DEPOSITO LEGAL
- 9 NOV 1973

AÑO XXXIV ENERO-JUNIO 1971 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

AMBIGUEDAD SEXUAL Y MULTIPLES ANOMALIAS CONGENITAS — AZOOSPERMIA OBSTRUCTIVA EPIDIDIMOVASOSTOMIA — VARICOCELECTOMIA. VIA DE ABORDAJE SUPRA-PUBICA, RETROPERITONEAL. EXPERIENCIA OBTENIDA EN 23 ENFERMOS OPERADOS — EL CLORURO DE ETILO EN EL TRATAMIENTO DEL CONDILOMA ACUMINADO DEL PENE. EXPERIENCIA EN QUINCE CASOS — TRATAMIENTO DE LA INFECCION URINARIA CON MINOCICLINA — FIBROLIPOSARCOMA RETROPERITONEAL — NEFRECTOMIA POR VIA ANTERIOR — INTRODUCCION A LA PROBLEMATICA SEXUAL PARA EL UROLOGO — PERTURBACIONES FUNCIONALES DE LA SEXUALIDAD HUMANA — PATOLOGIA SEXUAL DESDE UN PUNTO DE VISTA PSIQUIATRICO — PROSTATECTOMIA TRANSVESICAL: MAXIMA HEMOSTASIA Y RETIRO PRECOZ DEL CATETER URETRAL — CANCER VESICAL — CIRUGIA RENAL Y HEPATOBILIAR SIMULTANEA.

GENTALYN M.R.

INYECTABLE

(SULFATO DE GENTAMICINA)

EL PRIMER ANTIBIOTICO DE AMPLIO ESPECTRO CONTRA "PATOGENOS DIFICILES"

La actividad bactericida *in vivo* de Gentamicina contra un amplio espectro de microorganismos tanto gram positivos como gram negativos, clasifica sin duda este producto como un *antibiótico de amplio espectro* y de **"elección"** para el tratamiento de infecciones graves.

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

GENTALYN Inyectable, obtenido en los laboratorios de Investigación de SCHERING CORPORATION, es diferente de los demás agentes antimicrobianos de amplio espectro actualmente en uso. Activo contra una amplia variedad de microorganismos gram positivos incluyendo cepas de estafilococos resistentes a otros antibióticos, GENTALYN Inyectable ha demostrado tener una gran especificidad contra microorganismos gram negativos tales como: Seudomonas, Proteus, Ihdol + e Ihdol —, Escherichia coli y Aerobacter-Klebsiella.

DOSIS DE GENTALYN

Uso Intramuscular	Dosis diaria por Kg. de peso	Cantidad y frecuencia de administración en adultos con peso corporal promedio
Infecciones sistémicas	3 mg. por Kg. de peso Menos de 60 Kg. de peso	1 fco. amp. cada 8 horas 1,5 cc. cada 8 horas
Infecciones graves	3-5 mg. por Kg. de peso	1½ fco. amp. cada 8 horas
Niños	3 mg. por Kg. de peso	A calcular según peso
Uso endovenoso	3 mg. por Kg. de peso	Diluir en 100 - 200 cc. de suero salino o glucosado sin exceder concentraciones de 1 mg./cc. (0.1%) y administrar durante 1 - 2 horas.

Debido a que GENTALYN INYECTABLE se elimina en el riñón por filtración glomerular, en pacientes con insuficiencia renal debe ajustarse la dosis de acuerdo con la tabla que anexamos a continuación, para obtener los mismos niveles sanguíneos que en personas con función renal normal.

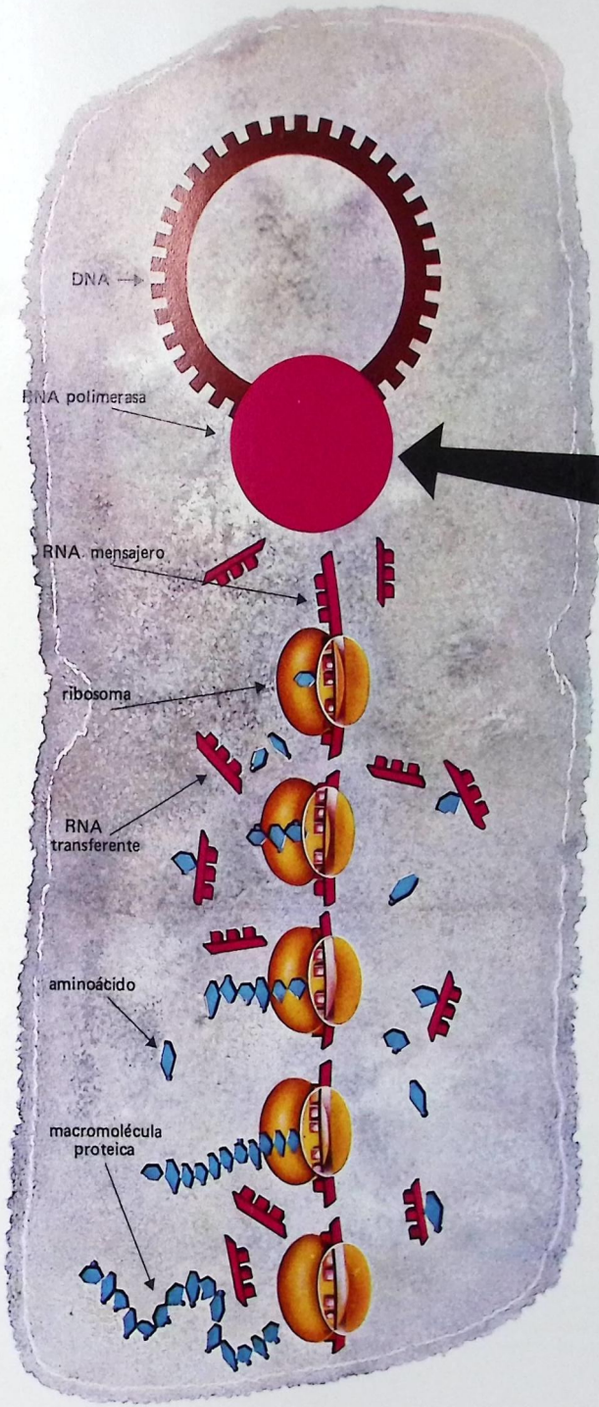
Dosis de GENTALYN recomendada en adultos en relación con la función renal (evaluada por el Clearance de Creatinina) y en relación con la uremia

Clearance de Creatinina (cc/min.)	Uremia gr./00	Dosis de Gentamicina	Forma de administración
Sobre 70	Bajo 0.20	1 frasco-ampolla	Cada 8 horas
35 - 70	0.20 - 0.30	1 frasco-ampolla	Cada 12 horas
24 - 34	0.30 - 0.40	1 frasco-ampolla	Cada 18 horas
16 - 23	0.40 - 0.50	1 frasco-ampolla	Cada 24 horas
10 - 15	0.50 - 0.75	1 frasco-ampolla	Cada 36 horas
5 - 9	0.75 - 1.00	1 frasco-ampolla	Cada 48 horas

SCHERING COMPAÑIA LIMITADA
CASILLA 4093 — SANTIAGO, CHIDE

* Marca registrada.

Lepetit



Rifaldin
ORAL

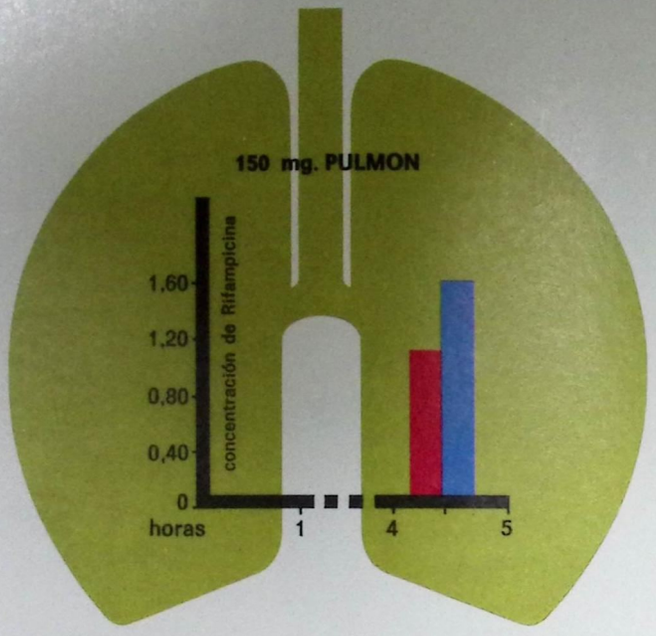
es bactericida porque actúa intracelularmente bloqueando el factor enzimático de la síntesis proteica (RNA Polimerasa) de los gérmenes patógenos. (1-2-3)

1.— ACOCELLA, G.; NICOLIS F.B.; LAMARINA, A.; A study on the kinetics of Rifampicin in man Vth International Congress of Chemotherapy, International Society of Chemotherapy, Viena 26/6 - 1/7; vol. 5, supl. 1 págs. 87 - 93, 1967

2.— ARIOLI, V.; Influenza di diverse modalitá di trattamento e tempi di osservazione sui risultati di infezioni sperimentale nel topo. Boll. Chim. Farm., 106; 617, 620, 1967.

3.— ARIOLI, B.; PALLANZA, R.; FURESZ, S.; Penetration of Rifampicin into bone. Vth International Congress of Chemotherapy. International Society of Chemotherapy. Viena 26/6 - 1/7; vol. 1/2 págs. 771 - 781, 1967.

Rifaldin
ORAL



Fundamentalmente
es en los tejidos donde se demuestra la eficacia terapéutica y se realiza la acción determinante contra gérmenes patógenos.

INDICACIONES.
Infecciones de microorganismos sensibles, tales como:

Infecciones del aparato respiratorio: bronquitis, neumonía, bronconeumonía, bronquiectasias, abscesos pulmonares, empiema, pleuritis;

Infecciones de la piel y tejidos blandos:
forunculosis, antrax, abscesos, flegmones, panadizos, heridas infectadas;
Infecciones de las vías biliares:
colecistitis, colangitis, hepatocolangitis;
Infecciones de las vías urinarias:
cistitis, pielitis, pielonefritis, gonorrea
Infecciones quirúrgicas;
Tuberculosis pulmonar en todas sus formas clínicas, comprendidas aquellas poliresistentes.

PRECAUCIONES.
La rifampicina no debe ser administrada en caso de ictericia, hipersensibilidad a la rifamicinas y durante los tres primeros meses de embarazo. Durante los restantes meses de embarazo y en la primera infancia, el producto debe administrarse en casos de efectiva necesidad, bajo el directo control del médico.

En las hepatopatías (particularmente en los casos de alcoholismo crónico o de cirrosis hepática) el RIFALDIN deberá suministrarse sólo en caso de necesidad y bajo control médico. En estos casos se recomienda, además, emplear dosis reducidas del antibiótico, disminuyendo al mínimo el uso y la dosificación de otros fármacos eventualmente administrados (especialmente si son potencialmente hepatotóxicos) y controlar la función hepática.

POSOLOGIA
Adultos:
600 mg. al día, divididos en dos administraciones.
La dosis puede aumentarse a 900 mg. al día.
En las infecciones tuberculosas,
600 mg. al día en dosis única.
Niños:
20 mg./kg. al día en una o dos administraciones.
Lactantes:
10 mg./kg. al día en dosis única.

PRESENTACIONES.
Cápsulas: Frasco de 12 cápsulas de 150 mg.
Jarabe: Frasco de 50 cc.

Laboratorios Lepetit s.a.c.

SANTA ELENA 2222-CASILLA 2643-TELEFONO 55538-SANTIAGO DE CHILE.

DISEÑO E IMPRESION OFFSET SERVICE

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.

AÑO XXXIV ENERO-JUNIO 1971 N° 1

INDICE

Ambigüedad sexual y múltiples anomalías congénitas. Drs. E. Silva Inzunza, F. Vargas Delaunoy y H. Ramírez Teuscher 1

Azoospermia obstructiva epididimovasostomía. Dr. Pedro Martínez S. 6

Varicocelectomía. Vía de abordaje supra-púbica, retroperitoneal. Experiencia obtenida en 23 enfermos operados. Dr. L. Ritter H. 8

El cloruro de etilo en el tratamiento del condiloma acuminado del pene. Experiencia en quince casos. Dr. L. Ritter H. 16

Tratamiento de la infección urinaria con minociclina. Drs. F. Vargas D., F. Bustamante B. y E. Silva I. 21

Fibroliposarcoma retroperitoneal. Dr. R. Vargas D. 25

Nefrectomía por vía anterior. Drs. E. Gutiérrez S. M., F. Hidalgo C. y C. Salazar J. 28

Introducción a la problemática sexual para el urólogo. Dr. G. Sohrens 30

Perturbaciones funcionales de la sexualidad humana. Dr. A. Bahamonde Q. 32

Patología sexual desde un punto de vista psiquiátrico. Dr. S. Peñaillillo L. 35

Prostatectomía transvesical: máxima hemostasia y retiro precoz del catéter uretral. Drs. A. Espinoza y D. Corti 38

Cáncer vesical. Drs. R. Vargas D., P. Gigoux M. C., P. Humeres L. y A. Quintana 44

Cirugía renal y hepatobiliar simultánea. Drs. F. Hidalgo C., R. Ullmer G., S. Mirelman W., R. Kerkebe C. y A. Vargas V. 62

LABORATORIO NORGINE S. A.

se complace en presentar al Cuerpo Médico de Chile

su nueva especialidad farmacéutica denominada

"URINEX"

en forma de granulados, a base de citrato de potasio, de sodio y ácido cítrico, capaces de elevar el PH urinario, particularmente indicado en el tratamiento conservador de la litiasis úrica.

Después de un tratamiento de 3 a 4 meses se podrá observar la desaparición de las imágenes correspondientes a los cálculos en radiografías anteriores. *(Dr. F. Vargas D. y colab., Rev. Médica, Marzo 1970, p. 143).*

DOSIS: 1 cucharadita, 4 veces al día.

PRESENTACION: Frascos de 250 grs. de granulado.

"MUESTRAS Y LITERATURA A DISPOSICION DEL CUERPO MEDICO"

LABORATORIO NORGINE S. A.

AVDA. PDTE. BALMACEDA 1264 - CAS. 3457 - STGO. 1 - FONO: 711087

SANTIAGO DE CHILE

AMBIGUEDAD SEXUAL Y MULTIPLES ANOMALIAS CONGENITAS

(Presentación de 3 casos)

Drs. E. SILVA INZUNZA, FDO. VARGAS DELANOY y H. RAMIREZ TEUSCHER.

(Clínica Urológica Universitaria. Hospital José Joaquín Aguirre. Escuela de Medicina. Universidad de Chile).

Se designa con el nombre de ambigüedad sexual todos aquellos estados intersexuales que comprenden malformaciones genitales externas y/o internas que por sus características plantean dudas sobre la determinación sexual del recién nacido. Con las investigaciones del último decenio, empieza a aclararse este problema, (1, 2, 3, 4 y 5), aunque son muchas aún las interrogantes por despejar, al mismo tiempo que surgen nuevas posibilidades, (6 y 7). Para facilitar la mejor comprensión de estos estados, seguimos la clasificación de Federman (8).

CLASIFICACION DE FEDERMAN

ALTERACIONES DEL DESARROLLO SEXUAL

GONADOGENESIS		Síndrome de Klinefelter	ESTERILIDAD SIN AMBIGUEDAD
		Síndrome de Turner	
		HERMAFRODITISMO VERDADERO	ESTERILIDAD CON AMBIGUEDAD
		DISGENESIA GONADAL MIXTA	
		PSEUDOHERMAFRODITISMO MASCULINO	
ENDOCRINOS	Deficiencia de andrógenos	Pseudohermafroditismo masculino (familiar)	
	Exceso de andrógenos	Pseudohermafroditismo femenino	AMBIGUEDAD SIN ESTERILIDAD
		—hiperplasia suprarrenal congénita	
		—Otros	

Para efectuar el estudio diferencial de los distintos estados es necesario efectuar un mínimo de exámenes especializados, siendo de mayor valor, la investigación de cromatina sexual, drumstick, determinación de 17 ketosteroides urinarios, examen endoscópico, uretrocistografía, vaginografía, biopsia gonadal y laparotomía exploradora en los casos indicados. El plan de estudio se inicia con la historia clínica, debiendo agotarse los datos anamnésticos familiares, maternos y personales. Se continúa con el examen físico y se somete a los exámenes de laboratorio especializado ya mencionados, solicitando además colaboración de pediatras, endocrinólogos, radiólogos, psiquiatras, etc.

Los valores normales de cromatina para el sexo femenino fluctúan entre 50 y 84 o más por ciento de positividad y de hasta 10 por ciento para los varones. Está representado por la presencia de acúmulos de ácido desoxirribonucleico, constituyendo los corpúsculos de Barr y que se encuentra en distintas formas, adosados a la parte interna de la membrana nuclear de todas las células de la economía, pero por razones de comodidad y simplicidad se efectúa el recuento en células de piel, raspado de mucosa bucal y/o de otros epitelios. Estas estructuras representarían los cromosones sexuales XX, propios del sexo femenino; a diferencia del XY, propio del hombre. Sin embargo, en la actualidad se aceptan

otras fórmulas que corresponderían a estados intersexuales o ambiguos, como por ejemplo, el síndrome de Klinefelter o disgenesia de los túbulos seminíferos que posee 44 autosomas y cromosoma XXY; en cambio, en la disgenesia gonadal o síndrome de Turner existen 44 autosomas y un cromosoma XO, (9 y 10). En el pseudohermafroditismo femenino la cromatina sexual es siempre positiva y en el pseudohermafroditismo masculino es negativa.. En cambio, en el hermafroditismo verdadero puede ser indiferentemente positiva o negativa. Sin embargo, en estudios recientes se ha observado preponderancia de resultados positivos. Por las mismas razones expuestas anteriormente la cromatina sexual es positiva en el síndrome de Klinefelter y negativa en el de disgenesia gonadal o de Turner.

En cuanto a la determinación de 17 ketosteroides, podemos afirmar que la eliminación urinaria normal en el período neonatal puede llegar a 2,5 mgrs. por día y a la tercera semana baja a menos de 0,5 mgrs. por día. En la hiperplasia suprarrenal se obtienen valores mayores de 2 mgrs. por día. Si las cantidades fluctúan entre 0,5 y 2 mgrs. diarios, deben repetirse estos exámenes antes de disminuir la terapia con cortisona. Las cantidades inferiores a 0,5 mgrs. diarios excluyen el diagnóstico de síndrome adrenogenital.

En todo paciente portador de ambigüedad sexual, aunque sea simple hipospadias, es necesario someterlo a estudio endoscópico del probable meato urinario, seno urogenital, vagina o pseudovagina para determinar la exacta relación del tracto genital y urinario y plantear futuros procedimientos correctores. Permita observar comunicaciones vaginales con el seno urogenital, disposición uretral, presencia de varumontanum o cuello uterino, utrículo prostático, etc.

El estudio radiográfico de la región con medio opaco en posición de frente y lateral, nos informa gráficamente acerca de la disposición de estos elementos, pudiendo en ocasiones reconocer estructuras propias de salpingografía, cavidad uterina o vaginal.

La biopsia gonadal, de gran importancia, nos informa acerca del sexo gonadal y puede ser distinto del cromatínico o cromosomal. Con este método se comprueba histológicamente la naturaleza de la glándula, pudiendo ser ovario, testículo u ovotestes, ya que la posición y forma de estas glándulas no es elemento de juicio suficiente para prejuzgar su origen. Para que este examen tenga valor debe efectuarse en forma bilateral, pues en un mismo sujeto pueden combinarse elementos masculinos y femeninos uni o bilateralmente, como sucede en casos de hermafroditismo verdadero.

Cuando a pesar de todo el estudio aún persisten las dudas, se efectúa la laparotomía exploradora, tiempo que generalmente se aprovecha para la búsqueda de glándula intraabdominal, permitiendo, además, reconocer elementos o vestigios de uno y otro sexo.

A continuación relatamos 3 casos de ambigüedad sexual, dos acompañados de múltiples anomalías congénitas y otro provocado por hormonoterapia materno durante la gestación.

Caso 1.—V.H.O. Niño de 9 años, enviado a uno de nosotros desde La Ligua al Hospital Roberto del Río (Ficha Nº 413573) y que ingresa al Hospital J. J. Aguirre (Ficha Nº 176240) a mediados de Septiembre del presente año. Con antecedentes de onfalocele operado al nacer; distrofia, raquitismo, sarampión, bronconeumonía, sub-luxación cadera izquierda, sombra mediastinal en VII de 1960, hidrocele derecho, ausencia de pubis, malformaciones genitales, fístula suprapeneana y pene bífido operado en Hospital Deformes de Viña del Mar.

Su sintomatología esencial se reduce a incontinencia vesical diurna y nocturna, presentando además ritmo miccional de 3 a 4 en el día y 2 en la noche, con períodos de orinas turbias, esfuerzo miccional inicial en el último tiempo. En algunas oportunidades dolor en el flanco derecho en relación a la micción.

Al examen físico de ingreso se comprueba niño de menor talla que lo normal para su edad cronológica. Estado nutritivo deficiente. Piel: turgor y elasticidad disminuidos. Presión máxima: 110. Abdomen con cicatriz de L.M.I.U. Pene de 1 cm. de longitud, retraído por cuerda fibrosa de la cara inferior; prepucio exuberante en su cara superior. Meato uretral puntiforme, hipospádico perineal; en esta región se aprecian 4 depresiones ciegas. Escroto bífido. Testículos: ambos indurados, de mayor tamaño el izquierdo; nódulo de la cola de este epidídimo, fistulizado al escroto y con secreción purulenta. Engrosamiento de ambos cordones espermáticos. Implantación anómala del ano, desviado a 2 cm. del rafe perineal, a izquierda. Ausencia de hueso pubiano. A este nivel se palpa una formación elongada, de consistencia fibrocartilaginosa y que corresponde a los cuerpos cavernosos, pero que no guarda relación con el pene; mide 2 a 2,5 cm. de largo por 1 cm. de diámetro.

Los exámenes de laboratorio revelaron infección urinaria a Klebsiella sensible a estreptomicina, gentamicina y Wintomylon. El recuento de colonias dio 50 millones por cc. de orina. Baciloscopia: negativa. Concentración ureica: 18 grs.‰. Exámenes de rutina: dentro de límites normales, a excepción de eosinofilia. Radiografía de tórax: normal. Examen parasitológico de deposiciones: Hymenolepis nana. Electrolitograma en sangre dentro de límites normales: En orina Na 42 mgr. en 24 hrs.; K: 29,6 mEq en 24 hrs.; C1: 51,84 mEq en 24 hrs., con diuresis de 900 cc. en 24 hrs. 17 ketoteroides: 1,64 cosa bucal en fase contrastada: 4%, Drumstick: 0%, repetido.

Urograma de excreción retardado, controlado hasta los 60 minutos, reveló acentuada dehiscencia de la sínfisis pubis. Riñón izquierdo algo grande, de forma y posición normales. Sistema pielocalicilar y ureteral izquierdo de aspecto normal. En ninguna de las placas se observa con claridad los contornos de la silueta renal derecha, ni eliminación del medio de contraste por este lado. Vejiga piriforme a la izquierda de la línea media.

Curva de captación renal con Neohidrina Hg-203, no hay captación a derecha y a izquierda es normal. (R.D.: 101; R.I.: 2,00). Cintigrama renal: no hay contraste de imagen renal derecha. La izquierda es de forma, tamaño y posición normales, pero de contraste algo irregular en el polo superior. (Foto).

Tratado su proceso infeccioso se procede a efectuar bajo anestesia general uretrocistografía miccional. En la exploración del meato hipospádico perineal puntiforme se comprueban 3 desviaciones del lumen uretral: a derecha, a izquierda y hacia atrás. Dilatación uretral difícil por la intensa fibrosis. Sin embargo, fue posible dilatarlo hasta conductor Nº 20. Se inyectaron 150 cc. de yoduro de sodio al 8%, comprobándose reflujo vesicoureteral derecho e hidronefrosis del mismo lado. Vejiga de contornos irregulares y en posición central. No hay residuo postmiccional.

Examen panendoscópico bajo anestesia general. Estenosis filiforme del meato hipospádico perineal (una semana antes había sido dilatado con conductor número 20). Dilatación uretral hasta Bénique curvo Nº 38. Panendoscopio Nº 16. Vejiga de capacidad aumentada para la edad del niño. Mucosa vesical con esbozo de columnas en la cúpula y en las paredes laterales. En la región del trígono se aprecia músculo interureteral hipertrofiado; inmediatamente por delante de la línea media hay un orificio ovalado de 2 por 1,5 cm. en comunicación con una cavidad cuyo tamaño no es posible precisar. Se intenta cateterizar este orificio con sonda ureteral Nº 6, pero ésta se enrolla. Se toma uretrocistografía, inyectando 1300 cc. de medio opaco, comprobándose reflujo vesicoureteral bilateral, hidronefrosis derecha y doble vejiga.

Examinado en Servicio de Endocrinología concluyen que se trata de una ambigüedad sexual tipo pseudohermafroditismo masculino, basados esencialmente en el examen físico y en los resultados del estudio hormonal, descartándose la etiología endocrina primaria. Examen neurológico: negativo.

Se formulan los siguientes diagnósticos:

1. Infección urinaria.
2. Exclusión renal derecha.
3. Hidropionefrosis derecha.
4. Reflujo vesicoureteral bilateral.
5. Doble vejiga o bifidez.
6. Orquiepididimitis bilateral fistulizada a izquierda.
7. Ambigüedad sexual.
8. Pseudohermafroditismo masculino.
9. Pene bífido (operado).
10. Hipospadias perineal.

11. Estenosis de meato hipospádico perineal.
12. Escroto bífido.
13. Mala implantación anal.
14. Parasitosis intestinal.
15. Dehiscencia pubiana.

Durante su hospitalización se ha tratado su infección urinaria y genital con distintos antibióticos, según la sensibilidad del germen etiológico, habiendo tenido remisiones y reagudizaciones. Actualmente tiene orinas estériles y ha disminuido su incontinencia vesical.

Para la solución de este complicado caso nos hemos propuesto efectuar en primera instancia la ureteronefrectomía derecha y extirpación de la vejiga derecha en un solo tiempo si las condiciones generales lo permiten. Transcurrido un lapso prudente se iniciaría la reparación de su pseudohermafroditismo, comenzando con plastia prepucial, resección de la cuerda peneana fibrosa y elongación de esta estructura y posteriormente, mediante estricta vigilancia de su crecimiento, determinar la época precisa y más adecuada para efectuar la plastia uretral de su hipospadias perineal por etapas sucesivas.

Caso 2.—F. P. Ficha Nº 399262. Hospital Regional de Concepción. Recién nacido de 3,250 grs. con ambigüedad sexual. Al examen local se comprueba, a nivel de sínfisis pubis un órgano que podría corresponder a pene hipoplásico o a clítoris hipertrófico de más o menos 1,5 cm. de longitud con una depresión central en el vértice. Lateralmente y hacia la región anal, se aprecian estructuras en forma de repliegues, semejando escroto bífido o grandes labios y entre estas formaciones una cavidad que se interpreta como vagina. Ninguno de sus 7 hermanos ha presentado tales anomalías y su madre durante el embarazo no ha recibido terapia hormonal.

La investigación de cromatina sexual reveló 55% y los electrólitos 157,8 mEq por ciento para el sodio y 6,32 mEq% para el potasio. No se hizo estudio de 17 ketosteroides por no tener valor en los primeros días de la vida. Dada las precarias condiciones del paciente no se efectuaron otros exámenes, ya que se observó una baja progresiva de peso, sobrepasando los valores de la caída fisiológica.

Se plantearon las siguientes hipótesis diagnósticas: 1. Hipospadias. 2. Pseudohermafroditismo femenino por exagerada producción de andrógenos, por un tumor o por hiperplasia suprarrenal y 3. Hermafroditismo verdadero.

Frente a la sospecha de insuficiencia suprarrenal se inició tratamiento con prednisolona con 2,5 mgrs. cada 6 hrs. A los 14 días fallece bruscamente. La autopsia reveló: pseudohermafroditismo femenino con hipertrofia del clítoris; vagina, útero y anexos normales; ausencia de vulva; hiperpigmentación perineal; hiperplasia adenomatosa de ambas cortezas suprarrenales; hiperplasia quística del riñón izquierdo; atresia del extremo distal del uréter izquierdo; estenosis del uréter derecho con ligera dilatación de la pelvis derecha y lobulación fetal del riñón; zonas de porencefalia en ambos occipitales del cerebro; edema cerebral. El examen histopatológico renal reveló una tumefacción de los túbulos proximales y formaciones quísticas en la corteza que aparentemente se originan de los glomérulos. En las suprarrenales existía hiperplasia con formación de pequeños adenomas; hiperplasia medular y con tinción de Sudán se observa la presencia de lipoides en la medular.

Caso 5.—V. S. Ficha Nº 405762. Hospital Regional de Concepción. Paciente de 21 días. Llevado a consulta por hipertrofia del clítoris. Con antecedentes de tratamiento hormonal materno durante la gestación en el primer mes. (5 mgrs. de primolut 3 veces al día). En el sexto mes se le agrega progesterona intramuscular en dosis que desconocemos, por haber presentado hemorragia genital. Este tratamiento se mantuvo hasta el término del embarazo. La madre evolucionó con hirsutismo de las extremidades y del abdomen, habiendo presentado además alteración de la voz. En el examen físico del paciente se comprueba clítoris aumentado de tamaño, con una depresión central no permeable. En la base del clítoris se observa el meato urinario. No hay fusión de los labios y el resto del examen es negativo.

