

URETERONEUMOPIELOGRAMA, SU IMPORTANCIA EN EL DIAGNOSTICO DE LA LITIASIS

Por los Dres. MARIO VICCHI y JUAN ASBUM Z.

Prescindiremos de citas bibliográficas y consideraciones teóricas, para circunscribirnos a destacar la utilidad que nos ha prestado este método de diagnóstico. A pesar de ser tan antiguo, no se emplea con la frecuencia que debería, como lo demuestra el caso número 1. Enfermo que desde el año 1943 tenía cólicos renales a repetición, habiéndosele practicado 5 ó 6 urografías por excreción y gran número de radiografías simples del aparato urinario y recién en 1950 el neumopielograma demuestra que el paciente tenía un cálculo transparente a los rayos en la pelvis renal.

En el caso número 3 se había hecho el diagnóstico de cálculo ubicado en el cáliz inferior y se había planteado una lumbotomía para extraerlo. Nos llamó la atención la exclusión funcional de ese riñón que no se justificaba por la presencia de un cálculo tan pequeño: practicamos el neumopielograma encontrándonos con un cálculo situado a nivel del sacro que obstruía el uréter y había pasado desapercibido. Las imágenes del neumopielograma nos permitió hacer un diagnóstico de certeza y evitar una lumbotomía innecesaria. El cálculo se extrajo por ureterotomía.

El caso número 2, este método nos permitió tener la certeza diagnóstica en una enferma con un pequeño cálculo de tamaño menor que un grano de arroz, que le causaba cólicos subintrantes durante 10 días obligándonos a efectuar ureterotomía y extracción del cálculo.

A continuación haremos un resumen de las historias clínicas.

Caso N° 1. — M. M. Enfermo de clientela particular.

Antecedente: En 1943 tiene por primera vez un dolor tipo cólico renoureteral del lado izquierdo efectuándose tratamiento clínico, con lo que cedió el cuadro. Se hizo radiografía simple y urografía excretora, no llegándose a conclusiones diagnósticas. El paciente presentaba en forma periódica e intermitentemente, los dolores renoureterales izquierdos, practicándose varios estudios urelógicos sin encontrar la causa de sus dolores. En Agosto de 1950 concurre a nuestra consulta privada por haber tenido nuevamente dolores tipo cólico ureteral.

Enfermo con buen estado general. No encontrándose al examen físico ninguna anormalidad. Orinas limpiadas. Tacto rectal: nada especial.

Urograma por excreción: Buena eliminación del medio de contraste por ambos riñones, no observándose alteraciones morfológicas en las vías de excreción. Radiografía simple: no se ven sombras de aspecto calculoso. Cistograma: sin alteraciones.

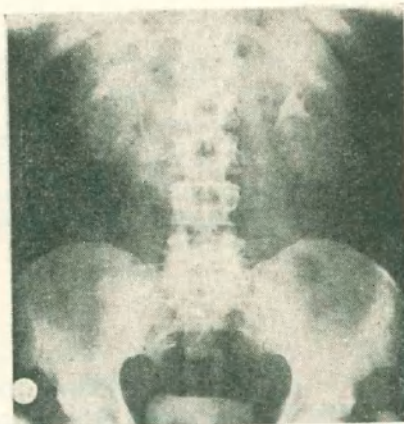
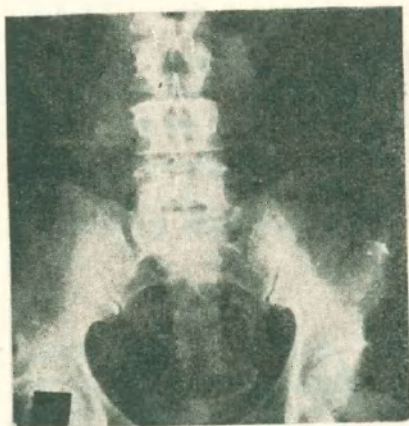
Cistoscopia: No se observa lesión orgánica vesical. Se cateteriza uréter izquierda sin inconvenientes.

Neumopielograma: Se observa a nivel de la pelvis renal una sombra negativa del tamaño de una aceituna chica que se interpreta como debida a un cálculo transparente.

