

## UROPATIAS OBSTRUCTIVAS

Por los Dres. J. IRAZU, J. NOLAZCO y R. SANCHEZ

Las uropatías obstructivas constituyen dentro del aparato urinario una entidad patológica frecuente y siempre de palpitante actualidad.

Recientemente han aparecido por ejemplo, trabajos mostrando la posibilidad de corregir las estrecheces estenosantes terminales tuberculosas Couvelaire (1) y Puivert Gorro (2). También las estrecheces amplias del tercio inferior del uréter, pueden ser reparadas a expensas de un colgajo de la pared vesical como lo ha efectuado Higgins R.B. (3) con éxito, repitiendo las experiencias de Bory (1894).

Las inquietudes quirúrgicas mencionadas son altamente halagadoras, por lo ingeniosas y por el esfuerzo que ello significan en el sentido de ampliar los recursos de la cirugía conservadora en casos especiales.

Las U. O. nos plantean a diario problemas interesantes ya en su faz diagnóstica y terapéutica, de enfermos hospitalarios y privados: su mayoría en adultos de edad media y más frecuentemente en mujeres, como consecuencia tal vez de las alteraciones de la posición del riñón y del uréter durante el embarazo.

Se suelen dividir las uropatías obstructivas en: *congénitas y adquiridas*. Las primeras, originadas con el nacimiento suelen ser bilaterales y sus manifestaciones clínicas aparecen con el desarrollo en la edad adulta: evidenciándose como estenosis de la conjunción pieloureterica, vasos anormales y uronefrosis dinámica (neuromuscular).

Las segundas se identifican como bridas, acodaduras o estenosis intrínsecas, como secuelas inflamatorias de las paredes del uréter o de los órganos vecinos, riñón y de las fascias y peritoneo (son comúnmente unilaterales).

Pasamos por alto las U. O. debidas a tumores y degeneración quística, así como a los cuerpos extraños (cálculos) que no tengan en su formación o en su obstáculo una causa de estasis urinaria con infección, que justifique su etiología.

Teniendo en cuenta la importancia de la U. O. en estudio, en relación a su persistente sintomatología, las lesiones orgánicas que determina y la conducta terapéutica a seguir, dividiremos las U. O. en de 1°, 2° y 3° grado.

Las de primer grado, son las lesiones mínimas, que se traducen por dolores lumbares altos o bajos y síntomas urinarios de cistopielitis. El punto ureteral inferior al tacto vaginal es doloroso y reproduce el dolor inicial en la mujer, tanto como el tacto rectal puede ser positivo en la virgen y en el hombre.

Es importante para hacer un buen diagnóstico el exámen radiográfico del riñón y uréter, en relación del mismo estudio de los órganos vecinos, vesícula,

región ceco-apendicular, columna ósea, pelvis con sus órganos genitales, trompas, ovarios en la mujer y vesículas seminales en el hombre. El examen debe ser seriado: directo, urograma, pielograma retrógrado, neumograma y tiempo de evacuación del pielograma en posición de pie. Estos exámenes, suelen también reproducir el dolor inicial que padecía el enfermo.

El diagnóstico de las U. O. de primer grado, suele ser difícil cuando existe concomitantemente patología de los órganos vecinos del uréter y el riñón ya que su sintomatología refleja puede ser despertada por su vinculación nerviosa, lo que causa errores diagnósticos y quirúrgicos: Hunner (4), Trabucco y Márquez (5).

Reconocemos nuestra escasa preocupación por aclarar ciertos cuadros de dolores lumbosacros y pelvianos en la mujer que erróneamente interpretamos como artríticos y la existencia de falsos artritisismos que no mejoran como tales sino cuando se cura el proceso de U. O. Cualquier recomendación en este sentido es poca, para disminuir la odisea dolorosa de estas pobres pacientes como lo vemos a diario y lo citan en sus trabajos Young (6) y Hunner (4).

La conducta terapéutica inicial en las U. O. de primer grado, es la dilatación del uréter, explorando previamente su calibre.

Ella debe hacerse con sondas ureterales adecuadas y es suficiente a veces el cateterismo explorador para mejorarlas.

Se debe a su vez curar la posible infección existente y mejorar la reposición del riñón y el uréter móviles, aumentando el peso de las flacas y conteniendo sus órganos abdominales con fajas elásticas de uso corriente ya ortopédicas o manteniéndolas en reposo con cama declive.

Esta cura suele durar seis meses si la tolera la paciente antes de tomar una determinación quirúrgica. Se deben evitar operaciones en mujeres o en hombres con manía de ser operados, cuyo abdomen sembrado de cicatrices deja traslucir que se trata de verdaderas neuropatas algunos de ellos en edad crítica que parecen buscar un verdadero suicidio quirúrgico.

La U. O. de segundo grado son de diagnóstico clínico y radiológico más fácil y exacto porque las lesiones son más avanzadas y la sintomatología más ostensible. Allí la palpación de un riñón doloroso o ptosado hidronefrótico con o sin litiasis y el uréter desviado, alargado y acodado con dilatación y uroestasis por encima del obstáculo, permiten una pronta individualización. Su sintomatología es la mayoría de las veces el cólico-nefrítico y la hemato-piuria.

El tratamiento de las U. O. de 2º grado es siempre que las condiciones de paciente lo permitan, quirúrgico y de ser posible plástico conservador y comprende: 1º) Cura de la infección y el estasis para recuperar la eliminación renal, con el cateterismo permanente y los antibióticos. 2º) Operación por ureterolisis litotomía, plástica de pelvis y uréter y la pexia renal.

