

Los modernos problemas urológicos

J. M. GIL-VERNET

El Dr. J. M. GIL-VERNET VILA, cuya personalidad humana y científica es de sobras conocida de nuestros lectores, ha sido elegido en esta ocasión para aclarar bajo su criterio de solvente especialista algunos aspectos de la urología que interesan sobremanera al clínico. No sólo por la magnífica escuela del Prof. S. GIL-VERNET, de la que procede, sino por su personal visión de los problemas nos parece que el Dr. GIL-VERNET VILA satisfará plenamente nuestro cuestionario.

I. DÍGANOS, POR FAVOR, ¿QUÉ NOMBRES ILUSTRES HAN JALONADO LA HISTORIA DE LA ESPECIALIDAD?

El creador de la Urología como ciencia autónoma fué el Prof. GUYON. Su obra inmortal, sus magistrales lecciones clínicas, conservan a través de los tiempos todo su valor, como ocurre con todas las obras que descansan sobre hechos bien comprobados. Sus descripciones clínicas, el análisis de los síntomas, su interpretación hasta constituir un diagnóstico, es algo que se lee siempre con provecho y nunca se aconsejará bastante su lectura. Hemos de recordar como precursores los nombres de MERCIER, NELATON, MAISONNEUVE, CIVIALE.

Su discípulo y continuador en la escuela francesa, el Prof. ALBARRAN, vino a completar la obra de GUYON. El genio de ALBARRAN aparece en los nuevos métodos endoscópicos; el cateterismo ureteral, permitiendo examinar la función renal, fué un avance enorme. Hizo también una labor magnífica de anatomía patológica y su tratado de medicina operatoria, a pesar de las innovaciones incesantes que en este campo han ido apareciendo, conserva un gran valor.

Entre los urólogos alemanes destaca NITZE, el inventor del primer cistoscopio con lámpara incandescente de Edison.

En los tiempos contemporáneos no se puede olvidar la figura de LICHTENBERG, el creador de la pielografía descendente, método que ha revolucionado la exploración del aparato urinario junto con la ureteropielografía retrógrada del Prof. CHEVASSU.

Antes de LICHTENBERG la exploración endoscópica era la base del diagnóstico urológico para muchas afecciones. Después de LICHTENBERG la endoscopia ha ido perdiendo terreno, siendo en gran parte reemplazada por la exploración radiográfica.

Los países anglosajones han contribuido considerablemente al progreso de la especialidad. Fué FULLER el primero que tuvo la idea genial de extirpar el adenoma de la próstata por vía transvesical. FREYER la perfeccionó y la divulgó.

La cirugía endoscópica recibió un gran impulso al hacer practicable por electrocoagulación la destrucción de los tumores benignos de la vejiga urinaria; esto se debe a BEER.

La resección endoscópica de la próstata es obra de los urólogos americanos. Los nombres de MAC CARTY, BRAASH, NESBIT, BARNES, IGLESIAS DE LA TORRE, y otros están ligados a este método de innegable valor práctico.

Pero es justo recordar como precursor a E. BOTTINI, que logró eliminar el obstáculo representado por la hipertrofia prostática, con su cauterio para la diéresis termogalvánica de la próstata. Otros italianos ilustres merecen ser destacados, MOSSO y PELLACANI, en el campo de la experimentación fisiológica.

Las dos grandes figuras de la urología americana representadas por YOUNG y HUGGINS, merecen mención aparte.

YOUNG fué el maestro indiscutible de la cirugía prostatoperineal. Él fué el que la perfeccionó haciéndola viable no sólo para el adenoma sino también para el cáncer y los demás procesos patológicos de la próstata.

HUGGINS es el creador del tratamiento hormonal del cáncer de la próstata; su labor genial representa la mayor contribución, hasta la fecha, para el conocimiento y la curación del cáncer. Nadie ha contribuido tan eficazmente como él, a la solución del magno problema del cáncer. La Humanidad está en deuda con él y no se explica cómo no se le ha concedido la máxima condecoración que otros con menos merecimientos ostentan.

2. ¿CUÁL ES, EXACTAMENTE, LA CONTRIBUCIÓN DEL PROF. GIL-VERNET AL DESARROLLO DE LA ESPECIALIDAD?

A la vista está la labor ingente expuesta en su tratado de patología urogenital, del que han aparecido tres volúmenes y está preparando el cuarto, que tratará de «Enfermedades de la vejiga urinaria y de la porción terminal del uréter».

Comprende este tratado toda la patología urogenital, menos la correspondiente al riñón y porción alta del uréter. Con esto habrá dado cima al estudio de las enfermedades que dan mayor contingente de enfermos a las clínicas de urología. Puede afirmarse que representa la labor más importante, sobre estas materias, realizada en los tiempos contemporáneos y su consulta es imprescindible para los que quieren conocer a fondo estas cuestiones.

Requeriría mucho espacio la crítica razonada de esta obra, que ha sido juzgada por HUGGINS como «un trabajo definitivo sobre la materia que vivirá siglos. Me han impresionado su obra y el carácter penetrante de sus observaciones».

El Prof. CHEVASSU, en la Asociación Francesa de Urología, manifestó que «esta obra está destinada a constituir un monumento capital de la ciencia urológica».

