

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

URONEFROSIS POR OBSTRUCCION PIELO-URETERAL RESULTADOS OBTENIDOS EN 15 CASOS

Comunicación - Presentación de enfermos

Por el Dr. RICARDO BERNARDI

La uronefrosis por obstrucción pieloureteral, constituye una entidad nosológica, de características bien definidas en la actualidad, que no ha merecido, sin embargo, la atención y el tratamiento adecuado.

En varias oportunidades nos hemos ocupado en el seno de esta Sociedad, de tan interesante tema con el relato de los síntomas y técnicas realizadas, así como la presentación de los enfermos intervenidos y en esta reunión, a manera de síntesis, queremos referir nuestra modesta estadística basada en 15 casos operados en nuestro Servicio del Hospital Pedro Fiorito y clínica privada, en los cinco últimos años, con el propósito de extraer provechosas conclusiones. La consideración *in extenso* de este tema, ha sido realizada en nuestro trabajo de Profesorado titulado "Uronefrosis por obstrucción pieloureteral - Tratamiento plástico", que será publicado próximamente.

La uronefrosis por obstrucción pieloureteral reconoce frecuentemente una causa congénita (dinámica o mecánica) revelable tardíamente por lo general y, por excepción, un origen adquirido. Entre las primeras corresponde destacar a la estenosis pieloureteral, congénita, luego la uronefrosis dinámica (neuromuscular), el vaso anómalo, etc., y entre las segundas las bridas y acotaduras.

En cuanto a la *obstrucción por vaso anómalo*, creemos que es mucho menos frecuente que la señalada por los autores en general, no figurando en nuestra estadística ninguna observación en los 15 enfermos operados hasta la fecha; a pesar de haberlos observado en algunas ocasiones vecinos a la parción pieloureteral, la cuidadosa disección del tejido célula-fibroso intra y extrasinusal y la distensión de las vías excretorias altas con el *procedimiento de Bidgood-Robert* nos ha mostrado sistemáticamente que el vaso anómalo se hallaba a distancia de la obstrucción y que la causa residía en una estenosis pieloureteral agregada a la arteria pero sin ninguna vinculación con ella. A nuestra manera de ver, y por el resultado de nuestra modesta experiencia, solamente

un falso concepto muy arraigado en la actualidad, fruto de la precipitación operatoria, una reducido campo quirúrgico y una mala disección justifica el excesivo valor atribuido al vaso anómalo en la etiopatogenia de la obstrucción pielo-ureteral.

En ocasiones, la obstrucción por vaso anómalo puede coexistir con una *estenosis*, vale decir, *vaso anómalo más estenosis*, en tal situación la intervención debe ser doble, con miras a solucionar ambas causas obstructivas.

El *dolor permanente o intermitente*, intenso o discreto, con exacerbaciones paroxísticas y la *bilateralidad de las lesiones*, en el 50 % de los casos constituyen las manifestaciones más características del síndrome.

En cuanto al tamaño de la bolsa, es pequeña, por lo general, llamando la atención que a menor desarrollo, haya más dolor por estar más conservadas las fibrillas neuro-viscerales.

El dolor, la bilateralidad de las lesiones y el pequeño desarrollo de la bolsa con buena función renal, configuran el cuadro clínico-radiológico más habitual e imponen el tratamiento quirúrgico conservador.

Cuando la retención sea considerable, complicada por otras afecciones y especialmente unilateral con acentuada perturbación de la secreción urinaria, está solamente indicada la nefrectomía.

Los antecedentes clínicos, el examen físico y funcional y sobre todo el estudio urográfico y pielográfico, permitirán establecer con toda precisión la uni o bilateralidad y grado de la lesión y la capacidad funcional.

El pielograma ascendente obtenido en distintas posiciones (acostado y de pie) con catéter bajo, vale decir, introducido hasta el uréter pélvico, mostrará con toda claridad la ectasia piélica o pielo-renal (pielectasia o nefrectasia de Voelker) la localización y extensión de la obstrucción.

La *pielografía retardada*, obtenida 10 minutos después de la inyección, dará idea del estado del dinamismo pielo-ureteral y permitirá juzgar sobre las posibilidades de recuperación de las vías excretorias.