En este caso se plantean los siguientes diagnósticos: 1. Pseudohermafroditismo femenino virilizante por inducción hormonal materna con efecto androgénico. 2. Virilización inducida por andrógenos fetales y 3. Tumor ovárico virilizante materno.

Se efectuaron los siguientes exámenes: cromatina sexual: 57%. 17 ketosteroides: 1,3 mgrs. en las 24 hrs. (cantidad normal: 0,1 mgr. en las 24 hrs.). Este último valor nos permite descartar la primera posibilidad. Para la diferenciación diagnóstica de virilización conducida por andrógenos fetales que puede ser debida a alteraciones enzimáticas de la hidrocortisona con producción exagerada de 17 ketosteroides o a tumor suprarrenal se hizo el test de supresión con dexametasona en dosis de 0,12 mgrs. cada 6 hrs. durante 3 días, dando como resultado 0,6 mgrs. en las 24 hrs. La disminución en la eliminación de 17 ketosteroides mediante la dexametasona nos permite formular el diagnóstico de hiperplasia congénita de las suprarrenales.

Se da de alta con 0,12 mgrs. de dexametasona cada 8 hrs. Cuarenta días más tarde se comprueba aumento pondoestatural y clítoris de tamaño no progresivo. Nuevo control de 17 ketosteroides revela cifras de 0,2 mgrs. en las 24 horas en repetidos exámenes.

COMENTARIO

En los recién nacidos normales no hay discusión acerca del sexo que portan en el momento del alumbramiento; pero si se trata de estados intersexuales, comienzan las dudas, siendo a veces muy difícil determinarlo exactamente, (8). Todo paciente portador de algún tipo de estas anomalías debe ser estudiado en el primer año de su existencia (11) y, en opinión de Money (12 la edad crucial para tomar esta determinación, sería antes de los 18 meses, siendo muy peligroso esperar la edad escolar, por cuanto a temprana edad se definen las características psicosexuales.

El error más frecuente en la asignación del sexo es el señalado a niñas con hiperplasia adrenal virilizante, (13). Siguen en proporción casos de avanzado hipospadias que suelen confundirse con genitales femeninos y, por último, casos de hermafroditismo verdadero que en la infancia se les ha asignado un determinado sexo y que posteriormente en la pubertad es incompatible con sus órganos reproductores adultos y con su balance hormonal. El prestigio de un médico nunca se ve más amenazado que cuando emite el diagnóstico de embarazo o de muerte y, a la luz de los conocimientos actuales, nos atrevemos a aseverar que el hecho se repite al asignar un determinado sexo en el período neonatal a portadores de ambigüedad sexual.

1.—DEMINATTI, M. M. M. et MAILLARD, E.—Etudebd'un cas d'hermaphroditisme humain a caryotipe 46, Xy/46, XX. Compte Rendue Acad. Sc.; 265: 767. 1967.
2.—FUENSALIDA, S.; FIGUEROA, M.; GUZMAN, A.; DIAZ, M. y PAZ, A.—Pseudohermafroditismo masculino. Síndrome de testículos feminizantes. Rev. Chil. Obst. y Gin.; 29: 359, 1964.
3.—CERVINO, J. M.; MAGGLIOLO, J.; MANRO, J. M.; GROSSO, O. F. e IRAOLA, M. L.—Psudohermafroditismo masculino con ausencia de glándula mamaria y genitales externos femeninos, testículos con ausencia de células de Leydig. Elevación de gonadotrofinas luego de la castración. Fac. Med. Montevideo; 49: 515. 1964.
4.—RODRIGUEZ, J. L. y ARRIETA, F.—Dos hermanas con testículos feminizante". Rev. Clin. Esp.; 97: 268. 1965.
5.—SPENCE, H. M.; CULP, O. S.; GLENN, J. F.; HINMAN, F. y MARSHALL, V.—Anomalies of external genitalia in infancy and childhood. J. of. Urol; 93: 1. 1965.
6.—CROSSFIELD, J. H.—True hemaphroditism: including a case with chromosome analysis. J. of Urol.; 88: 674. 1962.
7.—GWINUP, G.; WIELAND, R. G.; BESCH. P. K. and HAMWI, G. J.—Studies on the meechanism of the production of the testicular feminization syndrome. Amer. Jour. of Med.; 41: 448. 1966.
8.—FEDERMAN, D. D.—Disoders of sexual development. The New Eng. J. of Med.; 277: 351. 1967.
9.—BOWEN, P.; LEE, C.; MIGEON, C. T.; KAPLAN, N. M.; WHALLEY, P. J.; MCKUSICK, V. A. and REIFENSTEIN, E. C.—Hereditary male pseudohermaphroditism with hypogonadian hypospadias, and gynecomastia. (Reifenstein syndrome). Ann. Int. Med.; 62: 252.1965.
10.—MCGOVERN, J. H. and MARSHALL, V. F.—Three cases of true hermaphroditism. J. of Urol.; 88: 680. 1962.
11.—DEWHURST, C. J. and GORDON, R. R.—Change of sex. Lancet; 2: 1213. 1963.
12.—MONEY, J.—Psychology of intersexes. Urol. int.; 19: 185. 1965.
13.—BERG, I.; NIXON, H. H. and MACMAHON, R.—Change of assigned sex at puberty. Lancet; 2: 1216. 1963.

AZOOSPERMIA OBSTRUCTIVA EPIDIDIMOVASOTOMIA

Dr. PEDRO MARTINEZ S.

(Sección Urología. Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad Católica de Chile).

ANAMNESIS

Paciente de 32 años, casado desde 8 años, no ha tenido hijos. Su esposa consultó en Linares por esterilidad. Se le practicó un estudio de ciclo mediante temperatura basal y biopsia de endometrio que habrían sido normales.

Por este motivo el paciente consulta en Talca y se le practican Espermiogramas en Abril y Septiembre de 1968 y en Junio de 1969 que demuestra azoospermia.

Antecedentes: Blenorragia tratada en 8 oportunidades distintas en el curso de 2 años.

Traumatismo testicular en dos oportunidades hace 10 años que causaron aumento de volumen, cediendo espontáneamente.

No acusa antecedentes de Parotiditis.

Relata haber presentado eyaculación precoz en alguna oportunidad.

Alcoholismo catalogado de inveterado, tratado hace 4 años, sin recaídas.

Antecedentes tbc. negativos. No bebe, no fuma.

Examen físico. Paciente estomorfo, bien nutrido. P.A. 120/70. Como hallazgos positivos del examen destaca:

Genitales. Testículo de forma, tamaño y consistenccia normales. Ambos epidídimos se encuentran engrosados a nivel de la cola, firmes, duros e indoloros. Deferentes normales. El Tacto Rectal demuestra próstata de tamaño y consistencia normales, indolora. No se palpan vesículas seminales.

Exámenes de laboratorio: R. de Kahn Standard y presuntiva negativas. Hemograma; Uremia; Glicemia; normales. Urocultivo negativo a las 24 hrs. Examen de orina completo normal.

Espermiograma 22-IV-68: Vol. 2,5 cc. pH 7. Viscosidad aumentada. Células epiteliales escasas. Glóbulos blancos abundantes. Glóbulos rojos escasos. No se observan espermios.

Espermiograma 30-IX-68. Vol. 2,5 cc. pH7. Viscosidad disminuida. Glóbulos blancos uno que otro. No se observan espermios.

Espermiograma 9-VI-69. pH 7. Viscosidad disminuida. Células epiteliales escasas. Glóbulos blancos uno que otro. No se observan espermios.

Espermiograma 22-VII-70. Volumen 3 cc. Viscosidad normal. pH 7. No se observan espermios móviles ni inmóviles, ni restos de ellos.

Todos los espermiogramas fueron efectuados en fresco entre lámina y laminilla y obtenidos por masturbación.

Con la hipótesis diagnóstica de Azoospermia obstructiva: basada en cuatro espermiogramas en el curso de dos años, con azoospermia, en el antecedente de gonorrea maltratada y/o de infecciones repetidas y ante el hallazgo anatómico de ambos epidídimos engrosados a nivel de la cola se decide su exploración.

Siguiendo la metódica señalada por Pomerol (7) efectuamos el 25 de Julio de 1970, escrototomía bilateral comprobando:

1) Induración, engrosamiento de la cola del epidídimo y asa epidídimo deferencial y adherencias a la vaginal, mayores a izquierda.

2) A nivel de la cabeza de ambos epidídimos se observan túbulos dilatados.

3) La epididitomotomía a nivel del tercio superior del epidídimo dio salida a líquido lechoso.

4) El xamen microscópico en fresco de este líquido, informó la presencia de abundantes espermatozoides, bilateralmente.

5) Vasotomía longitudinal y cateterismo del deferente derecho con aguja roma e inyección de solución fisiológica comprobando fácil paso del líquido hacia distal. La inyección de Hypaque 50 por ciento demostró permeabilidad del deferente, vesícula seminal y conducto eyaculador.

Hacia proximal no se logró inyectar suero ni Hypaque, demostrándose obstrucción a nivel del asa epidídimo dferencial.

Iguales maniobras se efectuaron a izquierda no lográndose contraste de la vía espermática y sintiendo gran resistencia al avance del líquido al inyectar tanto hacia distal como proximal. Se estimó que la vía espermática izquierda se encuentra obstruida en una gran extensión. Se ligó el deferente.

6) A derecha se practicó vasotomía longitudinal de 1 cm. proximal al sitio del cateterismo, seguida de epidídimo deferentoanastomosis laterolateral en la zona de la epididimotomía previa. Se utilizó seda 6-0.

7) Se tomó biopsia testicular bilateral.

El postoperatorio cursó sin trastornos.

Al 11º día del postoperatorio, *Espermiogramas: 6-8-70*. Volumen 3 cc. Aspecto turbio. Viscosidad normal. pH 6,8. Recuento 37.900.000 espermios por cc. Formas anómalas 6%. Movilidad inicial 20%. Movilidad a las 8 horas 20%. Movilidad a las 24 hrs. 0%.

Biopsia testicular. Estructuras testiculares que muestran leve engrosamiento de la membrana basal de los túbulos sminíferos. Las células de Sertoli están conservadas. Existen abundantes espermatogonias, regular proporción de espermátides y escasos espermatozoides. Las células intersticiales y de Leydig están conservadas.

Diagnóstico microscópico: Aligospermia marcada. Se demuestran espermios en el semen pero con Aligospermia y franca frenación de la espermatogénesis en la biopsia testicular. El control a los 60 días demuestra:

5-X-70. Espermiograma: Vol. 3 cc. pH 6,8. Recuento 23.500.000 por cc. Formas anómalas 10%. Movilidad inicial 60%; a las 9 hrs. 50%; a las 24 hrs. 40%.

Ante la evidencia de oligoespermia se trata con: H.M.G. Serono (human menoupausic gonadotrophin). 1 ampolla I.M. cada dos días por 30 días y Triyodotironina en dosis de 25 γ, 25 y 75 γ subiendo cada 10 días.

Luego de 30 días de tratamiento el control demuestra:

10-XI-70. *Espermiograma*:
Vol. 3 cc. Viscosidad normal. pH 7.
Recuento 58.700.000 por cc.
Formas anómalas 4%.
Movilidad inicial 80%; a las 7 1/2 hrs. 75%; a las 25 hrs. 50%.

Dado el resultado alentador obtenido en la epidídimo defereteanastomosis, demostrando permeable a los 104 días de intervenido y a la mejoría substancial en el recuento y movilidad de los espermatozoides, así como el bajo porcentaje de formas anómalas, se continúa el tratamiento con H.M.G. y T.Y.T. en iguales dosis y se inicia estudio completo de la esposa.

COMENTARIO

Dentro de las azoospermias, un porcentaje bajo son de etiología obstructiva.

Es posible salvar la obstrucción mediante anastomosis epidídimo deferencial, en algunos casos. Es importante la exploración a cielo abierto de la vía seminal. La simple observación demuestra el túbulo epididimario dilatado y la epididimotomía da salida a líquido rico en espermios cuando se le examina al microscopio (7).

El cateterismo del deferente con una aguja roma en una zona próxima a la presuntamente obstruida y lejos de aquella que eventualmente servirá por la anastomosis, permite por la simple inyección de solución salina, determinar la permeabilidad de la vía seminal. La inyección con Hypaque presenta riesgos por el posible efecto irritante del medio yodado y no debe ser utilizado como rutina. Por último la biopsia testicular informa sobre la calidad del parénquima testicular y permite indicar tratamiento médico en el caso de espermatogénesis deprimido (7).

Evidentemente, en este caso el recuento espermático de 58.000.000 x cc. con excelente movilidad de 80% y 4‰ de formas anómalas, podrían dar falsas esperanzas.

Las escasas series de azoospermias obstructivas, tratadas en forma similar a éste y con recuentos útiles han proporcionado un bajo número de embarazos (4 y 7).

El túbulo epididimario, con sus 6 metros de longitud en el hombre, cumple papeles no bien conocidos.

En el animal de experimentación (conejo) está demostrado que el epidídimo es un órgano dinámico que:

1) Dirige el flujo de espermio desde el testículo hasta el deferente.

2) Juega un rol en la maduración del espermio.

3) Sirve de reservorio del esperma ya formado.

4) Disuelve en alguna forma el esperma viejo, probablemente inducido por la repleción del túbulo epididimario.

5) Reabsorbe tanto el líquido, como los productos de la espermiolisis (1, 2, 3, 4, 5, 6).

Existe una disminución en la capacidad de fertilizar del esperma epididimario, mayor mientras más proximal se tome la muestra, y viceversa. Así los espermios tomados a nivel de la cola del epidídimo tienen capacidad de fertilización mayor que aquellos tomados a nivel de la cabeza (2, 5, 6).

Esta evidencia inclina a efectuar la epididimovasostomía lo más cerca de la cola cuando así sea posible.

Este tipo de intervención abre alguna esperanza, para aquellos casos de esterilidad masculina obstructiva.

Queda demostrado la capacidad fecundante de los espermatozoides así derivados hacia la vía seminal.

BIBLIOGRAFIA

1.—BEDFORD, J. M.—Morphological changes in rabbit spermatozoa during passage through the epididymis. J. Reprod. Fertil. 5: 169. 1963.

2.—FULKA, J. et al.—The influence on epididymal passage in rabbits on different spermatozoan characteritics. Ann. Rev. Roy. Vet. Agri. Coll. Sterility 213; 1966.

3.—LARDY, H. A. et al.—Comparative metabolic behavior of epididymal ejaculate mammalian spermatozoa. Ann. N. Y. Acad. Sci. 55: 594. 1952.

4.—LUNEFELD, B. et als.—Treatment of male infertility. Human gonadotropins. Fertil & Steril. 18: 581. 1967.

5.—ORGEBIN-CRIST, M. C.—Studies on the function of the epididymis. Biol. of Reprod. Supp. 1: 155, 1969.

6.—ORGEBIN-CRIST, M. C.—Sperm maturation in rabbit epididymis. Nature 216: 816. 1967.

7.—POMEROL, J. M.—Il curso de actualizaciones nefrourológicas para América Latina del Instituto de Urología de Barcelona-España. Mar del Plata, 1969. Pág. 143-152.

VARICOCELECTOMIA. VIA DE ABORDAJE SUPRA-PUBICA, RETROPERITONEAL. EXPERIENCIA OBTENIDA EN 23 ENFERMOS OPERADOS

Dr. LUIS RITTER HERNANDEZ

(Hospital John F. Kennedy de Valdivia. Servicio de Cirugía).

I. INTRODUCCION

El varicocele es la degeneración varicosa de las venas del cordón espermático que afecta al plexo pampiniforme, cuyas venas se van dilatando progresivamente hasta provocar reflujo de la circulación venosa (6). Esta dilatación patológica se produciría por formación insuficiente o ausencia total de válvulas en el plexo pampiniforme, o por minusvalía constitucional de determinados segmentos venosos. Favorecen su aparición la estación permanente de pie, levantar cuerpos pesados, etc. Según estadísticas chilenas (2) antes de los 10 años y después de los 35 años es raro que se desarrolle el varicocele, registrándose su máxima frecuencia entre los 15 y 25 años. Puede ser unilateral o doble; en el primer caso lo es en un 90 por ciento del lado izquierdo. Cuando es doble, el del lado izquierdo es más voluminoso que el derecho.

Desde el punto de vista funcional, en el varicocele se produce como fenómeno básico una estasis sanguínea venosa, éstasis que a su vez desencadenará la producción de otros fenómenos secundarios, a saber: aumento del peso genital, aumento de la temperatura local, que puede alcanzar hasta 2,8º C y, finalmente, lesión del epitelio germinal, todo lo cual explicaría la génesis de algunos signos y síntomas propios de esta afección (5). En efecto, al aumentar el peso del genital, se hace insuficiente el soporte normal del testículo, cual es el músculo dartos, lo que llevará al consiguiente descenso del genital. Por otra parte, este descenso se hará más evidente si se tiene presente que el aumento de la temperatura local hará disminuir la tonicidad de dicho músculo. Ahora bien, al perder el dartos su calidad de soporte genital, todo el peso de éste recaerá sobre las estructuras del cordón, llevando a la producción de un dolor sordo de tracción que sube hasta la ingle.

Otro síntoma que es explicado por las alteraciones funcionales ya nombradas, es la disminución de la espermatogénesis y, en consecuencia, la disminución de la fertilidad, toda vez que al aumentar el volumen de sangre circulante, que actúa como radiador, impedirá que la región se mantenga fría. Por lo demás la estasis sanguínea producirá destrucción del epitelio germinal del testículo, tal como se destruye la piel en las várices.

Entendiendo en esta forma la fisiopatología del varicocele, está claro que su tratamiento consistirá en suprimir el estasis sanguíneo venoso del genital, lo que clásicamente se consigue con la resección y ligadura de las venas varicosas. Lo que en cambio, no está claro y puede, incluso ponerse en duda es la utilidad que pueda tener la pexia genital, maniobra que frecuentemente acompaña a la varicocelectomía. En efecto, si se suprime la presión ortostática que gravita sobre el genital y se suprime, en consecuencia, la hipoxia de estasis, el órgano necesariamente disminuirá de peso y el dartos recuperará su tonicidad, con lo que el genital subirá espontáneamente a su posición normal, salvo que se hayan producido ya, lesiones irreversibles.

No obstante lo dudoso de la pexia genital, esta maniobra habitualmente es la que da el sello de originalidad a las distintas técnicas de varicocelectomía, ya que la sección y ligadura de las venas varicosas es una maniobra común a todas ellas.

En el presente trabajo se expone una técnica de varicocelectomía en que no se contempla la pexia y en que lo originalmente es, tal vez, la vía de abordaje usada y alguno que otro detalle de técnica. Esta vía de abordaje pretende llegar directamente y sin gran daño anatómico a la zona más quirúrgica del cordón, cual es la retroperitoneal, a la altura de la región suprapúbica. En dicha región los troncos venosos están reducidos a 2, lo

que facilita su disección, como asimismo la de los elementos restantes del cordón espermático. Algunas técnicas de varicocelectomía como la de Wechsel, la de Bernardi y la de Ivanissevich abordan también la porción retroperitoneal del cordón, pero se estima que la vía que se expone aquí permite llegar más directa y rápidamente aún a dicha zona. La experiencia en 23 varicocelectomías que se presenta en este trabajo parece demostrarlo.

II. VIAS DE ABORDAJE AL VARICOCELE

Tales vías se pueden resumir en 3, la escrotal, la inguinal y la ilíaca. Se describen sucintamente estas vías, detallando, groso modo, algunas técnicas a manera de ejemplo.

a) *Vía escrotal* (1): Se llama también vía directa porque aborda el varicocele en el mismo sitio donde se encuentra el ovillo flebectásico, mediante incisión de las envolturas genitales, incluyendo parte del cordón. Esta vía puede exponer a recidivas si la resección ha sido insuficiente o a la atrofia del testículo si la resección ha sido exagerada. La disección de la arteria y venas espermáticas es muy difícil y laboriosa.

Una variación de la vía escrotal sería la vía funicular, que consiste en incindir el escroto a nivel del cordón genital, inmediatamente por debajo del orificio inguinal externo, sin abrir el trayecto inguinal.

b) *Vía inguinal* (1): Esta vía permite tratar al mismo tiempo la hernia inguinal si es que la hay. El aislamiento de las venas es más fácil que por la vía escrotal.

Se practica una incisión oblicua sobre la región inguinal como para la hernia, desde un través de dedo por sobre la arcada hasta unos 4-5 cm. hacia abajo; se abre el trayecto inguinal ampliamente, exponiéndose así el cordón espermático en su recorrido inguinal.

Esta vía tiene los inconvenientes de debilitar el trayecto inguinal y de ofrecer muchos troncos venosos, que se mezclan con la arteria espermática, lo que hace que la disección sea igualmente laboriosa, tal como ocurre con la vía escrotal.

Con el fin de evitar los numerosos troncos venosos a nivel del trayecto inguinal, algunos autores como Willis Pope Jordan Jr. (5) abordan estos vasos bien arriba, a nivel del anillo inguinal interno, ya que a esta altura las venas varicosas se han reducido en un 40% a sólo 2 troncos venosos; pero aún más, este mismo autor aconseja practicar una pequeña incisión sobre el anillo inguinal interno, exponiendo retroperitonealmente las venas espermáticas varicosas, con lo que la disección de las venas se facilita más aún.

c) *Vía ilíaca:* Esta vía se ha ideado con la finalidad de evitar las desventajas de las vías descritas anteriormente. Sus virtudes se pueden resumir en los siguientes puntos: 1º Liga las venas varicosas lo más alto posible, vale decir retroperitonealmente, justamente donde las venas espermáticas están reducidas a lo más, a 2 troncos venosos y 2º No toca la anatomía del trayecto inguinal, excepto la técnica de Bernardi, que abre sólo la parte alta de dicho trayecto.

Algunas técnicas operatorias que utilizan esta vía son la de Wechsel, la de Bernardi y la de Ivanissevich.

Técnica de Wechsel (4). Incisión pararrectal izquierda alta. Después de separar el saco peritoneal de la pared lateral de la pelvis, se liga la vena espermática, que corre junto al uréter.

Técnica de Bernardi (1). Incisión de 3 cm. que parte a 0,5 cm. por arriba de la arcada crural y termina a un través de dedo del orificio externo del conducto inguinal. Se seccionan todos los planos, incluyendo la aponeurosis del oblicuo mayor. Rechazo con Farabeuf de los bordes inferiores de los músculos oblicuo menor y transverso, con lo que se observará el cordón genital.

Técnica de Ivanissevich (1). Se practica incisión transversal sobre la línea bilíaca, en una extensión de 5 cm.; el punto medio de aquella debe quedar a 6 cm. por dentro de la espina ilíaca antero-superior. Se seccionan los planos hasta la aponeurosis del oblicuo mayor inclusive y en la dirección de sus fibras. Luego se separan las fibras del oblicuo menor y transverso hasta que se descubre la fascia transversalis. Se abre ésta, encontrándose inmediatamente por debajo el cordón espermático.

III. VIA DE ABORDAJE Y TECNICA DE VARICOCELECTOMIA QUE SE PROPONE EN ESTE TRABAJO

Se trata, en realidad, de una vía ilíaca igualmente, puesto que la incisión se realiza en la fosa ilíaca, más precisamente a unos 2 cm. por sobre la arcada crural, con lo que se alcanza el cordón espermático en su trayecto suprapúbico y retroperitoneal.

TECNICA

1. Incisión de 5 cm. que se inicia en el borde externo del recto anterior del abdomen, paralela a la arcada crural y a más o menos 2 cm. por sobre ella. Esta incisión incluye piel, celular y aponeurosis del oblicuo mayor.

2. Despegue del labio inferior de la incisión aponeurótica del plano muscular del abdomen con lo que se consigue visualizar rápidamente el cordón espermático, que a esa altura corre más o menos paralelo a la arcada, inmediatamente por debajo de los bordes inferiores de los músculos oblicuos menor y transverso, para alejarse luego de la línea media y perderse por debajo del plano muscular ya nombrado, haciéndose retroperitoneal.

3. Disección de la porción suprapúbica y retroperitoneal del cordón espermático. Se facilita esta disección al levantar con un separador Farabeuf el borde inferior del plano muscular oblicuo menortransverso. Esta maniobra evita al mismo tiempo, el peligro de lesionar una rama del nervio abdominogenital mayor.

4. Una vez aislado el cordón en el espacio retroperitoneal, se abre éste y se disecan las venas varicosas que, a esta altura está reducido a lo más a 2 troncos venosos. La disección es fácil, distinguiéndose rápidamente la arteria espermática, la que se mantiene separada. El conducto deferente a esta altura generalmente no se visualiza por haber abandonado el cordón mucho más abajo.

5. Resección de unos 2,5 cm. de vena varicosa, ligando los muñones con lino y dejando que el cabo superior se retraiga espontáneamente por debajo del peritoneo parietal. No se practica pexia genital.

6. Si hay concomitantemente una hernia inguinal o crural, se trata, empleándose la técnica de Henry (3), con lo que se consigue la ligadura alta del saco herniario.

7. Cierre del cordón con catgut simple 00.

8. Afrontamiento del plano muscular oblicuo menortransverso a la arcada inguinal, mediante 2 ó 3 puntos de lino, cubriendo en esta forma casi totalmente el cordón espermático, dejando únicamente un pequeño orificio, lo suficiente para dejar pasar el cordón al conducto inguinal. Esta maniobra significa estrechar y reforzar el orificio interno del trayecto inguinal.

9. Sutura de la aponeurosis del oblicuo mayor con puntos separados de lino.

10. Hilo a la piel. No se deja drenaje.

Es necesario dejar constancia que la técnica recién descrita tiene de común con la técnica de Bernardi en que ambas utilizan el mismo espacio anatómico, para llegar a la parte alta del cordón espermático. Dicho espacio es el limitado por arriba por los bordes inferiores conjuntos del oblicuo menor y del transverso y, por debajo, por la arcada inguinal. Se diferencian, sin embargo, en 2 aspectos: 1º en que la técnica de Bernardi abre la parte alta del trayecto inguinal, no haciéndolo en ningún punto la técnica motivo de este trabajo, y 2º, en que esta última, a diferencia de la técnica Bernardi, refuerza el anillo interno del trayecto inguinal y permite tratar fácilmente las hernias inguinales y crurales concomitantes.

IV. MATERIAL Y METODO

El material con que se trabajó estaba constituido por 23 enfermos, portadores de varicocele izquierdo, visible a la simple inspección, con signo del reflujo positivo, algunos de ellos con acentuado descenso genital y con tiempo de evolución que fluctuaba entre 1 y 8 años. No presentaban patología agregada, salvo 2 que tenían, además, una hernia inguinal indirecta izquierda y una epididimitis crónica izquierda, respectivamente. Las edades de los enfermos fluctuaban en los 19 y 39 años, con distintas actividades profesionales, pero la gran mayoría, aspirantes a carabinero. Esta última condición favoreció enormemente el control postoperatorio alejado. La indicación operatoria fue, en pocos casos, el dolor, siendo en la mayoría el cumplimiento del requisito de no presentar varicocele para ingresar a Carabineros.

Todos los enfermos fueron sometidos a la operación de varicocelectomía según la técnica ya expuesta, practicándose operaciones adicionales en 2 enfermos (Herniopatía izquierda, caso Nº 5 y epididimectomía izquierda, caso Nº 13).

Se usó anestesia raquídea y en algunos casos, anestesia local en base a novocaína al 1%. A todos los enfermos se les exigió levantarse entre las 6 y 24 horas de operado y ninguno de ellos usó suspensor genital al levantarse. Hace excepción a estas reglas el enfermo epididimectomizado, cuya primera levantada fue más tardía y al hacerlo usó suspensor genital.

En el Cuadro 1 se presenta un resumen de la casuística.

V. RESULTADOS OPERATORIOS Y POSTOPERATORIOS

Comentario.—El Cuadro Nº 2 nos revela que la duración de la intervención, según la técnica propuesta, fluctúa entre 10 y 20 minutos, sin considerar los casos N.os 5 y 13, cuyos tiempos operatorios de 35 y 55 minutos se explican por haberse practicado, además, hernioplastia y epididimectomía, respectivamente. Los tiempos operatorios más prolongados se debieron a un sangramiento mayor que obligó a realizar mayor número de ligaduras; también influyó el abundante tejido celular subcutáneo de algunos enfermos. Es de hacer notar que estos tiempos se refieren al acto quirúrgico solamente, sin considerar lo que se demoró en administrar la anestesia; por otro lado estos tiempos, como debe suponerse, no son cronométricos. Con estas aclaraciones se puede concluir que el tiempo medio empleado en cada intervención fue de 14,5 minutos, sin incluir, como ya se anotó, los casos N.os 5 y 13.

Cuadro Nº 1

CASUISTICA: 23 ENFERMOS PORTADORES DE VARICOCELE IZQUIERDO

Caso Nº	*Ficha Cl. Nº*	*Nombres*	*Edad años*	*Profesión*	*Tiempo evolución varicocele ±*	*Patología agregada*
1	12614	J. C. R.	20	Estudiante	2 años	——
2	68784	J. J. R.	22	Obrero	2	
3	08967	J. A. T.	28	Obrero agríc.	6	——
4	69083	H. D. B.	21	Carpintero	4	——
5	68529	A. M. J.	24	Cesante	2	hernia ing. ind. izqda.
6	34602	R. G. R.	22	Conscripto	3	
7	71474	A. S. T.	20	Chofer	4	——
8	71531	R. C. M.	19	Albañil	1,5	——
9	72681	R. R. R.	19	Enfierrador	1,5	——
10	72636	S. R. R.	20	Cesante	1	——
11	35306	H. A. C.	20	Obrero agríc.	2	——
12	41932	V. G. G.	19	Estudiante	2	——
13	38313	L. S. S.	19	Obrero	1,5	Epididimitis izquierda
14	77109	W. P. V.	19	Obrero	1	
15	77403	J. R. C.	20	Obrero	2	——
16	71605	J. F. A.	17	Estudiante	1	——
17	82046	C. C. A.	19	Obrero agríc.	1	——
18	82114	J. P. M.	20	Estudiante	3	——
19	45971	H. M. P.	20	Obrero	4	——
20	81649	R. P. D.	19	Cesante	2	——
21	37253	J. J. P.	19	Estudiante	2	——
22	08361	M. B. F.	28	Estudiante	8	——
23	90686	R. J. V.	39	Obrero	6	——

Igualmente, el Cuadro 2 nos revela los siguientes hechos: que el campo operatorio fue bueno en todos los casos; que no hubo accidentes durante el acto operatorio; que la levantada fue precoz, entre las 6 y 24 horas, excepto el caso Nº 13, por las razones ya anotadas; que la estadía hospitalaria postoperatoria fluctuó entre las 6 horas (deambulatorios) y las 96 horas. Aquí se excluye nuevamente el caso Nº 13. Por otra part el enfermo número 5, operado además de hernioplastia, no prolongó exageradamente su estadía hospitalaria, ya que sólo estuvo 2 días hospitalizado después de la operación.