Ureteropielograma retrógrado: se efectuó la inyección, del medio de contraste, por el catéter, después de haber inyectado aire, observándose el aire rodeando el cálculo, dando una imagen perfectamente visible a los rayos.

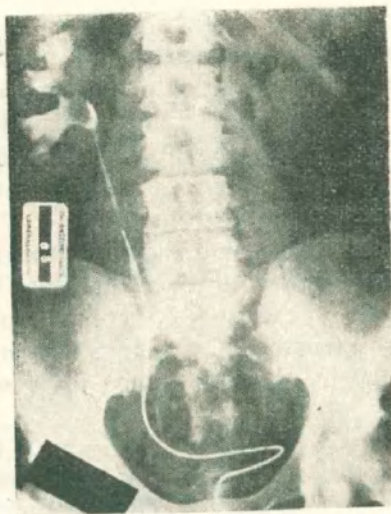
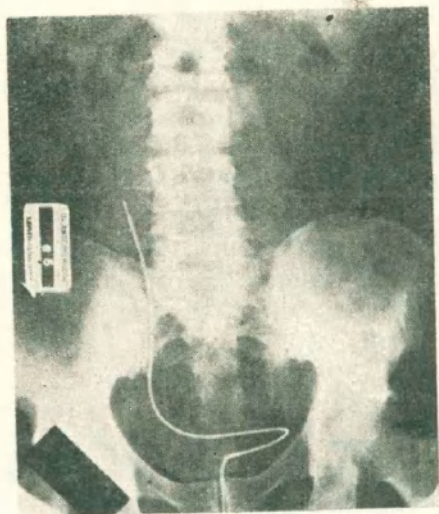
Diagnóstico clínico: Cálculo transparente a los rayos en la pelvis renal.

Por referencias indirectas tenemos informes que el Dr. Armando Trabucco extrajo el



CASO 1, FIG. 1. — Radiografía simple, año 1950. No muestra sombra calcúlosa.

CASO, FIG. 2. — Urograma por excreción, no muestra anomalía en las vías excretoras, 1943, en ocasión del primer cólico renal izquierdo.



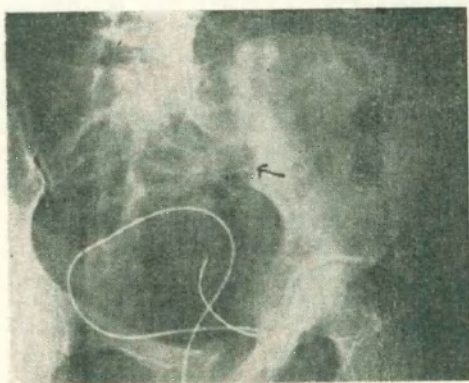
CASO N° 1, FIG. 3. — Neumopielograma mostrando la sombra negativa del cálculo en pelvis renal.

CASO 1, FIG. 4. — Pielografía retrógrado después del neumopielograma, muestra la sombra de cálculo.

cálculo por pielotomía, ignoramos la composición del mismo. Este caso es sumamente demostrativo para poner en evidencia errores groseros cometidos por no haber agotado el estudio del enfermo oportunamente. Ya que frente a un paciente con cólicos a repetición, en los cuales no se encuentra una etiología clara debemos pensar en la posibilidad de que se trate de un cálculo transparente o poco opaco a los rayos y el diagnóstico únicamente es posible por este método.

Caso Nº 2. — M. V. de C. 32 años. Clientela privada.

Antecedentes: Trastornos hepáticos por los cuales hace tratamiento clínico. Operada por Prolapso y Retroversión en la Ciudad de Córdoba, R. Argentina. En Mayo de 1952 cólico renoureteral intenso y subintrante que no calma con opiáceos ni antiespasmódicos durante cinco



CASO 2, FIG. 1. — Ureteropielograma que muestra un pequeño cálculo que determinó obstrucción ureteral y que obligó a efectuar ureterotomía.



