

FACULTAD DE MEDICINA DE BARCELONA
CLINICA UNIVERSITARIA DE UROLOGIA

Director: Prof. S. GIL VERNET

RELACIONES DE LA UROLOGIA CON OTRAS
ESPECIALIDADES

J. M. GIL-VERNET — E. VERGALLO

El continuo y progresivo desarrollo de la rama urológica, ha hecho que hoy en día el urólogo sea llamado a colaborar para la resolución de casos morbosos pertenecientes a otras especialidades cuyo campo de acción es lejano del aparato urinario o que bien está en íntima relación. En nuestra nota nos ocuparemos brevemente de dos de las más comunes enfermedades y que en un tiempo fueron del dominio exclusivo del neurocirujano y del ginecólogo, y que hoy han abierto nuevos horizontes al campo de la cirugía urológica: la **HIDROCEFALIA** y la **FISTULA VESICO-VAGINAL** considerada incurable.

Numerosas e ingeniosas han sido las tentativas que en el transcurso de los años se han hecho para encontrar una solución quirúrgica al problema de la Hidrocefalia comunicante, afección determinada por una alteración del mecanismo de reabsorción del líquido cefalorraquídeo y que ocasiona las monstruosas deformidades craneales. La primera intervención ideada a tal efecto fue la del drenaje del ventrículo cerebral en el espacio epidural, epicraneal y en los espacios interaponeuróticos de los músculos cervicales y de los canales vertebrales (Parker, Mikulicz, Park, Krause), intervenciones que bien pronto se demostraron inútiles, ya que el líquido cefalorraquídeo en contacto con el tejido celular o apo-

neurótico daba lugar a la formación de una membrana fibrosa impermeable, la cual impedía la reabsorción. Por tal motivo, Ferguson, Nicoll y Cushing idearon el drenaje al peritoneo, Heile y Lexer en la pleura, Payr experimentó el drenaje del ventrículo del seno longitudinal en la vena facial y en la vena yugular externa valiéndose de tubos de goma o de segmentos de arteria y de vena, tratados previamente por un proceso de fijación.

Siguieron las tentativas de Ziemnovicz y Nosik (1950) de drenar el líquido en la porción esponjosa de los cuerpos vertebrales y en el antro petro-mastoideo.

Todos estos procedimientos muy delicados no han demostrado su suficiencia. Y sólo por el mérito de los sucesivos estudios de Heile (1914) y Matson (1949) actualmente disponemos de una de las operaciones más seguras y eficaces para combatir la hidrocefalia comunicante, mediante el drenaje del líquido cefalorraquídeo al ureter, desprovisto de su riñón correspondiente.

Los exámenes preoperatorios fundamentales que se deben practicar en estos casos son los que tratan de indagar con certeza la existencia de una buena comunicación entre el sistema ventricular y los espacios subaracnoideos espinales (prueba de Dandy, encefalografía gaseosa) y una urografía intravenosa para conocer el estado anatómico y funcional de los riñones antes de la intervención.

La operación se realiza con anestesia general y con el enfermo en decúbito lateral. Por vía lumbar se procede a la exteriorización de riñón, sección y ligadura del pedículo vascular, disección de la pelvis renal hasta llegar al sinus renal, seccionándola en todo su contorno a este nivel y prestando mucha atención en no traumatizar el ureter, cuya inervación y vascularización deberán ser respetadas para asegurar un buen funcionamiento ulterior de este conducto. Terminada la nefrectomía, con una incisión posterior se seccionan las apófisis espinosas de la 2ª y 3ª vértebras lumbares y se procede a la laminectomía de la 2ª lumbar, seguidamente se incinde la duramadre en su línea media en dirección longitudinal y en una longitud aproximada de 1 cm., se practica una pequeña abertura en la aracnoides y atravesando esta incisión se introduce un tubo de politeno de 1 mm. de diámetro interno, intro-

duciéndolo en dirección caudal y en una longitud de 5-6 cm. Con dos puntos de seda se sutura la incisión de la duramadre y con el extremo de este hilo se fija el tubo de plástico.

