%, permaneciendo vivos 3 de los 9 enfermos a la fecha, por período de 12 meses (cuadros 2 y 4).

Los restantes enfermos han obtenido regresiones de menos del 50% por períodos promedios de 2 meses.

Las complicaciones observadas en estos enfermos son las comunes a aquéllas presentes en los tratamientos quimioterápicos y se detallan en el Cuadro Nº 3.

En sólo un caso se produjo una complicación de gravedad con el uso de endoxán, methotrexate y actinomicina D, falleciendo el enfermo en agranulocitosis.

De los 14 enfermos tratados con esta asociación, en 4 se produjo leucopenia severa, recuperándose 3 de ellos. De los 4 enfermos tratados con bleomicina y vinblastina en 2 se produjo leucopenia severa, la que fue superada posteriormente.

COMENTARIO

Por lo descrito en la literatura y por nuestra propia experiencia, creemos que la quimioterapia no prolonga en forma significativa la vida del enfermo portador de un cáncer. Sin embargo, está también descrito por diversos autores y es también fruto de nuestra propia experiencia que la quimioterapia permite una sobrevida en mejores condiciones para el enfermo, suprimiendo o al menos aliviando los sufrimientos que presenta la etapa terminal.

Es importante considerar que el tratamiento precoz del cáncer del testículo es la mejor terapia, pero también debemos considerar que, cuando nos llega un enfermo en etapa avanzada de su enfermedad, la quimioterapia racionalmente empleada puede servir como un paliativo eficaz de sus sufrimientos.

Del análisis de este trabajo podemos concluir que la terapia combinada de drogas nos ha permitido obtener en estos enfermos regresiones espectaculares y alivio subjetivo importante. Desgraciadamente esto no se ha prolongado por más de 7 meses. Los usos seriados de drogas permiten apreciar que la resistencia que se va presentando es cada vez mayor a medida que aparecen recidivas terminando el tumor por hacerse resistente a la acción de las drogas.

En nuestra casuística, los enfermos con seminoma respondieron brillantemente al tratamiento. Hubo menos respuesta en los carcinomas embrionarios puros o mezclados con coriocarcinoma, no observándose ningún efecto en el resto de los tumores. No hemos usado la mitramicina en el carcimona embrionario, pero de acuerdo a los trabajos de Ansfield y Curreri (7) y Kennedy (3), la regresión es de un 30 a 40%.

La combinación de bleomicina y vinblastina la hemos usado sólo en 4 enfermos y creemos que tiene valor experimental, ya que si bien observamos una respuesta brillante, ella es aún más breve que la obtenida con las otras asociaciones de drogas.

El papel y el valor de la quimioterapia en el tratamiento de esta enfermedad, cambia y progresa rápidamente. El aumento de la experiencia permite eliminar efectos tóxicos y obtener una regresión objetiva como parte de la terapia paliativa. Sin embargo, es importante tener en cuenta que estas drogas deben ser administradas bajo control del quimioterapeuta por el escaso margen que existe entre el efecto tumoricida y el efecto tóxico de la droga. El no tener en cuenta estos hechos pueden hacer correr riesgos y sufrimientos innecesarios a los enfermos.

RESUMEN

—Se presenta la experiencia en 16 enfermos de cáncer avanzado del testículo tratados en el Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile.

—En 14 de los 16 enfermos se empleó la asociación de endoxán, methotrexate y actinomicina D.

—En 4 enfermos se empleó la asociación de bleomicina y velban.

—De los 16 enfermos tratados, 13 fallecieron y 3 se encuentran vivos. En 11

Cuadro Nº 2

CANCER DEL TESTICULO. TIEMPO DE EVOLUCION CON CANCER DISEMINADO EN TRATAMIENTO QUIMIOTERAPICO.

	Casos	*Vivos*	*Promedio*	*Sobrevida*
Seminoma	6	1	9,5	14 meses
Carcinoma embrionario	3	1	7	10 meses
Cáncer embrionario + coriocarcinoma	4	1	7	13 meses

Cuadro Nº 3

CANCER DEL TESTICULO.
COMPLICACIONES EN 16 ENFERMOS TRATADOS

	Casos		*Casos*
Astenia	4	Estomatitis	5
Anorexia	2	Alopecía	10
Náuseas	5	Leucopenia	6
Vómitos	7	Diarrea	1

Cuadro Nº 4

CANCER DEL TESTICULO.
RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPICO.

Regresión			*Promedio sobrevida*	*Rango*
Subjetiva	12 casos		7 meses	14 - 1 mes
Objetiva	11 casos			
100%	4 casos	3 vivos	12 meses	
75%	5 casos	0 vivo	6 meses	
50%	1 caso	0 vivo	2 meses	
30%	1 caso	0 vivo	2 meses	

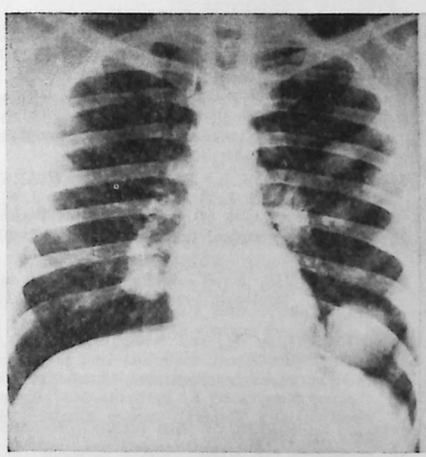


Figura 3.—El mismo enfermo con nueva recidiva. Tratado con Bleomicina y Velban.

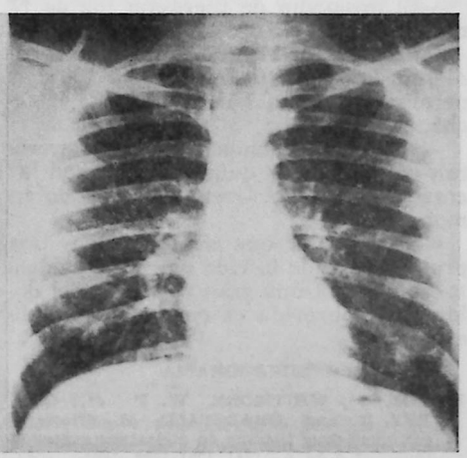


Figura 4.—El mismo enfermo y respuesta al tratamiento. Vivo en la actualidad y bien.



Figura 5.—J. P. Enfermo con metástasis lumboaórticas de seminoma indiferenciado. Se trató con Endoxán, Mtx y Act. D.



