

# Uretero-litotomía transperitoneal

por el Doctor

Salvador Gil Vernet

PROFESOR DE UROLOGÍA DE LA FACULTAD DE MEDICINA  
DE BARCELONA

De todos los cálculos que pueden desarrollarse en el aparato urinario, los del uréter son los más peligrosos, ya que con gran frecuencia repercuten sobre el estado del riñón, dificultando más o menos el paso de la orina, llegando a veces a la oclusión total. Y si a esto se añade la infección, que es frecuente por ser terreno abonado, prontamente aboca a la destrucción del riñón correspondiente. De modo que, más pronto o más tarde, el riñón deberá ser extirpado, cosa que se puede evitar si a tiempo es tratado convenientemente.

Prescindiremos ahora de los cálculos migratorios y nos referiremos a los cálculos ureterales crónicos. Estos pueden estar enclavados en cualquier sitio del trayecto ureteral; pero el sitio de predilección es el extremo inferior, por ser el punto más angosto. Se considera que el 75 por 100 de cálculos ureterales que no se expulsan por las vías naturales se detienen en la porción pélvica, y en ésta, con preferencia, en la zona yuxtavesical.

BOEMINGHAUS ha observado que en la mujer el cálculo se detiene a veces en el punto en que el uréter atraviesa la base del ligamento ancho, achacándolo a las inflamaciones del parametrio, que pueden propagarse al uréter, provocando fijación, estenosis y rigidez de sus paredes. Cosa análoga he observado que ocurre en el hombre: los cálculos se detienen con preferencia en el punto en que el uréter es cruzado por el deferente, y el pedículo vascular vesículo-deferencial, y creo que el mecanismo es análogo al que BOEMINGHAUS señala para la mujer; es decir, inflamaciones del deferente, o vesículas que se propagan al uréter por intermedio de la vaina hipogástrica.

Como es sabido, existen numerosos métodos para lograr la evacuación del cálculo ureteral, pudiéndolos clasificar en médicos, mecánicos y quirúrgicos.

Ni que decir tiene que antes de llegar al tratamiento quirúrgico precisa emplear los medios incruentos, y sólo cuando éstos fracasan debe procederse sin demora a la extracción quirúrgica.

**Tratamiento médico.** — Entre los medios médicos figura en primer lugar la cura hidromineral, eficaz muchas veces y siempre beneficiosa como preparación al acto operatorio.

Son muchos los agentes médicos que se han usado como disolventes o que favorecen la expulsión del cálculo (urodonal, pyperazine, hiposulfito de sosa, glicerina, aceites etéreos, fosfatos ácidos, sales de magnesio, etc.); todos ellos tienen sus indicaciones y pueden ensayarse.

**Tratamiento mecánico.** — Cuando la cura hidromineral y el empleo prudencial de los medicamentos no han logrado la expulsión del cálculo o cálculos ureterales, deberá practicarse el cateterismo ureteral siempre que por pielografía descendente se compruebe la no existencia de dilatación de las vías excretoras, pues en estas circunstancias el cateterismo y la permanencia de la sonda es peligroso, ya que existe un terreno abonado a la infección. Por otra parte, resulta ineficaz, ya que en estas circunstancias el músculo pielo-ureteral ha perdido la contractilidad y, por tanto, no está en condiciones de expulsar el cálculo. No es prudente dejar la sonda más de dos o tres días.

Como medio menos eficaz se ha empleado el enema acuoso, el masaje de la porción más inferior del uréter a través de la vagina o el recto y la distensión vesical.

Más útil es la dilatación de la porción mural del uréter por medio de laminarias, pero su empleo es delicado y ha ocasionado a veces serios contratiempos.

En los casos de cálculo intramural, el método endoscópico es el ideal, y en este punto el acuerdo es unánime.

Existen un gran número de instrumentos ideados por diferentes autores, verdaderos extractores de cálculos, más o menos ingeniosos, entre los que se pueden citar los de CHEVASSU, DELBAUX, HEITZ-BOYER, BLUM y ZEISS. Se pueden emplear siempre que se haga de manera que no perjudiquen, pues se citan heridas del uréter, perforaciones o bien casos en que el instrumento se ha quedado dentro. El valor de estos instrumentos depende, más que de ellos en sí, de la habilidad con que se manejen, y así vemos que instrumentos que han dado éxitos en manos de sus autores, otros no han conseguido los mismos resultados. El que parece destacar entre ellos es el catéter corredizo de ZEISS, quien dice haber sacado más de 200 cálculos.