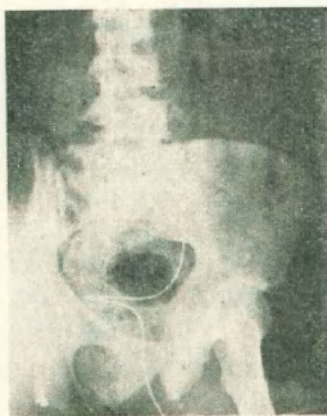
CASO 2, FIG. 2. — Siete horas después de la inyección endovenosa del contraste, aparece dibujada la pelvis izquierda.

días. Oportunidad en que se nos consulta. El estudio urográfico descendente demostraba una eliminación renal izquierda y vías excretoras derechas sin alteraciones. Pequeña opacidad por debajo del reborde de la articulación sacroiliaca que se interpreta como probable cálculo.

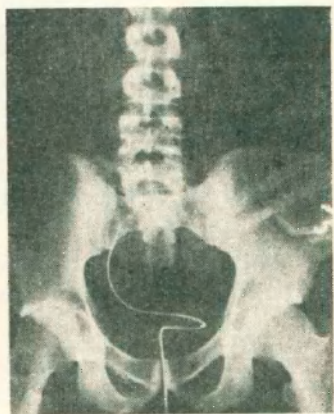
El neumopielograma en oblicua y de frente demuestra en forma cierta que se trata de



CASO 3, FIG. 1. — Urografía excretora. No muestra exclusión renal y pequeño cálculo a nivel del cáliz inferior. A nivel del sacro, sombra de interpretación dudosa.



CASO 3, FIG. 2. — El urétero neumograma oblicuo demuestra la existencia de un cálculo que obstruye las vías excretoras.



CASO 3, FIG. 3. — Urétero neumograma de frente. Muestra el cálculo que determina obstrucción.

un cálculo más chico que un grano de arroz. El medio de contraste que se había inyectado horas antes, dibuja las vías excretoras izquierdas recién a las 7 horas. Se deja catéter a permanencia, continuando los cólicos renoureterales a pesar de los opiáceos y antiespasmódicos, novocaína endovenosa, anestesia del esplancnico, etc. El estado general de la enferma desmejora tanto, que

después de 10 días de mantener esta situación se decide la intervención quirúrgica. El día 13-VI-52 se practica una ureterotomía y extracción del cálculo. Post-operatorio sin inconvenientes, salvo la duración de la fístula ureteral que tardó 25 días en cicatrizar. Alta de la enferma sin inconvenientes.

Caso N° 3. — S. G. 30 años. Odontólogo militar.

Antecedentes: El día 11 de Febrero de 1952 cólico renoureteral izquierdo, acompañado de hematuria. Los dolores se mantienen en forma intensa durante 4 días. Concorre a nuestra consulta el 13 de marzo de 1952 porque se le ha planteado una lumbotomía para extraer un cálculo localizado a nivel del cáliz inferior izquierdo.

Enfermo con buen estado general. Orinas limpidas, discreto dolor lumbar izquierdo a la palpación bimanual. Uretra libre de obstáculo. Tacto rectal: próstata con caracteres normales. La urografía por excreción, sacada unos días antes de concurrir a nuestra consulta privada nos muestra lo siguiente: R. simple: sombra de aspecto calculoso a nivel del cáliz probablemente y otra situada a la altura de la articulación sacroiliaca de dudosa interpretación. El medio de contraste inyectado nos muestra vías excretoras derechas sin alteración y exclusión renal izquierda. Nos llama la atención la falta de eliminación del medio opaco por riñón izquierdo, que no se justifica por el pequeño cálculo situado arriba. Uretieroneumopielograma: se demuestra que la sombra coincide con el hueso, es un cálculo que obstruye las vías excretoras. Por lo tanto efectuamos ureterotomía y extracción del cálculo cuya composición química es la siguiente: Oxalatos y Uratos.

Post-operatorios sin incidencias. La urografía excretora obtenida después de un mes de operado muestra una recuperación del riñón obstruido por el cálculo.

Consideraciones: 1) Juzgamos de interés esta presentación porque en el caso N° 1 por no emplear este medio exploratorio ha quedado ignorado el diagnóstico de litiasis durante 7 años.

2) En el caso N° 2 nos ha dado la certeza de un cálculo pequeñísimo que obligó a una ureterotomía.

3) En el caso N° 3 se puso en evidencia un cálculo que había pasado desapercibido por coincidir con el hueso, lo cual disimulaba su opacidad.