Para GEISSENDORFER «esta magnífica obra representa evidentemente el trabajo de una vida entera. Es, seguramente, única en su especialidad».

Según LOWSLEY «es una maravillosa publicación y la usaré como libro de consulta muy frecuentemente».

El Prof. HUGH H. YOUNG, poco antes de su muerte, al comentar el primer volumen de dicha obra, decía: «He leído este maravilloso libro con el máximo interés. Es realmente una obra monumental. Las ilustraciones son las más sorprendentes que jamás hayan aparecido en un texto de medicina. En especial las de color son realmente notables y las mejores que haya yo visto. Difunden una gran luz sobre la patología de la próstata y de un modo particular en lo que hace referencia al origen y desarrollo del carcinoma, materia de gran interés e importancia. Su contribución al estudio de la patología y cirugía de la próstata es verdaderamente grandiosa».

La importancia de esta obra no estriba en la recopilación de lo escrito sobre esta materia. No es una enciclopedia. Es la labor científica de muchos años en la clínica y en el laboratorio, que se

traduce en la aportación y exposición de hechos y conceptos nuevos.

En el vasto campo de la anatomía normal macroscópica se estudia exhaustivamente la constitución anatómica de las paredes de la excavación pelviana y de su contenido visceral, destacando de un modo especial la descripción original de la glándula prostática en sus porciones craneal y caudal y la descripción también original de la musculatura e inervación del bloque visceral urogenital intrapelviano, lo que permite establecer un plan estructural y dinámico del mecanismo de la micción. Esto equivale a lo que ahora se llama anatomía funcional, que se quiere presentar por algunos como una cosa nueva cuando en realidad la lleva realizando hace más de cuarenta años.

El capítulo de las correlaciones prostatotesticulares, basada en más de un millar de observaciones, ha permitido explicar ciertos fenómenos de importancia biológica y patológica.

La interpretación de los síntomas, relacionándolos con las lesiones encontradas en las piezas operatorias y en las necropsias, constituye un trabajo metódico y exhaustivo que abarca todos los procesos patológicos que asientan en el bloque visceral intrapelviano, es decir, uretra posterior, próstata, vesículas seminales, vejiga urinaria y porción terminal del uréter. Este estudio, realizado a base de docenas de miles de preparaciones conservadas y catalogadas en el Laboratorio de la Facultad de Medicina, han permitido rectificar y completar el conocimiento de ciertos patologismos, como por ejemplo, la enfermedad del cuello vesical, exponer nuevos patologismos como la degeneración fibrovascular de la próstata, completar el estudio de las supuraciones, establecer de un modo preciso el dualismo de la próstata ante los procesos patológicos, estudiar los divertículos y cáncer vesicales, etc.

Las aplicaciones de estos estudios en el terreno de la práctica quirúrgica le han permitido establecer nuevas técnicas y ha dado lugar a que otros autores, basándose en sus descripciones y en sus preparaciones y dibujos, ideen nuevos procedimientos, como manifiesta el Prof. ORTEGA, del Ecuador, que al estudiar dicha obra se le ocurrió un método nuevo para extirpar el adenoma de la próstata; este proceder es digno de elogio. Otros autores se inspiran en los trabajos y publicaciones del Prof. GIL VERNET, aunque no todos lo manifiesten.

Es de señalar la redacción del capítulo referente a próstata en la magnífica «Enciclopedia Médica Italiana».

Esta es, en forma esquemática, la aportación del Prof. GIL-VERNET al desarrollo de la especialidad. Aparte, naturalmente, su labor docente, que ha cristalizado en la creación de la Escuela Profesional de Urología, a la que asisten médicos de todos los países y de la que han salido urólogos destacados y conocidos.

3. ¿QUÉ DEBE APRENDER EL INTERNISTA DEL

URÓLOGO EN LOS ADENOMAS Y CARCINOMAS DE LA PRÓSTATA CLÍNICAMENTE CONSIDERADOS?

El internista debe saber que el adenoma de la próstata es un fenómeno constante en todos los hombres normales cuando se llega alrededor de los cincuenta años. Que a partir de esta edad es la causa más frecuente de los trastornos urinarios conocidos con el nombre genérico de prostatismo clínico. Y debe saber, también que éste puede ser provocado por todos los procesos patológicos que asientan en la región prostática en algún período de su evolución. Y también puede ser provocado por lesiones que asientan en la uretra (prostatismo uretral) y en la vejiga urinaria (prostatismo vesical).

De lo dicho se infiere la necesidad de recomendar el enfermo al especialista urólogo para establecer el diagnóstico y tratamiento adecuado.

El adenoma muchas veces no provoca trastornos apreciables, y son muchos los hombres que mueren en edades avanzadas sin que durante su vida presenten fenómenos de prostatismo a pesar de tener un adenoma considerable. El adenoma por sí solo pocas veces da sintomatología. Provoca trastornos acusados de prostatismo en ciertas formas de lóbulo medio patológico, o bien cuando sigue una marcha acelerada alcanzando un volumen enorme, o cuando se le añaden otros procesos patológicos.

El adenoma prepara el terreno para que se instale el prostatismo clínico a poco que intervengan otros factores, debiendo figurar en primer lugar la congestión de la región prostática: ésta es la causa determinante muchas veces de una retención aguda; la inflamación del adenoma (adenomitis), de la glándula caudal (prostatitis) y de la uretra posterior (uretritis) provocan muchas veces la retención aguda de un enfermo portador de un adenoma.