Precisa, pues, apurar los medios mecánicos y médicos antes de pensar en la operación. Pero ha de hacerse en forma de abreviar el tiempo en estos ensayos simultaneando el empleo de varios de ellos, al objeto de no perder un tiempo precioso, durante el cual el riñón puede ser dañado. Como he dicho, los éxitos de los métodos mecánicos dependen de la experiencia y de la habilidad del urólogo, pero siempre existirán casos en que el más hábil fracasará.

Desde luego, hay cálculos tan voluminosos que es inútil pensar en su eliminación por medios mecánicos. Otro factor son las irregularidades y asperezas del cálculo, que hacen que se enganche en la mucosa, haciendo imposible su progresión.

Teniendo en cuenta estos hechos y, sobre todo, que el cálculo ureteral acaba, más pronto o más tarde, destruyendo el riñón por el mecanismo de la urétero-hidronefrosis, que, por la infección, se transforma en uropionefrosis, es por lo que debe aconsejarse la extracción de todo cálculo ureteral.

**Vía de elección para llegar al uréter.** — Indudablemente, cuando se trata de cálculos enclavados en la porción lumbar o ilíaca, el método a seguir es la vía subperitoneal, practicando la clásica incisión lumbar, que se puede alargar más o menos hacia abajo, según las necesidades del caso.

Cuando el cálculo está en la porción pelviana del uréter, puede también alcanzarse por vía subperitoneal prolongando la incisión paralelamente al arco femoral hasta alcanzar el músculo recto e incidiéndole, si es preciso. Existen varios tipos de incisión para dar mayor luz y mayor facilidad de exposición del uréter pelviano. Por esta vía aun pueden operarse, con relativa facilidad, los cálculos pelvianos que ocupan la mitad superior de dicha porción; es decir, la que está junto a la pared de la pelvis.

Pero no ocurre lo mismo cuando el cálculo ocupa la porción yuxtavesical;

es decir, la parte situada en la mujer en la base del ligamento ancho hasta su penetración en la vejiga, en el hombre su homóloga, o sea desde su penetración en la vaina hipogástrica hasta su abocamiento en la vejiga.

Entonces ya me parece más difícil su acceso por la vía subperitoneal. Naturalmente que hay que contar siempre con el factor individual, pues no es lo mismo operar enfermos con pelvis ancha y con poca grasa que cuando ocurre lo contrario.

La extracción de cálculos enclavados en el extremo inferior del uréter plantea un problema difícil de técnica operatoria, que se pone de manifiesto por las múltiples vías que se han ideado para resolverlo; en efecto, aparte los diferentes tipos o modalidades de incisión que existen en la vía corriente subperitoneal alta o abdominal, hay que mencionar las vías bajas, o sea la vía vaginal, la perineal y la isquiorrectal. Todas ellas tienen más inconvenientes que ventajas, motivo por el cual se ha pensado en llegar a la porción yuxtavesical del uréter utilizando la vía transperitoneal, recomendada por WENDEL y KNEISER, que tiene, además de otras ventajas, la de poder actuar sobre ambos uréteres en casos de litiasis doble.

*Vía transperitoneal.* — Esta vía, a mi modo de ver, sólo tiene un inconveniente, y es la posible contaminación del peritoneo. Este es el único motivo que puede alegarse en contra de esta vía. Porque aunque se tomen precauciones colocando sonda ureteral permanente y suturando el uréter, cosas que no siempre es posible realizarlas, siempre queda la posibilidad de rezumamiento de la orina a través de la herida ureteral, determinando una flogosis subperitoneal que con facilidad puede irrumpir en el peritoneo.

Es por este inconveniente, es decir, para subsanar los peligros dichos, por lo que aconsejo añadir después de practicada la intervención, como tiempo complementario, el desagüe de los espacios celulares de la pelvis por medio del drenaje isquiorrectal. Esto lo he realizado tres veces, con resultado satisfactorio, a pesar de que uno de ellos tenía una antigua infección que acompañaba al cálculo.

*Técnica de la uretero-litotomía transperitoneal.* — La preparación de estos enfermos no ofrece nada de particular; es la misma a la que han de estar sometidos los enfermos que han de ser objeto de una laparatomía.

*Anestesia.* — Es aconsejable la anestesia raquídea o la extradural.

*Primer tiempo.* — Laparatomía infraumbilical media. Incisión que vaya desde el ombligo hasta el pubis. Enfermo en posición de TRENDELENBURG. Exposición y protección del campo operatorio, como si fuera a practicarse una histerectomía.