Figura 6.—El mismo enfermo. Respuesta al tratamiento. Actualmente vivo y en buenas condiciones.

de ellos hubo regresión objetiva evidente con desaparición de la masa palpable.

—El promedio de regresión fue de 12 meses.

—En 9 de los 11 enfermos que respondieron, la respuesta fue de 75 a 100%, y permanecen vivos 3 de ellos hasta la fecha.

—Las complicaciones que se observaron con el uso de quimioterapia, son las corrientes que ocurren en estos enfermos.

—Se concluye que si bien no hay una prolongación de la vida en forma evidente, se observa una gran regresión del dolor y la sobrevida es en mejores condiciones.

BIBLIOGRAFIA

1.—LIM. C.; WHITMORE, W. F. Jr.; GOLBEY, R. and GRABSTALD, H.—Effects of combined drug therapy on metastatic cancer of testis. J.A.M.A. 174: 1291-1299, 1960.

2.—KOFMAN, S.—Mithramycin in treatment of disseminated cancer. Proc. Am. A. Cancer Res. 4: 34, 1963.

3.—BROWN. J. H. and KENNEDY, B. J.—Mithramycin in the treatment of disseminated testicular neoplasms. New Engl. J. Med. 272: 111-117, 1965.

4.—WITMORE, W. F.—Some experiences with retroperitoneal lymph node dissection and chemotherapy in management of testis neoplams. Brit. J. Urol. 34: 436-447, 1962.

5.—STEINFIELD, J. L.; SALOMON, J.; NIARSH, A. A.; HAZEN, J. G. and BATEMAN, J. R.—Chemical therapy of patients with advanced metastatic germinal tumors. J. Urol. 96: 933, 1966.

6.—MACKENZIE, A. R.—Chemotherapy of metastatic teratocarcinoma. Cancer 19: 1369, 1966.

7.—CURRERI, A. R. and ANSFIELD, F. S.—Mithramycin human toxicology and preliminary therapeutic investigation. Cancer chemotherapy Reports Nº 8. Bethesda Md. Cancer chemotherapy National Service Center, pág. 18 - 22; 1960.

8.—SAMUELS, M.—Comunicación personal.

CONTRIBUCION A LA PREVENCION DE INFECCION URINARIA EN PACIENTES CON SONDA VESICAL PERMANENTE

Dr. FERNANDO VARGAS DELAUNOY y Sra. MARIA ANGELICA ZUÑIGA M.

(Hospital J. J. Aguirre. Depto. de Especialidades. Sección Urología. Universidad de Chile).

Una de las causas importantes en la etiología de la infección urinaria son las manipulaciones urológicas diagnósticas o terapéuticas. Especial importancia en este sentido tienen los diferentes drenajes de orina que a través de sondas se dejan con gran frecuencia. La Nefrostomía, la Cistostomía y en general, la sonda permanente vesical, son situaciones que van acompañadas casi en la mayoría de los casos con infección urinaria agregada.

La infección agregada a los drenajes urinarios, se debe a diferentes causas, siendo las más importantes, 1) la contaminación directa en la maniobra quirúrgica, 2) infecciones internas activadas por manipulaciones u operaciones, y 3) mal tratamiento del drenaje de la orina del paciente a través de la sonda y hasta el recipiente. En este último caso, la contaminación puede hacerse por instilaciones mal preparadas, por reflujo retrógrado directo de recipientes no esterilizados y también, podría deberse a ascensión retrógrada contra la corriente de cepas bacterianas desarrolladas en recipientes sépticos. Este último punto lo hemos tomado para estudio y es el objeto de este experimento que comunicamos ahora.

MATERIAL Y METODOS

Se tomó un tubo de látex esterilizado de más o menos 50 cm. de largo envuelto en material de celofán, que se conectó por un lado a un frasco A con medio de cultivo atenuado con una cepa bacteriana y por el otro lado a un frasco B con medio de cultivo estéril, colocado en posición más alta que el primero. Muy cerca del frasco B se colocó un equipo de suero fisiológico que al inyectarlo en gota lenta permanente mantenía húmedo el tubo esterilizado de conexión y hasta el frasco A; el exceso de suero fisiológico, se recibía en un recipiente conectado en las cercanías del frasco A (Figura 1).

El tubo de conexión esterilizado fue seccionado en varias partes (de 2 - 5 cm. c/u.) con maniobras asépticas y en un período dado de tiempo y sus partes cultivadas en caldo glucosado para determinar si había subido la cepa bacteriana y hasta qué nivel. Los 10 primeros centímetros que quedaban dentro del frasco A se eliminaron. El experimento se efectuó con cada cepa a la 1. 2, 3, 4, 6, 12 y 24 horas. Al final también se colocó en la estufa el frasco B para ser cultivado. Se experimentaron las siguientes especies de bacterias: Escherichia Coli, Klebsiella, Proteus, Estafilococo, Enterococo y Pseudomona Aeruginosa.

Para cada una de estas especies se trabajó con una sola cepa madre, comprobando que no perdiera sus características.

RESULTADOS

En todas las cepas bacterianas experimentadas se comprobó desarrollo de és-

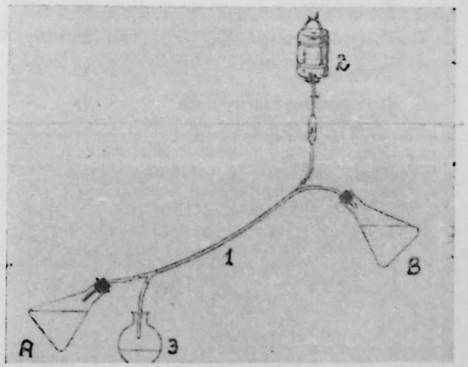


Figura 1.—A) Frasco con medio de cultivo con cepa bacteriana. B) Frasco con medio de cultivo estéril. 1º Tubo de látex de conexión esterilizado. 2. Frasco con suero fisiológico. 3. Recipiente para el exceso de suero fisiológico.

tas en el tubo de látex esterilizado y en varias ocasiones se pudo constatar que el mismo bacterio creció también a las 24 horas en el frasco B, en el cual había medio de cultivo estéril anteriormente. En los fragmentos del tubo de conexión cultivados durante los experimentos y que resultaron positivos, se desarrolló siempre una cepa con iguales características que la cepa madre del frasco A.

En el Cuadro Nº 1 se puede apreciar el avance en centímetros que diferentes especies bacterianas presentaron por el tubo de conexión a las 12 horas.

En la Figura Nº 2 presentamos el avance que demostró la Escherichia Coli por el tubo de conexión en 12 horas.