Cuando se ha establecido el cuadro clínico del prostatismo y se entra en la fase de retención crónica incompleta, repercute más pronto o más tarde, sobre la función renal y el estado general.

La indicación operatoria es evidente cuando a los trastornos miccionales, en forma de polaquiuria nocturna y disuria, se añade un residuo vesical reiteradamente comprobado, esto es, que es constante y tiene tendencia a aumentar a pesar del tratamiento médico adecuado. No es conveniente demorar la intervención en las fases finales de distensión vesical ya que la intervención es grave y la recuperación postoperatoria es imperfecta porque se han establecido lesiones irreversibles en la vejiga y en el riñón.

Pero tampoco es aconsejable intervenir demasiado pronto, porque existe posibilidad de un error diagnóstico, siempre posible al inicio de todas las enfermedades; dificultad de practicar una extirpación correcta, por no haberse formado el espacio despegable alrededor del adenoma, por lo que la ablación resulta a veces incompleta y de ahí posibilidad de recidivas, o bien la ablación es excesiva,

lesionando estructuras que deben ser conservadas, lo que origina resultados funcionales deficientes en el postoperatorio.

Y, sobre todo, no es aconsejable la intervención precoz porque no se sabe al principio de la hipertrofia prostática, cuál será su ulterior evolución, pues es frecuente observar la detención del desarrollo del adenoma y de sus manifestaciones clínicas. A lo sumo en las fases iniciales podrá ensayarse el tratamiento abortivo del adenoma, propuesto por S. GIL-VERNET, consistente en la electrocoagulación endoscópica de las lesiones en las formas de fibromiomas periuretral, acompañada de un tratamiento hormonal estrogénico, para yugular temporalmente el funcionamiento del testículo, que es el verdadero causante de la hipertrofia prostática.

El cáncer de la próstata, al principio y durante bastante tiempo, evoluciona silenciosamente. Esto se comprende que sea así porque habitualmente se origina en la periferia de la próstata caudal; las lesiones, sea cual fuere su naturaleza, son tanto más silenciosas cuanto más se alejan del conducto uretral.

El hecho de que el cáncer se origine generalmente en la periferia de la próstata facilita el que se propague precozmente, siguiendo los linfáticos hacia los espacios periprostáticos y perivascuales.

Esta doble circunstancia, esto es, el que sea asintomático y que se propague precozmente, explica el hecho frecuente que cuando el enfermo acusa dolor, molestias, trastornos miccionales y acude al médico, muchas veces ya no hay nada que hacer en sentido quirúrgico. No es raro que el primer síntoma de un cáncer de próstata sean dolores que simulan un reumatismo, por existir ya una metástasis ósea en el raquis o en los huesos de la pelvis.

Como resumen de lo expuesto, el internista debe practicar sistemáticamente el tacto rectal en todos los enfermos que presentan ligerísimos fenómenos de prostatismo, y mejor aún, practicarlo aunque no presenten ningún trastorno urinario. Éste es el único modo de poder sorprender un punto indurado en la próstata. Aunque no siempre la induración quiere decir que se trate de un cáncer, en la duda debe aconsejar sin demora el examen por el urólogo.

Si esto se hiciera sistemáticamente, es decir, si una vez al año el internista se tomara la molestia de practicar la exploración rectal a los individuos que pasan de los cincuenta años, seguramente se podría hacer muchas veces el diagnóstico precoz del cáncer de la próstata. Y esto, como se sabe, es la mejor, por no decir única, manera eficaz en la lucha contra el cáncer. El internista, pues, tiene la palabra.

Cuando el cáncer de la próstata está encapsulado y no ha invadido las estructuras vecinas, puede ser curado practicando la prostatectomía total. Esta intervención correctamente practicada, es tan benigna como la simple adenomectomía.

4. ¿CUÁL ES EL MODO MÁS EFICAZ DE UTILIZAR

LOS ESTRÓGENOS EN EL CARCINOMA DE PRÓSTATA Y CÓMO DEBE LLEVARSE EL TRATAMIENTO DE SOSTÉN?

La utilización de estrógenos es exclusivamente a título paliativo en los casos inoperables y entonces para su mayor eficacia deben administrarse en forma masiva, sostenida y prolongada. Simultaneando con la orquiectomía subcapsular bilateral para eliminar uno de los órganos productores de andrógenos y la radioterapia sobre la próstata e hipófisis.

Previamente a esta terapéutica relámpago debe ser estudiada la excreción de andrógenos mediante la separación cromatográfica de los 17-cetoesteroides e identificación por la espectrografía infrarroja. El nivel de androsterona en orina es un buen índice del estado clínico del paciente con cáncer prostático diseminado. La caída de nivel de este esteroide androgénico después de la terapia hormonal indica una buena respuesta; por el contrario, un aumento significa una mala respuesta.

Las dosis de comienzo deben ser elevadas, de 20 a 50 mg. de estilbestrol diarios durante las primeras 4 ó 5 semanas, siguiendo con dosis de sostenimiento de 5 a 10 mg. diarios o bien en forma de depósito periódicamente.