En verdad todos los enfermos sometidos a la varicocelectomía pura debieron tener una estadía hospitalaria postoperatorio de 24 horas a lo más. Los casos con estadía mayor se debió a problemas médico-sociales.

El Cuadro Nº 3 nos muestra que la herida operatoria- evoluciona como cual quiera otra incisión operatoria. Los hematomas producidos en los casos 11 y 19 se debieron a la punción accidental de un vaso, al aplicar la anestesia local.

El Cuadro Nº 3 demuestra también los siguientes hechos: que el varicocele se hizo inaparente en todos los casos después de la operación; que no se produjo, excepto en el caso Nº 13, edema ni del genital ni del funículo, ni siquiera en el caso Nº 5, a pesar de haberse practicado hernioplastia, además; que sólo en los primeros casos se produjo discreto meteorismo abdominal, a pesar de haberse manipulado en una zona retroperitoneal, en contacto directo con la masa intestinal.

En los Cuadros 4 y 5 se podrá observar los controles en el momento de retirar los puntos (entre el 6º y 8º días postoperatorio) y los controles alejados (entre los 5 meses y los 2 años de postoperados).

En general se podrá comprobar los siguientes hechos: Que la herida operatoria estaba cicatrizada ya al retirar los

Cuadro Nº 2

VARICOCELECTOMIAS IZQUIERDAS (23 CASOS), CON TECNICA PROPUESTA EN ESTE TRABAJO. (LEVANTADA PRECOZ, ENTRE LAS 6 Y 24 HORAS, EXCEPTO EL CASO Nº 13).

Caso Nº	*Fecha op.*	*Anestesia*	*Tpo. op en min. (1)*	*Campo operat.*	*Accid. intraop.*	*Fecha Alta*	*Estadía Hosp. p. op.*
1	27. VI.67	Raquídea	20	Bueno	No	30. VI.67	72 hrs.
2	6. VII.67	"	18	"	"	7. VII.67	24 "
3	13. VII.67	"	20	"	"	17. VII.67	96 "
4	18. VII.67	"	15	"	"	19. VII.67	24 "
5	19.VIII.67	"	35 (2)	"	"	21.VIII.67	48 "
6	9. IX.67	"	18	"	"	9. IX.67	8 "
7	30. IX.67	"	12	"	"	30. IX.67	8 "
8	4. XI.67	"	15	"	"	6. XI.67	48 "
9	4. XI.67	"	16	"	"	6. XI.67	48 "
10	21. XI.67	"	12	"	"	22. XI.67	24 "
11	28. II.68	Local	15	"	"	1º. III.68	24 "
12	15. III.68	"	15	"	"	15. III.68	6 "
13	18. III.68	Raquidea	55	"	"	23. III.68	120 " (3)
14	24. IV.68	Local	12	"	"	24. IV.68	6 "
15	13. V.68	"	14	"	"	14. V.68	24 "
16	8.VIII.68	Raquídea	14	"	"	10.VIII.68	48 "
17	4. IX.68	"	12	"	"	5. IX.68	24 "
18	7. IX.68	"	10	"	"	7. IX.68	8 "
19	9. IX.68	Local	12	"	"	10. IX.68	24 "
20	9. IX.68	"	16	"	"	10. IX.68	24 "
21	13. IX.68	"	14	"	"	14. IX.68	24 "
22	14. III.69	Raquídea	10	"	"	15. III.69	24 "
23	16. VI.69	Local	15	"	"	17. VI.69	24 "

(1) De piel a piel.
(2) Hernioplastia izquierda, además.
(3) Epididimectomía izquierda, además.

Cuadro Nº 3

ESTADO POSTOPERATORIO AL ALTA HOSPITALARIA

Caso N.	*Zona op.*	*Estado actual varicocele*	*Edema funículo genital*	*Meteorismo abdominal*
1	Normal	Inaparente	No	Sí, discreto
2	"	"	"	Sí, discreto
3	Indurada	"	"	No
4	Normal	"	"	"
(1) 5	"	"	"	"
6	"	"	"	"
7	"	"	"	"
8	"	"	"	"
9	"	"	"	"
10	"	"	"	"
11	Discreto hematoma	"	"	"
12	Normal	"	edema genital (2)	"
13	"	"	No	"
14	"	"	"	"
15	"	"	"	"
16	"	"	"	"
17	"	"	"	"
18	"	"	"	"
19	Discreto hematoma	"	"	"
20	Normal	"	"	"
21	"	"	"	"
22	"	"	"	"
23	"	"	"	"

(1) Hernioplastia, además.
(2) Epididimectomía, además.

Cuadro Nº 4

CONTROLES POSTOPERATORIOS AL RETIRAR PUNTOS (6º - 8º DIA)

Caso Nº	*Herida operat.*	*Estado actual varicocele*	*Alta médica*
1	Cicatrizada	Inaparente	10º día
2	"	"	10º día
3	"	"	10º día
4	Indurada	"	14º día
5	Supurada	"	16º día
6	"	"	8º día
7	"	"	8º día
8	"	"	8º día
9	"	"	10º día
10	"	"	10º día
11	"	"	8º día
12	"	"	9º día
13	"	"	35º día
14	"	"	9º día
15	"	"	8º día
16	"	"	8º día
17	Discreta serosidad	"	14º día
18	"	"	8º día
19	"	"	8º día
20	"	"	9º día
21	Ardor	"	9º día
22	"	"	10º día
23	"	"	8º día

Cuadro Nº 5

CONTROLES POSTOPERATORIOS ALEJADOS (ENTRE LOS 5 MESES Y 2 AÑOS POSTOP.)

Caso Nº	*Estado actual varicocele*	*Aspecto escroto izquierdo*	*Trofismo testículo izquierdo*	*Recidiva varicocele*
1	Inaparente	Normal	Normal	No
2	"	"	"	"
3	"	"	"	"
4	"	"	"	"
5	"	"	"	" (1)
6	"	"	"	"
7	"	"	"	"
8	"	"	"	"
9	"	"	"	"
10	"	"	"	"
11	"	"	"	"
12	"	"	"	"
13	"	"	"	"
14	"	"	"	"
15	"	"	"	"
16	"	"	"	"
17	"	"	"	"
18	"	"	"	"
19	"	"	"	"
20	"	"	"	"
21	"	"	"	"
22	"	Fláccido	"	"
23	"	Fláccido	"	"

(1) No hubo recidiva de la hernia a los 2 años de operada.

puntos; que la vuelta a la actividad normal ocurrió entre el 8º y el 14º días postoperatorio, excepto los casos 5 y 13 que lo hicieron respectivamente a los 16 y 35 días de operados, por las intervenciones adicionales ya anotadas; que el varicocele continuaba inaparente; que el aspecto del escroto era normal en 21 de los 23 enfermos operados (91,3%), persistiendo fláccido en el resto; que el trofismo del genital izquierdo era igualmente normal en todos los casos; que no se produjo recidivas del varicocele en ninguno de ellos y que, finalmente tampoco se comprobó recidiva de la hernia operada concomitantemente.

VI. RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se da una definición sucinta del concepto de varicocele, se nombran algunos factores etiopatogénicos y se dan algunos datos estadísticos de su incidencia. Se analiza la sucesión de los fenómenos fisiopatológicos del varicocele y se concluye que el estasis sanguíneo venoso del genital constituye el factor inicial. Dicho estasis llevaría a otros fenómenos secundarios, tales como aumento del peso genital, aumento de la temperatura local y lesión del epitelio germinal, todo lo cual explicaría la génesis de algunos signos y síntomas como ser descenso genital, dolor sordo de tracción y disminución de la espermatogénesis. Se da por entendido que el tratamiento definitivo consistirá en suprimir el estasis venoso genital, lo que se consigue con la resección y ligadura de los paquetes varicosos. La pexia genital se considera superflua, si es que la intervención logra mejorar la circulación genital. Por tal motivo no se realiza dicha maniobra en la técnica de varicocelectomía propuesta, técnica que tendría de original la vía de abordaje, que permitiría llegar rápidamente a la zona más quirúrgica del cordón, cual es la suprapúbica, retroperitoneal. A objeto de ubicar esta vía de abordaje, respecto de las restantes, se hace una revisión de ellas, reconociéndose tres fundamentales: la escrotal, la inguinal y la ilíaca. Se describen algunas técnicas de varicocelectomía a fin de ilustrar dichas vías de abordaje, sin pretender describirlas todas. La vía que se propone en este trabajo podría clasificarse dentro de las ilíacas y tendría algunas semejanzas y diferencias con la técnica de Bernardi. Con la intención de someterla a prueba se la empleó en 23 enfermos portadores de varicocele izquierdo, la mayoría gente joven, aspirantes a carabinero. Las lesiones eran todas evidentes a la simple inspección, con tiempos de evolución entre 1 y 8 años. No había otra patología agregada, salvo una hernia inguinal indirecta izquierda (caso 5) y una epididimitis crónica izquierda (caso Nº 13).

Las anestesias usadas fueron la raquídeal y la local con novocaína al 1%.

Las conclusiones acerca de esta vía de abordaje suprapúbica, retroperitoneal pueden resumirse en los siguientes puntos:

1. *Constituye una vía de abordaje sencilla y rápida.* En efecto, basta practicar una incisión cutáneo-aponeurótica inmediatamente por encima de la arcada y paralelamente a ella y desprender, luego, la hoja inferior del plano aponeurótico, para tener a la vista el cordón espermático; todo lo cual se hace en escasos minutos. La disección retroperitoneal del cordón es igualmente fácil y rápida. La intervención total no debe demorar más de 15 minutos (de piel a piel).

2. *No produce daño anatómico de significación* por cuanto:

a) No afecta estructuras nerviosas ni vasculares de la pared abdominal.

b) No debilita el trayecto inguinal, ya que no lo abre. Por el contrario, lo refuerza, al reducir el orificio interno del trayecto inguinal, mediante sutura del plano muscular oblicuo-menor-tranverso a la arcada crural, a la manera de Bassini para la hernioplastia inguinal.

c) No produce edema genital. Lo que se explica porque el manipuleo quirúrgico queda muy distante de la zona genital.

3. *Da un excelente campo operatorio,* que permite, además, tratar las hernias inguinales concomitantes, siempre que se emplee la técnica de Henry.

4. *Permite hacer la disección de las venas varicosas rápidamente y sin peligro de dañar estructuras importantes del cordón,* lo que se explica por las razones siguientes:

a) Porque a dicho nivel, (retroperitoneal) las venas espermáticas están reducidas a 2 troncos, a lo más.

b) Porque la arteria espermática se puede diferenciar y separar fácilmente.

c) Porque el conducto deferente generalmente ya ha abandonado el cordón espermático.

5. *Proporciona resultados ampliamente satisfactorios,* toda vez que se obtuvo la desaparición de las varicosidades del escroto en el 100% de los casos y la recuperación de la función de soporte del dartos en un 91,3%. Esto último estaría dando la razón a los autores que consideran superflua la maniobra de pexia genital.

6. *Permite una corta estadía hospitalaria,* incluso permite enviar el enfermo a su casa inmediatamente de operado, si se usa anestesia local.

7. *Hace posible la levantada precoz y la rápida vuelta al trabajo.*

BIBLIOGRAFIA

1.—CRISTMANN, F. y OTTOLENGHI, C.—Técnica quirúrgica. 3ª Ed. II, 1143. El Ateneo, Bs. As. 1953.

2.—COUTTS, W. E.—Enfermedades génitourinarias. 2ª Ed.. 349. Ed. Universitaria S. A. Santiago. 1955.

3.—GRUDSKY, E. A.—Nuevo procedimiento quirúrgico de reparación de la hernia inguinal indirecta. 36. Santiago. 1943.

4.—KLOSTERHALFEN, H. y SCHIRREN, C.—Terapéutica quirúrgica del varicocele. Práctica quirúrgica, III, 3, 383.

5.—POPE JORDAN, W. Jr.—Hidroceles y varicoceles. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica, Diciembre, 1535. 1965.

6.—SCHACHTEBECK, C.—El varicocele. Bol. Hosp. San Juan de Dios, 4-4, 243. 1957.

EL CLORURO DE ETILO EN EL TRATAMIENTO DEL CONDILOMA ACUMINADO DEL PENE. EXPERIENCIA EN QUINCE CASOS

Dr. LUIS ANDRES RITTER HERNANDEZ

(Hospital John F. Kennedy. Valdivia).

INTRODUCCION

Con cierta frecuencia llegan a los Servicios de Urología enfermos portadores de condilomas acuminados, planteándose al médico el problema de elegir el tratamiento más adecuado.

Hay en verdad, numerosos procedimientos terapéuticos para el tratamiento de dichos tumores, pero todos ellos, en más o en menos, tienen las desventajas de ser engorrosos, requerir múltiples sesiones de tratamiento, producir edema local o de requerir instrumental especial, como en el caso de la electrosección. Por esta razón es que se buscó un procedimiento sencillo, rápido, eficaz e inocuo, requisitos que parece cumplir plenamente el procedimiento en base al cloruro de etilo. La finalidad de este trabajo es, precisamente, exponer la técnica y los resultados de este método a través de 15 enfermos varones, portadores de condilomas acuminados del pene.

No se consideró necesario reunir una casuística mayor por cuanto los resultados positivos obtenidos son tan evidentes que no hay una razón suficientemente lógica para pensar que en una serie mayor no se produzcan iguales resultados.

El hecho de que este procedimiento se haya aplicado sólo en varones no significa que no pueda aplicarse en mujeres, puesto que las características histopatológicas de estos tumores son las mismas en ambos. Como es de suponer, el método del cloruro de etilo no se usó en mujeres, por el hecho obvio de que éstas no consultan en los Servicios de Urología por sus condilomas, haciéndolo en cambio, en los de Ginecología o Venéreas.

CONDILOMAS ACUMINADOS DEL PENE, QUINCE CASOS TRATADOS CON RASPADO, PREVIA APLICACION LOCAL DE CLORURO DE ETILO

Generalidades. Los condilomas son tumores benignos de tipo fibroepiteliales en que prolifera la papila de tejido conjuntivo conjuntamente con el epitelio plano. Cada papila de tejido conjuntivo se dirige hacia la superficie, la que a su vez emite pequeñas papilas laterales, secundarias, las cuales están cubiertas igualmente por una superficie epitelial hasta en sus más finas ramificaciones. De esta manera se forman vellosidades delgadas que le dan el aspecto de coliflores. Estos tumores pueden ser únicos o múltiples, siendo generalmente sésiles, aunque pueden ser pediculados (1). En el hombre se localiza de preferencia en el pene, ya sea en el surco balano-prepucial, cara interna del prepucio, glande o frenillo. También pueden presentarse en el meato urinario y alrededor del ano. En las mujeres se los encuentra en los grandes labios, carúnculas, vulva, vagina y hasta en el cuello uterino. En los niños su presencia es excepcional (2).

La sintomatología está dada por la irritación local y el sangramiento ocasional, además del olor *especial* que pueda producir y la inquietud que provoca al enfermo, por tratarse de un tumor.

Actuarían en la génesis de este tumor las secreciones irritantes y un virus. Las secreciones, la humedad prepararían el terreno para la colonización del virus, que entonces provoca la proliferación de los tejidos (1). Un factor predisponente importante es el prepucio largo y/o estrecho (3).

Tratamientos empleados en el condiloma acuminado. Se ha usado una gran variedad de procedimientos para extirpar estos tumores, que van desde el empleo de una serie de sustancias químicas hasta las quirúrgicas y las biológicas.

Se han usado los siguientes procedimientos:

a) Aplicación local de resorcina finamente pulverizada (2).
b) Tocaciones con nitrato de plata (2).
c) Tocaciones con mezcla de ácido salicílico y ácido acético glacial. (3)

d) Tocaciones con podofilina al 10-20 por ciento.
e) Raspado con cucharilla y cauterización de los puntos de inserción. (2)
f) Extirpación con asa de diatermia (4).
g) Ligadura con hilo de seda de los condilomas pediculados. (3)
h) Circuncisión en los condilomas muy extendidos. (4).
i) Tratamiento biológico a base de inyecciones de macerado de condilomas. (2)

Pero tal vez los procedimientos más usados actualmente son los que se hacen en base a la podofilina y a la electroresección.

Procedimiento propuesto en este trabajo para el tratamiento del condiloma. Se propone en este trabajo el tratamiento del condiloma acuminado del pene mediante el uso del cloruro de etilo, sustancia incluida en el arsenal terapéutico del SNS y que se usa oficialmente como anestésico local en base al frío y congelación local que produce. El fundamento del uso de esta sustancia descansa en la propiedad de congelar y, en consecuencia, de endurecer y de tornar quebradizo los tejidos. En el caso presente al congelarse el condiloma, éste se vuelve fácilmente desprendible al practicar el raspado de su base de implantación, justamente, por tornarse quebradizo.

Técnica. Se pone tensa la zona de implantación del condiloma, lo que el cirujano puede hacer con su mano izquierda. (En ocasiones podría ser necesario un ayudante para facilitar la tensión de la zona a operar). Con la mano derecha se deja caer el chorro de cloruro de etilo, el que rápidamente producirá la consistencia de congelación del condiloma y del tejido sano vecino. Una vez conseguido este estado se practica sobre la base del dondiloma un movimiento de raspado hecho con un bisturí o mejor con una de las ramas de unas tijeras. Este raspado hecho sobre el condiloma en este estado físico de congelación hace que el tumor se desprenda en forma neta del tejido sano, lo que ocurre fácilmente y habitualmente el desprendimiento es de un solo block. Una vez extirpado el tejido patológico queda la base de implantación sangrando muy discretamente, bastando aplicar una compresa ligeramente compresiva para cohibir la hemorragia. Finalmente se coloca furacín líquido en la zona operada, llevando luego el prepucio hacia adelante.

El procedimiento no es doloroso, ya que el cloruro de etilo es, precisamente, anestésico local. Lo que sí produce molestias al enfermo, es el exceso de cloruro de etilo que se derrama y cae sobre los muslos, pero esto se evita aislando el campo operatorio con compresas, de tal manera de absorber el exceso.

MATERIAL Y ESTUDIO

Entre los años 1967 y 1969, se reunieron 15 enfermos portadores de condilomas acuminados del pene, siendo 8 de ellos de la clientela hospitalaria del John F. Kennedy, 4 del Servicio Médico de Carabineros de Valdivia y 3 de la clientela privada. Las edades fluctuaron entre los 19 y 42 años. Los condilomas fueron habitualmente múltiples, ya sea pediculados o sésiles. Los enfermos fueron tratados con la técnica del cloruro de etilo ya señalado.

En los Cuadros 1 y 2 se resume la casuística y las características generales de las lesiones.

En los Cuadros 3 y 4 se resumen las alternativas del acto operatorio y los resultados postoperatorios inmediatos y alejados.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se ha revisado sucintamente las características anatómicas e histopatológicas del condiloma acuminado, así como su génesis y sintomatología.

Se han nombrado los métodos usados para su extirpación y se ha propuesto otro procedimiento para tal fin, en base al congelamiento producido por el cloruro de etilo. Para tal efecto se ha presentado una casuística de 15 enfermos varones con edades entre 19 y 42 años, portadores de condilomas acuminados múltiples, de ubicación peneana, con tiempo de evolución que van desde 10 días a 4,5 meses, cinco de ellos queratinizados y uno infectado secundariamente.

Cuadro Nº 1

PRESENTACION RESUMIDA DE LA CASUISTICA.

Caso Nº	*Ficha clínica*	*Nombre*	*Edad*	*Profesión*
1	08361	M. B. F.	25	Estudiante
2	Privado	S. S. Sch.	39	Dentista
3	S. Méd. Carab.	E. V. M.	24	Oficial Car.
4	Privado	H. G. Q.	32	Profesor
5	Privado	M. T. F.	20	Estudiante
6	61580	M. V. G.	42	Profesor
7	78941	H. R. B.	23	Estudiante
8	S. Méd. Carab.	S. Z. A.	23	Carabinero
9	S. Méd. Carab.	M. M. L.	30	Carabinero
10	77243	T. O. G.	37	Empleado
11	S. Méd. Carab.	V. B. Ch.	24	Carabinero
12	88504	A. C. L.	32	Obrero
13	32162	T. C. A.	26	Obrero
14	89419	R. B. S.	19	Militar
15	37560	N. G. B.	19	Militar

Cuadro Nº 2

PRESENTACION RESUMIDA DE LA CASUISTICA.

Caso Nº	*Ubicación condilomas*	*Nº condilomas*	*Complicadas*	*Tiempo evolución*
1	Prepucial	más de 5	—	1,5 mes
2	Prepucial-rodete glande	3	—	10 días
3	Prepucial-rodete glande	más de 5	Queratinizado	2 meses*
4	Prepucial-glande	2	—	20 días
5	Prepucial-frenillo	más de 5	—	1 mes
6	Prepucial-glande	2	—	14 días
7	Prepucial	más de 5	Infectado	1 mes
8	Prepucial-rodete glande	3	—	3 meses
9	Prepucial	más de 5	Queratinizado	2 meses
10	Surco bálano-prepucial	más de 5	Queratinizado	1,5 mes
11	Prepucial	más de 5	—	15 días
12	Prepucial-glande	4	—	1 mes
13	Surco bálano-prepucial	más de 5	—	2,5 meses
14	Prepucial-rodete glande	4	Queranitizado	4 meses**
15	Prepucial	más de 5	Queratinizado	4,5 meses***

* Tratado previamente con solución podofilina al 10%.
** Previamente circuncidado por fimosis y luego tratado con electrorresección y tocaciones de podofilina al 10%. Finalmente aplicación del método del cloruro etilo por persistir las lesiones.
*** Tratado previamente con podofilina al 10% y luego circuncidado por fimosis. Por persistencia de los condilomas se aplica el método del cloruro de etilo.

Estos enfermos se han tratado con cloruro de etilo, anestésico local que al congelar y endurecer las lesiones, las hacen fácilmente desprendibles con un movimiento de raspado practicado sobre su base de implantación.

Se demuestra en este trabajo que este procedimiento no ofrece desventajas y que, por el contrario, posee grandes ventajas, a saber:

1. Es inocuo, por cuanto el cloruro de etilo no es tóxico ni cáustico; por otro lado el raspado que se practica logra desprender el tumor sin dañar el tejido sano. El sangramiento que se produce es mínimo y no dura más de 3 minutos. Puede producirse algún hematoma si se actúa con brusquedad.

2. Es indoloro, ya que el cloruro de etilo es precisamente, anestésico local.

Cuadro Nº 3

TRATAMIENTO AMBULATORIO CON CLORURO DE ETILO.

Caso Nº	*Fecha operación*	*Nº sesiones op.*	*% extirpación*	*Complicaciones durante operación**
1	15-III-67	1	100%	Discreto dolor inicial
2	11-VII-67	1	100%	Discreto dolor inicial
3	5- X -67	1	100%	Discreto dolor inicial
4	7-XII-67	1	100%	——
5	19-III-68	1	100%	——
6	3-IV -68	1	100%	Pequeño hematoma
7	16-IX -68	1	100%	Discreto dolor inicial
8	10- X -68	1	100%	——
9	24- X -68	1	100%	——
10	11-XI -68	1	100%	——
11	8-III-69	1	100%	Discreto dolor inicial
12	26-III-69	1	100%	Discreto dolor inicial
13	2-VII-69	1	100%	——
14	9- X -69	1	100%	Discreto dolor inicial
15	16- X -69	1	100%	——

* Todos sangraron muy discretamente, desapareciendo la hemorragia entre 1-3 minutos.

Cuadro Nº 4

RESULTADOS POSTOPERATORIO.

Caso Nº	*Resultados inmediatos* (Entre el 1º y 6º día post-op.) *Epitelización*	*Infección*	*Dolor*	*Resultados alejados* (Entre 1-4 meses) *Escuelas cicatriciales o de otro orden*	*Recidivas*
1	Total	No	No	No	No
2	"	"	"	"	"
3	"	"	"	"	"
4	"	"	"	"	"
5	"	"	"	"	"
6	"	"	"	"	"
7	"	"	"	"	"
8	"	"	"	"	"
9	"	"	"	"	"
10	"	"	"	"	"
11	"	"	"	"	"
12	"	"	"	"	"
13	"	"	"	"	"
14	"	"	"	"	"
15	"	"	"	"	"

Puede producirse sí, un discreto dolor inicial mientras hace efecto el cloruro de etilo. También puede producir una sensación desagradable en los muslos del enfermo por escurrimiento del exceso de cloruro de etilo, pero que puede evitarse aislando el campo. No se produce, en cambio, dolor alguno en el postoperatorio inmediato.

3. Es eficaz y sencillo de aplicar, ya que no requiere instrumental especial ni cuidados especiales ni antes, ni durante ni después de la intervención y, basta una sola sesión para la extirpación total del tumor. Por otra parte la intervención dura sólo algunos segundos, lo que hace que el tratamiento sea ambulatorio y el enfermo no deje de trabajar por esta causa.

4. La zona operatoria epiteliza rápida-

mente en un 100%, no dejando posibilidad a infección posterior. No produce secuela de ningún tipo y la lesión no recidiva.

5º No tiene contraindicaciones, ya que puede aplicarse cualquiera sea la extensión de la base de implantación de los condilomas, así como cualquiera sea el tiempo de evolución y el número de ellos. La queratinización y la infección secundaria que presentan, no constituyen contraindicaciones.

BIBLIOGRAFIA

1.—HAMPERL, H. y RIBBERT, H.—Tratado de Patología General y Anatomía Patológica, 4ª Ed., p. 267. Ed. Labor S. A., Barcelona. 1946.
2.—COUTTS, W. E.—Enfermedades génitourinarias. 2ª Ed. p. 183. Ed. Universitaria S. A. Santiago. 1955.
3.—CAMPBELL, M.—Urología, p. 273. Ed. Interamericana, S. A., México. 1958.
4.—SWINNEY, J. y HAMMERSLEY, D. P.—Cirugía urológica, 1ª Ed. p. 300 Ed. Salvat, Barcelona. 1965.

TRATAMIENTO DE LA INFECCION URINARIA CON MINOCICLINA

(7 Dimetilamino -6-deoxi-6-dimetiltetraciclina)

Drs. FERNANDO VARGAS DELAUNOY, FERNANDO BUSTAMANTE BOZZO y EDNA SILVA INZUNZA

(Hospital J. J. Aguirre, Depto. de Especialidades, Sección Urología)

Hace años que investigamos en nuestro medio casi todos los nuevos antibióticos y quimioterápicos que van apareciendo.

En el presente estudio hemos investigado una nueva droga elaborada por los laboratorios Lederle cuya estructura es 7-Dimetil amino-6-deoxi-6-dimetiltetraciclina y se denomina C L 59806 o Minociclina (Minocycline).

METODO

Se hizo investigación de la actividad de Minociclina "in vitro" y la evaluación de la acción terapéutica de la droga en 21 pacientes seleccionados para tal efecto.

La acción "in vitro" la investigamos examinando la acción de Minociclina en 173 cepas bacterianas aisladas de diferentes tipos de infección urinaria. Para esto usamos el método de test de sensibilidad por medio de disco, especialmente elaborado en Laboratorios Lederle.

En el estudio clínico, utilizamos pacientes adultos portadores de infecciones urinarias simples, en su mayoría agudas (cistitis, prostatitis, epididimitis) y que no hubiesen sido sometidos a manipulaciones diagnósticas, ni operaciones reparadoras, así como no haber recibido tratamiento con otros antibióticos. Se administró Minociclina en dosis de ataque de 400 mgrs. por un día, dando después una dosis diaria de 200 mgrs. (en dos dosis), hasta completar una semana. Los resultados fueron tabulados en dos niveles: clínico, según la mejoría aparente y subjetiva del paciente y de laboratorio, investigando el grado de desaparición de bacteriuria y piuria en el examen de orina aséptica.

Durante el tratamiento se analizaron los efectos colaterales que podían suceder y en su mayoría se hizo examen de hemograma y orina completo de control, para pesquisar más íntimamente esos posibles efectos.

RESULTADOS

En el Cuadro 1 exponemos las 173 cepas analizadas con test de sensibilidad en el laboratorio y provenientes de diferentes tipos de infección urinaria. Se exponen los porcentajes de sensibilidad.