*Segundo tiempo* (véase fig. 1). — Incisión del peritoneo a nivel del vértice del triángulo uretero-deferencial, prolongada un poco hacia arriba y hacia abajo en dirección a la vejiga.

*Tercer tiempo* (véase fig. 2). — Una vez incidido el peritoneo, se pone al descubierto el uréter, que es cruzado por el conducto deferente y el pedículo vascular vesículo-deferencial.

*Cuarto tiempo* (véase fig. 3). — Un separador lleva hacia delante el deferente y se corta entre dos pinzas el mencionado pedículo vascular.

*Quinto tiempo* (véase fig. 4). — Exposición del uréter, incisión del mismo y extracción del cálculo. Sutura del uréter, si es posible.

*Sexto tiempo* (véase fig. 5). — Colocación de una gasa por encima del uréter y que haga prominencia en el espacio de RETZIUS y que se interponga entre el uréter, que queda por debajo, y el deferente, junto con el peritoneo, por encima.

*Séptimo tiempo* (véase fig. 6). — Sutura peritoneal doble.

Octavo tiempo. — Se coloca el enfermo en posición de talla perineal y se practica una incisión en la fosa isquiorrectal, a un centímetro por fuera del orificio anal. Se separa la grasa, junto con el colgajo cutáneo, por disección obtusa y, con el dedo, se desgarran las inserciones superiores del músculo elevador del ano, con lo que se llega al espacio de RETZIUS. Allí se encuentra la gasa que hemos dejado en el sexto tiempo, la cual es llevada hacia la herida perineal, colocándose junto a ella un tubo de goma para el drenaje. Apósitos y vendaje.

Curso postoperatorio. — Al cabo de dos días se extrae la gasa; pero queda el tubo de desagüe, por donde se van eliminando las secreciones, lo mismo que cuando practicamos una ureterotomía por vía lumbar.

En los tres casos que he operado, con éxito, no he observado el más pequeño síntoma de reacción peritoneal, atribuyéndolo a la colocación del drenaje perineal.

Naturalmente, tres casos no son suficientes para sentar conclusiones; pero creo que la vía transperitoneal es digna de tenerse en cuenta, y en ciertas circunstancias puede prestar verdadera utilidad, siempre que vaya seguida del drenaje de los espacios celulares de la pelvis. La asociación de la vía transperitoneal con el drenaje pelviano transforma una intervención transperitoneal en subperitoneal, dejando o suprimiendo los peligros de la contaminación del peritoneo.