TRATAMIENTO

Establecido el diagnóstico de uronefrosis por obstrucción del orificio pielo-ureteral, el tratamiento dependerá de la causa originaria. Solamente y en forma muy excepcional, la estenosis pielo-ureteral, de forma anular y poco cerrada, podrá ser *dilatada* mediante el *sondeo permanente e intermitente*, dependiendo la prosecución de este tipo de tratamiento de la evolución clínica, la existencia o no de infección y las modificaciones reveladas por los pielogramas de control.

Cuando se sospeche la presencia de otras lesiones, dado que el diagnóstico exacto es por lo general difícil (vaso anómalo, bridas o acodadura) se impone el tratamiento quirúrgico.

De acuerdo con los postulados enunciados por Mc. Iver, la operación tiene por objeto:

- a) corregir la obstrucción con el propósito de lograr un buen calibre;
- b) obtener un buen drenaje de las cavidades pielo-ureterales;
- c) mantener una buena función;
- d) reintegrar el riñón a su "loge".

Por nuestra parte realizamos sistemáticamente una amplia nefro-piello-ureterolisis completada con la desnervación del pedículo renal y la nefropexia tipo Young, con el objeto de actuar sobre el dolor y el dinamismo canalicular perturbado en un órgano excesivamente móvil o ptósico.

Nos referiremos muy sintéticamente a las técnicas empleadas en el tratamiento quirúrgico de la obstrucción piello-ureteral.

1) *La estenosis piello-ureteral* puede ser tratada por distintos procedimientos, de acuerdo con la preferencia de los autores.

- a) Por el método de Surraco (dilatación forzada del ostium y cuello ureteral con pinza larga y delicada).
- b) Por el método de Fenger (sección vertical de la estenosis con sutura transversal).
- c) Por la resección total o parcial del anillo con sutura secundaria.
- d) Por el método de Finney en U, con sutura consecutiva.
- e) Por el método de Rammstedt, con sección radiada de la estenosis, única o múltiple, parcial o total, sin sutura.
- f) Por el método de Schwizer-Foley, de Y anterior.
- g) Por el método de Foley, o en Y posterior.
- h) Por el método de sutura látero-lateral (Albarrán, Morris Lichtenberg, etc.).
- i) Por el método de la ureterotomía intubada, de Keyes-Davis, más aceptado en la actualidad por su sencillez y seguridad.

2) *El vaso anómalo*, cuando constituye una causa real de obstrucción, puede ser solucionado de acuerdo con dos condiciones:

- a) si es de pequeño calibre, puede seccionarse sin mayor peligro para la nutrición del resto del parénquima renal por el desarrollo de un infarto insignificante.
- b) si es de gran calibre, debe ser respetado practicándose la sección del ureter y su reimplantación, según la técnica de Küster-Quinby.

3) *En cuanto a las obstrucciones por brida o acodaduras* de distintas causas, la piello-ureterolisis cuidadosa al destruir las adherencias restablece la permeabilidad canalicular.

4) *El ureter retro-cava*, en forma excepcional, puede originar una uro-nefrosis por compresión ureteral, como nos sucedió de acuerdo con una observación referida hace unos meses en el seno de esta Sociedad, constituyendo, por otra parte el primer caso publicado hasta el presente en nuestro país.

5) *La resección de la pelvis*, merece un capítulo aparte en el tratamiento quirúrgico complementario, de la uronefrosis por obstrucción piello-ureteral. Si bien la recuperación morfológica y funcional de la pequeña o mediana bolsa uronefrótica es buena por lo general, en ocasiones cuando excede en su tamaño o está infectada, lo que significa pérdida de su elasticidad y del poder de reacción, está indicada la extirpación de parte de la misma con el objeto de evitar el éxtasis urinario en una cavidad atónica, según las técnicas de Deuticke, Klotz, etc. Nosotros la hemos practicado en pocas ocasiones por tratarse, como dijimos, de cavidades poco distendidas. La última observación, perteneciente

a la enferma N° 15 de nuestra estadística, internada aún en nuestro Servicio del Hospital Pedro Fiorito, muestra una gran uronefrosis bilateral a la que resecamos hace un mes y medio, 35 centímetros cuadrados de pelvis, como se observa en esta fotografía, con reimplantación del ureter. El resultado fué satisfactorio desde el punto de vista morfológico y funcional, según el pielograma de control realizado al mes de operada, como ustedes pueden observarlo y esta mañana le fué practicada una plástica del otro lado, como tuvieron oportunidad de constatarlo los señores consocios en la Sesión Quirúrgica Mensual, con que la Sociedad Argentina de Urología honró mi Servicio.