Cuadro 1

Cepas	*Nº total*	*Nº cepas sensibles*	*% sensibilidad*
Escherichia Coli	36	28	77,7%
Klebsiella	30	16	53,3%
Aerobacter Aerógenes	14	8	57,1%
Alcalígenes Fecalis	12	6	50 %
Pseudomona Aeruginosa	13	1	7,7%
Proteus	31	15	47,7%
Estreptococo hemolítico	9	9	100 %
Staphylococcus Aureus	20	16	80 %
Staphylococcus Albus	8	8	100 %
TOTAL	173		

Cuadro 2

21 PACIENTES TRATADOS CON MINOCICLINA

Tipos de infección	*Nº*
Cistitis aguda	12
Epididimitis aguda	4
Uretritis inespecífica	1
Pielonefritis crónica reagudizada	2
Anexitis aguda	2
TOTAL	21

En los siguientes Cuadros exponemos los resultados del tratamiento. El resultado clínico lo tabulamos como "bueno" cuando hubo total desaparición de la sintomatología y "regular" o "malo" cuando los síntomas sólo pasaron parcialmente o permanecieron sin variaciones. El resultado bacteriológico lo tabulamos como "bueno" cuando hubo desaparición total de la piuria y bacteriuria al examen de orina asépticamente emitida y "regular" o "malo" cuando la cepa continuó eliminándose por la orina, o fue reemplazada por otra bacteria.

Cuadro 3

RESULTADO DEL TRATAMIENTO DE INFECCION URINARIA EN 21 PACIENTES PORTADORES DE INFECCION URINARIA.

	Bueno		*Regular o malo*	
Evolución clínica	14	(66,6%)	7	(33,3%)
Evolución Bacteriológica	10	(47,6%)	11	(52,4%)

En el último Cuadro exponemos efectos colaterales de la droga que ocurrió en 5 pacientes:

Cuadro 4

EFECTOS COLETERALES

Intolerancia gástrica	3 pacientes
Mareos intensos	2 pacientes

Hemograma se efectuó en 13 pacientes, después de terminado el tratamiento, resultando en todos dentro de límites normales. En un caso de pielonefritis crónica reagudizada había discreta anemia que no se acentuó con el tratamiento.

COMENTARIO

En nuestro estudio "in vitro" encontramos que la actividad de la Minociclina es altamente eficiente sobre Escherichia Coli (77,7% de sensibilidad) y sobre Staphylococcus Aureus (80%), además de Estreptococo y Staphylococcus Albus (100%).

Estas sensibilidades son significativamente mejores que las de la Tetraciclina. Estudios sobre la acción de diferentes antibióticos "in vitro" hechos por nosotros hace 2 años; demuestran las siguientes sensibilidades de la Tetraciclina: Escherichia Coli, 40,1% (Minociclina 77,7%), Staphylococcus Aureus 31,4% (Minociclina 80%), Klebsiella 20,5% (Minociclina 53,3%), Proteus 7,4% (Minociclina 47,7%), Pseudomona Aeruginosa 9,4% (Minociclina 7,7%). Se comprueba así también que la actividad de la Minociclina sobre Klebsiella y Proteus, a pesar de ser menor, es sin embargo mejor que la Tetraciclina. La Pseudomona Aeruginosa se demostró muy resistente apareciendo sólo un caso sensible (7,7 por ciento).

Esto concuerda más o menos con los estudios "in vitro" de Steigbigel, Renzini, Fedorko.

El resultado del tratamiento clínico en 21 pacientes fue bueno en el 66,5% de los casos, obteniéndose la limpieza bacteriológica de la orina en el 47,6 por ciento de los casos. Comparando con otros estudios de antibióticos hecho por nosotros (Colistin, Gentamicina, Quemicilina, Urobiótico, etc.) lo encontramos aceptable. La tolerancia a la droga fue en general también aceptable; en varios pacientes, sin embargo, aparecieron síntomas de intolerancia digestiva, manifestados por náuseas y en 3 de ellos se tuvo que suspender el tratamiento por vómitos y dolor abdominal. En 2 pacientes hubo síntomas de mareo que desapareció al suspender la droga. Es posible que intentando usar menor dosis en el tratamiento, estos síntomas colaterales puedan ser menores.

Heine encontró intolerancia gástrica sólo en un paciente de 36 en los cuales hizo estudio de dosaje y tolerancia de la droga. En nuestra serie la intolerancia fue, sin duda, un poco mayor.

Tratamiento de infección gonocócica con Minociclina. Continuando nuestro estudio con Minociclina, comenzamos a administrarle, además de las infecciones urinarias en general, expuestas anteriormente, en pacientes portadores de gonorreas.

En 37 casos administramos la droga, siendo de éstos: 20 hombres y 17 mujeres.

Se hicieron 2 grupos, uno (20 pacientes) en que se dio la droga en dosis de 200 mgrs. diarios por 5 días, dando 400 mg. el primer día como dosis de ataque; un segundo grupo (17 pacientes) se dio Minociclina 400 mg. diarios por 3 días.

Se controlaron clínicamente y bacteriológicamente, por una y dos veces. Dos casos se perdieron, no volviendo a control y no pudiendo ser ubicados (posiblemente en buenas condiciones?). Se tabularon como fracasos los pacientes que permanecieron o recidivaron en la supuración uretral o se encontró gonococos en la orina 1 era micción en hombres, o en la secreción cervical en las mujeres.

RESULTADOS

Se aprecian en los 2 Cuadros siguientes:

TRATAMIENTO GONORREA CON MINOCICLINA

200 mg. diarios por 5 días (20 casos)

Nº casos controlados	*Buen resultado*	*Fracaso*
18	16	2

TRATAMIENTO GONORREA CON MINOCICLINA

400 mg. diarios por 3 días (17 casos)

Nº casos controlados	*Buen resultado*	*Fracaso*
17	16	1

En 18 pacientes sintieron leve sensación de meteorismo; no hubo casos de vómitos o diarrea. En la mayor parte de los pacientes, especialmente en el 2º grupo, se presentó un estado de decaimiento general (astenia) que pasó completamente al terminar el tratamiento.

COMENTARIO

Se trataron 37 pacientes portadores de gonorrea con Minociclina; al parecer el efecto habría sido mejor en el segundo grupo con mayor dosis y menos tiempo de tratamiento, produciéndose un fracaso en contraposición al primer grupo en que hubo 2. Al ser más pequeño el tiempo de tratamiento, no aparecieron intolerancia gástrica como en los pacientes tratados por infección urinaria en general, donde se dio la droga por 7 días. Cabe hacer notar que la dosis de 400 mg. produce un estado de astenia que pasa al terminar el tratamiento.

RESUMEN

Se estudió la sensibilidad de 173 cepas "in vitro" a Minociclina. La Escherichia Coli y Staphylococcus fueron los gérmenes más sensibles. La Klebsiella fue sensible en un 53,3%, Aerobacter 57,1 por ciento y Proteus 47,7%. La Pseudomona Aeruginosa se demostró resistente. La acción es mejor que la Tetraciclina con todos esos gérmenes, comparando con estudios nuestros anteriores.

El resultado del tratamiento de 21 pacientes con infección urinaria fue clínicamente bueno en 66,6%, obteniendo la esterilización de la orina en el 47,6%.

Cinco pacientes presentaron efectos colaterales, intolerancia gástrica en 3 y mareos en 2.

En 35 pacientes con gonorrea, se logró curación completa en 32 y fracaso en 3 de ellos.

BIBLIOGRAFIA

1.—FEDORKO, J. et al.—(Washington, D. D., United States): In vitro activity of minocycline, a new Tetracycline. Amer. J. Med. Sci., 255 (4): 252-258 (Apr.) 1968.

2.—RENZINI, G. et al.—(Rome, Italy): Attivita antibatterica in vitro e in vivo di una nuova tetraciclina: CL 59806 antimicrobial in vitro and in vivo activity of a new tetracycline: 59806. Antibiótica (Roma), 5 (4): 241-261 (Dec.) 1967 - Bilingual Edition.

3.—STEIGBIGEL, N. H. et al.—(Boston, Mass., United States): Susceptibility of Common Pathogenic bacteria to seven tetracycline antibiotics in vitro. Amer. J. Med. Sci., 255 (3): 179-195 (March) 1968.

4.—STEIBIGEL, N. H. et al.—(Boston, Mass., United States). Absorption and excretion of five tetracycline analogues in normal Young Men. Amer. J. Med. Sci., 255 (5): 296-312 (May) 1968.

5.—VARGAS, F.—Evaluación de los antibióticos actualmente en uso en tratamiento de infección urinaria. Rev. Chil. Urol. Vol. XXXII Ene-Jun. 1969.

6.—VARGAS, Z. R.—Urología. Imprenta Molina F. 1968.



Una dosis que hace más que cuatro!

Vibramicina*
(doxiciclina)

produce niveles terapeuticos más rápidos, altos y prolongad
que cuatro dosis de otros antibióticos.

Vibramicina cápsulas 100 mg.:
la dosis habitual de Vibramicina es de 200 mg el primer dí
de tratamiento seguido de una dosis de mantenimiento
de 100 mgs.

Vibramicina jarabe:
la dosis recomendada para niños hasta 50 kg de peso es
de 4 mg/kg de peso el primer día de tratamiento, seguidos
de 2 mg/kg de peso en los días siguientes.

y además una gran ventaja práctica:



la completa absorción intestinal de
Vibramicina no es interferida por los alimentos.

Pfizer DIVISION FARMACEUTICA
SANTIAGO - CHILE.

MARKETING - PFIZER *MARCA REGISTRADA OFFSET SERVICE

FIBROLIPOSARCOMA RETROPERITONEAL

Dr. ROBERTO VARGAS DELAUNOY

(Servicio de Urología. Hospital J. J. Aguirre)

Los tumores retroperitoneales constituyen una patología de observación poco frecuente que enfrentan al urólogo a problemas diagnósticos y terapéuticos a veces difíciles.

Las primeras descripciones de un tumor retroperitoneal se atribuyen a Morgagni quien en 1761 encuentra un lipoma de esta ubicación en una autopsia. En un congreso de la Southern Surgical Association celebrado en 1897 Douglas presenta una serie de 20 casos de tumores sólidos retroperitoneales recopilados por Ragowsky. En un estudio efectuado por Ariel y Pack publicado en 1958 refieren haber encontrado 750 casos de tumores primarios retroperitoneales en la literatura a esa fecha (1). En nuestro medio, el Dr. Silva Garín presenta 20 casos observados entre los años 1950 y 1956 en el Hospital del Salvador. Un solo caso correspondía a Liposarcoma (2).

Los tumores retroperitoneales pueden originarse en el tejido graso, celular, facias, tejido vascular, nervioso, conductos y vasos linfáticos. Roth señala la posibilidad de que estos tumores tengan su origen en restos embrionarios del aparato urogenital, siendo el primero en relacionar los quistes retroperitoneales con restos del aparato de Wolff. Hansman y Budd en una observación de 17 tumores retroperitoneales encuentran similitud con tumores que se originan en distintas estructuras del aparato urogenital del adulto. Aquellos tumores mixtos que contienen tejido adiposo, glandular, fibroso y otros, también provendrían de restos embrionarios urogenitales que se explicaría por la capacidad de estas células embrionarias de dar origen a distintos tipos de tejidos (2, 3).

En la estadística de Pack y Ariel, de 103 tumores malignos, retroperitoneales, 17 correspondían a Liposarcomas, siendo aventajados en frecuencia sólo por los Rabdomiosarcomas y Linfosarcomas (1). Farbman estima en aproximadamente 300 los casos de tumores grasos presentados hasta 1950. De ellos eran benignos 58,8% y malignos 47,2% (Cuadros 1 y 2) (1, 4).

La característica más sobresaliente de estos tumores grasos es el enorme tamaño que suelen alcanzar, lo que es explicable por no encontrar en las estructuras vecinas una gran resistencia a su desarrollo. Existen casos en que crecen hacia el conducto inguinal extendiéndose a través de éste y presentándose en los grandes labios, nalgas y aún escroto. El promedio de peso en las grandes series revisadas por Fargman era de 7,4 kgs. El Liposarcoma de la estadística del Dr. Silva Garín que no revelaba signos de malignidad al ser extirpado por primera vez, pesaba 7 kgs. Su recidiva, que obligó a una reintervención, demostró un Liposarcoma de 9 kgs. de peso (2).

Sintomatología. Uno de los hechos característicos de los tumores retroperitoneales es la falta de síntomas en las primeras etapas. La sintomatología se hace evidente, en general, cuando estos tumores alcanzan grandes proporciones. En los casos de Pack y Ariel el dolor fue el síntoma más frecuente presentándose en el 50,8% de los pacientes. El dolor rara vez alcanza gran intensidad. En las observaciones de estos autores, seguía en frecuencia la palpación de una masa abdominal de crecimiento progresivo en un 30,8% de los casos (1). Es de interés recalcar que estos aumentos de volumen detectados por el paciente se acompañaban de dolor en sólo un 50% de ellos, en las primeras etapas. La asociación de ambos síntomas es más frecuente en etapas más avanzadas. Se describen molestias gastrointestinales, lumbalgia, dolor y aumento de volumen de las extremidades inferiores, trastornos miccionales, pérdida de peso, pesantez perineal y fiebre.

Diagnóstico. El diagnóstico de un tumor retroperitoneal suele ser difícil. Muchos de estos pacientes son intervenidos quirúrgicamente con un diagnóstico erróneo, tal como quiste de ovario, quiste del páncreas, quiste hidatídico, cáncer del

colon, etc. La sospecha de un tumor retroperitoneal impone un acucioso estudio radiográfico gastrointestinal y pielográfico. El desplazamiento del intestino delgado, colon y estómago que no demuestran lesión intrínseca, indican que la masa en estudio se encuentra fuera del tracto gastrointestinal. Los desplazamientos ureterales y renales que pueden aparecer en las pielografías son altamente sugestivos de masa retroperitoneal. En ayuda de los métodos antes expuestos están la aortografía, cavografía, insuflación retroperitoneal y linfografía. Las pruebas para quiste hidatídico deben ser utilizadas en nuestro medio dada la mayor incidencia de esta afección.

Tratamiento. El único tratamiento satisfactorio es la extirpación completa del tumor, lo que no siempre es posible. Sus adherencias a estructuras vecinas como aorta, vena cava, riñón y uréteres impiden en ocasiones este procedimiento. La vía transperitoneal es la más utilizada por permitir una visión amplia del tumor y la exploración de la cavidad abdominal (2). La vía lumbar puede usarse en aquellos tumores pequeños cercanos al riñón.

La experiencia de Pack demuestra que muchos Liposarcomas, especialmente los de poco volumen, son radiosensibles, y que algunos, considerados inoperables han podido ser extirpados después de un tratamiento radioterápico.

CASO CLINICO

(Obs. 140919). Paciente de 30 años, constipado crónico, presentaba desde hacía 8 meses, en forma intermitente, deposiciones líquidas de hasta diez veces en el día. Desde la edad de 20 años acusaba pérdida de sangre roja al obrar, habiendo sido sometido a hemorroidectomía por esta causa en 1954. No revelaba trastornos miccionales.

Consulta en la policlínica de proctología, donde se encuentra una masa dura y firme que se interpretó como de posible ubicación anterior con relación al recto. Se practicó una rectoscopia que reveló una mucosa normal hasta 12 cm., impidiendo un mayor desplazamiento la masa descrita. Se envía en interconsulta a Urología para descartar una tumoración prostática. El examen urológico demostró que la masa estaba situada por encima de la próstata, siendo lisa y dura. Se planteó el diagnóstico de tumor o quiste retrovesical. Las constantes sanguíneas y examen de orina eran normales. La intradermorreacción de Chauffard Casoni y la reacción de hemoaglutinación para hidatidosis eran negativas. La pielografía de eliminación demostró desplazamiento de ambos uréteres en su porción inferior, y la enema baritada una compresión extrínseca del recto por una masa de partes blandas retrorrectal. Se opera con el diagnóstico de tumor retroperitoneal, que se corrobora en el acto quirúrgico al encontrarse una masa esférica, lisa y dura del tamaño de una cabeza de feto ubicada entre los vasos ilíacos primitivos a los cuales desplazaba hacia afuera, y que se extendía siguiendo la concavidad del sacro a la cual se adhería. La masa descrita se extirpó en su totalidad. El examen histopatológico reveló un fibroliposarcoma. En el postoperatorio no hubo problema. Los controles a los 5 meses son satisfactorios, habiendo subido siete kgs. de peso. El paciente recibió tratamiento radioterápico postoperatorio que fue bien tolerado.

COMENTARIO

Los tumores grasos representan una proporción importante en los tumores retroperitoneales. Sin embargo, el Fibroliposarcoma, es una variedad histológica de rara observación.

Los tumores retroperitoneales se presentan, generalmente, en una posición más alta que la encontrada en nuestro paciente, en el cual el tacto rectal permitió palpar una masa de ubicación indeterminada en un comienzo. Como se indica en la referencia a sintomatología, estos tumores suelen expresarse cuando adquieren un gran volumen que permite palparlos a través del abdomen. Este hecho nos permite considerar a nuestro caso diagnosticado en una etapa relativamente precoz gracias a los estudios radiológicos derivados del hallazgo al tacto rectal.

Debido a la ubicación de estos tumores, el cirujano puede verse expuesto a accidentes durante el acto quirúrgico. Especial cuidado debe tenerse en la disección cercana a los grandes vasos y uréteres. En algunas oportunidades es necesaria la resección de segmentos intestinales para extirpar la masa en su totalidad.

No es infrecuente la necesidad de efectuar una nefrectomía al estar englobado extensamente un uréter en la masa tumoral. En 46 de los 53 casos recopilados por Farbman fue posible extirpar el tumor, debiéndose agregar nefrectomía en 11 de ellos. Con referencia al pronóstico, este mismo autor encuentra que el 50% de los pacientes controlados habían fallecido dentro del año y medio de la operación (4).

Es importante tener presente la marcada tendencia a recidivar de los tumores grasos retroperitoneales y el hecho de que la mitad de aquellos considerados benignos en la primera operación de la recidiva acusaban caracteres malignos.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Se analiza la literatura nacional y extranjera sobre tumores retroperitoneales.
2. Se citan algunas teorías sobre la histogénesis de estos tumores.
3. Se indican los síntomas, en que destacan tumor y dolor, y exámenes que confirman el diagnóstico siendo la pielografía y las series radiográficas gastrointestinales las más importantes.
4. Se presenta un caso clínico de Fibroliposarcoma retroperitoneal.
5. Se comentan algunos aspectos quirúrgicos y destaca la tendencia a la recidiva.

BIBLIOGRAFIA

1.—PACK y ARIEL.—Tumors of the soft somatic tissues. 1958.
2.—SILVA GARIN, P.—Tumores retroperitoneales primitivos. Arch. Soc. Cir. Vol. IX. Jul. 1957.
3.—DONHAUSER, S. L. and BIGELOW, N. H. —Primary retroperitoneal tumors. Arch. of Surg. 71-2. 1955.
4.—FARBMAN, A. A.—Retroperitoneal fatty tumors. Arch. of Surg. 60-2. 1950.

NEFRECTOMIA POR VIA ANTERIOR

Drs. EGIDIO GUTIERREZ S. M., FERNANDO HIDALGO CARMONA y CARLOS SALAZAR J.

(Hospital de Carabineros y Hospital San Borja).

La vía de abordaje del riñón por vía anterior, ya sea esta retro o intraperitoneal, ha sido preocupación constante de los urólogos.

En la década del 40 fue presentado a nuestra sociedad un trabajo sobre este tema por los Drs. Rencoret y Dell'Oro y concluyen recomendando esta vía en seleccionados casos.

Años después los Drs. Allamand, Lira Valencia y Donoso Barthet presentaron también un trabajo sobre vía de abordaje intratorácica a través del diafragma e indicaban esta vía para casos determinados.

El año 1952, en compañía del Dr. Lira Valencia, presentamos a la Sociedad de Urología nuestra experiencia del Hospital de Carabineros formada por 3 casos clínicos a saber: contusión, tumor y quiste hidatídico renal. En todos se practicó nefrectomía y la evolución inmediata y mediata fue muy satisfactorio. En esa ocasión practicamos incisión transversa que comienza a nivel del reborde inferior de las 12 costillas, por delante de las masas lumbares y se continúa transversalmente hacia la línea media con resección o no, según los casos del músculo recto anterior.

En la actualidad nos hemos vuelto a interesar por la vía anterior. Nos ha llevado a esto la observación de las secuelas que se presentan con alguna frecuencia con la incisión lumbar oblicua que es la vía usada habitualmente tales como fenómenos de paresia o parestesia en la zona inferior de la cicatriz operatoria, intensos dolores producidos por la inclusión del nervio abdómino-genital mayor en la sutura de los planos musculares; también se observan eventraciones que en ocasiones son de difícil reparación.

En cuanto a las ventajas de la vía anterior se podrían enumerar las siguientes:

1. Ausencia de dolores postoperatorios a nivel de la cicatriz, ya que no se resecan músculos no hay peligro de incluir nervios en la sutura.
2. Menor frecuencia de eventraciones o hernias incisionales.
3. Fácil e inmediato abordaje del pedículo renal a fin de poder ligar lo de primera intención, excluyendo así las posibilidades de diseminación de células neoplásicas consecutivas a las maniobras de separación de adherencias, inevitables en la vía lumbar ya que los vasos renales están justamente en el fondo de la incisión y su ligadura se debe practicar como último tiempo.
4. En los casos de contusión o herida renal se puede actuar de inmediato en los casos en que se sospeche compromiso de víscera abdominal. Consideramos que en estos accidentes la vía anterior sería obligatoria.

TECNICA

La incisión comienza inmediatamente por debajo del reborde costal a unos 4 cm. de la línea media y se prolonga hacia abajo hasta un punto situado a la altura o por debajo del ombligo. Se practica la laparotomía a través del recto anterior o rechazando este músculo lateralmente se secciona su vaina posterior, cuidando de no penetrar en el saco peritoneal, que se separa cuidadosamente de la vaina posterior del recto.

En el lado derecho: Incisión transversa de la serosa parietal posterior por encima del mesocolon transverso. Se realiza la maniobra de Kocher de despegamiento del duodeno. Si el riñón es muy grande, en vez de esta maniobra, se puede practicar la maniobra de Catell de despegamiento del ángulo derecho del colon, se expone así la fascia de Toldt por delante. Se incinde transversalmente sobre el borde interno del riñón y se diseca la vena renal y la arteria que se encuentra por encima y algo por detrás. Sección de los casos entre ligaduras de lino.

Sólo en este momento se maniobra en el riñón para liberarlo de la grasa perirenal. Por ligera tracción se liga el uréter a unos 10 a 12 cm. de la pelvis. Peritonización posterior, drenaje.

Lado izquierdo. Incisión de la serosa parietal en el espacio parieto cólico izquierdo. Despegamiento del colon izquierdo hasta su ángulo. Queda expuesta la fascia de Toldt y se enuclea el órgano, previa ligadura vascular.

CASUISTICA

Nuestra experiencia se refiere a 12 casos que se dividen en partes iguales entre los dos sexos.

La tabla 1 de diagnóstico es la siguiente:

Tabla 1

3	Hidronefrosis.
3	Tumores renales.
3	Tuberculosis.
2	Contusiones renales.
1	Herida a bala renal.

Días de hospitalización postoperatoria:

1	caso	7 días	2	casos	19 días
1		8	1		28
1		10	2		32
1		13	1		41
2		16			

Complicaciones

1 caso de neumonitis derecha.
2 casos de infección de la herida operatoria a nivel de la contrabertura lumbar.

RESUMEN

1. Se presentan 12 casos de nefrectomías operadas por vía anterior: dos de ellos por vía retroperitoneal y 10 a través de esta serosa.
2. El término medio de hospitalización postoperatoria fue de 20 días, 4 de ellos no pasaron de los 10 días.
3. Como complicación postoperatoria sólo observamos 1 caso de neumonitis y 2 casos de infección de la herida operatoria que prolongaron sus fechas de alta sobre 1 mes.
4. Además de las indicaciones clásicas para esta vía operatoria como las contusiones y heridas renales en que se sospecha compromiso de órganos abdominales, grandes quistes o tumores que se desarrollan hacia el abdomen, hemos ampliado su aplicación a la tuberculosis renal sin que hayamos tenido ningún contratiempo.
5. Sólo hemos observado dos casos de complicaciones que se recuperaron por completo.
6. Los operados no han presentado hernias incisionales ni dolores alrededor de la cicatriz operatoria.

Finalmente consideramos que con el progreso de la técnica quirúrgica en nuestra especialidad, en que el urólogo ha visto ampliar considerablemente su campo de acción y su experiencia, se encuentra en condiciones de practicar la vía anterior en las nefrectomías, razón por la cual nos permitimos recomendarla a nuestros consocios.

Mesa Redonda sobre Sexología

INTRODUCCION A LA PROBLEMATICA SEXUAL PARA EL UROLOGO

Dr. GUILLERMO SOHRENS

La sexualidad es una manifestación biológica que en el ser humano ha sido motivo de preocupación individual y social desde tiempo inmemorial. Más de alguien ha sostenido, y con fundamentos, que ella "es el motor que mueve al mundo". Los miles y tal vez millones de obras de arte, escritos, religiones, leyes, óperas, etc., que ha producido el hombre y que de una u otra manera se refieren a ella demuestran su importancia.

A nadie escapa hoy que el tema sexual, actualmente como en otras determinadas épocas de la historia, ha cobrado una importancia que se manifiesta a diario.

El Directorio de la Sociedad Chilena de Urología consciente del problema ha querido traer el tema a discusión solicitando la colaboración de la Sociedad de Sexología Antropológica e invitando además a otros profesionales médicos para que expongan su experiencia en este problema que nos preocupa.

La Urología, como especialidad médica, tradicionalmente se ha ocupado de la patología urinaria y genital, su orientación terapéutica es primordialmente quirúrgica, de tal modo que el problema sexual ha escapado un poco a su quehacer.

Como el aspecto genital es la sexualidad, a lo menos como manifestación individual de la sexualidad, nos parece extraordinariamente importante. sino el más, creemos que el urólogo debe tener algún rol en el estudio y tratamiento de la problemática genitosexual masculina.

Existen enfermedades genitales e intervenciones urológicas que en forma pasajera o definitiva alteran el comportamiento genitosexual, parcial o totalmente. (Se muestran cuadros).

A objeto de ilustrar el problema que ve el urólogo en su práctica hemos revisado 100 observaciones consecutivas de 1962; 100 de 1964 y 100 de 1969. Pudimos comprobar que la consulta espontánea por problemas sexuales, no genitales, ocupó en importancia numérica, el tercer lugar en 1963; el quinto en 1964 y el quinto en 1969, con porcentajes del 8%, 5% y 9% respectivamente. (Se muestran cuadros).

Cabe hacer notar que la consulta urológica más frecuente en las mismas series fue: uretritis 21%, adenoma prostático 15%, cólico nefrítico 6%, epididimitis 5 por ciento y lumbalgia 4% como promedio porcentual. El promedio porcentual de los problemas sexuales fue del 7,3%. (Se muestran cuadros).

Los problemas sexuales consultados fueron: impotencia en la erección con conservación del deseo sexual, 9 casos; disminución del deseo sexual, 5 casos; eyaculación precoz, 6 casos; dolor postcoito, 2 casos; imposibilidad de llegar al orgasmo, 1 caso y erección insuficiente, 1 caso. (Se muestran cuadros).

Si hacemos resaltar el hecho de que los problemas sexuales consultados fueron el único y espontáneo motivo de consulta por un lado y de que hay un no despreciable número de enfermos con patología genital que al ser requeridos manifiestan tener problemas sexuales podremos estar seguros que el urólogo tiene la obligación de poseer conocimientos para poder ayudar a estos pacientes.

No podemos dejar de señalar que en nuestro medio hospitalario, Servicio de Ginecología del J. J. Aguirre, existe un 40% de mujeres catalogadas como frígidas en la ficha ginecológica. ¿Cuántas de estas frigideces son consecuencia de una falta de cultura sexual de la pareja? ¿En qué medida puede el médico, entre éstos el urólogo, contribuir a la solución de este problema?

Los recursos terapéuticos puestos en práctica por el urólogo frente a los problemas sexuales que le son consultados, tradicionalmente han sido los andrógenos, las gonadotrofinas, el extracto tiroideo, los estimulantes corticales, el alcohol, la procaína, etc.

Ultimamente hemos podido disponer de elementos de psicoterapia superficial proporcionados por el Dr. Sergio Peñailillo y cuyos resultados no hemos tabulado pero que impresionan como mejores que los obtenidos con los tratamientos enumerados en el párrafo anterior.

Nadie va a discutir que la terapia hormonal bien indicada, en los casos de insuficiencia, puede ser beneficiosa, pero su uso en los casos de problemas sexuales nos parece muy restringido e incluso peligroso o contraproducente en algunos casos.

Ya Shakespeare nos habla que los estimulantes y el alcohol estimulan la libido pero impiden satisfacerla. Sin embargo, su uso bien discriminado y controlado puede prestar utilidad en algunos casos.

No tenemos experiencia con otros recursos terapéuticos.

PERTURBACIONES FUNCIONALES DE LA SEXUALIDAD HUMANA

Dr. ALBERTO BAHAMONDE Q.

Podríamos agrupar los problemas sexuales más frecuentes que se presentan en la consulta urológica, como sigue:

Problemas relativos a la erección.
Problemas relativos a la eyaculación.
Problemas relativos al deseo sexual.

Estos síndromes pueden encontrarse en diferente grado y combinados de diversa manera entre sí.

Para entrar en el estudio etiológico de los problemas que afectan a la función sexual, creemos necesario plantear una concepción general de la sexualidad humana y de las situaciones que la influyen durante el proceso del desarrollo y la apartan de su finalidad específica.

En primer término, interesa dejar establecido que la sexualidad es una de las tantas expresiones conductuales de los seres animados, considerados como unidad bío-ecológica.

Los seres llamados irracionales, que viven en su medio natural, no presentan perturbaciones de esta función, salvo las hipotéticas y muy limitadas que derivan de posibles malconformaciones o de la intercurrencia vital. Estos mismos animales, en cautiverio, ofrecen importantes trastornos en el instinto sexual, disminuyendo o exacerbando la líbido, y ocasionando, a menudo, alteraciones más profundas que conducen a la esterilidad.

