

Serv. de Urología del Hosp. Fiorito
Jefe: Dr. Ricardo Bernardi

URETER RETRO-CAVA OPERADO CON EXITO EN UNA ANOMALIA RENAL BILATERAL Presentación de la enferma. Comunicación

Por el Dr. RICARDO BERNARDI

La extraordinaria anomalía observada en una enferma operada previamente en nuestro Servicio hace unos años por una uronefrosis intrasinusal dolorosa izquierda, en un riñón que tenía además un vicio de rotación, presentada por ese motivo a esta Sociedad en septiembre de 1949 (Uronefrosis intersinusal dolorosa - Enervación y nefropexia) y que en la actualidad padecía de una *urétero-uronefrosis derecha por uréter retro-cava* que constituye, por otra parte, la primera publicación realizada en el país, según creemos, nos lleva a presentarla a esta reunión. Por otra parte, de acuerdo con la bibliografía consultada resultaría la 45ª observación mundial hasta el presente.

Se trata de A. de U., argentina de 42 años, operada hace 5 años por la lesión descrita en primer término, sumamente dolorosa, y que curó con una enervación renal y fijación con el procedimiento de Albarrán, que practicábamos en esa época y que en la actualidad reemplazamos satisfactoriamente por el de Young.

Llamó la atención que en esa época, hace como dijimos 5 años, y a pesar de tratarse de una enfermedad congénita, la urografía que exhibiremos a continuación *no mostrase dilatación piélica alguna, hasta ese momento.*

Cuatro años después, vale decir hace 1 año, comenzó a tener dolores lumbares derechos, tipo cólico, que mostraron a la ureteropielografía, especialmente, *una pielo-ureteronefrosis parcial, con uréter dilatado, en S. itálica que terminaba bruscamente en la línea media o yuxta mediana, característico del uréter retro-cava,* según la consulta de los escasos existentes, pero que en el primer momento no nos permitió establecer el diagnóstico.

La lumbotomía realizada hace 6 meses mostró una pelvis y uréter derecho relativamente dilatados, durante el acto quirúrgico, logrando observar claramente mediante el procedimiento de distensión canalicular por inyección acuosa, según la técnica de Bidgood-Robert, el punto de compresión debido a la cava. La incisión fué ampliada; la cava aislada; el uréter seccionado a 2 centímetros aproximadamente de la pelvis; *ureterorrafia circular inmediata sobre cateter;* nefrostomía temporaria.

La enferma, a los 7 meses aproximadamente, de operada se halla en excelentes condiciones y *el uréter no muestra estenosis secundaria alguna,* según lo observamos en las radiografías adjuntas.

Pielograma N° 1 (preoperatorio). Dilatación pielo-ureteral en forma de S. itálica por obstrucción ureteral a la altura del borde inferior de la IV vértebra lumbar.

A continuación el uréter está en situación paramediana sobre la cara lateral de la V lumbar y el promontorio, 3 centímetros aproximadamente hacia adentro de la articulación sacro-ílica correspondiente. Es una imagen pielográfica que, según una feliz expresión de Creevy: "resulta inolvidable desde que se la ve por vez primera".

Pielograma N° 2 (postoperatorio). Inyección de 20 c.c. de Uroselectan B. para urografía intravenosa. Perfecta tolerancia y opacidad.

Dilatación pielo-ureteral simulando un lagarto por la anomalía congénita de forma y rotación renal.

La sección ureteral con ureterorrafia circular inmediata situada a la altura de la apófisis transversa de la III vértebra lumbar no muestra estenosis alguna a los 7 meses de operada.

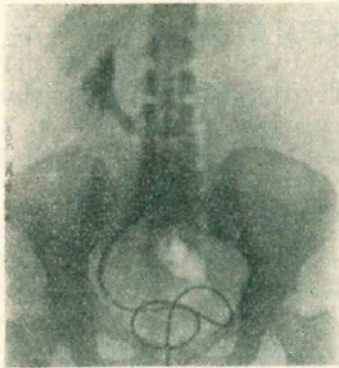


Figura 1



Figura 2

BIBLIOGRAFIA

- P. A. Duff: Retrocaval ureter J. of Urology - March 1950 N° 3*
C. D. Creevy: J. Urol. 60; 26-30 - 19488.
Grene y Kearns: J. Urol. 55; 55-59 - 1946.
H. Harril: J. Urol. 44; 450-457 - 1940.
Kimboung: J. Urol. 33; 97-100 - 1935.
Mc. Elhinney y Dorsey: J. Urol. 59; 497-500 - 1948.
Nourse y Moody: J. Urol. 56; 525-529 - 1946.
Heslin y Mamonas: J. Urol. 65; 212-222 - 1951.
S. Sabatini y Wessler: The Urological and Cut. 54; 720-721 - 1950.
Lowsley: Surgery and Gynecology 82; 549-556 - 1940.
Dr. R. Bernardi: Uréter retro-cava. Consideraciones clínicas, urográficas y quirúrgicas (a publicarse en El Día Médico).

DISCUSIÓN

Dr. Arru s. — Quisiera preguntarle al doctor Bernardi cuál era la posición de los riñones con respecto al eje longitudinal, cuando efectuó la intervención, porque me llama la atención que en las dos imágenes posteriores a la operación, tanto la primera como la última dieran la impresión de que existiera una rotación incompleta.

Dr. González (Rodolfo). — A mí también me llama la atención que después de la intervención del interesante caso relatado por el doctor Bernardi, la dilatación parece que fuera mayor.

Dr. Bernardi. — Quiero aclarar que dije se trataba de una rotación renal incompleta bilateral.

En cuanto a lo que dice el doctor González, no estoy de acuerdo con él. En ese caso, no podíamos extendernos porque existía un "stop", habían grandes dolores. La enferma se negaba a que se le hiciera una radiografía descendente, por lo que se le inyectaron 30 cc. de Uroselectan B.

Existe una dilatación, pero el hecho de que la enferma no tenga dolor y orinas claras significa que se va a producir una recuperación de este riñón. Las urografías tomadas poco antes de la intervención —ya hace unos siete meses— mostraban buena eliminación de ese lado. Corregido el defecto, es muy posible que mejore extraordinariamente la capacidad funcional. Existe una atonía neurovegetativa, neurovascular, etc., que quizá mejore.