COMENTARIO

El presente experimento demuestra que cepas bacterianas pueden avanzar en sentido contrario a un flujo de líquido fisiológico. Si se proyecta este concepto a un paciente que está con un drenaje húmedo permanente a través de sonda y tubo de bajada a un recipiente no esterilizado, el líquido drenado (p. e. la orina) que se infecta en éste podría contaminar en esta forma indirecta al paciente.

Cuadro Nº 1

CRECIMIENTO DE DIFERENTES CEPAS POR SONDA HUMEDA (TIEMPO: 12 HRS.)

Cepas	*Cm.*
E. Coli	40
Klebsiella	35
Estafilococo	25
Estreptococo	20
Proteus	19
Pseudomona aeruginosa	19

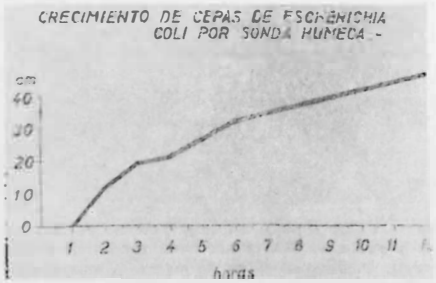


Figura 2

Si tomamos en cuenta que en la orina dejada al medio ambiente los bacterios se desarrollan en forma muy acelerada y que algunas cepas avanzarían en la forma descrita aquí por lo menos 40 cm. en 24 horas, podemos concluir que por este mecanismo un paciente con sonda a permanencia podría infectarse en 1 ó 2 días.

La infección urinaria agregada en casos con drenaje urinario permanente (Nefrostomía, Cistostomía. sonda uretrovesical) es casi la regla. El Prof. Vargas Zalazar en su libro Urología da una incidencia de infección urinaria en pacientes con sonda permanente de un 100% aprox. Banhauer y Marberger en una casuística de 1440 pacientes que se les efectuó prostatectomía transuretral y debieron quedar con sonda uretrovesical por unos días, en todos ellos hubo infección urinaria después de 48 horas; de esto en el 5,9% hubo signos de Pielonefritis, especialmente fiebre o escalofríos.

Todo esto demuestra la importancia de la infección urinaria en estos pacientes que se debe dejar sonda a permanencia, por su alta incidencia y también por la severidad de la infección. En los últimos tiempos hemos estado dejando siempre en los pacientes de este tipo todo el equipo de recepción de orina en forma totalmente esterilizada. Tenemos la impresión que el porcentaje de infección en estos casos es mucho menor que antes, seguramente al obviarse por lo menos este mecanismo de infección.

RESUMEN

Se presenta un experimento en el cual se demuestra que cepas bacterianas desarrolladas en un frasco con medio de cultivo, pueden avanzar desde éste por un tubo conectado a través del cual se deja escurrir suero fisiológico. Algunas cepas avanzaron hasta 40 cm. en 24 horas (Escherichia Coli). Se comenta este resultado aplicándolo a casos clínicos con sonda a permanencia.

Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Valparaíso - Chile. BIBLIOTECA CENTRAL

FISTULAS VESICO VAGINALES

Drs. F. HIDALGO, S. MIRELMAN, L. HIDALGO, RENE ULLMER y R. KERKEBE.

(Departamento de Cirugía/Urología. Universidad de Chile. Hospital del Salvador).

La reparación quirúrgica de las fístulas vesicovaginales nace en 1849 cuando James Marion Sims publica los principios de esta cirugía a propósito de tres negras tratadas con éxito. Sin embargo, antes que él ya se había descrito algunas operaciones exitosas aisladas.

Las normas básicas descritas por Sims siguen teniendo vigencia y la gran cantidad de trabajos o técnicas publicadas desde entonces no son más que modificaciones o abordajes diversos de esos mismos principios que podemos resumirlos en suturar tejidos homólogos y vitales sin tensión.

Se ha descrito múltiples técnicas de abordaje vaginal transvesical o transperitoneal con éxito muy variable de un autor a otro. Parecería que hay virtuosos de cada abordaje con resultados excepcionales como Chessar Moir que en 100 casos operados por vía vaginal no ha tenido ni un sólo fracaso.

Stream en Canadá no ha tenido recidivas con el abordaje transvesical posterior.

El abordaje transabdominal de las fístulas vesicovaginales fue introducido en nuestro medio por el Dr. Augusto Lira Valencia. hace bastantes años, con buenos resultados.

Con este trabajo presentamos nuestra experiencia con 12 casos de fístulas vesicovaginal operadas por vía transperitoneal.

MATERIAL Y METODO

Se trata de mujeres cuyas edades fluctúan entre los 30 y los 54 años con una media de 39 años. Los casos a que haremos referencia en el presente trabajo corresponden a nuestra experiencia personal.

El abordaje transabdominal, transperitoneal como no es nuevo lo sintetizaremos brevemente.

Laparotomía media infraumbilical: Incisión de la pared posterior de la vejiga llegando hasta la fístula, la que se rodea para extirpar todo el reborde. Disección amplia de vagina y vejiga e incluso, ureteres cuando la fístula está cerca del músculo interureteral. Sutura en dos planos de la vagina. Despegamiento lateral derecho de la vejiga para desplazar esta pared y facilitar la síntesis de los bordes vesicales que es en dos planos. Usamos catgut cromado 00 en todas las suturas. Dejamos sonda uretral durante 12 a 14 días.

El tiempo de evolución de nuestras pacientes va de un mínimo de tres meses a un máximo de dos años de control postoperatorio y el tiempo de latencia entre la instauración de la fístula y nuestra intervención reparadora va de un mínimo de 4 meses a un máximo de 25 años, esta última una paciente portadora de un estado esquizoide, que mejoró totalmente su estado mental con posterioridad a la intervención.

En el Cuadro Nº 1, presentamos los métodos diagnósticos.

En el Cuadro Nº 2 presentamos los diagnósticos preoperatorios. De este cuadro debemos deducir el origen ginecológico u obstétrico de la fístula.

En el Cuadro Nº 3 presentamos el tipo de operación practicada.

Cuadro Nº 1

1.	Examen físico.
2.	Endoscopia.
3.	Pielografía de eliminación.
4.	Cistografía retrógrada.
5.	Prueba de azul de metileno.
6.	Biopsia endoscópica.