La sexualidad humana ha dejado de ser una función regida por automatismos instintivo-reflejos y a ser intervenida por la voluntad discriminativa consciente, siendo este hecho, a nuestro juicio, la causa matriz de casi la totalidad de las perturbaciones del entendimiento macho-hembra y hombre-mujer.

Para tratar cualquier problema de comportamiento humano, incluso el sexual, es necesario hacer el diagnóstico de la persona integral. Y esto requiere el estudio de las potencialidades del germen y de toda su trayectoria en busca de órganos físicos y psicológicos de expresión, y de sus proyecciones o trascendencia logradas en el medio social.

A diferencia de cualquier otra función orgánica, la sexual se realiza entre dos individuos que, en la especie humana, adquieren la categoría de personas, que deben integrarse en unidad armónica y complementaria, poniendo en juego todo el complejo de características psicosomáticas y sociales que la constituyen. Las enormes y crecientes dificultades que ha debido vencer el hombre en su proceso histórico-cultural en la obtención de medios de subsistencia, ha hecho cada vez más difícil la convivencia y ha conducido a una peligrosa nivelación laboral de los sexos que, lejos de unirlos, los separa en desleal competencia.

No corresponde, en esta ocasión, discutir el problema sociológico del trabajo que, también, como la sexualidad, ha sido desvirtuado en su finalidad específica. Y, como generador de relaciones humanas, y dado que la dinámica conductual del hombre aún gira fundamentalmente alrededor de móviles egoístas, es de suponer que la defectuosa diversificación del trabajo y distribución de su producto, genera situaciones de inferioridad y de desentendimientos que afectan profundamente la funcionalidad de los sexos.

De acuerdo con nuestra concepción, malamente se puede hablar de órganos de la reproducción del mismo modo que se habla de órganos de sentido, respiratorios, digestivos, etc. La función sexual normal no se hace entre órganos. Se hace entre individuos de distinto sexo, integrados, en estado de compulsión, en el acto procreador, totalmente ajeno a la conciencia. Es lo que ocurre en los animales en su medio natural. Para que esto sea normal en la pareja humana debe ocurrir lo mismo. Pero todo se opone a esta idealidad. El hombre está asediado, desde muy temprano, por los más variados estímulos que hacen que la primera imagen sexual sea consciente, y que mueva a la acción mucho antes de que las estructuras psicosomáticas sexuales estén capacitadas para esta función. Por lo tanto, el sexo comienza a manifestarse en el hombre de modo anormal: pasa a ser una preocupación consciente desconcertante que incita a reflexiones y actos prematuros, inorgánicos, creadores de una imagen falsa.

Desde entonces la sexualidad humana

comienza a ser intervenida impulsada y perturbada por móviles ajenos a las finalidades específicas del sexo, que no pueden ser otras que las destinadas a perpetuar la especie.

El placer sexual físico deja de ser en el hombre un simple estímulo para la función procreadora, para transformarse en la principal finalidad, si no exclusiva.

Por otra parte, las responsabilidades inherentes a la unión sexual dan origen a códigos de moral o religiosos que se oponen a la libre concurrencia de los sexos. Y entre estas dos componentes de fuerzas opuestas, la juventud exacerba la curiosidad y exita la elaboración consciente del deseo, lo que conduce al aprendizaje de prácticas inespecíficas, en medio de la inseguridad y el temor, creando condicionamientos e inhibiciones perturbadores de la comunión sexual normal. Gran número de jóvenes dudan de su propia normalidad, y las prácticas que emprenden —que llegan a adquirir carácter obsesivo— persiguen como principal finalidad desbaratar temores de insuficiencia o de homosexualidad.

No es el caso, ni creemos necesario, ahondar en las consecuencias que esta iniciación sexual acarrea en el comportamiento de hombres y mujeres en la intimidad amorosa. Baste decir que en estos hechos hay que ir a buscar la etiopatogenia de los trastornos de la erección, de la eyaculación y del deseo sexual, como de la gran mayoría de las desviaciones, perversiones e inversiones del instinto, que muchos autores del momento se esfuerzan en presentarla como simples variaciones de la normalidad.

Se comprende, después de lo dicho, que no sea posible esquematizar procedimientos terapéuticos para el tratamiento de las perturbaciones de la sexualidad. Es indispensable establecer previamente el diagnóstico de la persona —a través del estudio de los elementos que la constituyen— en sus valores potenciales y existenciales, lo que obliga a una adecuada especialización y a disponer de tiempo, paciencia y fina sensibilidad para captar hechos y jerarquizarlos en vista al diagnóstico biopsicológico y social del consultante. Es más: para resolver un problema sexual no basta el diagnóstico de la persona que consulta. El ejercicio de la sexualidad es una relación y, por lo tanto, se deberá conocer también a la o a las demás personas que intervienen en el acto frustrado. Todos sabemos que los trastornos se presentan con determinadas personas y no con otras, lo que está demostrando que el acto sexual no es una simple función de órganos.

La clínica para los trastornos de la sexualidad normal nos enfrenta con los más variados problemas psicológicos y sociales. Muchas veces simples situaciones, al parecer intrascendentes, explican un comportamiento sexual anómalo. Por ejemplo, tenemos casos de impotencia o de eyaculación precoz que han curado definitivamente favoreciendo encuentros cómodos, tranquilos, en que pueda realizarse la intimidad sin interferencias. En un caso bastó arreglar o cambiar un catre crujiente; en otro, la solución fue abandonar el domicilio paterno donde la pareja se sentía observada. Pero, en la mayoría de los casos, son problemas psicológicos profundos los causantes de la perturbación funcional, como el temor de no ser normal; de poseer órganos genitales demasiado pequeños; fijación edípica; temor a los efectos de la masturbación; relaciones homosexuales circunstanciales, con violentación o consentidas; temor al padre, relaciones sexuales furtivas, relaciones traumáticas; fealdad real o supuesta, etc.

Por eso creemos que los trastornos o disfunciones sexuales deben ser tratados por especialistas habituados al reconocimiento integral de la persona humana, dedicando todo el tiempo que sea necesario para llegar a un exacto diagnóstico de las personas comprometidas en el acto, como de las situaciones que intervienen en la determinación del problema que motiva la consulta.

RESPUESTAS A PREGUNTAS DEL MODERADOR

1. *¿La ingestión moderada de alcohol o el uso de sedantes tienen alguna utilidad para corregir la timidez y ayudar al buen desempeño sexual del hombre?*

La Clínica demuestra que la curación de un desequilibrio funcional se consigue sólo si atacamos o suprimimos la causa que lo produce, se trate de una infección, de una hemorragia o de un temor.

En toda disfunción siempre está presente, en alguna medida, el temor; pero en las perturbaciones de la función sexual podemos decir que, en la casi totalidad de los casos, el temor es la única causa. Por eso, el alcohol y los sedantes —que no actúan sobre la causa— fracasan casi sin excepción en casos de impotencia, eyaculación precoz o poluciones espontáneas (involuntarias).

El alcohol puede ser un estimulante sexual en individuos que no tienen problemas disfuncionales, o en casos de timidez que no afectan a la potencia. Pero, aún en estos casos, mayor efecto sobre el tímido tiene la desinhibición que el alcohol produce sobre la compañera (que gana en espontaneidad) que sobre el varón si, por ejemplo, éste sólo teme un rechazo.

Creemos que los sedantes actúan de un modo semejante; es decir, sobre algunos síntomas o favoreciendo situaciones, y no sobre las causas mismas.

2. *Se acepta que llega una edad en que el hombre declina su actividad sexual; no hay acuerdo en cuál seria esa edad; en todo caso es frecuente que se recurra a una serie de estimulantes e incluso ellos sean solicitados a los médicos. ¿Qué actitud se debe adoptar frente a este tipo de pacientes?*

La declinación sexual, sin dejar de ser una realidad, afecta al hombre como a la mujer en edades que varían en límites bastante amplios, siendo estos límites más variables en el sexo masculino.

La potencia sexual puede ser mantenida hasta pasados los 80 años, como observarse también marcada decadencia en el 5º decenio de la vida, y aún antes.

Es indudable que el factor endocrino tiene gran influencia. Pero la hormonoterapia no debe ser administrada si no existen test de laboratorio que la indiquen. Porque un número considerable de impotencias, que sobrevienen en la medianía de la vida, son de causa psicógena. Generalmente se trata de temores que se habían mantenido latentes debido a tratamientos superficiales dirigidos al síntoma y no a la causa.

El tímido sexual compensado, que había condicionado su curación a determinada mujer (esposa o no), se encuentra en la circunstancia de tener que acceder a los requerimientos de otra dama; sus antiguos temores, que se habían mantenido latentes, reaparecen y lo llevarán casi de seguro al fracaso.

Esta situación afecta con frecuencia a hombres que han logrado pleno éxito profesional, a jefes de servicio, a comerciantes adinerados, que siempre habían vivido una vida conyugal ejemplar.

El fracaso puede asegurar la estabilidad y ajuste conyugal; puede también la reactivación de su temor originar un grave desentendimiento con la esposa, incluso la impotencia. Pero, si la prueba resulta exitosa, la pérdida del interés por la esposa puede ser la consecuencia o, si mantiene relaciones con ambas, desencadenarse una hiperactividad sexual que no puede ser mantenida.

3. *¿Qué opinión le merecen los tratamiento preconizados por Masters y Johnson?*

Como lo dejamos dicho en la parte general, pensamos que, desde que la sexualidad humana normal resulta de la integración biopsicológica y social de dos personas, no puede ser homologable a las funciones que se realizan íntegramente en el organismo individual. El acto sexual humano normal es el punto de partida de la sociabilidad.

Nos parece importante comprobar en el laboratorio la serie de fenómenos fisiológicos que se presentan en los organismos del hombre y la mujer durante el acto sexual. Pero creemos muy discutibles los beneficios del tratamiento de las perturbaciones de la función en el laboratorio mediante el aprendizaje, el ensayo o el empleo de ingeniosos dispositivos ortopédicos.

Nosotros creemos que esto no es necesario y que, fuera de producir pingües ganancias los rehabilitadores, la pareja puede no ganar nada y quedar ligada a condicionamientos mecánicos muy difíciles de eliminar. No creemos que la mujer que ha logrado 5, 10 o más orgasmos en una sesión con el empleo del vibrador, se conforme después con un marido insuficiente y exigidor. El sexo se transforma, de este modo, en un juego de mecano, dejando en el espíritu un total vacío de amor, y, como consecuencia, se desbarata la única fuente que puede conducir al hombre a ese poco de felicidad que es la razón de ser de su existencia.

Por cierto que el comercio de las pasiones que, directa o indirectamente, mueva la casi totalidad del quehacer humano, tiene en el sexo su mercancía más cotizada. El tabú de hace poco ha desaparecido y, en su reemplazo, surge, sin aprensiones, la más desenfrenada industria de la pornografía. Masters y Johnson han invadido los mercados del mundo con su pornografía científica. Lo que hacen en el laboratorio está siendo llevado al teatro, a la industria ortopédica, a la literatura de divulgación, con fabulosas utilidades para los traficantes. Ha sobrevenido un verdadero terremoto sobre los convencionalismos que constituían la base de la moral sexual. En este sentido, este sismo ha traído indudables beneficios. Pero es necesario volver a construir y esto sólo podrá hacerlo la educación sexual científica, que considere a la persona humana en un proceso gradual y progresivo, orientado a la formación de hombres y mujeres psicosomáticamente bien diferenciados y socialmente equilibrados, y a la formación de hábitos y conductas que los capaciten para el cumplimiento de la integración física y espiritual de los sexos y para la asunción de las responsabilidades propias de la sexualidad humana.

ENDOSCOPIOS
CON
OPTICAS

Storz
HOPKINS

Solamente dos ópticas necesarias para la instrumentación urológica



Optica con ángulo de 30º 4 mm. Ø con LUZ-FRIA (Fibra-Optica)

Optica con ángulo de 70º 4 mm. Ø con LUZ-FRIA (Fibra-Optica)

Con los Uretro-Cistoscopios "STORZ" examen del cuello vesical y de la uretra sin cambio de camisas. Medidas: 15.5 hasta 23.5 Charr.

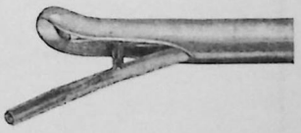
Resectoscopio de 24 y 27 Charr.

Pinza para cuerpos extraños y cálculos para Cistoscopio de 23.5 Charr. o Resectoscopio de 27 Charr.

Pinza rígida de biopsia para Cistoscopio de 27 Charr.

Litotritor de 24 Charr.

Electro-Sonda para Litotrisía desde 21 Charr.



La nueva óptica HOPKINS está basada en el sistema de transmisión de imagen de lentes de varilla, inventado por el Prof. H. H. Hopkins, University of Reading. Las ventajas sobresalientes son: Alta nitidez de la imagen. Angulo de imagen bajo el agua de 70º. Pequeño diámetro de la óptica, por lo tanto, instrumentos finos con buen espacio para lavado y sondas. Además: Cistoscopio-Uretroscopio infantil, Resetoscopio infantil, accesorios de fotografía y film. Catálogo a disposición.

Fabricante: K A R L S T O R Z KG., D-7200 TUTTLINGEN, Alemania Occ.

Distribuidor: AESCULAP - WERKE AG., D-7200 TUTTLINGEN, Alemania Occ.

Representante Exclusivo para Chile: BERTHOLD REICH METZKER, Casilla Nº 10132, Santiago.

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.

PATOLOGIA SEXUAL DESDE UN PUNTO DE VISTA PSIQUIATRICO

Dr. SERGIO PEÑAILILLO LACASSIE

(Clínica Psiquiátrica Universitaria)

I. PATOLOGIA PSICOSEXUAL

Al considerar la patología sexual, desde un punto de vista psiquiátrico, conviene hacer una clara distinción entre dos cosas diferentes:

A) Enfermedades mentales supuestamente de origen sexual, como es el caso de la neurosis de angustia o de la neurosis obsesiva.

B) Trastornos y anormalidades específicas de la conducta y del comportamiento sexual, vale decir, la patología sexual propiamente tal.

El origen sexual de las neurosis, constituye sólo una postulación teórica de mayor o menor validez y en todo caso polémica y discutible. Su expresión más extrema ha sido la concepción psicoanalítica que ha sostenido el origen sexual de la mayoría de los síntomas mentales.

Por lo tanto, al hablar de patología sexual, nos referiremos exclusivamente a los trastornos concretos del comportamiento sexual, en un plano estrictamente médico-descriptivo.

Se han descrito numerosas perturbaciones de la conducta sexual, pero la mayoría de ellas, por su extrema rareza, tiene más bien un valor académico y en todo caso restringido a los intereses especializados de la psiquiatría.

De este conjunto de perturbaciones, las únicas que tienen importancia práctica son las inhibiciones sexuales, tanto del hombre como de la mujer (impotencia y frigidez, respectivamente) y la homosexualidad. Por tratarse la homosexualidad, de un cuadro patológico complejo, que requiere siempre de un tratamiento especializado, podemos circunscribir el problema, desde el punto de vista del interés del urólogo, a las inhibiciones sexuales, que son las perturbaciones más frecuentes y por lo tanto las que tienen mayor interés en la práctica médica. En esta ocasión nos referiremos específicamente a la inhibición sexual masculina, por constituir la frigidez un motivo de consulta preferentemente ginecológico. Sin embargo, las consideraciones principales, tanto patogénicas como terapéuticas, son en general válidas en ambos cuadros.

II. CONCEPTO DE INHIBICION SEXUAL

Clásicamente se considera a la inhibición sexual masculina o impotencia, como la incapacidad de realización del acto sexual por perturbación en cualquiera de sus fases (impotencia coeundi).

A nuestro juicio este concepto es demasiado amplio y engloba en un mismo cuadro, por lo menos dos aspectos que tienen una significación patogénica y pronóstica diferente:

a) La disminución de la líbido, es decir, del deseo y del interés sexual, y

b) La perturbación de los reflejos sexuales, tanto erectivos como de la evaculación, que impiden por así decirlo, mecánicamente la realización del acto sexual.

Estos dos aspectos de la impotencia tienen una significación clínica distinta y un alcance pronóstico y terapéutico diferente.

La disminución de la líbido, que es preferible denominar con el término clásico de *anafrodisia*, aparece en diversos estados de debilidad orgánica, en enfermedades médicas como la diabetes, y en psiquiatría, como síntoma secundario de cuadros mentales complejos, como es el caso de la depresión endógena. Este aspecto es el menos frecuente y patogénicamente no reconoce un mecanismo unívoco.

La alteración de los reflejos sexuales en cambio, constituye lo más característico y substancial de la impotencia, ya que, en la inmensa mayoría de los casos, se trata más bien de la incapacidad para realizar normalmente un acto sexual que se desea.

Por este motivo, al hablar de impotencia y de inhibición sexual, *nos referiremos exclusivamente a las alteraciones de*

los reflejos sexuales sin una perturbación primaria de la líbido.

III. ETIOPATOGENIA

Desde el punto de vista etiopatogénico, la inhibición sexual del hombre joven (en período de fertilidad), es en la inmensa mayoría de los casos una enfermedad de origen psíquico, con características de síntoma neurótico.

A este respecto, conviene señalar, que si bien la mayoría de los autores, coinciden en estimar a la impotencia como un trastorno básicamente psíquico, su diagnóstico se establece generalmente de una manera negativa. Es decir, por la simple ausencia de síntomas reveladores de una base orgánica (neurológica, metabólica, urogenital o endocrinológica).

Sin embargo, en la experiencia clínica, vemos que la mayoría de las inhibiciones sexuales neuróticas, tienen un perfil sintomático lo suficientemente característico, para permitir un diagnóstico positivo de su origen psíquico. Este diagnóstico, se basa a nuestro juicio, en dos elementos clínicos fundamentales:

1. La existencia clara de angustia frente a la situación sexual, con tendencia a la autoscopia y a la expectación de fracaso, y
2. Lo que podría considerarse como el reverso de lo anterior, es decir, la mantención de comportamientos sexuales normales en condiciones de tranquilidad (tanto en coitos como en masturbaciones o erecciones espontáneas).

La existencia de estos dos elementos semiológicos, presentes en la mayoría de los casos, permite un diagnóstico positivo de enfermedad neurótica, ya que establece el mecanismo patogénico que origina y mantiene al síntoma, y que en este caso, es el mecanismo denominado fóbico, que se establece a través del círculo vicioso de la autoscopia y de la expectación ansiosa. La actividad sexual, como toda función automática, se perturba con la autoscopia y el control consciente. Las fallas sexuales originan a su vez expectación de fracaso, que acentúa la tendencia al control y a la autoscopia, estableciéndose el círculo vicioso que mantiene y refuerza al síntoma.

IV. TRATAMIENTO DE LA IMPOTENCIA SEXUAL

El tratamiento psiquiátrico de la impotencia y en general de las anomalías sexuales, ha experimentado en los últimos años *una considerable simplificación*, con el uso de métodos de tratamiento sintomático directo como son las denominadas terapias conductuales y las técnicas descondicionantes, basadas en los aportes experimentales de la reflexología y del aprendizaje.

Al abordar el tratamiento de la impotencia sexual, y desde un punto de vista práctico, conviene distinguir entre:

Formas simples: en que la impotencia aparece *claramente ligada a la angustia*, a través del mecanismo que hemos descrito de la expectación ansiosa y en sujetos con *personalidad relativamente normal*. Estas formas simples son las más importantes, ya que constituyen la *mayoría de los casos* y su tratamiento, generalmente muy simple puede y debe ser realizado por el *médico general* y por los especialistas no psiquiatras, particularmente por el urólogo.

Formas complejas: en que la impotencia coexiste con una personalidad francamente perturbada o es un síntoma de un trastorno psiquiátrico más grave, como es el caso de la homosexualidad o de las impotencias esquizofrénicas. Estos casos, que son los menos frecuentes, exigen la intervención del psiquiatra y la utilización de técnicas especializadas. Sólo nos referiremos al tratamiento de las formas simples que, como dijimos, son las más frecuentes y pueden ser tratadas por el médico general.

Siendo en este tipo de impotencia, el factor patogénico más importante, el temor al fracaso y la autoscopia angustiosa, el tratamiento consistirá básicamente en la utilización de *medidas destinadas a suprimir y a eliminar la expectación ansiosa.* Estas medidas van desde las simples conversaciones tranquilizadoras hasta el empleo de técnicas de descondicionamiento en relajación. Podemos resumir estas medidas, en el siguiente esquema terapéutico:

I. *Casos leves* (impotencias recientes, parciales o selectivas).

A) *Medidas para suprimir la expectación ansiosa:*

—Explicación tranquilizadora y eliminación de temores, prejuicios y errores sexuales (masturbación, pene pequeño, juegos homosexuales infantiles, etc.)

—Despreocupación sexual y eliminación de la autoscopia vigilante.

—Prohibición de relaciones sexuales, con mantención de acercamientos eróticos, hasta el surgimiento de respuestas sexuales normales (elimina la exigencia de rendimiento sexual).

—Relajación y/o sedación previa al acto sexual.

B) *Medidas coadyuvantes:* Tratamiento farmacológico, de acción estimulante, tranquilizadora y/o sugestiva (hormonoterapia, sedantes, psicotónicos, etc.).

II. *Casos graves* (impotencias antiguas, firmemente condicionadas):

—Técnicas descondicionantes, que consisten fundamentalmente en la evocación imaginaria, en estado de relajación muscular, de las situaciones sexuales tenidas. Durante la visualización de las imágenes, se suprime persuasivamente la angustia y el temor y se sugieren los comportamientos sexuales normales y adecuados.

ANOMALIAS SEXUALES MAS FRECUENTES

A. *Cuantitativas*

Inhibiciones sexuales: Impotencia - Frigidez.
Excesos sexuales: Satiriasis - Ninfomanía.

B. *Cualitativas* (perversiones)

—Homosexualidad.
—Ipsación (Onanismo).
—Froteurismo.
—Fetichismo - transvestismo.
—Exhibicionismo - voyerismo - narcisismo.
—Sado-masoquismo.
—Pedo-gerontofilia.
—Pluralismo.
—Zoofilia.
—Necrofilia.

PROSTATECTOMIA TRANSVESICAL: MAXIMA HEMOSTASIA Y RETIRO PRECOZ DEL CATETER URETRAL

Drs. ANIBAL ESPINOZA G. y DANTE CORTI O.

(Departamento de Urología. Hospital John Kennedy, Valdivia).

INTRODUCCION

Según Guy Leadbetter: "La prostatectomía ideal debe llegar a ser una operación meticulosa, que conduzca a la hemostasia perfecta, permita el cierre primario de la vejiga, la eliminación de todo catéter y drenaje y permita a la vez una micción normal, sin hemorragia postoperatoria, infección o estenosis secundaria de la uretra y/o del cuello vesical".

Hasta el presente ninguna técnica quirúrgica ha logrado este ideal, como lo prueban las innumerables publicaciones informando nuevos métodos y modificaciones de las técnicas clásicas.

El gran problema de la prostatectomía es la hemorragia postoperatoria precoz. Flocks, demostró que es el cuello vesical la principal causa de hemorragia postoperatoria ya que a través de sus bordes pasan los vasos laterales de las arterias extracapsulares, y son estos vasos los que se ligan según los principios de Harris. Solucionado este problema persisten innumerables focos de la celda prostática misma y en el muñón uretral que constituyen fuentes de sangramiento y que son imposibles de cohibir.

Alfonso De la Peña y Enrique Alcina publicaron en 1962 una nueva técnica tranvesical de prostatectomía, cuya novedad consistía en aislar la vejiga de la celda prostática mediante una gareta de material no reabsorbible alrededor del cuello vesical, gareta que era fácilmente removible con el objeto de que las hemorragias de la celda prostática y del muñón uretral no refluyeran a la vejiga y se expulsaran al exterior por la uretra. A la vez como la gareta era removible, se evitaba el problema de la estrechez secundaria del cuello vesical y la formación de cálculos a este nivel.

Esta técnica, sin razón aparente, no encontró la acogida que a nuestro juicio se merecía, hasta que en 1965, Maxwell Malament presenta 20 casos operados con una modificación a la técnica original, consistente en el cierre primario de la vejiga y con excelentes resultados.

Basados en esta técnica, hemos intervenido a 47 pacientes entre los meses de Julio de 1967 y Junio de 1968 en el Departamento de Urología del Hospital John Kennedy de Valdivia, retirando el catéter uretral a las 48 horas del postoperatorio, pretendiendo con esta modificación, acercarnos al ideal de la prostatectomía enunciado por Leadbetter.

MATERIAL Y METODOS

Se han operado 47 pacientes entre el 1º de Julio de 1967 y el 30 de Junio de 1968, enfermos provenientes de las provincias de Valdivia, Osorno, Llanquihue y Chiloé, siendo la mayoría de ellos habitantes de zonas rurales. Sus edades fluctuaron entre los 50 y 80 años, siendo la edad promedio de 68 años. Su distribución porcentual se ve en el Cuadro 1.

Los pacientes llegaron a nuestro Servicio con un síndrome prostático cuya evolución variaba entre 7 días y 20 años. El 68 por ciento tenía una evolución superior al año. A tres pacientes se les había practicado previamente una cistostomía en hospitales del área. El 70,2% de nuestros enfermos llegó en retención completa de orina.

De estos 47 pacientes, en 37 se observaron las siguientes enfermedades concomitantes que se detallan en el Cuadro 2.

Al tacto el volumen de la glándula prostática fue variable como se ve en el Cuadro 3.

Cuadro 1

EDAD: 47 PACIENTES ENTRE 50 Y 80 AÑOS

Edad (años)	*Porcentaje*
41 a 50	4,2
51 a 60	14,8
61 a 70	34,0
71 a 80	46,8

Cuadro 2

ENFERMEDADES CONCOMITANTES 37 DE LOS 47 PACIENTES.

Tipo de enfermedad	*Nº*
Diabetes miellitus estable	10
Hipertensión arterial	7
Insuficiencia respiratoria	5
Arterioesclerosis cerebral	4
Hernia inguinal	2
Espondiloartritis lumbar	1
Enfermedad de Charcot-Marie-Tooth	1
Amaurosis bilateral	1
Hemiparesia izquierda	1
Estenosis uretra bulbar	1
Ulcera duodenal	1
Hemorroides	1
Cataratas	1

Se le practicaron de rutina a los pacientes los siguientes exámenes: hemograma, sedimentación, uremia, glicemia, orina de segundo chorro, completa, protrombinemia, Abreu y electrocardiograma.

El hemograma demostró en tres pacientes anemia con hematocrito entre 33 y 37% y un paciente presentó una leucocitosis de 23.000 con desviación izquierda (12 baciliformes). La sedimentación varió entre 2 y 56 milímetros en una hora.

Diez pacientes tenían uremia elevada con cifras que variaban entre 0,55 y 0,75 grs.‰, cifras que se normalizaron con hidratación parenteral previa a la intervención.

La glicemia apareció alta en 10 pacientes que se calificaron como diabéticos estables y cuyas cifras fluctuaron entre 1,25 y 1,73 grs.‰, las que también debieron compensarse antes de la intervención.

La protrombina fue normal en el total de los pacientes.

El 74,4‰ de los sedimentos urinarios demostró generalmente piuria, hematuria y bacteriuria de grados variables.

Al Abreu se pesquisaron 3 tuberculosis pulmonares residuales y una neumopatía aguda en regresión.

El electrocardiograma fue anormal en 8 pacientes, con las siguientes características: bloqueo incompleto de rama izquierda, 2 enfermos; hipertrofia ventricular izquierda, 2 enfermos; insuficiencia coronaria, 2 enfermos; bloqueo incompleto de rama derecha, 1 enfermo y bloqueo completo de rama derecha, 1 enfermo.

A 3 pacientes en los que existían dudas en el diagnóstico de adenoma, se les practicó uretrocistografía con lo que éste se confirmó. A otro paciente se le practicó este examen por existir una estrechez uretral concomitante. Igualmente y por las mismas razones se practicaron 4 exámenes endoscópicos que confirmaron el diagnóstico clínico.

Sólo en un caso se practicó biopsia prostática perineal por punción, que demostró sólo una hiperplasia nodular de la próstata.

La técnica operatoria consistió en una prostatectomía transvesical según el método de De la Peña y Alcina con algunas modificaciones que se describen a continuación:

"Se practica incisión media infraumbilical, una vez rechazado el peritoneo se ha-

Cuadro 3

APRECIACION DEL VOLUMEN PROSTATICO POR EL TACTO RECTAL.

Volumen prostático en grados	*Porcentaje*	*Observación*
Normal	4,2	Se palpa lóbulo medio por tacto bimanual
Grado I	2,1	
Grado I a II	6,3	
Grado II	8,3	
Grado II a III	17,0	
Grado III	44,6	
Grado III a IV	4,2	
Grado IV	8,3	
Sin determinar	4,2	No se especificó en la ficha.

ce una cistostomía transversal por divulsión digital, marsupializando a continuación la vejiga que se fija en la aponeurosis anterior del recto. Se identifican los orificios ureterales y se hace una incisión a electrobisturí de la mucosa alrededor del cuello vesical, enucleando digitalmente el adenoma. Se ubican los pedículos sangrantes de las arterias extracapsulares los que se suturan con punto en X de catgut simple Nº 2 y otro que fija el trígono a la cápsula prostática. Una vez obtenida una hemostasia satisfactoria se coloca una gareta de Surana Nº 1 alrededor del cuello vesical, exteriorizando sus extremos a la piel a través de la pared vesical y de las capas músculo-aponeuróticas de la pared abdominal. Figuras 1 y 2. Se traccionan ambos cabos de Surana y se comprueba el cierre perfecto del cuello vesical. Se coloca sonda Foley Nº 18 o 20 con balón de 5 cm. por vía uretral dejando el balón endovesical. Cierre de la pared vesical con doble gareta de catgut simple y crómico no transfixiante. Se deja tubo de drenaje al espacio prevesical que se exterioriza por la herida operatoria. Cierre de la pared por planos con hilos a la piel. Luego se traccionan y amarran ambos cabos de

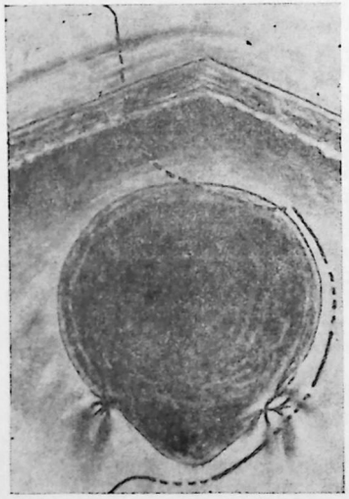


Figura 1.—Se observan los pedículos de los vasos extracapsulares ligados. Se inicia la gareta alrededor del cuello vesical.