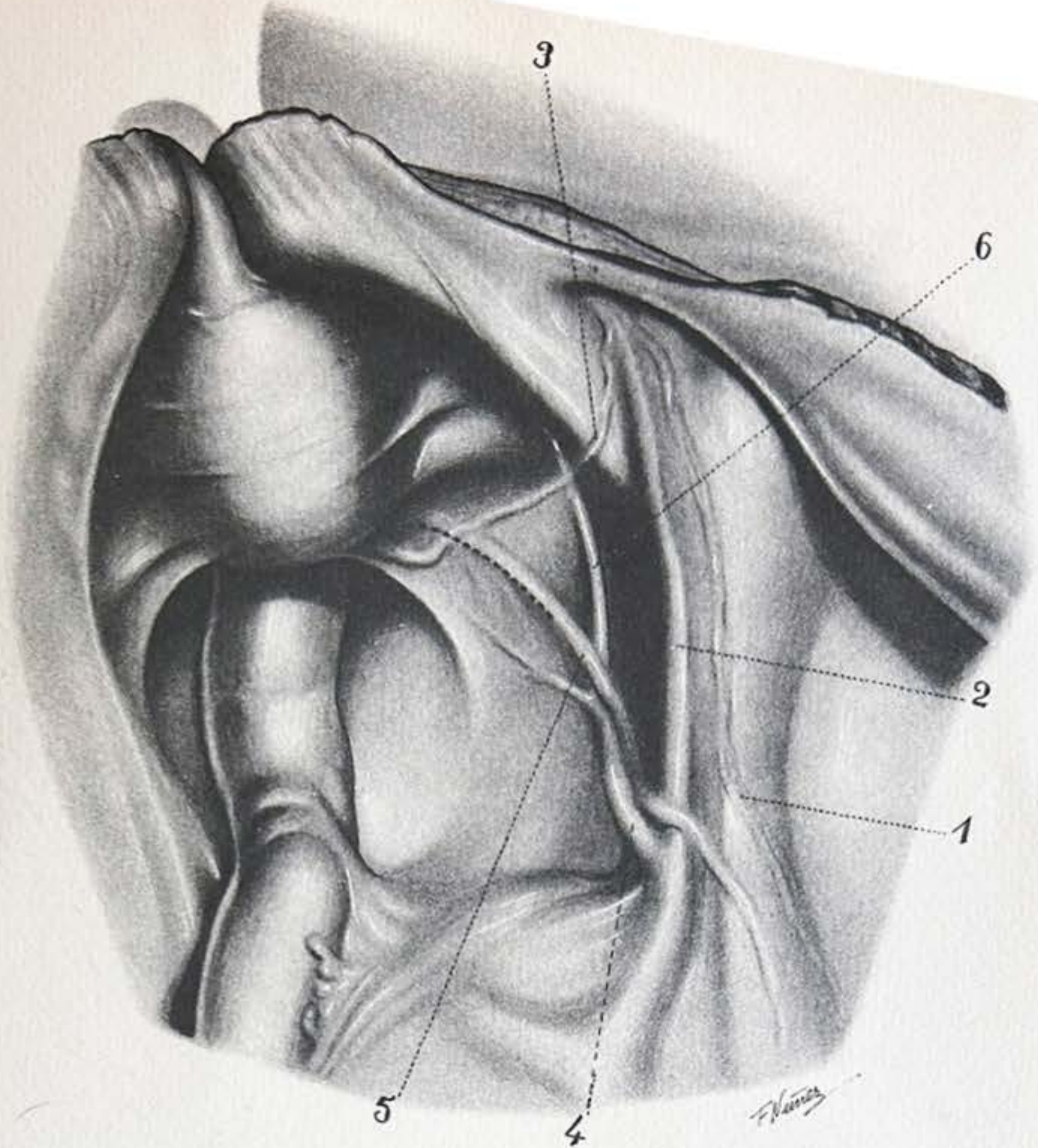


FIGURA 1.\*



FIGURA 2.\*

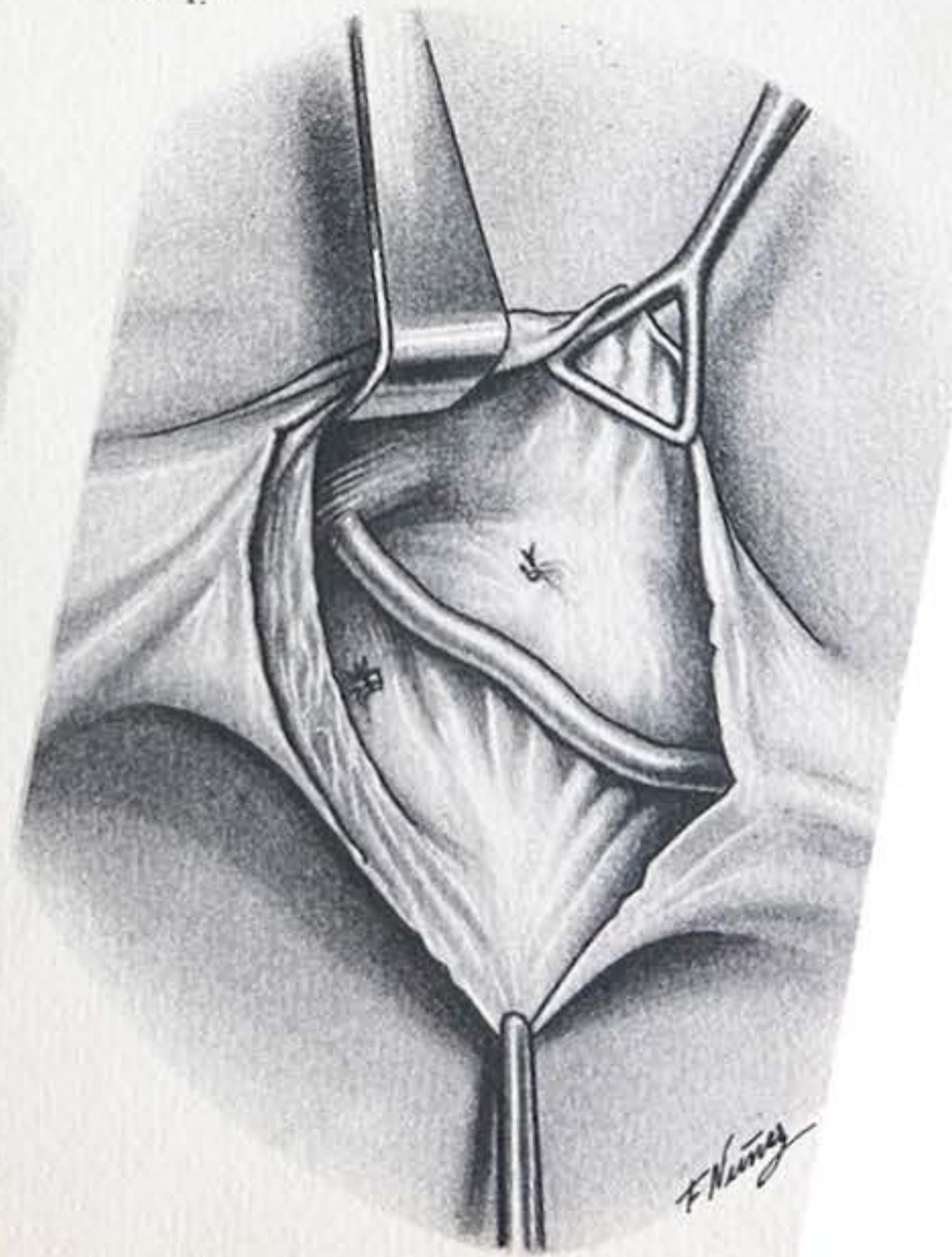