Mediante una pinza introducida atravesando la herida lumbar y que pasa por detrás del psoas y de la columna vertebral, se lleva el tubo de plástico hasta la celda renal, intubando a continuación el extremo ureteral en una longitud de 4-5 cm. Se practica luego la fijación mediante tres o cuatro puntos de seda suturando el contorno de la pelvis renal con la aponeurosis del psoas; procediéndose luego al cierre del campo operatorio renal.

La ventaja de la uretero-subaracnoidostomía respecto de cualquier otra intervención de derivación consiste en el hecho de que ésta se realiza sobre un sistema excretor, en un lugar normalmente aséptico y en órgano dotado de un funcionalismo particularmente favorecedor. Además el peristaltismo intermitente del ureter impide la pérdida, excesiva y continua del líquido cefalorraquídeo, al revés de lo que ocurre con los resultados fatales que se observan en otros tipos de drenaje como son en la vena yugular o en el peritoneo, en los que el brusco drenaje del líquido espinal ocasiona una hipotensión que acostumbra a tener consecuencias fatales.

Por otra parte el desequilibrio electrolítico determinado por la pérdida de cloruro sódico viene compensado fácilmente añadiendo a la dieta normal una dosis de dos o tres gramos diarios de esta sal. Es aconsejable el examen periódico de las constantes humorales; los resultados a los nueve años de supervivencia demuestran los buenos resultados del método.

* * *

La interposición de segmentos intestinales en varios tramos de las vías excretoras urinarias ha significado una nueva conquista en la terapéutica de una afección que de un tiempo a esta parte pertenecía al ginecólogo y de difícil resolución: la gran fístula vesico-vaginal.

No nos referimos a las pequeñas fístulas fácilmente curables por las conocidas y habituales técnicas quirúrgicas, si no

que queremos hablar de las fístulas con grandes pérdidas de sustancia consideradas como incurables y en las cuales, como única terapéutica, sólo cabía recurrir a la uretero-sigmoideostomía (Coffey), bien a la ureterostomía cutánea o bien el cierre definitivo de la vagina (colpocleisis). La colocistoplastia ha demostrado ser la intervención ideal capaz de aportar una curación completa y definitiva de este penoso cuadro morboso.

Técnica operatoria: con una incisión mediana hipogástrica extra o transperitoneal se libera la vejiga descubriéndose la zona de comunicación vesico-vaginal. Se resecan los bordes esclerosos de la fístula y se cateterizan los meatos ureterales haciendo pasar las sondas hacia el exterior atravesando la uretra. Abierto el peritoneo se reseca una porción de sigma en una longitud de unos 10 cm., el cual se sutura en sus dos extremos, mientras que con una sutura término-terminal, se reconstruye la continuidad intestinal.

Este segmento intestinal, excluido del circuito entérico, se extraperitoniza y se coloca de manera tal que el meso se adapta sobre el recto y la vagina, en aquella parte que corresponde al fondo de saco de Douglas, obteniéndose así la total extraperitonización del injerto.

Se abre una amplia boca que se extiende a toda la longitud del borde anteromesentérico del asa sigmoidea excluida y se anastomosa a los bordes de la gran fístula vesical, en dos planos con catgut 000. Cierre de la pared abdominal y sonda uretral a permanencia.

Con tal intervención está resuelto uno de los principales problemas de esta afección: el injerto intestinal cubre a modo de parche la gran brecha fistulosa, aporta nuevo tejido bien vascularizado normalizándose la capacidad y el funcionalismo vesical con lo que estos desgraciados pacientes pueden reintegrarse a una vida normal.