La organoterapia específica ha mejorado recientemente con la aparición de un nuevo preparado estilbénico fosforilizado insoluble, que inyectado por vía hemática llega al tejido carcinomatoso prostático siendo desdoblado allí por la fosfatasa ácida existente y precipitándose sobre la masa tumoral donde el estilbestrol liberado ejerce su acción citotóxica.

Este preparado contiene alta dosis de estilbeno (250 mg.), su utilización, dosis y resultados fué objeto junto con mi colaborador R. GOSÁLBEZ, de un trabajo aparecido el año pasado en la Revista de Cir. Gin. Urol. española.

La terapia estrógenica puede ocasionar retención de sodio, hepatitis tóxica y ginecomastia. En enfermos con cardiopatías no debe utilizarse.

El tratamiento de sostén debe ser variado según el curso de la afección, reacción individual, resistencia a los estrógenos, efectos tóxicos y secundarios, por lo que debe efectuarse bajo control del urólogo.

5. ¿QUÉ MARGEN DE ERROR PROPORCIONAN LAS FOSFATASAS ÁCIDAS?

Cuando las fosfatasa ácidas del suero sanguíneo son netamente elevadas ayudan a la confirmación del diagnóstico hecho mediante exploraciones clínicas, pero los valores normales no excluyen la posibilidad del carcinoma.

Precisamente cuando el cáncer prostático está encapsulado o sea en fase de operabilidad no se hallan elevadas las fosfatasa ácidas.

Las variaciones de lo que se ha dado en llamar «normales» dependen en su mayor parte de diferencias de técnicas de laboratorio. En términos de unidades King-Armstrong, el contenido de la fosfatasa ácida del suero de sangre normal varía entre

0,5 y 2,5 unidades por 100 c.c., pero valores tan altos como el 4,5 unidades son considerados como normales por HUGGINS.

Han sido determinados por el método de FISHMAN y LERNER los niveles de fosfatasa ácida del suero, totales y prostáticos. El error intrínseco del método fué 0,21 U. (KING-ARMSTRONG) para la fosfatasa ácida total, y 0,12 U. para la fracción prostática.

De todas formas, insisto, que carecen totalmente de valor en el diagnóstico precoz del proceso, indican la existencia de metástasis y pueden orientarnos sobre la eficacia del tratamiento hormonal. Incluso se ha comprobado que después del masaje de próstata no cancerosa, y durante 24 horas, existen niveles elevados de fosfatasa ácida.

Aparte el cáncer de próstata no existe ninguna otra enfermedad asociada a un nivel elevado de fosfatasa «prostática» en el suero. El método de FISHMAN y LERNER describe y mide la extensión de la inhibición de la fosfatasa ácida por el I-tartrato. El método determina selectivamente aquella porción de fosfatasa ácida del suero que es de origen prostático. Esto es muy importante en el diagnóstico diferencial del cáncer de la próstata en enfermos que poseen valores normales de fosfatasa ácida del suero.

6. ¿CUÁL ES LA OPERACIÓN DE ELECCIÓN EN EL ADENOMA Y EN EL CARCINOMA?

En el adenoma hay sólo una operación, la enucleación o la extracción del tumor; lo que varía es la vía de acceso. En la práctica, existen cuatro vías para llegar a la próstata, y aunque en algunos casos, dadas las características del adenoma, es indiferente el empleo de cualquiera de estas vías, en general, todas ellas tienen sus ventajas y sus indicaciones, de acuerdo con el volumen del adenoma, edad, existencia de complicaciones, etc.

El urólogo debe estar formado para realizar cualquiera de ellas. Así, por ejemplo, practicará la resección transuretral prostática ante una esclerosis del cuello vesical en las llamadas próstatas fibrosas y la hipertrofia aislada del lóbulo medio. En estos casos es una operación «a mínima» de la que el paciente se recuperará rápidamente y le permite abandonar la clínica a los 4 ó 5 días.

Por vía transvesical enucleará los grandes adenomas de situación alta con afecciones vesicales concomitantes, tales como divertículos, barra media, neoformaciones benignas, cálculos, etc.

La nueva versión de esta vía, a diferencia del poco quirúrgico FREYER, permite el control hemostático de la loge prostática, la regularización del cuello vesical, etc., sin incontinencia ni fístulas urinarias y con conservación de la potencia coeundi. La operación en dos tiempos por esta vía tiene hoy día rara indicación.

Operará por vía perineal los adenomas de evolución rectal, de situación baja, enfermos obesos

y estado precario y en aquellos casos que por existir dudas sobre la coexistencia de un cáncer debe aprovecharse la perineotomía para practicar biopsia.

La vía retropubiana, pasados ya los primeros tiempos del entusiasmo, es de día en día menos empleada. Si bien el acceso a la próstata resulta fácil así como la hemostasia, también es cierto la frecuencia de complicaciones tales como la celulitis pelviana, osteitis del pubis y fístula urinaria rebeldes, y como complicaciones lejanas, la disuria con residuo urinario, consecuencia de la retracción del cuello vesical y de la sección del sistema vésicouretral retrosinfisiano.

El método operatorio se elegirá en función de las características de la afección prostática. No se debe ser sistemático ya que tan absurdo es intentar extraer a través de la camisa del resectoscopio un adenoma de 100 gr. de peso como operar un lóbulo medio o una esclerosis del cuello vesical por vía perineal.