FIGURA 4.ª



FIGURA 5.ª

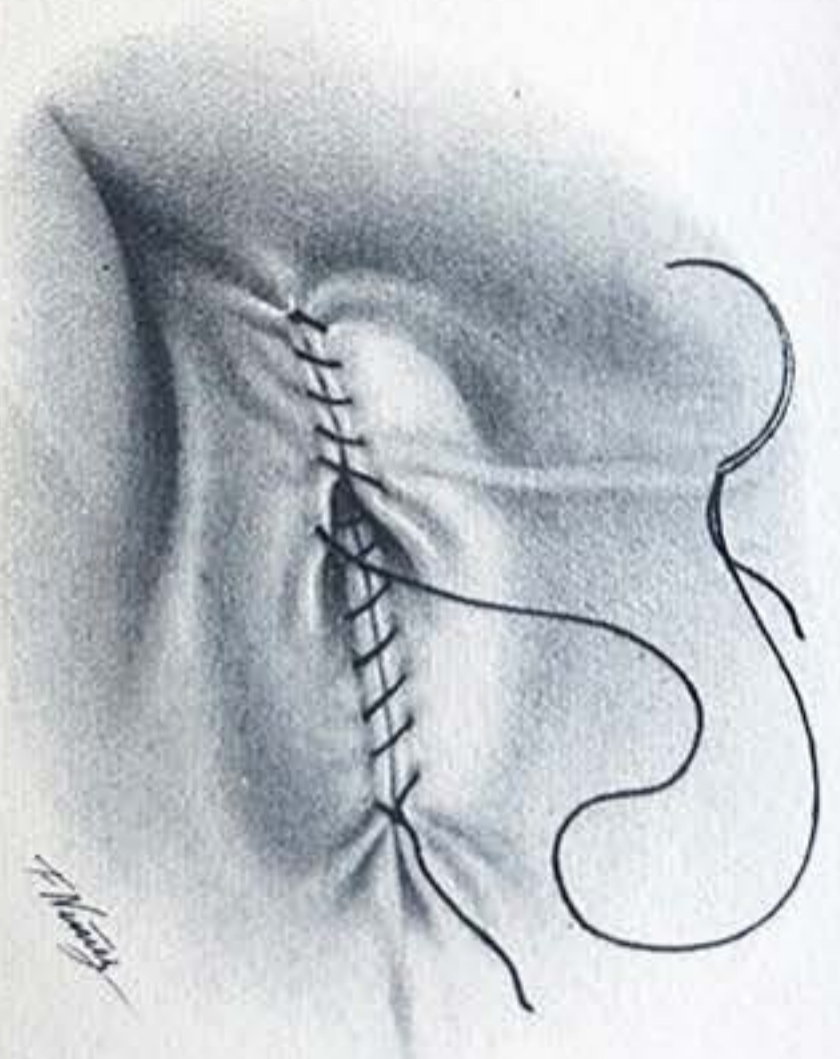


FIGURA 6.ª