Cuadro Nº 2

1.	Fístula V-V postparto:	
	Prolongado	4 casos
	Fórceps	1 caso
2.	Fístula V-V posthisterectomía:	
	Por Ca	6 casos
	Otros	1 caso

Cuadro Nº 3

	Casos
Construcción de conducto ileal	1
Neoureterosigmoidostomía bilateral	2
Fistulectomía y reparación de fístula vía transperitoneal	9

Como podemos ver el procedimiento de elección fue aquél de la reparación vía transperitoneal. El procedimiento fue otro cuando esta técnica de elección preferencial fue irrealizable o no estaba indicada, como la analizaremos en el comentario.

En el Cuadro Nº 4 presentamos los intentos de reparación previa de la fístula.

En 4 de los 12 casos se había hecho un intento o más de reparación previa por distintas vías, llegando a nuestras manos después de largos meses de evolución.

Caso Nº 4

	Casos
Vía vaginal en 6 oportunidades	1
Vía transvesical en dos oportunidades	1
Vía transvesical en una oportunidad	1
Vía transvesical 11 veces, vía transperitoneal una vez	1

RESULTADOS

En general fueron buenos, no tuvimos fracasos, en cuanto a persistencia de la fístula se refiere.

Destacamos, en todos nuestros casos tuvimos infección urinaria pre y postoperatoria a veces bastante difícil de erradicar. Complicación postoperatoria sólo la tuvimos en un caso que comentaremos con detalles más adelante.

COMENTARIO

Se trata en todos los casos de mujeres jóvenes en plena actividad productiva y plena actividad sexual, de ahí la angustia que es frecuente en estas pacientes al no poder realizar un acto sexual satisfactorio, además de todas las incomodidades que representa el escurrimiento vaginal permanente de orina. Esta es la razón por la que creemos se debe ser cauto en cuanto a dar seguridades de curación operatorias, pues sabemos que cualquier técnica tiene cierto % de fracaso y que si nosotros no los hemos tenido, estamos ciertos que los tendremos y con ello podríamos ahondar el problema psicológico de algunas enfermas. En todos nuestros pacientes, practicamos la endoscopia a fin de localizar el o los orificios fistulosos y su ubicación, lo que determinará nuestra conducta terapéutica. Igualmente en todos nuestros casos se hizo pielografía de eliminación que nos señala el estado del árbol urinario alto y que junto a la endoscopia y a la prueba del azul de metileno nos permite el diagnóstico diferencial, no siempre fácil, con la fístula ureterovaginal. Ocasionalmente practicamos la cistografía retrógrada que nos confirma el diagnóstico al escurrir medio de contraste fuera de la vejiga.

Practicamos la biopsia endoscópica en aquellos casos en que existe sospecha de malignidad, siendo la etiología de la fístula, dudosa o no guarda una relación clara con alguna intervención Gineco-Obstétrica.

Del Cuadro Nº 2 que nos clasifica la etiología de la fístula, llama la atención un mayor número de fístulas yatrogénicas ginecológicas y de éstas la mayoría por Ca. Esto está de acuerdo con las grandes series mundiales en que se aprecia un desplazamiento al campo ginecológico, en parte por la cirugía más radical y agresiva que practican hoy en día los ginecólogos, y por otra parte, por mejor atención del parto y cuidados previos que permiten diagnosticar y tratar presentaciones distóxicas que antiguamente incidían en un porcentaje importante en la formación de fístulas V-V.

En el Cuadro Nº 3 en que se presenta el tipo de operación practida, tenemos que en uno de nuestros casos fue necesario la construcción de un conducto ileal "operación de Bricker". Se trata de un caso desgraciado en que la paciente era portadora de una fístula rectovesicovaginal por radioterapia, post-histerectomía por Ca. Antes de llegar la paciente a nuestras manos, se había practicado una colostomía de descarga. Se explica nuestra conducta por haber una pérdida casi completa del piso vesical, del cuello vesical y parte de la uretra, de modo que cualquier intento de operación reparadora, hubiese dejado a la paciente incontinente. Más adelante se intentará una operación de descenso transesfinteriano del sigmoides y cerrar la colostomía.

En dos de nuestros casos practicamos un neoimplante uretero sigmoideo bilateral, pues al igual que en el primer caso, había una gran pérdida del piso vesical, lo que hacía muy difícil una operación plástica reparadora a nivel de vejiga. Estamos de acuerdo que el ideal es dejar orinando los enfermos por vía natural y tal vez hagamos una reevaluación de estos dos casos a fin de solucionar de un modo más satisfactorio su problema.

En 9 casos practicamos la fistulectomía y reparación por vía transperitoneal. Este abordaje es técnicamente algo más complejo que los abordajes vaginal y vesical, pero permite una serie de alternativas que en definitiva benefician al enfermo. Desde luego es posible reparar ampliamente y con visión directa vejiga y vagina y todos los elementos anatómicos circundantes. En esta forma el cirujano puede hacer con mucha facilidad una buena sutura en varios planos, sin temor a lesionar estructuras vecinas. Permite también en fístulas grandes y difíciles utilizar injertos intestinales para cerrar el orificio, o epiplón y peritoneo para interponerlo entre las suturas vesical y vaginal. Hemos utilizado con éxito un truco técnico que no hemos encontrado descrito y que consiste en desplazar uno de los colgajos laterales de la vejiga para hacer con él la reparación, de modo que, quede por un lado suturado reborde de fístula y por otro reborde del colgajo desplazado, que es tejido sano y vital.

Cuatro pacientes de los que se operaron por vía transperitoneal, habiendo sido operados previamente por otras vías y uno incluso lo había sido por esta misma vía. Antes de llegar a nuestras manos, habían tenido algunas de ellas peregrinaje de largos años que se reflejaba en un estado psicoemocional realmente alterado de varios casos.

No tuvimos fracasos, y tan sólo tuvimos una complicación, que ocurrió al sexto día de postoperada, en una paciente que se reparó una fístula de 4 cm. de diámetro. Presenta una hematuria importante con pujos muy intensos y comprobándose al examen físico un gran globo vesical con coágulos, lo que obligó a evacuarlos. Sin embargo, como continuaron los pujos una vez evacuados los coágulos y persistía la hematuria, se retiraron los catéteres ureterales, pensando que se debía todo a intolerancia a éstos. Continúa el cuadro sin variación, lo que obliga seis horas después a vaciar los coágulos vesicales con la camisa del panendoscopio y se retira la sonda uretro vesical, con la cual desaparecen totalmente los pujos y la hematuria. Permanece así y sin filtrar orina hasta el día siguiente en que por temor a la recidiva fistulosa, reponemos la sonda uretro-vesical, comenzando de inmediato intensos pujos y hematuria importante. Retiramos definitivamente la sonda y afortunadamente cicatriza satisfactoriamente.