El cáncer de la próstata exige practicar la prostatectomía total o la prostatovesiculotomía de acuerdo con la extensión del proceso neoplásico.

Aquí, la mejor vía de acceso para la ablación del cáncer prostático es la vía perineal pararectal descrito por S. GIL-VERNET. Es la más benigna, la menos traumática, la que permite practicar una biopsia en el momento de la intervención y la que mejor facilita las maniobras para aislar el polo inferior de la próstata, que es donde se inicia habitualmente el cáncer.

En contra, para llevar a cabo y con éxito esta intervención se precisa tener un gran dominio del periné y una gran experiencia, de lo contrario es preferible utilizar la vía retropúbica. Esta vía, para la prostatectomía total había sido abandonada por dificultades surgidas en el momento de la sutura de la vejiga a la uretra membranosa. Sin embargo, este inconveniente, así como el de la incontinencia urinaria, ha sido resuelto merced a la nueva técnica, que hemos descrito junto con J. PLANAS GUASCH, en la que creamos una nueva uretra posterior con un colgajo de la pared vesical, y que ha sido recientemente publicado en una revista española. Con este nuevo procedimiento quirúrgico la prostatectomía total está al alcance de cualquier cirujano.

7. ¿QUÉ FRECUENCIA SE OBSERVA EN SU CLÍNICA DE TALES PATOLOGÍAS EN LOS VARONES VISITADOS?

El adenoma de la próstata es de observación frecuente en nuestra Clínica de Urología como en todas. Puede decirse que ha entrado en la práctica corriente la ablación quirúrgica del adenoma y los enfermos, por lo general, se presentan en buenas condiciones de operabilidad. Esto refleja el criterio generalizado entre los médicos internistas de la necesidad de practicar esta intervención convencidos de los buenos resultados postoperatorios.

Desgraciadamente no puede decirse lo mismo de los enfermos afectos de cáncer de próstata. La gran

mayoría de veces vienen en fase tan avanzada que es imposible pensar en la ablación del cáncer. Cálculo, aproximadamente, que sólo un 15 por 100 de los enfermos visitados estaban en condiciones de ser operados. Esto es debido a varios factores: En algunos casos el cáncer afecta a individuos relativamente jóvenes, de 40 a 50 años, en los que el tumor se presenta solo, sin coexistencia de hipertrofia prostática. Estos casos son los peores porque son asintomáticos y cuando acuden al médico general resulta que el proceso está ya en fase avanzada por las razones expuestas.

Pero en la mayor parte de casos, el cáncer coexiste con el adenoma, provocando manifestaciones clínicas que le llevan a consultar al médico. La mayoría de veces el especialista hace el diagnóstico de hipertrofia prostática y además comprueba puntos indurados que le hace sospechar la existencia de un cáncer en la glándula restante.

Con excesiva frecuencia acuden a nuestra clínica enfermos de cáncer de próstata que toman estrógenos desde hace uno o dos años, operados o no de adenoma de próstata. El error proviene de que el urólogo es a veces poco quirúrgico, no se atreve a practicar una prostatectomía total y acude al tratamiento hormonal. Y ahí radica la verdadera causa del retraso con que se presentan estos enfermos en nuestra clínica.

Es necesario inculcar a los médicos generales y al urólogo que el tratamiento hormonal es un gran paliativo pero jamás curativo.

8. DENOS SU PERSONAL CRITERIO SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA PIELONEFRITIS EN LA CLÍNICA MODERNA.

A esta variedad de nefropatía no se le ha prestado la atención que merece. Su tratamiento y prevención constituye uno de los principales objetivos de la moderna cirugía urológica. El pronóstico depende del momento de la enfermedad y en particular de sus causas.

Su importancia estriba en que como enfermedad autónoma es excepcional y que por regla general, o mejor dicho, sistemáticamente no es más que una complicación de una lesión preexistente en las vías excretoras del riñón a la que va íntimamente ligada. Todas las causas existentes de hipertensión intracalicial de orina infectada son originarias de nefritis intersticial y están escalonadas a todo lo largo de la vía excretora (uréter, vejiga, uretra). Es preciso el estasis urinario y el reflujo pielolinfático para que se origine la pielonefritis crónica ascendente.

Por este mecanismo de difusión pielolinfática se explica la existencia en el riñón pielonefrítico de zonas de esclerosis alternando con zonas intactas, de otro modo la infiltración del intersticio sería homogénea y generalizada a todo el riñón. La anatomía patológica explica la aparente buena tolerancia de esta afección.

Algunas pielonefritis crónicas son graves porque ellas no son más que la complicación de una enfermedad urinaria que ha afectado primitivamente al riñón, por ejemplo, los repetidos brotes de pielonefritis en un riñón calculoso conducen a la pielonfrosis.

Todas las infecciones pielorreñales abocan a la esclerosis del riñón, a la nefritis intersticial, y su gravedad dependerá de la ofensa que ocasione a la nefrona que se halla englobada y aprisionada por bandas de esclerosis. El proceso inflamatorio en su fase inicial es reversible.

Esta enfermedad es peligrosa por el elevado porcentaje de bilateralidad y porque conduce frecuentemente a la hipertensión. El coeficiente de gravedad aumenta cuando a los colibacilos se añaden el estreptococo y el proteus.