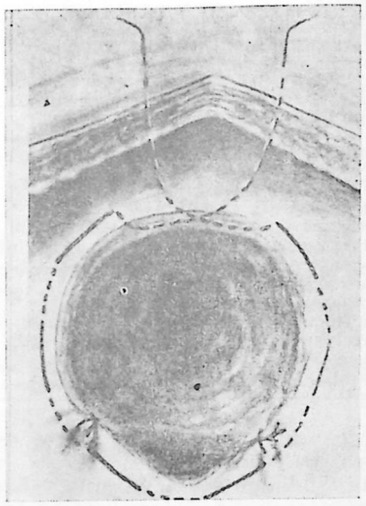


Figura 2.—Se completa la gareta cruzando sus extremos en el borde superior y exteriorizándolos a la piel.

Surana sobre una montura de gasa. Figura 3.

Sólo en los primeros 8 pacientes se efectuó operación de Steinach bilateral. Todas las intervenciones se hicieron con anestesia raquídea y se efectuaron transfusiones sólo en aquellos que presentaron un sangramiento calculado en más de 300 cc. durante el acto quirúrgico.

En el postoperatorio inmediato quedaron con régimen cero, hidratación pa-

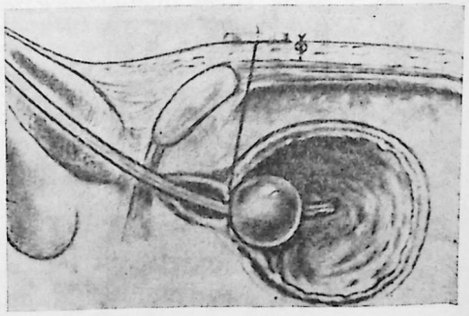


Figura 3.—Tensada la gareta de Surana se produce una separación entre la celda prostática y la vejiga. El balón de la Foley juega sólo un papel contención.

renteral y antibióticos. A las 24 horas se retira de la gareta de Surana y se indica régimen hídrico amplio suspendiendo la hidratación parenteral. A las 48 horas se retira la sonda uretral y se levanta al paciente. Al cuarto o quinto día se retira el tubo de drenaje.

RESULTADOS

Los 47 pacientes soportaron perfectamente el acto quirúrgico, no habiéndose presentado ninguna complicación intraoperatoria proveniente ya sea del acto mismo o de la anestesia, salvo un caso que hizo una parálisis del radial que se recuperó con tratamiento fisioterápico posteriormente.

Considerando hematuria precoz la que se produce antes del décimo día, ésta fue mínima y variable en su duración entre 1 a 9 días, no debiéndose recurrir en ningún caso a reposición de sangre. Hematurias tardías, después del décimo día, sólo se presentaron en tres enfermos, pasando rápidamente y no requiriendo transfusiones.

Quince pacientes, o sea, el 31,9%, presentaron una fístula vesicocutánea postoperatoria, variando su duración entre 3 y 20 días con una media de 10 días. Su distribución porcentual por día se ve en el Cuadro 4.

Habría que hacer notar que un paciente cuya fístula tardó 24 días en cerrar, era un diabético que se descompensó en el postoperatorio y otro con una fístula que duró 16 días fue un paciente que se dio de alta a su casa al décimo día de postoperatorio y volvió a controlarse una semana después. Esta complicación se trató con sonda uretral a permanencia.

El tiempo de estada intrahospitalaria postoperatorio varió entre 7 y 30 días con una media de 13,1 días. Esta media podría haberse acortado en 3 a 5 días ya que la mayoría de los pacientes eran de un medio rural y no podían ser dados de alta en el momento que médicamente estaban en condiciones de hacerlo.

Cuadro 4

FISTULA VESICOCUTANEA POSTOPERATORIA. 31,9% DEL TOTAL.

Duración en días	*Nº*	*Porcentaje*
0 a 5	5	33,3
6 a 10	4	26,6
11 a 15	3	20
16 a 20	2	13,3
21 a 25	0	0
+ de 26	1	6,6

De los 47 pacientes, uno fallece al cuarto día del postoperatorio de un accidente vascular cerebral.

De 39 pacientes a los que no se les efectuó operación de Steinach, 4, o sea, el 10,2% hicieron una epididimitis aguda unilateral que pasó con tratamiento médico.

El diagnóstico histopatológico de las piezas operatorias se puede apreciar en el Cuadro 5.

Cuadro 5

RESULTADOS HISTOPATOLOGICOS POSTOPERATORIOS.

Diagnóstico histopatológico	*Nº*	*Porcentaje*
Hipertrofia nodular prostática	39	82,9
H. N. P. con prostatitis aguda supur. foc.	3	6,3
Adenocarcinoma prostático	2	4,2
H. N. P. con prostatitis crónica	1	2,2
Prostatitis crónica inespecífica	1	2,2
Prostatitis Tbc. exudativa extensa	1	2,2

Se pesaron 32 próstatas y sus pesos fluctuaron entre los 10 y los 120 gramos con una media de 50,87 *gramos*.

DISCUSION

Consideramos que la técnica descrita reúne todas las ventajas que se les reconocen a las que usan la vía de abordaje transvesical, sin sus inconvenientes: hemorragias postoperatorias y cierre diferido de la cistostomía.

Creemos que junto a la resección transuretral de la próstata, que requiere de largo entrenamiento endoscpico y que tiene el inconveniente de las recidivas, esta técnica está más de acuerdo con los principios de reparación anatómica y fisiológica del árbol urinario bajo, ya que

se recupera en forma artificial y temporal el esfínter fisiológico que es el cuello vesical, sin los peligros de estrechez secundaria de éste como se ve en cualquier otro tipo de técnica.

La recuperación artificial y temporal del cuello vesical impide el reflujo de sangre a la vejiga, proveniente de la hemorragia que se produce en la celda prostática en las primeras horas del postoperatorio, mientras no actúa el mecanismo fisiológico de la hemostasia que es la contractibilidad de la cápsula prostática. Además como no se deja un cuerpo extraño en la celda prostática (balón, gelita, gasa, etc.), no se interfiere su capacidad contráctil como lo demostraron Goodyear y Beard en 1949.

Gracias a estos artificios de técnica, que permiten la recuperación fisiológica precoz de la vejiga e impiden la hemorragia grave postoperatoria, podemos retirar el catéter uretral a las 48 horas de la intervención, evitando con esto las complicaciones propias de una sonda uretral mantenida largo tiempo: infecciones urinarias graves o rebeldes, uretritis, estrecheces uretrales y estenosis del meato.

El retiro precoz del catéter produce en el paciente una sensación de bienestar síquico que ayuda indirectamente a su rápida recuperación física permitiendo la levantada precoz de éste, con lo que se acorta el postoperatorio y la morbilidad alejada.

En el 31,9% de los enfermos hemos encontrado fístulas vesicocutáneas postoperatorias, única complicación de importancia que observamos. Hay que destacar que el 60% de éstas cierran antes del décimo día de su aparición. No atribuimos la causa de estas complicaciones a la técnica misma, sino a infecciones de la herida operatoria debidas probablemente a contaminación ya que nuestros enfermos deben trasladarse a otro hospital o quedar junto a otros pacientes portadores de patología suceptible de contaminación.

Nuestra mortalidad postoperatoria es del 2,1%, (un paciente), cifra de acuerdo con las estadísticas mundiales y que en este caso particular no se debió a complicación del acto quirúrgico mismo.

Las contraindicaciones de este método son las mismas que para cualquier intervención quirúrgica mayor. No hay contraindicaciones derivadas del método o del tipo de uropatía prostática que presenta el enfermo.

RESUMEN

1. Se intervienen 47 pacientes portadores de síndrome prostático en el período comprendido entre el 1º de Julio de 1967 y el 30 de Junio de 1968 en el Servicio de Urología del Hospital John Kennedy de Valdivia.

2. Todos se intervinieron según el método de De la Peña y Alcina modificado. Se retiró la gareta del cuello a las 24 horas y el catéter uretral a las 48 horas del postoperatorio.

3. Se analizan los resultados destacando la ausencia de hemorragia postoperatoria de importancia, tanto inmediata como tardía, de infecciones urinarias graves y de complicaciones mayores.

4. Se recomienda el uso de esta técnica, por su sencillez, falta de contraindicaciones, por sus buenos resultados y por aproximarse a la prostatectomía ideal.

BIBLIOGRAFIA

1.—BELFIELD, W. T.—Prostatic myoma: A so called "middle lobe" of the hypertrophied prostate removed by suprapubic prostatectomy. J.A.M.A. 8: 303; 1887.

2.—BAKER, A. H.—Prostatectomy and hypothermic anesthesia. Proc. Soc. Med. 57: 1179; 1964.

3.—DE LA PEÑA, A. and ALCINA, E.—Suprapubic prostatectomy: A new technique to prevent bleeding. J. Urol. 88: 86; 1962.

4.—FREYER, P. J.—On a further series of cases of total extirpation of the prostate for radical cure of the enlargement of the organ. Brit. Med. J. 1: 249; 1902.

5.—GOODYEAR, W. E. and BEARD, D. E.—Blood loss in prostatectomy. J. Urol. 62: 349; 1949.

6.—HARRIS, S. H.—Suprapubic prostatectomy. Surg. Gynec. & Obst. 45: 692; 1927.

7.—HRYNTSCHACK, T.—Suprapubic transvesical prostatectomy with primary closure of the bladder, improved technique and latest results. J. Internat. Coll. Surg. 15: 366; 1951.

8.—HENRIET, R.—Cerclage hemostatique de la loge d'adenomectomie. J. Urol. et Nephrol. 70: 668; 1964.

9.—HELTGREWE, H. C. and VALK, W. L.—Late results of transuretral prostatectomy J. Urol. 92: 51; 1964.

10.—JUDD, E. S.—Prostatectomy. Surg. Gynec & Obst. 16: 379; 1913.

11.—KEYES, E. L. and FERGUSON, A. S.—Urology. 1936.

12.—KELLEY, G. G.; LILBERGLEIT, A.; BERKES, E. M.; CAPUTO, J. M. and BROMME, W. J.—Suprapubic prostatectomy: A report of 337 cases. J. Urol. 92: 215; 1964.

13.—LEWER, W. E.—Complete closure of bladder following prostatectomy: preliminary report. J.A.M.A. 89: 749; 1927.

14.—LEADBETTER, G. W.; DUXBURY, J. H. and LEADBETTER, W. F.—Can prostatectomy be improved? J. Urol. 82: 600; 1959.

15.—LEBLANC, G. A. and RICHARDSON, J. F.—Elimination of catheters, tubes and packs in suprapubic prostatectomy. J. Urol. 86: 431; 1961.

16.—MCGILL, A. G.—Hypertrophy of the prostate and its relief by operation. Lancet 1: 215; 1888.

17.—MALAMENT, M.—Maximal hemostasis in suprapubic prostatectomy. Surg. Gynec. & Obst. 120; 1307: 1965.

18.—MICHALOWSKL, G.; MODELSKI, W. and BICELI, I.—Removable hemostatic suture in suprapubic prostatectomy. Urol. Int. 21: 549; 1960.

19.—MACALISTER, C. L. O.—Retropubic prostatectomy without catheter drainage. J. Urol. 92: 517; 1964.

20.—NOVAK, R.—Prostatectomie transvesicale sans application the sonde uretrale en cas de rétention prostatique aigue. J. Urol. et Neprol. 69: 299; 1963.

21.—ODDE, V. J.—A new hemostatic catheter for prostatectomy. J. Urol. 80: 504; 1958.

22.—O'CONNOR, V. J.; BULKLEY, G. J. and LOKEL, J. K.—Low suprapubic prostatectomy: comparision of results with standard operations in two comparable groups of 142 patients. J. Urol. 90: 301; 1963.

23.—PRESMAN, D. and RELNICK, D.—Retropubic prostatectomy: mortality complications and funtional end results. J. Urol. 88: 814; 1962.

24.—SMILEY, L. V.—Modified suprapubic transvesical prostatectomy followed by voiding after second day. J. Urol. 84: 493; 1960.

25.—THOMPSON-WALKER, J. W.—Hemorrage and postoperative obstruction prevention. Brit. J. Surg. 7: 525; 1927.

NOTA: Las fotografías fueron obtenidas del Year Book of Urology editado por John T. Grayhack; Serie 1965-1966.

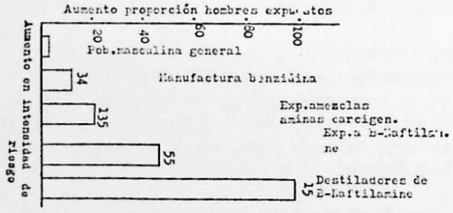
CANCER VESICAL

Drs. ROBERTO VARGAS DELAUNOY, PEDRO GIGOUX MAC CREA, PERFECTO HUMERES L. y ATILIO QUINTANA.

(Servicio y Cátedra de Urología Hospital J. J. Aguirre)

FRECUENCIA DE LOS TUMORES VESICALES

Los tumores vesicales son los más frecuentes entre las neoplasias de las vías urinarias. Su mayor incidencia está entre los 40 a 70 años, observándose un aumento de ellos en las dos últimas décadas. Demuestran predominio en el sexo masculino en proporción de 3 a 1, lo que hemos confirmado en nuestra casuística. Es uno de los pocos neoplasmas en que se ha demostrado que el factor ambiental y ocupacional tienen una acción directa como se observa en las personas que están expuestas o trabajan con sustancias colorantes, quienes casi en un cien por ciento contraen el cáncer vesical como se ilustra en un estudio efectuado por A.M. Case relacionando la ocupación e incidencia en el cáncer vesical.



Junto con la edad, el sexo, el medio ambiente y la ocupación; se ha observado también cierta relación con las zonas geográficas (en las zonas secas habría mayor incidencia), tipo racial (mayor incidencia en la raza blanca), consumo de tabaco (más frecuente en los fumadores), hábitos de comida y de bebida e incluso hay autores que han demostrado que el estado civil tiene relación con la frecuencia del cáncer vesical (mayor predominio en la soltería y viudez).

La comparación de la incidencia del cáncer vesical en el plano internacional se ve complicada por el hecho de que aún existen divergencias en la clasificación de este tipo de tumores y además por las deficientes estadísticas de algunos países.

Haitung King y John Bailar han estudiado la mortalidad por cáncer vesical en 22 países (Cuadro 1) y han podido observar un alto índice en países como Inglaterra, Gales, Suecia, Dinamarca y en la población blanca de EE. UU., países de gran desarrollo industrial, en contraposición con países en vías de desarrollo como Venezuela y Chile en que en ambos sexos el índice de mortalidad es bajo. De dicho estudio comparativo se desprende también la diferencia racial del cáncer vesical como sucede con la población negra de los EE. UU. y Japón que tienen tasas bajas de mortalidad.

La incidencia por sexo y edad se puede ver claramente en la Figura 1 en la cual se incluye además el factor racial.

Hay una relación clara en la frecuencia del Ca. vesical y el medio ambiente como es el área rural y urbano y que se objetiva en el Cuadro 2.

Cuadro 1

MORTALIDAD POR CA VESICAL POR 100.000 HABITANTES POR SEXO EN 22 PAISES. AÑOS 1960-61

(Según Haitung King y J. Bailar)

País	*Masculino*	*Femenino*
Sudáfrica	8.1	2.6
Escocia	7.4	2.2
Inglaterra y Gales	7.0	2.1
Dinamarca	6.4	2.0
Canadá	5.7	1.8
Bélgica	5.5	1.8
EE. UU. (blancos)	5.2	1.8
Australia	5.1	1.8
Nueva Zelandia	4.9	1.7
Países Bajos	4.9	1.7
Italia	4.8	1.6
Israel	4.8	1.6
Finlandia	4.7	1.6
Suiza	4.5	1.6
EE. UU. (negros)	4.2	1.5
Irlanda del Norte	3.8	1.5
Noruega	3.5	1.5
Irlanda	3.3	1.4
Suecia	3.2	1.1
Venezuela	2.8	1.0
Japón	2.1	1.0
Chile (1952-56)	2.0	0.7

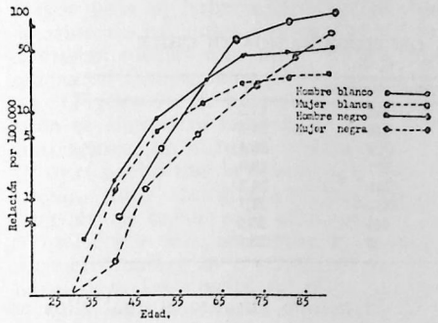


Figura 1

Desde el tiempo en que Rehn descubrió la relación entre la exposición a las tinturas y específicamente a la sustancia B-Naftilamine y la producción de Ca. vesical, las investigaciones se han ido acumulando y confirman plenamente dicha relación. Sustancias como la A y B Naftilamine, Bencidina, 4 aminodifenil y los azo-compuestos tienen poder carcinogénico; así lo han demostrado en Gran Bretaña, Japón y EE. UU.

Los datos obtenidos en nuestras estadísticas confirman la mayor incidencia en el sexo masculino del Ca. vesical y que además ellos han ido en aumento en los últimos años como se observa en el Cuadro 3.

El Ca. vesical ocupa en nuestra experiencia entre 17 al 24% de los tumores malignos genitourinarios como se puede observar en el Cuadro 4.

ETIOLOGIA

Es ya de todos sabido que la etiología del cáncer vesical se desconoce, sin embargo, existen varios hechos que parecen indicar que en estos pacientes existen sustancias carcinogenéticas que al ser eliminadas por la orina serían las causantes de estos tumores.

En los últimos años los estudios que que se han realizado en el campo de la bioquímica tratando de aislar metabolitos que eliminados por la orina serían los determinantes de los tumores vesicales son numerosos y algunos de ellos de difícil interpretación. Por esto nos referiremos en forma muy somera a los hallazgos más importantes.

Cuadro 2

INCIDENCIA DE CA VESICAL POR 100.000 HABITANTES POR SEXO EN EL AREA RURAL Y URBANO EN 4 PAISES (SEGUN H. KING Y J. BAILAR)

País	*Masculino*		*Femenino*	
	Urbano	*Rural*	*Urbano*	*Rural*
EE. UU. (N. York)	13.6	10.3	4.5	3.7
Noruega	7.3	3.2	4.4	1.9
Dinamarca	15.8	5.8	4.2	2.1
Finlandia	11.7	6.2	2.1	1.4

Cuadro 3

MORTALIDAD POR CA VESICAL POR SEXO EN CHILE AÑOS 1960-1967 S. N. S.

	Tumor maligno vejiga			*Total tumores malignos*	
Año	*M*	*F*	*Total*	*Total*	*%*
1960	39	21c	60	7.618	0.8
61	41	28	69	7.772	0.9
62	41	24	65	7.831	0.8
63	38	23	61	8.382	0.7
64	51	29	80	8.340	1.0
65	52	35	87	8.446	1.0
66	60	36	96	8.955	1.1
67	68	32	100	9.271	1.1

Cuadro 4

RELACION ENTRE CA VESICAL Y CA GENITOURINARIOS EN CHILE
AÑOS 1960-67 S. N. S.

Años	*Ca vesical*	*Ca genitourinario*	*%*
1960	60	346	17,3
61	69	335	20,6
62	65	319	20,4
63	61	323	18,9
64	80	331	24,2
65	87	367	23,7
66	96	401	23,9
67	100	423	23,6

Fue a fines del siglo pasado (1895) cuando Rehn observó la alta incidencia de cáncer vesical en personas que trabajaban con anilinas y fue éste el primer compuesto químico del cual se sospechó fuera cancerígeno.

Investigaciones posteriores demostraron que la anilina no es el factor causal sino que sería la naftilamina contenida en el benceno que se usa en la elaboración de las anilinas el agente responsable. mismo. Incluso se determinó que solamente la beta-naftilamina era capaz de producir experimentalmente tumores en la vejiga.

Wiley en 1938 y Mason y Young en 1950, en trabajos efectuados en perros y en ratas, precisaron que la beta-naftilamina no era cancerígena en sí y aislaron un producto de su degradación metabólica, el 2-amino-1-naftol que eliminado por la orina sería el factor cancerígeno propiamente tal.

Se acepta en la actualidad que de existir una sustancia carcinogenética, ésta actuaría a través de la orina y no a través de la sangre. Esta teoría urógena partió de trabajos efectuados por Mac Donald y Lund en 1954 quienes alimentaron perros con beta-naftilamina, aislando quirúrgicamente toda la cúpula vesical para impedir a este nivel el contacto con la orina. Estos autores comprobaron que los tumores se desarrollaban solamente en aquellas regiones de la vejiga en contacto con orina.

A raíz de estos estudios experimentales se hace evidente que en la producción de estos tumores influyen fundamentalmente dos factores:

1. La concentración que alcancen en la orina el o los metabolitos cancerígenos, y

2. El tiempo durante el cual ellos actúan.

En relación con este último aspecto, se piensa que el cáncer vesical es más frecuente en el hombre que en la mujer ya que en él existe una mayor patología a nivel del cuello vesical lo que determina ectasia urinaria. La alta incidencia de cáncer en los divertículos vesicales también parece dar mayor fuerza a esta idea.

En Inglaterra se ha visto que la incidencia de tumores vesicales es mayor en aquellas regiones con menor cantidad de lluvias. Esto hace suponer que en estas áreas existe una menor humedad atmosférica lo que lleva a una mayor pérdida de agua por la piel con la consiguiente disminución del volumen urinario y concentración de la orina.

Tratando de detectar la existencia de otros cancerígenos en la orina del hombre, Wallace y colaboradores (1956) comprobaron que la orina de pacientes con tumores vesicales contenía mayor cantidad de ácido 3-hidroxiantranílico y de 3-hidroquinurenina que la de controles normales (Figura 2). Estas dos sustancias son productos finales del metabolismo del triptofano y su capacidad cancerígena ha sido demostrada en experimentos efectuados en ratas. Estos dos productos se excretan en el hombre en forma de compuestos conjugados con ácido sulfúrico o glucurónico. Dichas formas conjugadas no son carcinogenéticas, pero el mismo Wallace ha descubierto que la orina contiene dos sistemas enzimáticos: glucuronidasa y sulfatasa. Este investigador cree que estos sistemas enzimáticos puede actuar sobre los metabolitos conjugados liberando cancerígenos potenciales y esta teoría cobra

mayor peso al haberse demostrado que la orina de pacientes con cáncer vesical contiene niveles más altos de glucoronidasa en comparación con controles sanos (Figura 3). Se ha visto que esta enzima se encuentra también en altas concentraciones en el tumor mismo y es curioso el hecho que la orina continúa con niveles altos de glucuronidasa incluso después de haber sido extirpado el tumor. Kerr y cols., sin embargo, en estudios efectuados en 6 pacientes comprobaron que los niveles de glucuronidasa en la orina volvían a la normalidad después de extirpado el tumor por lo que piensan que los niveles altos de esta enzima en el preoperatorio son más bien el producto que la causa del tumor.

En la actualidad se trabaja intensamente a nivel de la bioquímica para tratar de explicar la etiología de los tumores vesicales.

Si se probaran ciertas estas teorías, la profilaxis de los tumores vesicales podría efectuarse mediante la modificación del metabolismo del triptófano o bien a través del control de la actividad de las enzimas urinarias, como lo hace Wallace en forma experimental administrando un inhibidor de la glucuronidasa, la sacarolactosa a pacientes con tumores vesicales que tienen altos niveles de glucuronidasa en la orina.

Es un hecho también conocido que la esquisostomiasis vesical se acompaña de cáncer en un porcentaje relativamente elevado y estudios efectuados en pacientes con estos tumores han permitido ver que la excreción urinaria de los metabolitos del triptófano sigue el mismo esquema que en aquellos tumores producidos por agentes químicos industriales.

Numerosos autores se han preocupado de estudiar el riesgo que representan algunas actividades industriales en la producción de tumores vesicales. Las sustancias implicadas pueden ser inhaladas, absorbidas por la piel o ingeridas y absorbidas por el tubo digestivo. Case ha determinado que el período que transcurre entre la exposición a la sustancia cancerígena y la aparición del tumor es de alrededor de 18 años.

Wynder y cols., en un estudio realizado en 300 hombres y 70 mujeres con cáncer de vejiga concluyen que aparentemente presentan mayor riesgo de desarrollar tumores de vejiga aquellas personas que trabajan con anilinas, con cueros, los pintores, mineros del carbón y algunas ocupaciones textiles (Figura 4).

Tratando de encontrar otras sustancias cancerígenas, se ha estudiado también el problema del cigarrillo, habiendo determinado Wynder que el riesgo de cáncer vesical aumenta progresivamente con el número de cigarrillos fumados diariamente. Por otro lado, Kerr y cols. estudiando el efecto del cigarrillo sobre los metabolitos cancerígenos en el hombre, concluyen que el tabaco interfiere en el metabolismo normal del triptófano inhibiendo la conversión del ácido 3-hidroxiantranílico a N-metilnicotinamida lo que resulta en la acumulación de metabolitos intermediarios con poder carcinogenético en la orina.

Por otro lado, se ha visto en Inglaterra que en los últimos años ha habido un aumento de la mortalidad por cáncer vesical y pulmonar y en vista de la asociación de este último con el cigarrillo se piensa que puede haber una relación entre el tabaco y los tumores vesicales. Se ha comprobado que un 10 a 15% de la nicotina se encuentra en la orina del fumador entre 2 y 3 horas después de haber fumado, sin que exista ninguna variación con el uso de filtro en el cigarrillo.

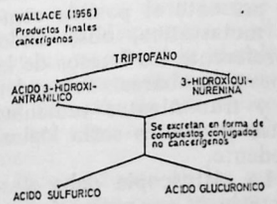


Figura 2

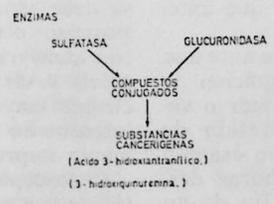


Figura 3

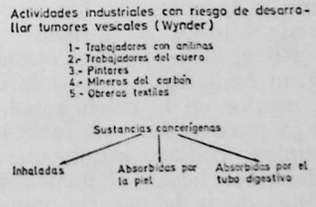


Figura 4

Trabajos efectuados en ratas en las que se produjo tumores de vejiga mediante alquitrán de tabaco, parecen apoyar más aún la idea de que el cigarrillo tenga influencia en la génesis de los tumores vesicales.

Por otro lado, no se puede ignorar la relación entre esta enfermedad y los procesos inflamatorios crónicos como son la cistitis crónica, esquisostomiasis, litiasis y leucoplasia. Wynder en 370 casos de tumores estudiados, encontró antecedentes de cistitis en un 6% y de litiasis vesical en un 5%.

Se ha determinado que alrededor de un 5% de personas con esquisostomiasis vesical desarrollan tumores de vejiga. Dimmette y cols, en 96 pacientes portadores de tumores vesicales estudiados en Egipto, encontraron que 90 de ellos tenían una esquistosomiasis vesical lo que representa un porcentaje muy elevado.

En la actualidad se trabaja intensamente en varias partes del mundo tratando de encontrar la etiología de estos tumores y parece ser que la última palabra la tendrán los bioquímicos quedando aún un largo camino que recorrer.

DIAGNOSTICO

Los diferentes procedimientos diagnósticos deben emplearse de tal manera que no sólo corroboren una sospecha sino que nos den una visión completa acerca del tamaño, localización y extensión del tumor ya que en relación a estos datos plantearemos el tipo de tratamiento más adecuado para el paciente.

En el estudio de la hematuria, en nuestra clínica de Urología se sigue básicamente la siguiente pauta:

Pielografía de eliminación. Consideramos esencial en la investigación de la hematuria este examen radiológico que nos permite a veces disminuir al máximo la instrumentación por lo que antecede a todos los demás.

No es aconsejable su ejecución ante una gran hematuria en que la formación de coágulos en la pelvis renal, uréter o vejiga pueden dar una falsa impresión de tumor. Wallace estima que este examen debe ser hecho al menos 48 horas después de la hematuria con el fin de no confundir las imágenes radiológicas.

En aquellos casos con eliminación retardada utilizamos doble dosis de medio de contraste con radiografías en tiempo más prolongado e incluso recurrimos a veces a la pielografía por infusión.

El esfuerzo empleado en obtener buenas imágenes pielocaliciarias cuando se sospecha un tumor vesical, nace del conocimiento de que algunos tumores papilares de la pelvis renal o uréter pueden propagarse por vía canalicular hacia la vejiga.

Los defectos de llenamiento vesical nos dan información sobre el tamaño, número de tumores y si éstos son pediculados o sésiles.

En algunas pielografías suelen encontrarse dilataciones pielocaliciarias y aún exclusiones renales. Las dilataciones ureterales leves y las ectasias del uréter inferior no indican obligadamente que nos encontramos frente a un tumor infiltrante puesto que tumores superficiales ubicados próximos al orificio ureteral pueden producir este efecto. Sin embargo, dilataciones mayores con compromiso pielocaliciario y más aún, la exclusión renal son ciertamente sugerentes de tumores infiltrantes de la pared vesical en la zona del uréter intramural.