En todos los casos tuvimos infección urinaria que fue posible erradicar, una vez que se retiraron los drenajes vesicales, con antibióticos de acuerdo al antibiograma. Estamos satisfechos con esta técnica porque permite exponer y liberar ampliamente vejiga, vagina e incluso uréteres si es necesario, con lo cual se juntan con facilidad los diversos planos de sutura sin lesionar estructuras vecinas.

Quizás el único mérito de este trabajo es que después de haber visto reparaciones vaginales y haber practicado reparaciones transvesicales y transperitoneales, creemos que este último abordaje es el que permite cumplir mejor con el principio fundamental de la cirugía de la fístula, suturar tejidos homólogos, vitales sin tensión.

RESUMEN

Se presenta nuestra experiencia de abordaje transperitoneal en 12 casos de fístulas vesicovaginal en tres de los cua-

les fue necesario una derivación urinaria. Se describe la técnica operatoria transabdominal de las fístulas que se usó en los 9 casos reparados sin ninguna recidiva.

BIBLIOGRAFIA

1.—D. GALLO.—Reparación de fístula vesicovaginal por vía transperitoneo vesical. Gin. y Obst. de México 22: 879, 1967.
2.—GONZALEZ, R. y CORVALAN, L.—Tratamiento de las grandes fístulas vésico-cérvico-uretro-vaginales. Rev. de Urol. 20: 135, 1957.
3.—E. KING MORGAN.—Transabdominal, transvesical repair of recurrent vesicovaginal fístula. Brit. J. Urol. 42: 743, 1970.
4.—P. PERQUIS et BOWRREL.—Fermeture des fistules vesico-vaginales en Afrique noire. J. d'Urol. et Nefrec. 76: 770, 1970.
5.—RIOSECO, E. y BAEZA, H.—Fístulas vesico-vaginales. Rev. Ch. Urol. 23: 131, 1960.
6.—STREAM, A.—Transvesical aprvade to vesico-vaginal fístula. Gyn. Obst. Clin. N. A. Julio 1965.

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

FISTULA ARTERIOVENOSO INTRARRENAL

Drs. F. HIDALGO C. (1), HUGO CAFAROTTI (2), L. HIDALGO C. (3) y G. BAÑADOS (4).

(Servicio de Urología del Hospital Salvador. Universidad de Chile y Servicio Nacional de Salud).

Las fístulas arteriovenosas del riñón constituyen una patología poco frecuente y cuyo diagnóstico fue anatomopatológico hasta el advenimiento de la aortografía. En la bibliografía nacional consultada no hemos encontrado descrito ningún caso por lo cual nos ha parecido de interés presentar este enfermo que podría ser el primero en la experiencia nacional.

Las fístulas arteriovenosas fueron descritas por primera vez por Hunter en 1757. Solamente a comienzos de este siglo se estableció su posible asociación en patología cardíaca, y más adelante se fueron describiendo las múltiples localizaciones posibles, incluyendo el riñón.

Estas fístulas se clasifican en congénitas y adquiridas. Las primeras se caracterizan por acompañarse con frecuencia de dilataciones aneurismáticas. Las causas más frecuentes de las adquiridas son los traumatismos externos o quirúrgicos y el cáncer renal.

En una revisión de la Literatura Mundial hecha en 1964 por Woodruff encontró veintiocho casos incluyendo uno propio, de los cuales el 50% eran congénitas y 50% adquiridas. Hasta la fecha se ha descrito varios casos más.

CASO CLINICO

C.U.L. Nº 61-14423. Enferma de 57 años que en Diciembre de 1971 consulta por disnea de esfuerzo progresiva, ortopnea, palpitaciones, aumento de volumen de las extremidades. Se trata su insuficiencia cardíaca y se envía en Enero 1972 a nuestro Servicio para estudiar pulsátil en relación al polo inferior renal.

Al ingreso se comprueba igual sintomatología que al consultar y en el examen físico se determina pulso 100 irregular, presión arterial 130/80, ortopnea. La auscultación cardíaca demuestra arritmia completa sin soplos, hepatomegalia y una masa pulsátil de 8x8 cm. en hipocondrio derecho y que ocupa fosa lumbar. En relación a ella se ausculta intenso soplo en maquinaria. El electroencefalograma demuestra una arritmia completa por fibrilación auricular. Se digitaliza con Acylamid y se inicia el estudio radiológico.

La pielografía de eliminación muestra una masa expansiva, de reborde inferior calcificado, en polo inferior renal derecho con moderada distorsión del sistema excretor (Figura 2). La aortografía por punción femoral (Figura 3) muestra claramente la arteria renal muy dilatada que desemboca en una cavidad amplia y rápidamente se llena de la vena renal y cava con lo cual el diagnóstico de fístula arteriovenosa es indudable.

Se hizo determinación de gases en sangre arterial y venosa comprobándose una disminución significativa de la diferencia de saturación de O_2. La diferencia entre arteria braquial y arterio pulmonar es de 2,70 volumen % O_2. La saturación de HbO_2 en arteria pulmonar está aumentada a 74%.

El 29 de Marzo de 1972 se interviene a través de una laparotomía media y se realiza una nefrectomía parcial inferior derecha incluyendo la dilatación aneurismática servida por la rama inferior de la arteria renal y drenada por la rama inferior de la vena renal.

La evolución operatoria fue sin complicaciones y a los dos meses, en pocos días de tratamiento con 0,80 gr. cada 24 hrs. de quinidina se produce la conversión espontánea al ritmo sinusal y desaparece la insuficiencia cardíaca.

El examen anatomopatológico informa que en el saco vascular se reconoce revestimiento endotelial y elástica interna, en parte desaparecida por un



Figura 1.—Arteriografía que demuestra la gran dilatación de la arteria renal y el llene rápido de vena renal, cava y reflujo a la porta.

(1) Profesor Auxiliar de Urología.
(2) Becario extranjero.
(3) Profesor de Urología, Jefe de Servicio.
(4) Servicio de Radiología Hospital Salvador.