Cuando se logra eliminar el proceso causal del estancamiento, o mejor dicho, de la hiperpresión urinaria, el pronóstico no es tan desfavorable como se cree, inclusive en pacientes portadores de riñón único (antiguos nefrectomizados).

Desgraciadamente cualquier tratamiento es inoperante cuando la esclerosis renal es muy acentuada.

Lo ideal es prevenir su constitución y tratar de conservar el parénquima sano restante y a ello ayudan las modernas adquisiciones terapéuticas.

En el arsenal médico poseemos la sulfadimeracina y la nitrofurantoina, de marcado tropismo urinario, sin olvidar toda la gama de antibióticos de utilidad en casos muy precisos y cuya administración debe ser cautelosa puesto que algunos no carecen de nefrotoxicidad.

Toda esta medicación carece de acción ante una excreción urinaria defectuosa.

Lo mismo que en la tuberculosis renal, ciertas lesiones mal vascularizadas no son accesibles a los antibióticos por vía parenteral, y sí, en cambio, responden perfectamente a las instilaciones piélicas (cateterismo ureteral) de un producto bactericida, en particular la framycetina y la nitrofurantoina de uso local, de contacto, y de gran eficacia.

Las hormonas corticosteroides, en asociación con los quimioterápicos o antibióticos, disminuyen por su acción antiinflamatoria la reacción esclerosa. Su mayor eficacia se obtiene también mediante su instilación intrapiélica de una suspensión de prednisolona. El internista ante una pielonefritis rebelde al tratamiento recordará que hay muchas pielonefritis sobreañadidas a la tuberculosis renal y como infección secundaria.

La existencia de abundantes colibacilos en la orina no autoriza eliminar la infección tuberculosa, como tampoco una infección viriásica.

En el capítulo quirúrgico son de sobras conocidas las afecciones, tanto congénitas como adquiridas causantes de la pielonefritis y sobre las que puede actuar con éxito el urólogo. La cirugía actual ofrece mayor campo de acción y eficacia, así por ejemplo, la colocistoplastia que preconizamos

no sólo ha demostrado su inocuidad y su valor resolutivo en el agrandamiento de las pequeñas vejigas retraídas, sino que su indicación se ha extendido con éxito a los casos con reflujo vesicorrenal (por pérdida de la capacidad de distensión y de sensibilidad vesical) de diversa patogenia. En estos casos, al suprimir el reflujo vesicorrenal la colocistoplastia tiene como misión exclusiva la de actuar como plastia de protección renal. En nuestra casuística contamos con varios de estos casos, la mayoría con riñón único y todos con lesiones de pielonefritis crónica, los cuales, después de esta intervención, no han vuelto a sufrir sus periódicos brotes de pielonefritis, y su nefritis intersticial no ha tenido su acostumbrada evolución hacia la esclerosis e insuficiencia renal progresiva. La enfermedad se ha detenido al suprimir el proceso causal: la hiperpresión vesical generadora del reflujo ureteral.

También han sido las pielonefritis, más una serie de alteraciones humorales que aquélla agrava, la causa más importante de que el urólogo viera limitados sus medios de ataque al cáncer vesical, puesto que después de la exéresis de la vejiga preciso es derivar la orina al intestino (ureterosigmoidotomía, operación de Coffey) y esta intervención reúne todas las condiciones etiológicas de la pielonefritis crónica ascendente (estenosis de las anastomosis y reflujo enterorrenal directo), constituyéndose la llamada enfermedad operatoria que conlleva un elevado índice de morbilidad y, a la larga, mortalidad.

Afortunadamente, este grave problema urológico ha dejado de serlo. La operación por nosotros propuesta y realizada de sustitución total de la vejiga y próstata por injerto cólico excluido de la circulación entérica y anastomosado a la uretra no sólo elimina las grandes alteraciones electrolíticas, sino que permite al paciente orinar normalmente por la uretra, y lo que es más importante, evitar la infección pielonefítica ascendente, cuya gravedad fué otrora la obsesión del cirujano.

En resumen: si el tratamiento médico se efectúa concomitantemente con el urológico, suprimiendo la estasis urinaria, evitaremos la extensión de la nefritis intersticial ascendente, estabilizaremos las lesiones e incluso lograremos su regresión, siempre y cuando no se instituya el tratamiento demasiado tarde.

9. ¿QUÉ INDICACIONES PRECISAS TIENE LA NEFRECTOMÍA?

Respecto a este punto hay que agrupar las afecciones renales de tributo quirúrgico en dos apartados. En el primero, incluimos una sola afección: la tuberculosis renal; en el segundo, muy heterogéneo, todos los demás. Hacemos una distinción por una razón: la evolución en el criterio sobre la indicación de la nefrectomía. Mientras que aquél apenas ha sufrido modificación alguna en el trans-

curso de los años con respecto a las afecciones que incluimos en el segundo apartado, si en la T.R. El perfeccionamiento de los métodos de diagnóstico, individualizando mejor las distintas formas anatomoclínicas, la distinta concepción patogénica de la enfermedad, la eficacia de las modernas drogas y la ideación de las nuevas técnicas quirúrgicas, han reducido drásticamente el campo de la nefrectomía en la T.R., aunque no la han relegado a una terapéutica de excepción, como han llegado a sostener algunos. La nefrectomía sigue ocupando, hoy por hoy, un lugar importante en el tratamiento de esta enfermedad. Conviene no olvidar que la T.R. tiene muchas veces una evolución silenciosa, conducente a la total destrucción del parénquima antes de ser sospechada. En la actualidad quedan superados los conceptos de nefrectomía precoz de ALBARRAN y de nefrectomía diferida de FEY y DOS SANTOS y reemplazados por el de nefrectomía oportuna.