Siempre deben tenerse en cuenta otras patologías que pueden producir estas dilataciones ureterales y caliciarias como ser la hipertrofia prostática y el cuello vesical; sin embargo, ambas producen generalmente alteraciones bilaterales y se acompañan de residuo vesical.

La pielografía de eliminación, además, nos informa en líneas generales sobre el estado de función renal, lo que pesará en el criterio que se adopte más adelante en el tratamiento. La gran cirugía del cáncer vesical será un recurso que no podrá brindarse a pacientes con insuficiencia renal.

En el estudio radiológico del paciente se debe tener presente el posible compromiso óseo metastásico, observando con atención preferente los huesos de la pelvis y vértebras lumbares. Pretender cirugía mayor y tratamientos radiantes intensos en estos pacientes sería lógicamente improcedente.

Cistoscopia. La cistoscopia debe efectuarse con anestesia ya sea regional o general con el fin de obtener el máximo de

este examen y poder efectuar una adecuada biopsia y palpación bimanual. Un examen endoscópico completo debe informarnos del tamaño, ubicación, tipo de tumor, características de su base de implantación, estado del tejido adyacente, número de tumoraciones y la presencia de otras lesiones coexistentes.

No es recomendable una posición de extrema litotomía pues los tumores ubicados en la cara anterior pueden pasar desapercibidos. Nosotros utilizamos posición de litotomía no forzada en la cual los muslos de pacientes hacen un ángulo obtuso con el tronco. El examen de la pared vesical anterior se facilita con la compresión del hipogastrio. Es aconsejable terminar el examen con óptica de visión retrógrada para asegurar un examen completo de la cavidad vesical.

La inspección debe ser igualmente cuidadosa en las zonas adyacentes al tumor ya que los solevantamientos de la mucosa irradiados hacia la masa tumoral son signos de infiltración neoplásica.

Biopsia. El examen endoscópico va seguido habitualmente de una biopsia la que confirma el diagnóstico y nos da información sobre el estado de infiltración y el grado de malignidad. Una buena muestra debería incluir parte de la pared vesical en el punto de implantación del tumor y no sólo masa neoplásica. Este punto es importante ya que la información de infiltración da la pauta para el tratamiento futuro.

No siempre es posible efectuar una biopsia en que se incluyan profundamente las capas vesicales ya sea porque la masa tumoral es muy grande y no permite ver su base de implantación o porque su ubicación impide las maniobras endoscópicas.

Las muestras para biopsia pueden obtenerse con resectoscopios o pinzas especiales de biopsia. Al utilizar resectoscopios, algunos estiman que el cuchillo circular tipo Thompson es el más adecuado porque no altera la histología del tumor. Sin embargo, dada la mayor difusión de los aparatos de asa caliente, la mayoría de los especialistas emplea este instrumento.

Existen zonas en las cuales las maniobras con los resectoscopios son difíciles, especialmente en la cara anterior en las vecindades del cuello. Las pinzas sacabocados son más útiles en estos casos dada su flexibilidad. El fórceps de Lowsley permite obtener buenos trozos de tejido con la profundidad necesaria para establecer el estado de infiltración.

Para el patólogo resulta difícil informar sobre la infiltración del tumor cuando el trozo obtenido no es adecuado, y con cierta frecuencia se emite un diagnóstico de estado que no corresponde al determinado mediante el estudio clínico completo. En tumores pequeños el informe de estado obtenido por la biopsia lo consideramos más valedero que en tumores de mayor tamaño.

Concordamos en que el estado de infiltración tiene más importancia en el pronóstico de estos pacientes, pero no hay que desconocer que el grado de malignidad sigue teniendo importancia y debe considerarse en el manejo de estos enfermos.

Palpación bimanual (Figura 5). En el estudio de nuestros pacientes la palpación bimanual es un examen obligado de la biopsia, a la cual complementa determinando el grado de infiltración del tumor.

Es un examen que exige una buena anestesia ya sea regional o general para obtener una completa relajación muscular por parte del paciente.

En la mujer este examen generalmente se efectúa por vía vaginal y en el hombre se recomienda una divulsión previa del esfínter anal de tal manera que se puedan introducir dos dedos de la mano derecha para efectuar una buena exploración, mientras la mano izquierda ejer-

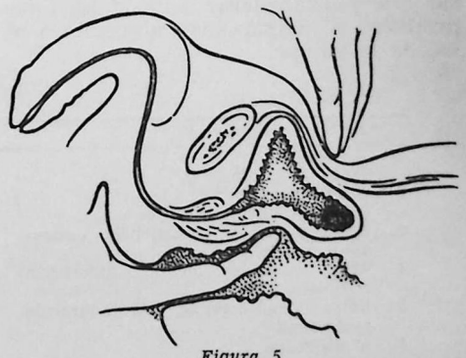


Figura 5

ce presión en el hipogastrio para palpar la vejiga entre las dos manos.

Se recomienda seguir siempre un sistema determinado:

a) Se delimita la próstata y vesículas seminales, palpando a continuación toda la base de la vejiga.

b) Al ejercer mayor presión en el hipogastrio se palpan ambas paredes laterales y toda la pared anterior.

Existen sólo dos puntos de la vejiga que no pueden ser examinados totalmente con este procedimiento:

a) La pared vesical anterior en su parte inmediatamente por detrás del pubis, y

b) En la mujer aquella zona de la pared vesical posterior que queda frente al cuello uterino.

Es importante anotar si existe masa palpable al examen, su tamaño y si éste es mayor que el apreciado en la cistoscopia; su consistencia y caracteres de la superficie; si existe o no engrosamiento de la pared vesical y finalmente si la masa es movible o adhiere a los planos vecinos.

Si un tumor no se palpa o se palpa movible, es probable que esté limitado a la submucosa o a las capas musculares superficiales. Cuando existe engrosamiento de la pared vesical significa generalmente invasión más profunda de la muscular y si se palpa una masa irregular cuyo tamaño es mayor que el que se ha determinado en la cistoscopia o la masa está adherida a los planos vecinos, esto significa invasión perivesical e incurabilidad de la lesión.

Existen fundamentalmente tres causas que pueden llevar a una falsa interpretación al palpar una induración a nivel de la vejiga:

1. La primera corresponde a la existencia de un cálculo grandes dentro de la cavidad vesical.

2. La segunda causa de falsa interpretación son las induraciones de la vejiga causadas por procesos inflamatorios como son las cistitis intersticiales, vejigas retraídas o esclerosis consecutivas a tratamientos radioterápicos o electrocoagulaciones extensas.

3. La tercera causa la constituyen las masas extravesicales adheridas a la vejiga como sucede con la ileítis regional, divertículos del colon, cáncer de colon, ovario o útero, procesos inflamatorios pelvianos y raramente quistes del uraco infectados.

Por otro lado existen errores de técnica que impiden obtener de este examen todo lo que él nos puede dar. Ellos son:

1. Relajación inadecuada: Al efectuar la palpación bimanual en un paciente sin la relajación necesaria pueden cometerse errores de apreciación como se puede comprobar posteriormente en el acto quirúrgico.

2. Vejiga distendida: Si la vejiga no ha sido vaciada completamente, será imposible palpar las tumoraciones en su interior.

3. La palpación a través del abdomen con la mano que presiona muy cercana al pubis comprimiendo la vejiga hacia atrás, puede desplazar un tumor de la cúpula hacia la parte cefálica del paciente, escapándose a la detección de los dedos que palpan en el recto.

Jewett correlaciona los datos obtenidos por la palpación bimanual con aquellos proporcionados por la biopsia de la siguiente manera (Cuadro 5):

Como dato complementario nos parece de interés citar el trabajo de Amar, quien en 1965 presenta una técnica propia para palpar la vejiga femenina a través de la uretra (Figura 6). Para efectuar este examen procede a la dilatación uretral hasta poder introducir el dedo índice dentro de la vejiga con el cual recorre toda la superficie de la cavidad vesical ayudado con la otra mano primero mediante tacto vaginal combinado y después comprimiendo el hipogastrio. El autor es categórico, es decir, que en los 14 casos en que ha empleado este procedimiento, ha obtenido más información que con la palpación bimanual corriente. No refiere complicaciones con este examen.

Cuadro 5

	Palpación bimanual	*Infiltración*	*Pronóstico*
1.	Engrosamiento (—) Masa palpable (—)	Submucosa o muscular superficial	Bueno
2.	Engrosamiento (+) Masa palpable (—)	Submucosa o muscular superficial	Bueno
3.	Masa palpable, consistencia aumentada, movible	Muscular profunda o perivesical	Malo
4.	Masa dura, movible, sin induración perivesical	Perivesical	Malo
5.	Masa dura, movible, con induración perivesical	Perivesical	Muy malo
6.	Masa dura, fija	Perivesical	Muy malo

Neumopericistografía (Figura 7). La neumopericistografía es un método radiológico que permite evaluar el compromiso infiltrativo de las neoplasias vesicales y que se efectúan mediante la insuflación de dos gases de distinta difusión en la región peri y endovesical.

En nuestro Servicio empleamos oxígeno perivesical insuflado a través de un trócar suprapúbico y CO_2 endovesical el cual se inyecta a través de una sonda uretral.

En seguida se toman placas frontales, oblicuas y laterales para obtener un registro de todos los ángulos. De esta manera se puede apreciar si existe normalidad de la pared vesical, engrosamiento de ella o infiltración perivesical del tumor. Este último hecho se manifiesta por falta de difusión del oxígeno insuflado en la región perivesical en que el tumor ha infiltrado.

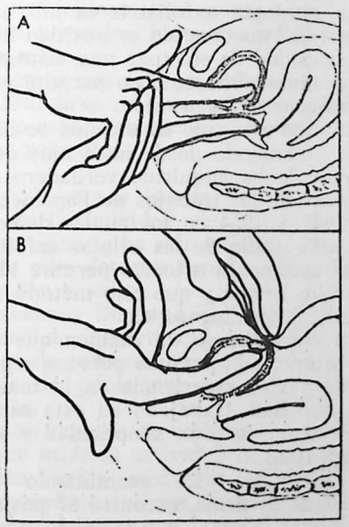


Figura 6

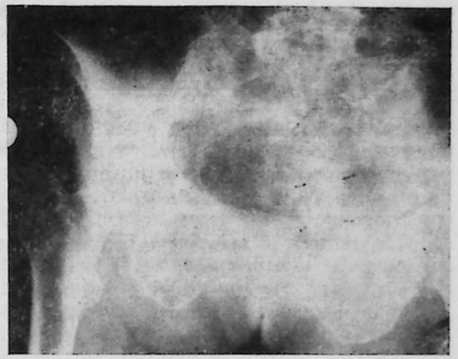


Figura 7

Este examen tiene algunas limitaciones:

1. No se puede efectuar en pacientes con operaciones previas en el hipogastrio ya que las adherencias impiden la difusión del gas en el espacio perivesical.

2. No se puede efectuar en pacientes con tumores muy infiltrados (pelvis congelada) ya que en estos casos no existe espacio perivesical.

3. No permite estudiar los tumores del piso vesical, y

4. Está contraindicado en pacientes con hematuria reciente o actual por peligro de producir embolias gaseosas.

En nuestro Servicio no lo utilizamos de rutina sino que en casos seleccionados en los que los otros exámenes no nos han dado una información más precisa acerca de la infiltración del tumor.

Lo consideramos como un examen valioso, a pesar de ser en ocasiones de difícil interpretación dada la poca experiencia que hemos tenido con este procedimiento.

Arteriografía. La angiografía pelviana ha sido utilizada desde no hace mucho por varios autores para tratar de obtener una clasificación más completa pre-

operatoria de los tumores vesicales, especialmente en lo que se refiere a su estado.

La vejiga está irrigada exclusivamente por las ramas viscerales de la arteria hipogástrica y como regla general se encuentran 2 arterias vesicales superiores provenientes de la arteria umbilical parcialmente obliterada; 2 vesicales medias que nacen directamente de la hipogástrica; 2 vesicales inferiores, también ramas directas de la hipogástrica y 2 hemorroidales medias que irrigan el piso vesical. En la mujer esta parte de la vejiga también está irrigado por pequeñas ramas de las arterias uterina y vaginal. De las ramas parietales de la arteria hipogástrica, sólo tienen importancia la pudenda interna y la obturatriz.

Para efectuar este examen, mediante la técnica de Seldinger se puncionan y cateterizan ambas arterias femorales. Bajo control fluoroscópico los catéteres se introducen hasta 15 o 18 cm. que es el punto donde nacen las arterias hipogástricas y se acoplan a un inyector automático. Para obtener mejor contraste, la vejiga se llena con CO_2 a través de una sonda. En seguida se inyecta el medio de contraste cuya cantidad varía según se trate de un cateterismo selectivo o no y se toman placas seriadas a razón de 2 por segundo.

Los tumores vesicales, así como los renales y del cerebro, presentan una vascularización muy rica y a la angiografía dan el mismo tipo de imagen. En el sitio del tumor existe una mayor concentración del medio de contraste visualizándose vasos de aspecto irregular en cuanto a su calibre y recorrido. Existen ovillos vasculares típicos.

El medio de contraste pasa a través de shunts arteriovenosos patológicos directamente al sistema venoso por lo que la fase venosa aparece más precozmente en el lado del tumor lo que es considerado por lo que utilizan este examen como de alto valor diagnóstico. Las venas se aprecian dilatadas y de calibre irregular con recorrido sinuoso.

A nivel del tumor también se puede apreciar engrosamiento de la pared vesical y el contraste a ese nivel es irregular y atigrado. El engrosamiento de la pared también se ha descrito en lesiones inflamatorias y después de tratamientos con radioterapia o cirugía.

Algunos tumores benignos también pueden tener una vascularización importante, pero en ellos no existe una fase venosa acelerada.

La infiltración perivesical se demuestra directamente por la opacificación del tumor mismo más allá de los límites de la pared vesical e indirectamente por la irrigación a través de vasos extravesicales.

Una limitación de este examen la constituye el hecho de que no son demostrables con él tumores de un tamaño menor a 1 cm.

Citología del sedimento urinario. El examen citológico del sedimento urinario se usa y se ha usado como una ayuda en el diagnóstico del cáncer vesical, pero su mayor utilización se ha dirigido hacia los exámenes periódicos que de rutina se efectúan en personas que trabajan con sustancias cancerígenas potenciales. Con este examen se pretende en la población industrial, detectar en forma precoz el cáncer de la vejiga antes de la aparición de los síntomas y es indudable que este procedimiento es mucho más simple que efectuar exámenes endoscópicos en grandes masas de población.

La citología exfoliatriz es un "screening test" que cuando es positivo indica la necesidad de efectuar una cistoscopia y que indudablemente no permite por sí solo hacer el diagnóstico.

Aunque este tipo de examen se ha venido efectuando desde hace más de 30 años, sólo ha adquirido verdadero auge después de los trabajos de Papanicolaou en 1947 y 1954 en los cuales demostró que el estudio de las células exfoliadas en el sedimento urinario permite identificar un tumor y que este método tiene significación diagnóstica.

Es sin embargo un examen que debe ser intepretado por una persona especializada y con experiencia en la materia. Los que han trabajado en este aspecto insisten en su gran simplicidad y valor diagnóstico.

Crabbe en 1956, examinando 1.800 muestras de orina, encontró 67 positivos los cuales sometidos a examen endoscópico revelaron tumor en 51 de ellos, o

sea, en el 76,1%. En 5 pacientes en los que no se encontró tumor, este apareció entre 5 y 48 meses después. En 6 pacientes con examen citológico negativo en los que se hizo cistoscopia por hematuria microscópica, se encontró tumor vesical.

Es evidente que a pesar de los falsos positivos y falsos negativos, que según algunos autores son mínimos, la técnica de Papanicolaou combinada con el examen del sedimento urinario para detectar glóbulos rojos, es un método valioso en la detección precoz del cáncer vesical especialmente en el examen de grandes masas de población industrial propensa.

Desde el punto de vista de la técnica misma, es necesario efectuar este examen en orina fresca recién emitida. Algunos insisten en la necesidad que sea la primera orina del día, sin embargo, otros no lo encuentran indispensable.

La concentración de las células se efectúa mediante centrifugación a 1500 RPM durante 10 minutos y excepcionalmente mediante filtros especiales. Posteriormente se procede a la fijación y después a la coloración corrientemente utilizando la técnica de Papanicolaou o de Harris-Shorr.

Papanicolaou y Traut (1942) efectuaron una clasificación de la citología exfoliatriz en cinco tipos que van desde las células normales hasta las francamente cancerosas.

Creemos que este procedimiento debería difundirse más en nuestro ambiente médico especialmente en el control de algunos pacientes.

Dehidrogenasa láctica. La determinación de la actividad de la hidrogenasa láctica urinaria ha sido utilizada especialmente para detectar neoplasias malignas del riñón y vejiga.

Wacker y Dorfman lo consideran un examen de importancia en la detección precoz de tumores vesicales en grandes masas de población especialmente expuestas.

Es un examen de realización compleja ya que mide la actividad de la dehidrogenasa láctica mediante método espectrofotométrico el que determina la oxidación del lactato en presencia de difosfopiridin nucleótido. Previamente deben eliminarse de la orina todos los inhibidores de esta enzima mediante diálisis.

Es un procedimiento que tiene algunas limitaciones ya que se pueden obtener falsos positivos cuando se efectúa en presencia de infección urinaria, miocarditis y otras condiciones patológicas.

En nuestro Servicio tenemos una experiencia muy exigua ya que en la actualidad sólo lo hemos efectuado en 9 pacientes de los cuales 5 han sido controles sanos. Esperamos seguir adelante para poder sacar alguna conclusión respecto a su utilidad.

Cistoscopia con fluorescencia. En 1957 Rall y cols. observaron que en pacientes tratados con tetraciclina, los tumores al ser observados bajo luz ultravioleta presentaban fluorescencia.

Whitmore en 1964 confirma este hecho en relación a los tumores vesicales utilizando para ello un cistoscopio especialmente diseñado de fibra óptica con luz ultravioleta.

Desde esa fecha, Bush y Whitmore han utilizado en forma experimental este examen en la detección de tumores no visibles con el cistoscopio de luz corriente.

Previamente al examen, administran al paciente tetraciclina en dosis de 250 mg. cada 6 horas durante 2 a 10 días y posteriormente efectúan el examen utilizando siempre previamente el cistoscopio corriente.

En esta forma han podido comprobar que existen zonas fluorescentes en las vejigas tumorales que al examen histológico corresponden a tumores y que se ven con aspecto de mucosa sana con el cistoscopio corriente.

Este procedimiento se encuentra aún en estudio, pero es evidente que sería de gran utilidad en el control de pacientes operados por tumor; en enfermos con citología urinaria positiva sin que se aprecie alteración a la cistoscopia habitual y en el estudio de pacientes con tumor vesical demostrado para detectar en ellos otras áreas tumorales en mucosa vesical aparentemente sana.

En un estudio efectuado por Bush y Whitmore en 142 pacientes, se pudo detectar 19 casos de carcinoma in situ no demostrado a la cistoscopia corriente. Tuvieron 14 pacientes en los que se apreció fluorescencia sin que se demostrara

cáncer con la biopsia y los cuales correspondían a atipia celular, alteraciones actínicas o ulceraciones. Es interesante hacer notar además que de 69 tumores macroscópicamente visibles, 12 no presentaban fluorescencia.

Hasta el momento se puede decir que este examen tiene un gran valor cuando es positivo, pero que su negatividad no excluye el cáncer. Por otro lado, se necesitará un mayor estudio para poder sacar conclusiones definitivas.

Linfografía. La linfografía es un examen que hemos utilizado en un limitado número de nuestros pacientes, más que como un procedimiento diagnóstico, como estudio del método mismo. En casos de cáncer vesical es un examen incompleto ya que no contrastan los ganglios de la cadena hipogástrica al efectuar la inyección en el dorso del pie. Sólo es positivo cuando existen metástasis ganglionares más altas, es decir, de la cadena lumboaórtica.

Las imágenes que se obtienen son similares a las de otras neoplasias: aumento de volumen ganglionar, defectos de llenamiento, desviaciones de las cadenas linfáticas y obstrucciones de ellas. Sin embargo, estas alteraciones aparecen cuando otras técnicas más sencillas nos pueden dar información bastante precisa.

Finalmente no se debe olvidar que en el estudio de estos pacientes, así como en otras neoplasias, es de rutina el examen radiográfico de tórax para pesquisar metástasis a distancia.

La experiencia analizada en el Hospital José Joaquín Aguirre comprende 100 enfermos entre los años 1960 a 1968. El número de pacientes que voluntariamente acudió a control fue de un 25%. Mediante visitas domiciliarias y citaciones logramos conocer el destino de un 60% de enfermos; sin embargo, un porcentaje con residencia en provincia no respondió a las citaciones y el resto no fue ubicado por múltiples cambios domiciliarios.

Los pacientes fueron sometidos a diferentes tratamientos durante este lapso, esquematizándose con mayor precisión la modalidad terapéutica en los últimos 4 años.

Respecto a la incidencia por sexo, 64% de los pacientes fueron varones y 36% mujeres, guardando una proporción 2:1 en favor de los primeros.

El estudio histopatológico demostró un 90% de Ca. papilar, un 7% de Ca. epidermoide y un 3% de Ca. indiferenciado (Cuadro 6).

Sintomatología del Ca. vesical. El síntoma fundamental es la hematuria que se presenta entre el 92 al 97%. Puede ser inicial, terminal o durante toda la miccin. Cuando el tumor está ubicado cerca del cuello vesical puede aparecer la hematuria terminal al ser exprimido el tumor por la contractura vesical.

La irritabilidad vesical es otro de los síntomas y se manifiesta por poliaquiuria, disuria, sensación de ardor, urgencia miccional, incontinencia. Hay infección en un alto porcentaje.

En nuestra casuística como se puede observar en el Cuadro 7, hemos hallado la hematuria en el 92%, infección urinaria en el 46%, anemia en el 13%, compromiso del estado general en el 6% y lumbalgia en el 2%. En 2 pacientes de nuestra casuística el tumor vesical fue un hallazgo en el estudio de un adenoma prostático.

Cuadro 6

CANCER VESICAL

Experiencia del Hospital J. J. Aguirre
Años 1960 1968 — Stgo., Chile

Nº de enfermos	: 100		
Controlados	: 60		
Hombres	64		
		Relación	2 : 1
Mujeres	36		
Anat. Patológica			
		Ca. Papilar	90%
		Ca. Epiderm.	7%
		Ca. Indiferenciado	3%

Cuadro 7

SINTOMAS

Hematuria	92%
Infec. urinaria	46%
Anemia	13%
Compromiso del est. general	6%
Lumbalgia	2%

TRATAMIENTO

El tratamiento de los tumores vesicales ha constituido un gran problema para el urólogo. Algunas de las técnicas que se emplearon en un comienzo con gran entusiasmo, han terminado por desilusionar a los especialistas a la luz de sus resultados. Afortunadamente, en la actualidad contamos con algunos conceptos que orientan en el tratamiento y ponen orden a las variadas modalidades anteriores.

La hipótesis de Jewett de que la curabilidad de los tumores se relaciona con la profundidad de infiltración es hoy aceptada universalmente. De acuerdo a este concepto, el estado tumoral determinará el tratamiento.

Las técnicas de mayor sencillez como la resección y electrofulguración por vía transuretral están indicadas en aquellos tumores con mínima invasión de la pared vesical. La extirpación y electrocoagulación a cielo abierto se indica en tumores de iguales características en que el tratamiento anterior no puede efectuarse en forma satisfactoria.

Las cistectomías parciales se recomiendan en tumores únicos, bien delimitados, cuando la infiltración no va más allá de las capas musculares. Las cistectomías totales y radicales se reservan generalmente para aquellos tumores profundamente invasores.

Los tratamientos quirúrgicos expuestos habitualmente, se complementan con radioterapia, quimioterapia o ambos, de acuerdo a diferentes esquemas.

Junto con el estado del tumor, el grado de malignidad es un factor de gran importancia para clasificar a una neoplasia vesical. Los tumores altamente malignos tienden a infiltrar con mayor rapidez y corresponden a los estados más avanzados. Las neoplasias de un determinado estado, pero con distinta graduación histológica responderán en forma diferente al tratamiento y obviamente tendrán otro pronóstico.

En nuestra casuística, la graduación histológica lo establecemos de acuerdo a la clasificación de Broders. Otros autores como Wallace los clasifica en papilares y sólidos y éstos a la vez en diferenciados o anaplásticos.

En la determinación del estado, o sea, la profundidad de infiltración, pueden existir falsas interpretaciones. Al correlacionar las piezas obtenidas tanto en cistectomías totales como parciales con la estimación del estado en el estudio clínico completo, Marshall de New York encuentra coincidencia en el 81% y Wallace en el 79%. En nuestra experiencia, en aquellos casos en que establecimos el estado preoperatorio encontramos una coincidencia de 75%.

El estado tumoral en nuestros pacientes fue determinado según la clasificación de Jewett-Marshall (Cuadro 8).

Tratamiento de los tumores superficiales. Estos tumores se tratan habitualmente con métodos simples como la resección y electrocoagulación transuretral. La destrucción total del tumor con electrocoagulación de la base se consigue con facilidad por esta vía. El mayor problema es la recidiva tanto en el sitio de implantación original como en el resto de la vejiga.

El mismo procedimiento libera células activas que pueden implantarse en otras zonas, especialmente en aquellas traumatizadas por el resectoscopio las que generalmente son las próximas al cuello de la vejiga.

Las sobrevidas en grandes series de pacientes como son los de Barnes llegan a un 63% a 5 años y un 51% a 10 años.

Cuadro 8

Estado	O	Tumor limitado a la mucosa.
Estado	A	El tumor compromete la submucosa.
Estado	B-1	Existe compromiso de la primera capa muscular.
Estado	B-2	Compromete toda la pared muscular.
Estado	C	El tumor se extiende en la grasa perivesical e incluso a la cápsula de órganos vecinos, sin comprometerlos.
Estado	D	El tumor invade más allá de la vejiga y atmósfera perivesical.
Estado	D-1	Confinado a la pelvis.
Estado	D-2	La extensión va más allá de la pelvis, con metástasis a distancia.

Este mismo autor es partidario de la vía transuretral en tumores aún más infiltrantes, y basa su posición en el estudio comparativo de sus estadísticas con las de Jewett que con cistectomía parcial da un 53% y de Whitmore y Marshall que dan un 48%.

El procedimiento transuretral lo hemos empleado en 19 pacientes como primer tratamiento entre los años 1960 y 1968. De esta serie están excluidos los papilomas benignos. Conocemos la evolución de 12 de ellos.

Cinco enfermos fallecen por su tumor en plazos que van de 14 meses a 5 años. Seis logran sobrevida de más de 3 años, lo que constituye el 50%. Ocho causaron recidivas que fueron tratadas con igual procedimiento. En 6 pacientes se complementó el tratamiento con radioterapia.

Recientemente hemos utilizado el tratamiento combinado de radioterapia y 5 FU y en algunos instilaciones vesicales con Thio Tepa.

La radioterapia desarrolló cistitis actínica intensa en uno de nuestros pacientes por lo que fue sometido a cistectomía total en otro centro médico, falleciendo en el postoperatorio mediato.

En uno de nuestros enfermos en que creíamos tener controladas las recidivas mediante resecciones transuretrales, en la última hospitalización se comprueban extensas metástasis pulmonares y óseas que le acarrean la muerte. En este caso, a pesar de corresponder a un estado superficial, desde un comienzo la graduación histológica fue alta.

En los últimos años complementamos el tratamiento transuretral con Thio Tepa endovesical. Jones y Swiney introducen este tratamiento en 1961, siendo preconizado además por Veenema y cols. Produce la desaparición y regresión de los tumores superficiales en un porcentaje cercano al 30%. Utilizamos 60 mgrs. de la droga en 40 cc. de agua destilada en instilaciones semanales al comenzar, para distanciarlas posteriormente, manteniéndose una instilación mensual a perpetuidad. El Thio Tepa tiene un marcado efecto antitumoral, pero su administración no está exenta de peligros. Whitmore detectó leucopenia y trombocitopenia en el 25% de sus enfermos tratados que lo obligaron a suspender la droga temporalmente. Se han publicado casos de pancitopenias extremas y sepsis con fallecimiento de algunos pacientes. Por esta razón, es indispensable el control hematológico durante la administración de la droga. En nuestra experiencia practicamos recuento y fórmula hematológica después de las instilaciones, suspendiendo o postergando la siguiente en caso de presentarse alguna alteración del hemograma.

Cuando no se obtiene la desaparición, puede lograrse una reducción en el número y tamaño de los tumores. Otro efecto positivo logrado es el retardo de las recidivas, así, paciente que habitualmente recidivan 2 o 3 veces al año ven distanciarse este problema. Existe, sin embargo, un porcentaje en que el tratamiento es totalmente inefectivo.

Electrorresección y fulguración a cielo abierto. Esta técnica reservada para tumores superficiales, que en muchas oportunidades son susceptibles a RTU es de gran sencillez y ha sido la más socorrida en nuestra experiencia. Permite una visión más completa de toda la cavidad vesical y una exposición adecuada del tumor, pero obviamente no puede ser empleada con la frecuencia con que estos tumores pueden recidivar. La empleamos cuando el tamaño, localización o la multiplicidad de los tumores hace impracticable el tamaño, localización o la multiplicidad de los tumores hace impracticable la vía transuretral.

Hemos efectuado 42 resecciones y electrocoagulaciones por esta vía. Se desconoce el destino de 14 enfermos. De los 28 pacientes controlados, 14 (50%) sobreviven más de tres años y solamente un 25% más de 5. Prácticamente en todos ellos se han complementado esta cirugía con radioterapia (Figura 8).