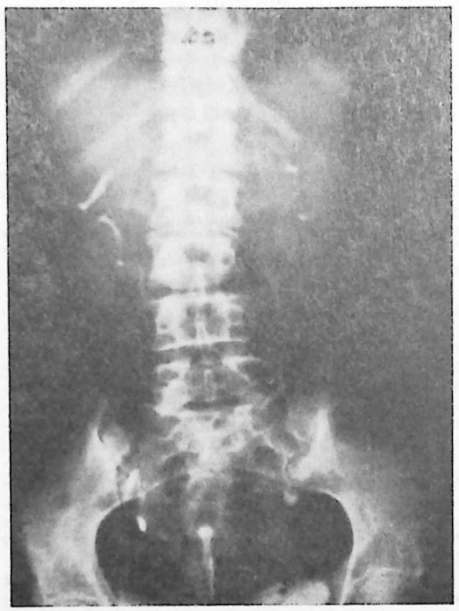


Figura 2.— Pielografía de eliminación que muestra la compresión del sistema excretor derecho.

proceso de fibrosis moderada de la túnica muscular. No se reconoce en las túnicas signos inflamatorios ni lesiones de ateroma.

COMENTARIO

Las fístulas arteriovenosas renales pueden mantenerse asintomáticas durante largo tiempo como con seguridad acontenció en nuestro enfermo. Las manifestaciones clínicas en general son hematuria total o insuficiencia renal con débito alto o más raramente hipertensión arterial.

La existencia de una fístula produce cambios hemodinámicos cuya importancia está en relación al tamaño de la comunicación arteriovenosa y cuyas manifestaciones clínicas son disminución de la presión media, pulso amplio o saltón, taquicardia, aumento del débito cardíaco. La mantención de la alteración hemodinámica lleva a una insuficiencia cardíaca con débito alto como ha sido el caso de nuestra paciente en el momento de consultar.

Para nosotros fue simple plantear clínicamente el diagnóstico de la fístula por la existencia de un soplo continuo que se exacerbaba en sístole en relación a una masa pulsátil que por su tamaño, localización y repercusión cardíaca hacían dudar que fuera un aneurisma de la arteria renal. No siempre la clínica es tan rica en síntomas y signos. Es la Pielografía de Eliminación la que puede mostrar una comprensión piélica o calicilar por una masa expansiva. Sin embargo, puede ser normal si no hay dilatación vascular o si habiéndola está lejos del sistema excretor. La arteriografía es el elemento de diagnóstico fundamental y permite además establecer el procedimiento quirúrgico. Conservados como en nuestra enferma o nefrectomía como en la gran mayoría de los casos revisados.

Creemos que el caso presentado se trata de una fístula congénita por no haber antecedentes traumáticos y por su dilatación aneurismática que se ve con más frecuencia en este tipo de fístulas.

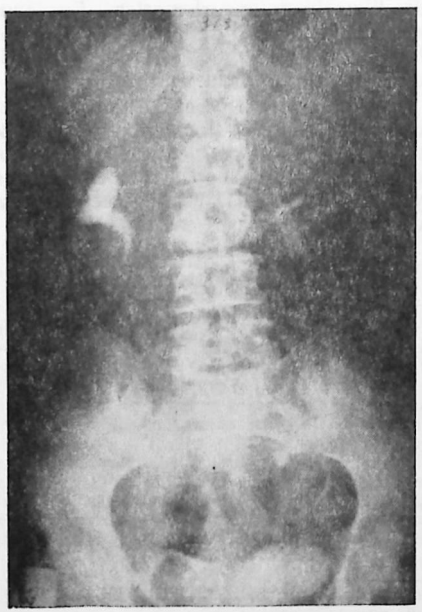


Figura 3.—Pielografía de eliminación al 10º día postoperatorio.

No podemos descartar, sin embargo, la posibilidad de un aneurisma de la arteria renal perforado a la vena. La anatomía patológica no nos permitió aclarar esta duda, sin embargo, el hecho de no existir alteraciones inflamatorias o ateromas que permitan explicar una perforación espontánea nos inclina a pensar en que se trata de una fístula congénita y no adquirida.

Desde el punto de vista operatorio, por tratarse de una amplia comunicación entre las ramas inferiores de la arteria y vena renal, se pudo hacer una nefrectomía parcial con resultados hemodinámicos inmediatos al disminuir bajo nuestros ojos la gran hepatomegalia que dificultaba la exposición renal al ocupar gran parte del campo operatorio. En el postoperatorio inmediato no desaparece la insuficiencia cardíaca, pero persiste la arritmia completa por fibrillación auricular durante 2 meses. Cedió con quinidina en dosis de 0,80 grs. cada 24 hrs. en pocos días. En el control a los 6 meses de operada la paciente se encuentra en buenas condiciones.

BIBLIOGRAFIA

1.—BAUCHART, J.; DUCHENE, P.—Un nouveau cas de fistule arterioveineuse intraarenale congenitale traitée par néplerectomia partielle. J. Urol. Neph. 77: 634, 1971.
2.—CRUMMY, A.; ATKINSON, I.—Congenitas renal arteriovenus fistule. J. Urol. 93: 24, 1965.
3.—NALLAY, T et LEBERMAN, P.—Renal arteriovenus fistula. J. Urol. 98: 40, 1967.
4.—NERKERL F. and SAKO, Y.—Surgical treatment for traumatic renal arteriovenous fistula.
5.—WILKAY, L. and ROWE, F.—Intrarenal arteriovenous fistula. J. Urol. 93: 663, 1965. Arch. Surg. 101: 438, 1970.
6.—WOODRUFF, MERVIN.—Asyntomatic antrarenal arteriovenus fistula. J. Urol. 92: 103, 1964.

Universidad de Chile Facultad de Ciencias de la Salud
Valparaíso

ANGIOMIOLIPOMA RENAL Y ESCLEROSIS TUBEROSA

Drs. BENJAMIN TALLMAN V., RAIMUNDO ARIZTIA M., CARLOS SCHACHTEBECK B. y ALVARO HIDALGO R.

(Sección de Urología. Hospital Militar).

La presencia de un tumor renal benigo del adulto es raro de por sí, y lo es más si esta lesión corresponde a una localización de una enfermedad general.

El angiomiolipoma del riñón es un tumor benigno que aparece entre un 40-80% de los pacientes como manifestación visceral del síndrome de Esclerosis Tuberosa. Esta enfermedad fue así denominada en 1880 por Bourneville y Brissaud, al describir las lesiones cerebrales encontradas en un niño con epilepsia y retardo mental; pero más tarde Moolten encontró lesiones no sólo en el cerebro sino que en otros órganos, como piel, retina, corazón, huesos, riñones. La lesión renal es un tumor mixto formado por elementos tisulares normales (fibras musculares lisas, células grasas, elementos vasculares de disposición angiomatosa), pero a diferencia de los teratomas hay ausencia de pelo, tejido nervioso; ha sido denominado Hamartoma por Albrecht, siendo ésta la denominación más conocida. Los hamartomas son más frecuentes en el pulmón y son raros en los riñones.