En un trabajo de próxima publicación en esta revista junto con mis colaboradores V. GONZÁLEZ y E. FERNÁNDEZ, sentamos las indicaciones precisas de la nefrectomía en la T.R., basándonos en la extensión, tipo evolutivo de la enfermedad, afectación del resto del aparato urinario, etc., agrupándolas a este fin en:

I) FORMAS UNILATERALES.

a) *Cerradas*: Formas crónico-destructivas: pionefróticas, hidronefróticas (con gran destrucción de parénquima renal), quística, riñón mastic.

b) *Abiertas*: Pionefrosis generalizadas, en que la lesión de las vías excretoras es notable.

c) *Formas con hematurias profusas reiteradas*, que ponen en peligro la vida del paciente y sin respuesta a los tuberculostáticos.

II) FORMAS BILATERALES.

a) Cuando la lesión corresponde a una de las formas anteriores y el lado contralateral se halla relativamente indemne o radiológicamente sano.

b) *T.R. coexistente con focos activos extrarrenales*. Son casos que requieren una cuidadosa selección y una valoración conjunta de la enfermedad en sus distintas localizaciones. En los casos bien individualizados, la exéresis de uno o varios de estos focos múltiples, como puede ser el renal, tiene un efecto sensiblemente favorable en el curso evolutivo de la enfermedad tuberculosa.

c) En la T.R. *sometida sin éxito a tratamiento médico*.

Desde que ha sido abandonada la práctica de la nefrectomía parcial se ha reducido el número de nefrectomías secundarias. He aquí otro problema superado por la moderna cirugía: la nefrectomía parcial, operación sumamente mutilante y expuesta a múltiples complicaciones, ha cedido plaza a la cavernostomía renal o espeleotomía (análoga a la pulmonar), que respeta íntegramente todo el tejido sano adyacente a la lesión; operación

singularmente fácil e inocua con excelentes resultados y más de acuerdo con lo que debe ser el concepto conservador en esta cirugía.

En cuanto al resto de afecciones tributarias de la nefrectomía también sus indicaciones se han reducido gracias a otras nuevas técnicas quirúrgicas como, por ejemplo, en la retracción esclerosa total de la pelvis renal, problema solucionado mediante una nueva operación plástica. También las estenosis del tercio inferior del uréter se han solucionado mediante nuestra intervención de ureterocistoplastiasubmucosa y las estenosis más extensas del uréter mediante la ureteroileoplastia. Todas estas afecciones, hasta hace poco, fueron tributarias de la nefrectomía.

En cuanto a los tumores malignos, tanto de la infancia como del adulto, le nefroureterectomía asociada a la linfadenectomía continúa siendo el tratamiento único así como de las múltiples afecciones no específicas que destruyen totalmente el riñón o parcialmente, pero que por deficientes condiciones generales del paciente, por la edad, etcétera, con riñón contralateral sano obligan a descartar las operaciones conservadoras.

Otra indicación precisa la constituyen las trombosis de la vena renal y particularmente la pielonefritis crónica atrófica unilateral causante de hipertensión arterial, que la nefrectomía en algunos casos cura de forma espectacular.

10. EXPLÍQUENOS, POR FAVOR, SUCINTAMENTE LAS INDICACIONES Y TÉCNICA DE LA ENTEROCISTOPLASTIA Y LOS PRIMEROS URÓLOGOS QUE LA HAN REALIZADO.

CONCEPTO. — La enterocistoplastia resulta de anastomosar a la vejiga urinaria un segmento intestinal excluido de la circulación entérica. Ello proporciona:

a) Un aumento de la capacidad volumétrica con la consiguiente normalización de la función urinaria.

b) Una cámara de expansión que actúa protegiendo las vías excretoras altas de la hiperpresión urinaria, suprimiendo el reflujo ureteral.

c) Recuperación de la sensibilidad miccional.

Las indicaciones, limitadas al principio a la pequeña vejiga tuberculosa (plastia de agrandamiento), se han extendido a otras afecciones tales como la pielonefritis por reflujo ureteral (plastia de protección renal), las cistitis intersticiales o úlcera de Hunner, determinadas vejigas neurógenas y en las grandes brechas o fistulas vesicovaginales (plastias de sustitución parcial).

La técnica consiste en obtener un segmento intestinal de determinada longitud conservando su meso. Este injerto excluido se anastomosa a la vejiga urinaria que antes (condición precisa), ha sido parcialmente reseca (cistectomía subtotal del detrusor patológico).