6) *Las suturas y los drenajes*, como elementos complementarios de la plástica pieloureteral, deben ser conocidos por los distintos tipos existentes, de acuerdo con la lesión y preferencia de los autores. La forma, el tamaño y la composición de los tubos es tan variada que resulta en ocasiones bastante difícil adoptar un tipo que armonice con la lesión y el ambiente hospitalario desprovisto, por lo general de drenajes de distintas formas y medidas, de elevados precios en su mayoría. Es por ello que nosotros realizamos la *evacuación píblica* con una sonda de Pezzer recta N° 12 ó 14, blanda, tipo Gentile, de las existentes ahora de goma negra, y el moldeo de la estenosis después de operada con una sonda *ureteral*, gruesa, N° 11 ó 12, calibre americano y en su defecto colocando un tubo uretral, plástico, de los llamados tipo: *plástico* o de los de calibre similar que venden en las casa de artículos para radiotelefonía.

Los drenajes se retiran entre los 15 a 30 días, sin peligro de fístula urinaria, siempre que la estenosis haya sido bien operada o no se hubiera reproducido por una esclerosis secundaria a raíz de la infección de la loge renal, como nos ocurrió en 2 ocasiones que terminaron con una nefrectomía (Casos N° 13 y 14).

NUESTRA ESTADISTICA

Resumiremos nuestra estadística cuyos resultados, están en relación con los de la mayoría de los autores quienes asignan un 30 % de fracasos.

Para mayor entendimiento, nos ha parecido mejor clasificar los resultados obtenidos en nuestros 15 enfermos en *clínico* y *urográfico*, resultados que si bien coinciden por lo general, en ocasiones a pesar de la imagen radiográfica poco satisfactoria, el enfermo se halla clínicamente bien y contento de la operación realizada, como ustedes podrán constatarlo esta noche en una exposición franca y objetiva de los hechos, a través de los pacientes que han tenido la bondad de concurrir, como corresponde a la verdadera ciencia, señalando los éxitos y los fracasos, especialmente los últimos, porque en la exacta interpretación de los mismos hallamos la razón de nuestra propia sabiduría.

Alguna de las radiografías que mostraremos a continuación, corresponden a casos ya presentados a esta Sociedad en el curso de los últimos años, pero que serán exhibidas nuevamente con el propósito de tener una visión de conjunto que nos permitirá, sin duda obtener provechosas conclusiones, como es nuestro deseo.

En resumen, de acuerdo con esta tabla los resultados obtenidos en 15 plásticas de la pelvis, pueden dividirse en *absolutos* (si terminaron o no en una nefrectomía) y en *relativos*, según la evolución clínica y urográfica:

a) <i>Absolutos</i>	}	12 buenos	
(15 enfermos)		3 malos (nefrectomía)	
b) <i>Relativos</i>	}	Evolución	13 (buena)
(15 enfermos)		clínica	2 (mala)
		Evolución	12 (buena)
		urográfica	3 (mala)

Es, pues, evidente que los resultados obtenidos con el tratamiento plástico de la uronefrosis por obstrucción piero-ureteral, mediante una técnica delicada y cuidadosa en razón de la zona en que se actúa, son satisfactorios obligándonos a insistir en un tratamiento esencialmente conservador.

La brillante contribución de la anestesiología, los antibióticos, la transfusión, el plasma, etc., aseguran el éxito en una operación a veces larga, shockante y expuesta a infección o hemorragia.

Como última razón sobre la necesidad de realizar el tratamiento plástico en este tipo de uronefrosis y la frecuente bilateralidad de la lesión, el aforismo expuesto por Sargent, hace algunos años, contribuirá a llamarnos a la realidad sobre el porvenir de estos pacientes cuando realizamos una intervención radical, 'el nefrectomizado a los 30 años por una uronefrosis padecerá a los 40 de una lesión similar del otro lado'.