En investigación reciente de los archivos de 3 centros médicos de los EE, UU. se encontraron 32 casos de hamartomas renales en 50 años de la Clínica Mayo (2), 18 casos confirmados por autopsia en el Instituto de Patología del Hospital Walter Reed de Washington (1), y 40 casos en 8501 autopsias efectuadas en el Memorial Hospital para Cáncer de New York (4).

En Chile, Figueroa y Apablaza en 1955 presentaron a esta Sociedad un caso de angiomiolipoma renal derecho en una enferma de 36 años, asintomática, cuyo tumor fue hallazgo operatorio durante colecistectomía y que posteriormente fue sometida a nefrectomía derecha evolucionando en buenas condiciones.

Si bien más de la mitad de los pacientes con Esclerosis tuberosa presenta Hamartomas del riñón, la lesión renal aparece en un elevado número en forma "independiente", hecho poco apreciado según la experiencia del Memorial Hospital, donde se encontró al revisar las publicaciones y descartando aquellos casos sin evidencia material, que 77 de 86 pacientes con angiomiolipoma renal no tenían Esclerosis tuberosa.

Histológicamente son tumores mixtos que se localizan dentro del parénquima renal, a menudo como un tumor solitario localizado hacia un polo. Están compuestos de tejido adiposo, músculo liso y vasos sanguíneos, y estroma conjuntivo. Estos componentes varían en proporción, predominando en algunas zonas los elementos lipomatosos o musculares. La grasa es de tipo adulto con focos de liploblastos de núcleo central y citoplasma finamente saculado, pudiendo existir en estas áreas células atípicas gigantes. El componente vascular aparece como vasos sanguíneos de pequeño y mediano calibre, tortuosos, anastomóticos, muchas veces con ausencia de tejido elástico; a través de todo el tumor se suelen observar fascículos de células alargadas de músculo liso, encontrándose pleiomorfismo, hipercromatismo y finalmente figuras mitósicas entre estas células. En el límite con el riñón no hay invasión del parénquima ni reacción inflamatoria vecina.

Son tumores circunscritos aunque no capsulados. Los cálices están comprimidos y distorsionados aunque habitualmente conservan su estructura. Excepcionalmente, en la experiencia de la Clínica Mayo hay descritos 2 pacientes en que el tumor perforó el epitelio y penetró los cálices y pelvis renal, pero sin invadir los vasos renales (2). El crecimiento ocasionalmente se hace en forma extrarrenal y al romper la cápsula, invade la grasa perirrenal, adhiriéndose. Frecuentemente, por su estructura angiomatosa, ocurren hemorragias intratumores y perirrenales.

Pese al pleiomorfismo celular, al aspecto de neovascularización y encharcamiento del medio de contraste en angiografía retrógada y a que, en general, recidivan cuando no se les extirpa por completo, los angiomiolipomas se consideran tumores benignos, lo que se apoya especialmente por la ausencia de invasión de órganos vecinos y falta de metástasis.

Algunos autores señalan que existirían 2 variedades de hamartomas renales: 1º tumor pequeño asintomático (hallazgo de autopsia) y que frecuentemente coexiste con Esclerosis tuberosa y, 2º un gran tumor renal sintomático, sin relación con dicha enfermedad. Esta hipótesis no siempre ha sido corroborada en la práctica.

Clínicamente los angiomiolipomas del riñón se manifiestan más frecuentemente por masa renal palpable; presentan también dolor abdominal y del flanco, generalmente intenso. Este dolor puede ser debido a hemorragias intrarrenales o perirrenales, que puede ser de intensidad tal como para producir shock: hay un caso descrito que consultó por síntomas de hemorragia masiva retroperitoneal. Los casos bilaterales rara vez duelen, son habitualmente asintomáticos y aparecen como masas bilaterales que se confunden con riñón poliquístico. Hay sólo 2 casos descritos que consultaron por insuficiencia renal y Long describió un paciente cuyo síntoma fue hipertensión arterial que mejoró con nefrectomía.

Cuando el tumor renal ocurre en pacientes con Esclerosis tuberosa, generalmente son personas jóvenes: se calcula que un 75% de los pacientes afectos de esta enfermedad fallecen antes de los 25 años (1). Cuando no está asociado a la Esclerosis tuberosa aparece especialmente en mujeres entre la 6ª - 7ª década de la vida (5).

El diagnóstico diferencial con riñón poliquístico puede ser difícil en los casos bilaterales, cuyo único síntoma es la masa renal: ambas lesiones son congénitas, pueden heredarse con carácter dominante, pueden presentar dolor abdominal intenso, proteinuria leve, hematuria ocasional. La coexistencia del tumor con lesiones dermatológicas, neurológicas, oculares de la Esclerosis tuberosa, puede ayudar en su diferenciación. En la pielografía las imágenes pueden ser similares, pero en algunos casos la radiografía simple del angiomiolipoma puede dar imágenes radiolúcidas por la grasa interna, que no la dan los quistes llenos de orina del riñón poliquístico. El diagnóstico diferencial lo hace la arteriografía renal: el riñón poliquístico es claramente avascular, mientras el angiomiolipoma es muy vascularizado.

Los casos bilaterales son raros. En 5 casos de 32 de la Clínica Mayo, la lesión fue múltiple y bilateral, mientras en los 27 autopsiados del Memorial Hospital no hubo ninguno bilateral.

CASO CLINICO

G.B.A. (Hosmil 70-957). Mujer de 53 años que consultó en Agosto 1970 por dolor intenso del flanco derecho, con caracteres de cólico renal desde 9 días antes, acompañado de hematuria total, vómitos, anorexia, cefálea. Antecedentes negativos para Tbc. Multípara (11 partos); no hay antecedentes de epilepsia, lesión neurológica o retardo mental.

Al examen: masa palpable sensible del flanco derecho. Presión arterial 120/60 mm. No se encontraron lesiones cutáneas al examen físico. Exámenes de laboratorio: N. ureico, glicemia, electrocardiograma, protrombinemia, tiempo de coagulación, radiografía de tórax, fueron normales. En hemograma: anemia de 3.700.000 hematíes, con 8100 leucocitos y 10 baciliformes. Eritrosedimentación 85 mm/h. Examen de orina aséptica: no pus, desarrollo de E. coli (escaso) sensible a antibióticos. Pielografía: aumento de tamaño del riñón derecho por masa del polo superior, que se contrasta, que desplaza el cáliz medio, no siendo el cáliz superior. Conclusión. Tumor renal derecho.