Esta operación fué realizada por vez primera por VON MIKULICZ en 1898, utilizando intestino delgado. BIRNBAUM (1920), STRAZMANN (1924) y GOUVEA (1936), la llevaron a cabo con intestino grueso; estas observaciones aisladas no lograron, en aquella época, interesar al urólogo, hasta que COUVELAIRE, en 1950, dió a conocer la monografía de K. SCHEELE y atraer la atención del mundo médico hacia esta sugestiva cirugía, presentando los resultados obtenidos en cuatro casos clínicos.

Pero será posteriormente a CIBERT a quien corresponda el mérito de describir la patología de la pequeña vejiga tuberculosa, reglando además la primitiva técnica operatoria de SCHEELE para la ileocistoplastia.

Desde entonces, se suceden ininterrumpidamente las publicaciones sobre los resultados inmediatos de la enterocistoplastia empleando el intestino delgado.

Personalmente practicamos esta técnica en tres casos. Los resultados que obtuvimos fueron análogos a los conseguidos por los demás autores, resultados esperanzadores, pero no convincentes.

Fué entonces cuando nos decidimos a utilizar el intestino grueso anastomosándolo a la vejiga en terminolateral intraperitoneal. Primera operación de enterocistoplastia que se realizaba en España y que llevamos a cabo conjuntamente con el Prof. R. ARANDES. El resultado fué ya superior a la ileocistoplastia. Pero insatisfechos aún, cambiamos la técnica quirúrgica empleando también el colon sigmoide pero en disposición laterolateral y en situación totalmente extraperitoneal.

Los resultados inmediatos y tardíos conseguidos con esta nueva técnica quirúrgica han sido totalmente satisfactorios y convincentes, tanto desde el punto de vista anatomofuncional como biológicos.

Esta intervención la hemos realizado en un total de 30 casos y sin mortalidad inmediata ni tardía (4 años de evolución); fruto del estudio evolutivo de estos casos fué un trabajo («¿Ileocistoplastia o Colocistoplastia?», Cir. Ginec. Urol., agosto 1957) realizado con mi colaborador R. GOSÁLBEZ, en donde demostramos la patente e indiscutible superioridad de la colocistoplastia según nuestra técnica sobre la ileocistoplastia y demás variantes de la enterocistoplastia.

Actualmente nuestra tesis —salvo los detractores a ultranza— es mundialmente admitida (léase la ponencia de W. GREGOIR en el XI Congreso Internacional de Urología de Estocolmo, 1958) y como se comprobó en la discusión de la I Ponencia Internacional en donde figuras como KÜSS, GREGOIR, NEDELEC, TRUC, RAKOVEC, O'CONNOR, etc., antes decididos partidarios de la ileocistoplastia, la han abandonado en favor de la colocistoplastia que preconizamos.

Otra aportación a este tipo de cirugía ha sido la técnica quirúrgica descrita conjuntamente con el Prof. ARANDES para el agrandamiento de la pe-

queña vejiga y sustitución del uréter simultáneamente, sirviéndose del ciego y de la porción terminal del ileon en un solo bloque y en disposición isoperistáltica en la que la válvula de Bauhin juega un importante papel al evitar el reflujo urinario hacia el riñón. Esta operación está indicada en los casos en que a la pequeña vejiga coexiste una extensa estenosis del uréter.

Al objeto de aclarar conceptos añadiré que las enterocistoplastias —antes citadas— nada tienen que ver con la nueva operación de sustitución total de la vejiga y próstata cancerosas por un injerto sigmoide suturado a uretra membranosa (vejiga artificial funcionante). Operación que realizamos con éxito en el hombre y por vez primera en la historia de la urología el 4 de junio de 1957 en la Clínica de la Escuela de Urología del Hospital Clínico de Barcelona.

II. ¿QUÉ CONDUCTA DEBE TOMARSE EN CUANTO A PRONÓSTICO FRENTE A UN PAPILOMA DE VEJIGA? ¿INDICA EL PAPILOMA UNA PREDISPOSICIÓN NEOPLÁSICA DEL TEJIDO ADYACENTE?

Desde el punto de vista pronóstico y clínico debe diferenciarse de entre el grupo de papilomas pediculares: aquéllos que presentan vellosidades largas y finas como algas y cuyo pedículo se halla rodeado de mucosa vesical sana y aquéllos otros también pediculados pero con vellosidades más compactas y gruesas y con alteraciones de la mucosa vesical circundante a su pedículo.

Estas alteraciones en la vecindad del tumor señalan la existencia de degeneración incipiente o ya establecida.

Desde la benignidad cierta a la malignidad evidente existe una zona intermedia de difícil clasificación, siendo insensible la transición histológica de un papiloma benigno a un tumor vellosito maligno.

La evolución en este sentido es constante, el tiempo que se precisa para esta degeneración es variable. En resumen: todos los papilomas incluso aquéllos que clínica e histológicamente no presentan signos de atipia celular deben considerarse como potencialmente malignos y aparte la frecuencia recidivante, debe contarse de hecho con su degeneración maligna tarde o temprano.

En aquellos papilomas cuyas características de benignidad se mantienen en equilibrio durante bastantes años, queda a considerar si el paciente vivirá o no en el momento en que tenga lugar la aparición de la degeneración hacia el epiteloma.

La extirpación de estos papilomas (no importa el método) va seguida de recidiva tanto en el primitivo lugar de implantación como en otro lugar de la vejiga (metástasis por contacto o inoculación) y estas recidivas tienen como característica la malignidad.