Hemos creído interesante describir brevemente estos dos capítulos de la patología sólo para reclamar la atención sobre la evolución de la rama urológica y su moderna orientación terapéutica que se ha apartado notablemente del campo de la clásica urología, hasta el momento poco quirúrgica.

Sólo siguiendo esta nueva directriz el urólogo se informará de las nuevas orientaciones que prevalecen actualmente en toda disciplina médica y quirúrgica y en la que la labor de equipo y la estrecha colaboración de los especialistas en ramas vecinas o bien totalmente diferentes da tan brillantes resultados.

NOTE BIBLIOGRAFICHE

- BALLANCE CH. A.: Some Points the Surgery of the Brain and its Membranes. Macmillan Co., London, 1908; pag. 451.
- COUVELAIRE R.: Application de la cysto-enteroplastie à la cure de certaines fistules vesico-vaginales. - J. Urol. 60, 623, 1951
Sur les ressources du greffon intestinal en Urologie. Mém. Ac. Chirurgie. 82, 674, 1956.
- CUSHING H.: The special field of neurological surgery. - Cleveland M. J. 4, 1, 1905.
- DANDY W. E.: An operative procedure for hydrocephalus. - Bull. Johns Hopkins Hosp., 33, 344, 1922.
- DELEV N.: Substitute Bladder Made of Sigmoid Colon. - J. of Urol., 79, 328, 1958.
- DOSSOGNE M. - VANWELKENHUYZEN P.: Le traitement actuel des fistules vesico-vaginales. - Acta Urologica Belgica. 23, 113, 1955.
- FERGUSON A. H.: Intraperitoneal diversion of the cerebrospinal fluid in cases of hydrocephalus. - New York M. J., 67, 902, 1898.
- GIL-VERNET VILA J. M. - GONZALEZ V. - VERLY J. M.: La nueva cirugía urológica ante las fistulas urogenitales complicadas. Practica Medica. 9, 46, 1958.
- HEILE B.: Ueber neue operative Wege zur Druckentlastung bei angeborenem Hydrocephalus. (Ureter-Duraanastomose). - Zentralbl. f. Chir., 52, 2229, 1925. - Zur chirurgischen Behandlung des Hydrocephalus internus durch Ableitung der cerebrospinalflüssigkeit nach der Bauchhöhle und nach der Plurakuppe. - Arch. f. Klin. Chir., 105, 501, 1914.
- HENLE A.: Beitrag zur Pathologie und Therapie des Hydrocephalus. - Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1, 264, 1896.
- LEY A. - GIL-VERNET VILA J. M.: Tratamiento quirúrgico de las Hidrocefalias comunicantes, con especial referencia al método de Heile-Matson. - Archivos de Pediatría. 21, 283, 1953.
- LEXER E.: Treatment of Hydrocephalus; historical review and description of a new method. - Arch. Surg., 18, 1737, 1929.
- MATSON D. D.: Ventriculo-Ureterostomy. - J. Neurosurg. 8, 398, 1951.

- MIKULICZ J.: Citado por Henle.
- NICOLL J. H.: Case of hydrocephalus in which periteneo-meningeal drainage has been carried out. - Glasgow M. J., 63, 187, 1905.
- NOSIK W. A.: Ventriculomastoidostomy. Technique and observation. - J. Neuroserg. 7, 236, 1950.
- PARKER.: Citado por Ballance.
- PAYR E.: Drainage der Hirnventrikel mitlest frei transplantirter Blutgefasse; Bemerkungen ueber Hydrocephalus. - Arch. f. Klin. Chir. 87, 801, 1908.
- PARK.: Citado por Ballance.
- ZIEMNOVICZ S.: A new trial of operative treatment of hydrocephalus comunicans progressivus. - Zentralbl. f. Neurochir. 10, 11, 1950.
- KRUSE F.: Hirnchirurgie. Deutsch. Klin. v. Eingange. d. Zwanzigsten Jahrhunderts in Akademischen Vorlesungen. 8, 953, 1905.
-