Operada el 8 de Septiembre de 1970, se encontró un tumor en el polo superior del riñón derecho, poco adherido, vascularizado. En el estudio histológico el tumor mide 12 cm. de diámetro, amarillento, de consistencia friable; está constituido por células adiposas, músculo liso y vasos sanguíneos; el tejido que predomina es adiposo; el tejido muscular se encuentra en focos aislados y rodeando los vasos sanguíneos que en su mayoría no contienen sangre. Conclusión: Angiomiolipoma del riñón derecho.

Evolucionó bien. En controles posteriores, a 14 meses de su operación, se encuentra en buenas condiciones, persiste la cefálea. La presión arterial es normal. El fondo de ojo no revela facomas ni alteraciones retinales.

COMENTARIO

La paciente, mujer de mediana edad, portadora de angiomiolipoma renal, no presentaba signos clínicos de Esclerosis

tuberosa. Esta enfermedad generalizada presenta lesiones anatomoclínicas demostrables a diversos niveles: a) Lesiones cerebrales: son núdulos escleróticos de contenido de células gliales, que pueden calcificarse y ser visibles en radiografías; dan manifestaciones clínicas de epilepsia o de retardo mental. b) En la piel aparecen como adenoma sebáceo, visible a manera de mariposa a nivel de las mejillas. c) Las lesiones oculares se manifiestan como manchas blanquecinogrisáceas de la retina (facoma) pudiendo transformarse en zonas quísticas o calcificarse. d) En el riñón, aparece como hamartoma con sus manifestaciones de masa lumbar, dolor y hematuria, ocupando esta localización el segundo lugar de frecuencia de manifestación visceral.

La lesión que presentaba era unilateral, apareciendo solitaria y localizada, en radiología y estudio histopatológico, en un polo del riñón. Los síntomas fueron hematuria, dolor lumbar y masa renal palpable, ocurriendo en mujer en la 6ª década de la vida, como se encuentra frecuentemente descrito en la literatura. La sospecha de tumor renal fue apoyada por la urografía excretoria y confirmada en el acto operatorio, siendo sometida a extirpación radical.

Se recomienda la extirpación total del riñón afectado en los angiomiolipomas, pues pueden recidivar cuando no se los ha eliminado por completo. Sin embargo, basados en su benignidad clínica, en la ausencia de metástasis, y al hecho que a veces se presentan en forma bilateral, motiva a algunos autores a recomendar cirugía conservadora (nefrectomía parcial) especialmente en personas jóvenes. En todo caso se recomienda en ellos estudiar en forma exhaustiva el riñón contralateral en casos de tumor fuertemente hemorrágico (al estudio clínico y angiográfico) e incluso se ha propuesto a biopsia extemporánea antes de efectuar la cirugía radical (4).

RESUMEN

Se presenta una enferma portadora de Angiomiolipoma renal, en ausencia de manifestaciones clínicas de Esclerosis tuberosa. Fue sometida a nefrectomía y ha evolucionado en buenas condiciones. Se describen las características anatomoclínicas de este tumor renal benigno y su relación con la Esclerosis tuberosa, con la que coexiste con frecuencia.

BIBLIOGRAFIA

1.—ANDERSON, D. y cols.—Tuberous sclerosis and chronic renal failure. Am. J. Med. 47: 163, 1969.
2.—FARROW, G. y cols.—Renal angiomyolipoma. Cancer, 22, 3: 564, 1968.
3.—FIGUEROA, B. E. y cols.—Angiomiolipoma del riñón. Rev. Chilena Urol., 18, 2: 77, 1955.
4.—Hajdu S. I. y cols.—Angiomyolipoma of the kidney. J. Urol., 102, 4: 396, 1969.
5.—LONG, W. W and cols.—Angiolipomas: a case report. J. Urol., 106, 2: 177, 1971.
6.—WALDBAUM, R. S. and cols.—Tuberous sclerosis with bilateral angiobyolipomas of the kidney. J. Urol., 106, 2: 180, 1971.

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 parentesis, 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.

REVISTA CHILENA DE UROLOGIA

Vol.. XXXV - Enero-Junio 1972 - Nº 1

se terminó de imprimir el día veinte de enero de mil novecientos setenta y cuatro en los Talleres de Arancibia Hnos.. Coronel Alvarado 2602. Santiago-Chile.

ENDOXAN-ASTA

(CICLOFOSFAMIDA)

"Nuevo Quimioterápico Anticanceroso"

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

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

Es un producto de

* ASTA - WERKE A. G.

CHEMISCHE-FABRIK BRACKWEDE
ALEMANIA

* Marcas Registradas

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS

FARMO QUIMICA DEL PACIFICO S. A.

SANTO DOMINGO 1509
TELEFONO 63261
SANTIAGO

...dad de Chile ... de Ciencias de la Salud
BIBLIOTECA CENTRAL

En infecciones bacterianas graves de etiología indeterminada...

INFECCIONES RESPIRATORIAS

* Neumonía * Bronconeumonía
* Bronquitis grave

INFECCIONES URINARIAS

* Pielonefritis * Uretritis
* Cistitis * Prostatitis

INFECCIONES DE LA SANGRE Y DE LOS TEJIDOS PROFUNDOS

* Bacteremia (incluso neonatal)
* Septicemia * Abscesos

INFECCIONES CUTANEAS Y DE LOS TEJIDOS BLANDOS

* Heridas quirúrgicas
* Heridas traumáticas * Quemaduras

INFECCIONES EN CAVIDADES VISCERALES

* Peritonitis * Pleuritis
* Empiema

INFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

* Meningitis

INFECCIONES OCULARES

(Uso subconjuntiva)

GENTALYN

INYECTABLE

(sulfato de gentamicina)

puede ser la decisión correcta cuando la demora podría ser crítica

DOSIS DE GENTALYN

(con función renal normal)

Uso intramuscular: 3 a 5 mg/kg/día, fraccionado en tres dosis iguales cada 8 horas.

Uso endovenoso: misma dosis intramuscular. Diluir en 100 ó 200cc de suero salino o glucosado sin exceder concentraciones de 1 mg/cc (0,1%) y administrar durante 1 ó 2 horas.

Nota: Debido que GENTALYN inyectable se elimina en el riñón por filtración glomerular, en pacientes con insuficiencia renal deberá ajustarse la dosis de acuerdo con la uremia y el clearence de creatinina.

SCHERING U.S.A.

SCHERING CIA. LTDA.

CASILLA 4093 — SANTIAGO — CHILE

* Marca registrada.

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