CANCER VESICAL
Resección y Electrofulguración a cielo abierto

Nº de pacientes 42
Controlados 28

Sobrevidas	
3 años	5 años
14 (50 %)	7 (25 %)

Figura 8

El tratamiento combinado con 5 FU y radioterapia se utilizó en 9 enfermos de esta serie y es relativamente reciente. Será comentado más adelante.

Los pacientes sometidos a resección y fulguración a cielo abierto son generalmente portadores de un tumor superficial, sin embargo, 7 de ellos corresponden a tumores profundamente invasores en que el tratamiento se practicó sólo con fines paliativos. Dos de ellos presentan metástasis óseas más tarde.

Del total de pacientes, 18 acusaron recidivas que fueron tratadas generalmente por vía transuretral (42%).

Tratamiento de los tumores infiltrantes. En el manejo de estos tumores los tratamientos preconizados han ido desde los más conservadores a los más radicales. En un gradual ascenso hasta las terapias más agresivas, vamos desde la simple radiación externa a la fulguración, electrorresección, electrocoagulación y radiaciones intracavitarias, implantación de sustancias radioactivas, resecciones parciales, cistectomías totales y radicales hasta la excentración pelviana.

En opinión de Jewett, tanta variedad de tratamiento deriva de una falla en la clasificación patológica para indicarnos las posibilidades de curación. Los pacientes con tumores superficiales tienen potencialmente mayores posibilidades de curar. En cambio aquéllos con tumores infiltrantes tienen menos posibilidades, y frecuentemente ninguna. La malignidad celular acelera la velocidad de infiltración de la pared vesical. Como primeros factores que influyen en el método de tratamiento se consideran el estado y seguidamente la graduación histológica.

En el tratamiento de los tumores infiltrantes existen cuatro razones fundamentales que explican los fracasos:

1. Metástasis preexistente.
2. Extensión perivesical previa.
3. Complicaciones intercurrentes.
4. Erradicación incompleta del tumor primario.

En estos tumores es difícil hacer una evaluación retrospectiva de los variados procedimientos empleados en grandes casuísticas debido a la poca información respecto a la profundidad de infiltración. La electroresección transuretral en tumores profundos ha sido empleada en autores como Flocks y Barnes con sobrevidas muy aceptables a cinco años. Barnes compara su serie con la de Whitmore y Marshall en relación al estado del tumor (Cuadro 9).

Flocks refiere un 77% de sobrevida a los 5 años en los estados A, y un 54% en los estados B. Estas estadísticas hablarían en favor del procedimiento transuretral, pero debemos recalcar que ellas corresponden a dos de los más relevantes reseccionistas de los Estados Unidos.

Cistectomía parcial. La extirpación de un segmento vesical con todas sus capas es un buen procedimiento cuando se cumplen ciertos requisitos. Es una técnica relativamente sencilla que puede aplicarse a tumores ubicados prácticamente en cualquier sector de la vejiga. Las resecciones en la cúpula y paredes laterales son más fáciles que las próximas al cuello y trígono. Si los uréteres se engloban en la resección, pueden ser reimplantados en una zona más alta de la vejiga. En la mujer existe el problema de incontinencia de la orina si se reseca una zona que comprometa el cuello vesical. Existen las siguientes contraindicaciones para este procedimiento:

1. Malas condiciones del paciente.
2. Tumores de gran tamaño cuya extirpación dejaría una vejiga muy pequeña.
3. De marcación difusa del tumor.
4. Tumores múltiples.
5. Compromiso del cuello vesical en la mujer.

Cuadro 9

Tratamiento	*Estado*		
	A %	B %	C y D %
Jewett			
Cistectomía completa o parcial	53	28	14
Whitmore y Marshall			
Cistectomía completa o parcial	48	17	13
Barnes			
Endoscópico	61	41	5

La resección debe efectuarse a 2 cm. del margen tumoral. Conway y Broders en cortes seriados encontraron extensión microscópica a un centímetro del margen macroscópico del tumor, de lo que nace la recomendación de seccionar más distalmente.

Las estadísticas extranjeras revelan las siguientes sobrevidas a 5 años cuando se emplea la cistectomía parcial (Cuadro 10).

En nuestra experiencia la cistectomía parcial ha ido desplazando en los últimos años al simple procedimiento de resección y fulguración transvesical. Se consigue un aislamiento vesical satisfactorio con la extraperitonización a nivel de la cúpula mediante disección roma o sección y sutura inmediata del peritoneo que la cubre. En esta forma logramos exponer ampliamente la cara posterior y laterales de la vejiga pudiéndose así resecar a una prudente distancia del tumor todas las capas vesicales.

La cistectomía parcial se practicó en tumores superficiales (A a B-1) en 17 de 24 pacientes. En el resto el tumor era profundamente invasor (7 pacientes, de los cuales 3 correspondían al estado C). En 19 enfermos complementamos el tratamiento con radioterapia. Cinco de ellos recibieron terapia combinada de 5 FU y cobaltoterapia. Desconocemos el destino de 6 pacientes. Hasta la actualidad se han producido 3 muertes; una en el postoperatorio a los 19 días por un accidente vascular cerebral, otra a los 3 meses por caquexia y una tercera a los 5 meses con una fístula urinaria desde la intervención quirúrgica con gran compromiso del estado general (Figura 9).

Cuadro 10

	Estado B-1	*Estado B-2*
Marshall y Broders	62,5%	22%
Riches	36 %	
Wallace	48 %	

CISTECTOMIA PARCIAL
Operados 24
Controlados 18
Muertos 3

Sobrevidas (años)	-1	1-2	2-3	3-4	4-5
Nº de Enfermos	1	3	1	7	3

Figura 9

De los 15 pacientes vivos controlados, 10 (66%) han vivido más de 3 años, habiendo todos recibido radioterapia complementaria. En 2 de ellos se han producido recidivas que han sido tratadas con Thio-Tepa endovesical y 5 FU.

Una de nuestras pacientes, de 25 años sometida a cistectomía parcial y tratamiento combinado de 5 FU y Radioterapia, desarrolla a los 2 1/2 años una metástasis en el pubis que obliga a una desarticulación de la cadera.

En los 10 sobrevivientes de más de 3 años, seis corresponden a estados superficiales, tres a estados B-2 y solamente uno a estado C. Los tumores en un 80% acusaban alto grado de malignidad al estudio histológico de acuerdo a la clasificación de Broders (8 grados 3, 1 grado 2 y 1 grado 1) (Figura 10).

Cistectomía simple y cistectomía radical. Ambas operaciones, muy difundidas, especialmente en Estados Unidos no lo son en nuestro medio, en primer lugar por la idiosincrasia de nuestro pueblo y en segundo por la dificultad en el manejo de las derivaciones urinarias.

La extirpación vesical acompañada de una derivación urinaria no es aceptada fácilmente por nuestros pacientes, la idea de transportar una bolsa colectora de orina en forma definitiva, es rechazada casi en forma unánime.

Es conocida la dificultad que en algunas oportunidades existe para encontrar la prótesis adecuada que ajuste a la ostomía cutánea en forma cómoda y sin filtraciones. En algunos centros médicos extranjeros, esto no constituye un problema por la gran variedad existente de tamaños y formas de estos aparatos.

CANCER VESICAL
Cistectomía parcial

Sobrevida de más de 3 años 10 pacientes

Estado	A-B1	B2-C
Nº enfermos	6	4

Figura 10

La cistectomía total que consiste en la extirpación de toda la vejiga junto con vesículas seminales y próstata, o la radical en que se agrega la disección ganglionar, se indican cuando los demás tratamientos más conservadores no pueden emplearse satisfactoriamente. El cirujano evade en lo posible esta cirugía extrema y no la utiliza en los tumores que se inician, sino cuando éstos tienen un estado de infiltración más avanzado. Esto explicaría el por qué la curación del cáncer no es tan elevada después de la cistectomía.

El gran entusiasmo que despertaron las cistectomías decayó en algunos importantes centros, en parte por su mortalidad operatoria y en parte por su morbilidad posterior. En opinión de Wallace con el mejoramiento de las derivaciones urinarias y un mejor conocimiento de los trastornos electrolíticos, aumentarán considerablemente el número de cistectomías totales (Cuadro 11).

La mortalidad postoperatoria en las distintas series va de un 5 a un 14%.

De las múltiples derivaciones urinarias que se emplean son la uretero-ilio-cutaneostomía y la ureterosigmoidostomía las de uso más corriente. Son conocidos los trastornos electrolíticos producidos en esta última técnica en que se produce una disminución de la reserva alcalina con hipercloremia. Junto a esto se experimenta un alza de la cifra de uremia y menos comúnmente una hipokalemia. La infección urinaria, los fenómenos de obstrucción y reflujo ureteral suelen presentarse como complicaciones.

En nuestra serie, solamente un caso ha sido sometido a cistectomía total debido a tumores rápidamente recidivantes y refractarios a los tratamientos radioterápicos, quimioterápicos y quirúrgicos conservadores. En este caso en particular empleamos la derivación según técnica de Heitz-Boyer.

Este paciente complica su postoperatorio con una neumopatía aguda que acarrea su muerte.

Cuadro 11

SOBREVIDA A 5 AÑOS

	Superficiales (A)	*Profundos (B)*
Riches	39 %	10 %
Whitmore	36,8%	10,9%

Tratamiento combinado de 5 FU y radioterapia. En quimioterapia en el Ca. vesical hemos adoptado desde hace poco más de dos años el tratamiento combinado de 5 FU y radioterapia como complemento a la cirugía. Estudios efectuados en Estados Unidos especialmente en la Universidad de California Los Angeles por el Dr. J. J. Kaufman demuestran en experiencias de laboratorio en tumores humanos que se trasplantan al Hamster que existe una potenciación de los efectos radioactivos y el 5 FU administrados simultáneamente. Esto permite obtener un máximo efecto con menos toxicidad. El mismo autor en experiencias clínicas tiene en la actualidad sobrevidas que se vislumbran mejores a las obtenidas con otros tratamientos cuando se utiliza esta modalidad.

Hasta el presente hemos tratado 20 pacientes con FU y radioterapia combinados de acuerdo al siguiente esquema: 9 a 14 grs. de 5 FU administrado como dosis total preoperatoriamente al mismo tiempo que se inicia el tratamiento de radioterapia que es de aproximadamente 3500 R. Administramos la droga por vía endovenosa en dosis de 1 gr. en incursión de 6 horas en suero glucosado. Al comenzar nuestro programa manteníamos el sistema de infusión continua, colocando un catéter endovenoso por lo que adicionábamos heparina y corticoides para prevenir fenómenos de flebitis. Posteriormente nos decidimos por la fleboclisis en 6 hrs. por simple venopuntura.

La tolerancia es buena en prácticamente todos los pacientes, habiendo solamente 2 de ellos experimentando una baja en el recuento plaquetario y leucocitario que nos obligó a suspender temporalmente el tratamiento. En uno de estos mismos pacientes se agrega una erupción cutánea máculo-papulosa.

En un programa tan reciente, obviamente, no podemos extraer conclusiones y su presentación actual tiene sólo un carácter informativo.

Nueve pacientes eran portadores de

tumores superficiales; cinco profundamente invasores y seis en estado D-1 y D-2. En este último grupo el tratamiento perseguía sólo fines paliativos por estar en una etapa más allá de la cirugía.

Cinco enfermos se sometieron a RTU; cuatro a cistectomía parcial y cinco a resección y electrocoagulación a cielo abierto.

En aquellos pacientes en estado D-1 y D-2 el tratamiento radioterápico se extendió más allá de las 3.500 r, cuando las condiciones del paciente lo permitieron. Ninguno de estos pacientes sobrevive al año y fallecen por su tumor. Uno de nuestros pacientes en que diagnosticamos mediante la biopsia un tumor en grado A y grado 2, fue sometido al tratamiento combinado rechazando una intervención quirúrgica. Los repetidos estudios cistoscópicos hasta 24 meses después son absolutamente normales. Contrasta con este aparente dominio de un cáncer vesical otro paciente en que el tratamiento combinado hace desaparecer un tumor superficial de la vejiga pero sin embargo presenta recidivas a 18 meses acompañada de metástasis generalizadas. Destacamos en este caso la alta graduación histológica desde un comienzo, con un estado superficial.

Al iniciar nuestro relato sobre el tratamiento en tumores vesicales, recalcábamos la dificultad que enfrentamos para elegir el método terapéutico adecuado. A pesar de existir normas para adoptar determinado tratamiento, no existe una clara demarcación que contraindique a otro.

Lo importante de determinar en un caso son sus posibilidades de duración sin extremar las medidas quirúrgicas que puedan significar un riesgo innecesario para el paciente o determinar una invalidez. Sin embargo, tampoco debemos vacilar y negar un buen tratamiento al tratar de eludir, una cirugía mayor. Por esto creemos que es de gran importancia el considerar los factores que nos den una pauta de tratamiento como son el estado de infiltración tumoral y el grado de malignidad. Secundariamente se debe tener presente otros factores como la presencia de metástasis, localización y tamaño del tumor y características de sus límites. Igualmente influirán la capacidad vesical y características del árbol urinario superior.

De acuerdo con nuestra experiencia no nos parece recomendable pretender igualar los tratamientos y resultados con los obtenidos en otros países en que existe una conciencia de salud más desarrollada. Esta consideración se basa en la gran dificultad con que nos hemos enfrentado para controlar a nuestros pacientes ya que de 100 de ellos sólo volvió espontáneamente un 25% y hemos logrado con gran esfuerzo conocer el destino de un 60% del total. Estimamos como tarea futura poder despertar el interés del enfermo para concurrir a control en tan grave afección.

A pesar de los esfuerzos combinados de investigadores radioterapeutas y urólogos, especialmente en las últimas dos décadas, las sobrevidas en cáncer vesical no han mejorado tan notablemente. Estimamos que el desarrollo y uso más frecuente de técnicas para el diagnóstico precoz tales como la citología urinaria, cistoscopia con fluorescencia y determinación de compuestos químicos presentes en la orina ofrecerán mejores expectativas de vida a estos pacientes.

Creemos que las técnicas actuales quirúrgicas, han entregado casi el máximo de ellas y que los futuros progresos en esta afección se basarán en descubrimientos de orden bioquímico que permitan bloquear los factores cancerígenos.

BIBLIOGRAFIA

1.—WALLACE, M.—Tumours of the bladder. 1959.

2.—CAMPBELL. F. M.—Urology. 1964.

3.—BARNES, W. R.; BERGMAN, T.; HADLEY, H. and LOVE, D.—Control of bladder tumours by endoscopic surgery. J. Urol. 97: 864. 1967.

4.—STONE. J. and HODGES, C. V.—Radical cystectomy for invasive bladder cancer. J. Urol. 96: 207. 1966.

5.—NILSON, J.—Angiography in tumours of the urinary bladder. Acta radiol. supp. 263 1967.

6.—KING, H. and BAILAR, J.—Epidemiology of urinary bladder cancer. Review of selected literature. Year book of Urology. 1967-68.

7.—WHITMORE, W. and BUSH, J.—Ultraviolet cytoscopy in patients with bladder cancer. J. Urol. 95 201-207. 1966.

8.—KAUFMAN, J. and LANGDON, A.—Cancer of the bladder. Combined 5 Fluorouracil and Cobalt 60 Teletherapy. Cal. Med. 101: 334. 1969.

9.—KAUFMAN, J. y VARGAS, D. R.—Radioterapia y quimioterapia combinados como complemento a la cirugía en cancer vesical. Rev. Mex. Urol. 1966.

10.—CORDONIER. J.—Cystectomy for carcinoma of the bladder. J. Urol. 99: 172. 1968.

11.—JEWETT, H.—Infiltrating carcinoma of the bladder; Application of pathologic observations to clinical diagnosis and prognosis. J.A.M.A. 134: 496. 1947.

12.—JEWETT, H. J.—Carcinoma of the bladder: Diagnostic appraisal and choice of treatment. J. of Urol. 86: 572, 1961.

13.—WHITMORE, W. F. and MARSHALL, V. F.—Radical total cystectomy for cancer of the urinary bladder: 230 consecutive cases 5 years later. J. of. Urol. 87: 853, 1962.

14.—VEENEMA, R. J.; DEAN, A. L.; ROBERTS, M. and cols.—Bladder carcinoma treated by direct instillation of thio-TEPA. J. of Urol. 88: 60, 1962.

15.—JONES, H. C. and SWINNEY, J.—Thio-TEPA in the treatment of tumors of the bladder. Lancet 2: 615, 1961.

CIRUGIA RENAL Y HEPATOBILIAR SIMULTANEA

Drs. FERNANDO HIDALGO C., RENE ULLMER G., SIMON MIRELMAN W., ROBERTO KERKEBE C. y ALBERTO VARGAS M.

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

INTRODUCCION

En la cirugía urológica actual el abordaje transabdominal transperitoneal se va haciendo más frecuente y llega a ser la vía de elección en los tumores renales. Esto obliga al urólogo a enfrentarse con una variada patología extraurinaria en esa verdadera caja de sorpresas, que es el abdomen y que al darse junto con el problema urinario deberán establecerse, riesgos, prioridades o eventual solución en un tiempo de toda la patología.

Los adelantos modernos de la cirugía y anestesiología, unidos a los recursos de cuidados postoperatorios, han permitido realizar operaciones que hace pocos años eran de gran morbi-mortalidad y que en la actualidad son posibles dentro de los límites razonables de riesgo. Son frecuentes las publicaciones, sobre todo en el extranjero, la utilización del abordaje transabdominal y aún transtorácico del riñón. Es relativamente frecuente encontrar referencias de operaraciones urológicas, simultáneamente con operaciones de otros órganos abdominales. Gran difusión tuvo hace poco tiempo la intervención de un Presidente de los EE. UU. en que se realizó ureterolitotomía y colecistectomía, en un solo acto quirúrgico.

En Chile la patología biliar es muy común, por lo cual no es raro encontrarla en forma concomitante a un problema urológico que requiera corrección quirúrgica; si éste se opera por abdomen, la lesión biliar está al alcance del cirujano, quien deberá resolver las alternativas.

En este trabajo presentamos nuestra experiencia de 15 casos, en que la asociación de patología urológica y hepatobiliar se resolvió simultáneamente en una operación.

MATERIAL Y METODO

La edad de los 15 pacientes fluctúa entre 22 y 63 años, con un término medio de 45,8 años; 13 corresponden al sexo femenino y los dos restantes al masculino.

El Cuadro 1 detalla los diagnósticos urológicos de la casuística y el Cuadro 2 el diagnóstico hepatobiliar.

En todos los casos se realizaron los exámenes preoperatorios que el diagnóstico urológico requería.

De 8 pacientes en que la historia clínica era sugestiva de patología biliar, en 7 se realizó colecistografía y en 1 caso el estudio radiológico renal previo demostró la colelitiasis.

En los 2 casos de coledocolitiasis, el estudio de la ictericia indicó su carácter obstructivo.

Los 15 enfermos han sido controlados entre 1 mes y 4 años 9 meses después de operados.

El Cuadro 3 detalla las operaciones efectuadas.

El Cuadro 4 muestra las vías de abordaje utilizadas.

Cuadro 1

DIAGNOSTICO UROLOGICO

	Casos
Litiasis urinaria	3
Tumores renales	4
Hidronefrosis	3
Riñón poliquístico	2
Riñón multiquístico	1
Quiste renal solitario	1
Nefroptosis y acotadura ureteral	1
TOTAL	15

Cuadro 2

DIAGNOSTICO HEPATOBILIAR

	Casos
Colecistis crónica+litiasis vesicular	12
Coledocolitiasis residual	2
Quiste hidatídico hepático	1
TOTAL	15
Diagnóstico preoperatorio	11
Hallazgo operatorio	4
TOTAL	15

Cuadro 3

INTERVENCIONES REALIZADAS

	Casos
Nefrectomía total+colecistectomía + apendicectomía	1
Nefrectomía total+colecistectomía	4
Nefrectomía total+coledocostomía	1
Nefrectomía parcial+colecistectomía	1
Pielolitotomía+colecistectomía	2
Ureterolitotomía + coledocostomía	1
Quistectomía renal+colecistectomía	1
Operación de Rovsing + colecistectomía	1
Quistectomía renal + quistectomía parcial hepática (hidatídica)	1
Netropexia y ureterólisis+colecistectomía + apendicectomía	1
Pieloplastia: trasposición vasos anómalos + colecistectomía	1
TOTAL	15

Cuadro 4

VIAS DE ABORDAJE

	Casos
Laparotomía transversa	8
Laparotomía P. M. D.	6
Laparotomía P. M. I.	1
TOTAL	15

Con el objeto de establecer comparaciones hemos revisado 20 casos tomados al azar, de enfermos portadores de patología urológica y que fueron abordados con la lumbotomía clásica.

RESULTADOS

En los 15 pacientes el diagnóstico preoperatorio de lesión urológica fue confirmado en la operación; en 10 casos la patología biliar diagnosticada, también tuvo confirmación operatoria.

En un enfermo se sospechó quiste hidatídico hepático, pero los exámenes preoperatorios no fueron categóricos al respecto, en especial la arteriografía renal selectiva que sugería quiste renal.

En los 4 casos restantes la lesión biliar fue hallazgo operatorio.

El tiempo de la intervención se prolongó en un promedio de 20 minutos cuando debió realizarse colecistectomía.

Cabe destacar que en ningún caso hemos tenido complicaciones intraoperatorias.

Se presentaron 3 casos de complicaciones postoperatorias; un caso de bronquitis, un caso de aborto séptico en un embarazo de 2 meses no diagnosticado en el preoperatorio y un caso de abceso subfrénico suprahepático.

La estada postoperatoria de los 15 pacientes presentados va de 10 a 28 días con un promedio de 14,9 días.

En las 20 lumbotomías tomadas al azar, los días de estada postoperatoria van de 7 a 33 días con un promedio de 17,6 días.

Hacemos notar que no tuvimos mortalidad operatoria y el único caso fallecido a los 10 meses de operado, se debió a múltiples metástasis pulmonares consecutivas a un carcinoma renal.

COMENTARIO

El estudio de la afección urológica permite realizar paralelamente el estudio hepático y biliar sin prolongar el preoperatorio. Como se deduce del Cuadro 1, no solamente el cáncer renal lo hemos abordado en buena forma y con buenos resultados por el abdomen, salvo el caso de nefroptosis en que la realización y la evolución de la nefropexia fueron insatisfactorios.

Con respecto a la cirugía biliar los resultados han sido buenos y no hemos observado ningún síndrome postocolecistectomía.

Se utilizaron diversas laparotomías según el caso lo requería, por las características somáticas del paciente o por la localización izquierda de la patología urinaria.

En esta forma realizamos 8 laparotomías transversas, 6 laparotomías paramedianas pararrectal derecha y 1 laparotomía paramediana pararrectal izquierda.

Con ambas vías de abordaje obtuvimos una exposición adecuada y no observamos eventración alguna en el postoperatorio.

El equipo quirúrgico ha estado constituido por urólogos con experiencia en cirugía general y en solo 2 casos han actuado cirujanos generales.

Estimamos que el riesgo operatorio

prácticamente no aumenta si ambas intervenciones se realizan en enfermos bien estudiados y en buenas condiciones generales.

Demuestran esta afirmación la falta de mortalidad, la baja incidencia de complicaciones y la rápida recuperación, que permite una estada hospitalaria postoperatoria más breve que cuando se utiliza la lumbotomía.

La única complicación grave que observamos fue el abceso subfrénico suprahepático, en un caso muy particular que quisiéramos detallar: se trata de una enferma de 38 años colecistectomizada, con diagnóstico de pielonefritis crónica e insuficiencia renal crónica compensada, que había sido operada de litiasis renal y ureteral 2 años antes. Presentaba nuevamente litiasis ureteral izquierda e infecciones urinarias recurrentes, que eran controladas en forma más o menos satisfactoria con tratamiento médico. Presenta en 2 oportunidades cuadros de ictericia obstructiva con angiocolitis que también fueron controlados con tratamiento médico. La importancia del cuadro biliar obligó a tomar una determinación quirúrgica y como se consideró que la única forma de mejorar el control de la infección urinaria, que estaba progresivamente deteriorando la función renal, sería extraer el cálculo obstructivo del uréter izquierdo, se procedió a la intervención simultánea.

Quisiéramos terminar expresando, que nuestro criterio no es indicar en forma rutinaria las operaciones dobles. Sin embargo, en casos bien elegidos, pueden llevarse a cabo sin aumentar en forma significativa los riesgos. Se evita de esta manera el sufrimiento y los problemas económico-sociales de dos operaciones sucesivas.

RESUMEN

Se presentan 15 casos de diversa patología renal y biliar concomitante cuyo abordaje quirúrgico fue por el abdomen tratando ambas lesiones en un solo tiempo. Los resultados fueron satisfactorios y sólo hubo una complicación: un abceso subfrénico que fue necesario drenar.

BIBLIOGRAFIA

1.—CHUTE et al.—Transverse upper abdominal chevron incision in urological surgery. J. Urol. 99: 528; 1968.
2.—DEBLED, J.—L'abord transtoracique du rein. Acta Urol. Belg. 38: 121; 1970.
3.—KHOURY, J.—Thoraco abdominal approach of the kidney. J. Urol. 96: 631; 1966.

Colaboración de la firma

CROQUEVIELLE S. A.

Importadores y Representantes
exclusivos para Chile de
AMERICAN CYSTOSCOPE MAKERS INC. ACMI
C. R. Bard International
United States Catheters and Instruments Co. USCI
Pilling Co.
Instrumentation Laboratories
Texas Medical Instruments Co.
Le Mare International Inc.

VICTORIA SUBERCASEAUX 181 — 5º PISO — CASILLA 2158
TELEFONO 393457 — SANTIAGO DE CHILE
PAICAVI 982 — OFICINA 41 — CONCEPCION

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.

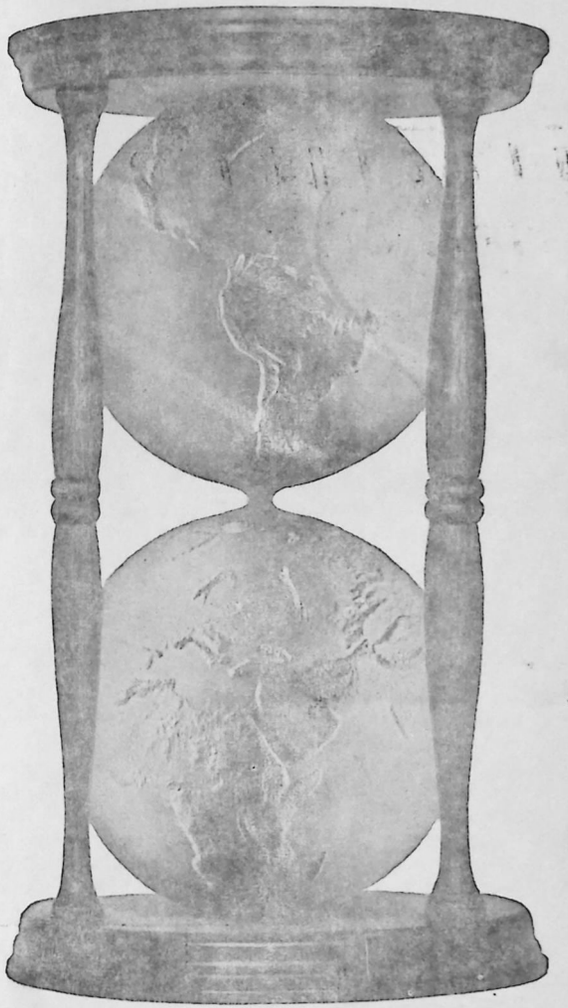
8.—La Dirección de la Revista colocará un asterisco junto al título cuando estime conveniente indicar la sesión a la que fue presentado o para agregar alguna otra referencia que se estime de interés.

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.

A TRAVES DEL TIEMPO...EN TODO EL MUNDO



FURADANTINA*
(nitrofurantoína)

Su empleo durante más de 9 años para tratar millones de casos a través del todo el mundo confirma el extraordinario valor terapéutico de la FURADANTINA—el antibacteriano más extensamente prescrito en muchos países como agente único en el tratamiento de las infecciones de las vías urinarias.



EATON LABORATORIES
ORIGINADORES
DE LOS NITROFURANOS
División de The Norwich Pharmacal Company, Norwich, New York, E.U.A.

*MARCA DE FABRICA

rápida efectividad
donde se necesita... en el tejido

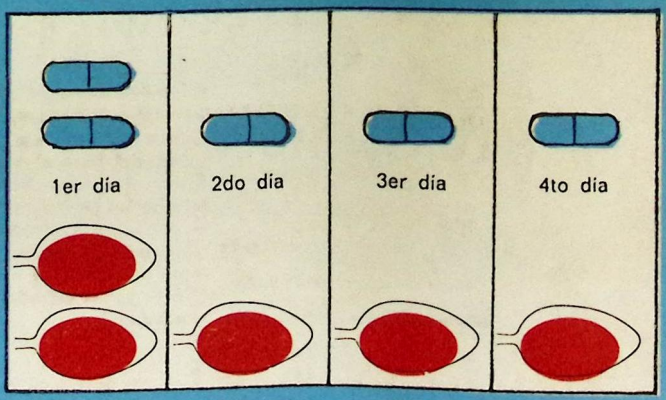
Vibramicina
(doxiciclina)

Rápida absorción
Elevadas y sostenidas
concentraciones tisulares
Mayor concentración
en el tejido
infectado
y destruye la
bacteria desde dentro

ofrece el más simple
esquema de dosificación
antibiótica.

Vibramicina cápsulas 100 mg.

Vibramicina Jarabe



Pfizer DIVISION FARMACEUTICA

Arancibia Hnos.