B I B L I O G R A F I A

- Aarón G. y M. Robbins*: Hidronefrosis due to aberrant vessels. (J. of Urology, Vol. 60-702).
- Albarrán J.*: *Medicine operatoire des voies urinaires.* (París, 1909).
- Beach W.*: Journal of Urology, T. 26, 1931.
- Bonnecarrere Emilio*: Operaciones plásticas de la pelvis renal. (Memoria de la Soc. Uruguaya de Urología. Año IX. Nº 9, 1950, pág. 137).
- Berneike y Doming C. L.*: Results of treatment of hydronephrosis. (J. of Urology, Vol. 66-68).
- Bernardi R. y O. T. Lucano*: Tratamiento plástico de la obstrucción pieloureteral. Nuestra experiencia. (IV Congreso Americano de Urología y 1º Chileno. El Día Médico, 22-V-1950).
- Bernardi R. y Castelli J. A.*: Uronefrosis intrasinusal dolorosa. Enervación y nefropexia. Curación. (Soc. Arg. de Urología. Septiembre 1949).
- Conor V. O.*: Conservative surgery of hidronefrosis. (J. of Urology, Vol. 46-1051).
- Dodson A.*: Renal salvage (J. of Urology, Vol. 58-295).
- Deming C.*: Ureteropelvic obstruction due to extrinsic lesions of the ureter as a clinical entity and its treatment. (J. of Urology, Vol. 50-420).
- Davis D.*: Intubated ureterotomy. (J. of Urology, Vol. 66-77).
- Davis D.*: Intubated ureterotomy. Resulted after four years. (J. of Urology, Vol. 57-233).
- Davis D., Stron G. y Drake W.*: Intubated ureterotomy. Experimental work and clinical results. (J. of Urology, Vol. 59-851).
- Deuticke P.*: Plastic operations on the hidronefrosis dilated kidney pelvis; technic and results (The Urology and Cut. February 1949).
- Dees J.*: A new method for instrumental dilatation of the ureter. (J. of Urology, Vol. 40-24).
- Fey B.*: Variations de forme et de volume des calices renales. (J. d'Urologie, t. 48-1939).

- Fite E. H.*: Conservations Surgery in management of uronefrosis. (J. of Urology, Vol. 43-177).
- Grimaldi F.*: Cirugía renal conservadora.
- González y Firstater*: VII Congreso Internacional de Cirugía. Agosto 1950.
- Hyman A.*: Results of plastic operations on the renal pelvis and ureter. (Surgery G. and O. Vol. 72-764).
- Hugh J. Jewett*: Stenosis of the ureteropelvic juncture: congenital and acquired. (J. of Urology, Vol. 46-247).
- Henline R. y Menning J.*: The management of uronefrosis due to uretero pelvic obstruction; preliminary report. (J. of Urology, Vol. 50-1).
- Janno León*: The kidney pelvis (Surg. G. and Obstetrics, T. 22-746-1941).
- Klots B.*: Pyeloplasty for ureteropelvic obstructions. (J. of Urology, Vol. 60-706).
- Kreutzmann H.*: Bilateral ureteropelvic sticture; uronefrosis and multiple renal calculi in a child (J. of Urology, Vol. 49-649).
- Kumbrough, Farst, Worgan y Lenlow*: Intubated ureterotomy: report and clinical cases (The J. of Urology, Vol. 64, Nº 1, pág. 74).
- Linch y Thompson*: Results of pieloplasty (Urology and Cut. Review, T. 40-1936).
- Marion M.*: De l'emploi de la sonde ureterale a demeure après certaines operations sur le bassinot ou l'uretere. (Journal d'Urologie, T. 47-81).
- Moore T.*: Transureterophylostomy and transureterureterostomy; du indications and operative technique (J. of Urology, Vol. 60-859).
- Neuwirt Karel*: Implantation of the ureter into the lower calix of the renal pelvis. (The Urological and Cut. junio 1948-351).
- Nedelec M.*: Hidronefrosis infectec. Operation plastique conservative. Resultat eloigner. (Journal l'Urologie, T. 37-86).
- Peacock A. H.*: The hidronefrosis problem (The Urological and Cut. Review, Abril 1948-223).
- Paul y Soley*: Ureteropelvic obstructions in children (J. of Urology, Vol. 55-46).
- Papin*: Chirurgie du rein.
- Sargent James*: Basic principles governing conservative surgery in hidronefrosis (J. of Urology, Vol. 47-323).
- Surraco L.*: Tratamiento conservador en la uronefrosis. (Congreso Française d'Urologie, 1949).
- Trabucco*: La cirugía reparadora en un caso de estenosis ureteropielica. (Rev. Soc. Arg. de Urología, año XV, pág. 19).
- Woodside C.*: The role of the sphinter in the pelvis of the ureter. (The Urological and Cut. junio 1948, 320).
- Wildbolz H.*: Tratado de Urología, pág. 377.