Entre las técnicas operatorias todas son buenas, más bien dependen sus resultados del criterio y manualidad del cirujano que las ejecuta. De ellas la que mejores resultados parece haber dado en la actualidad, para el tratamiento de todo tipo de estrecheces del uréter entre la conjunción pielouretérica y la porción intramural; es la ureterotomía intubada de Davis (7) con la resección plástica de la pelvis y la pexia renal según la técnica de Deming (8) modificada por Dodson (9).

Las U. O. de tercer grado, comprenden las lesiones avanzadas de muchos años de evolución con gran hidronefrosis e hidroureter y pérdida casi total de

la eliminación renal y que están destinados a ectomía cuando el riñón homólogo es suficiente y en caso contrario posibles de una nefrostomía definitiva. El porcentaje de nefrectomías en U. O. de esta naturaleza alcanza más o menos a un 20 %, Lowsley (10).

Hemos reunido en esta comunicación, diez observaciones de U. O. en su totalidad pertenecientes al 2º grado, es decir que su tratamiento fué quirúrgico conservador y son las siguientes:

*Observación N° 1:* C. L.L., 45 años. Ingresó al Policlínico Argerich el 7-II-50 con hematuria a repetición. Litiasis renal derecha e hidronefrosis, estrechez ureteral de la conjunción uréteropéllica. Se trató con pielotomía y resección de la pelvis, ureterotomía intubada y ureterolisis. Evolución: Excelente estado funcional con desaparición de las hematurias y sin recidiva calculosa. Control radiográfico, 11-III-53, buena eliminación deformación pielocalicial pequeña.

*Observación N° 2:* M. C. Ingresó al sanatorio 28-II-51, 29 años. Con cólico nefrítico derecho febril. Orina piúrica y con hematies. Había dolor y defensa lumbar; hidronefrosis y acodadura del uréter. Se trató por sección de un vaso polar arterial sin isquemia ureterolisis y pexia renal. Evolución: sin incidencias, buen estado general, desaparición de sus cólicos nefríticos, la radiografía de urograma, 11-XI-53, muestra en el lado operado un marcado retardo de eliminación, ya que a los 20' apenas se diseñan los cálices y la pelvis.

*Observación N° 3:* J. J. S., 36 años. Ingresó al Sanatorio 10-VI-52, E. A.: Se inicia hace 4 años con lumbalgia, E. A. Al examen endoscópico y cateterismo estrechez de ambos meatos ureterales. Urograma confirma la estrechez mencionada y la dilatación del 1/3 inferior de ambos uréteres, cuello vesical hipertrofiado, la vejiga sin residuo, T.: Meatotomía a cielo abierto, de uréteres y en vejiga cervicotomía, 25-VI-53.

*Observación N° 4:* N. G., 54 años. Ingresó al P. Argerich el 15 XI 52, E. A. Dolor cólico renal, E. A. Litiasis péllica, hidronefrosis, T. Ureterolisis y litotomía. Evolución: recuperación funcional, 25-II-53.

*Observación N° 5:* S. E., 44 años. Ingresó 9-X-53 en el P. Argerich. Desde hace 4 ó 5 años, cólicos nefríticos a repetición y sintomatología gastrointestinal refleja, E. A.: Litiasis ureteral impactada derecha e hidronefrosis, T.: Litotomía, resección de pelvis renal, ureterolisis y la intubación, y pexia renal. Evolución: Infección local, control radiológico 24-X-51 ureter-permeable; 20-XI-53 al urograma, apenas se dibuja la pelvis y los cálices, continúa con drenaje en pelvis.

*Observación N° 6:* D. G., 55 años. Ingresó al P. Argerich 20-VI-53 por cólicos nefríticos subintraentes. El examen clínico acusaba dolor renal y la radiografía por urograma, bloqueo renal derecho; la pielografía mostró en uréter, acodaduras de su tercio superior y estrechez urétero-péllica. Se lo trató con ureterolisis y pexia renal y su control post-operatorio a los tres meses muestra uréter corregido, riñón fijo en buena posición y desaparición de su sintomatología.

*Observación N° 7:* L. CH., 30 años. Ingresó al P. Argerich 20-IX-53. Había sido operada de apendicitis. Su enfermedad comienza hace tres años, con dolor cólico en región lumbar derecha. El riñón es palpable y el urograma muestra que está ptosado y que existe una acodadura ureteral a nivel de la 3ª V. L. Se la trata con ureterolisis y nefropexia. El control radiográfico a los dos meses muestra una pelvis renal, dentro de los límites y conformación normales.

*Observación N° 8:* A. F., 38 años. Ingresó al P. Argerich 9-IV-53. Había sido operada de apendicitis. Dolía el riñón derecho que presentaba una ptosis de 2º grado. Se la trató con ureterolisis y pexia capsular. Este tratamiento mejoró su sintomatología preoperatoria pero la paciente acusa dolores epigástricos. El control radiográfico en posición de pie como prueba la existencia de una visceroptosis.

*Observación N° 9:* V. E. T., 30 años. Ingresó al P. Argerich el 2-X-53, acusando dolor lumbar izquierdo; tiene como antecedente el haber sido apendicectomizado. La radiografía mostró una constipación izquierda con retardo del tiempo de eliminación. Se la trató con nefropexia y ureterolisis, quedando el riñón en buena posición y desapareciendo su sintomatología el 20-XI-53.

*Observación N° 10:* J. S., 30 años. Ingresó al P. Argerich el 8-VI-53. Comenzó hace 5 años con polaquiuria, disuria y nicturia. Su examen clínico es negativo y el urograma mostró dilatación bilateral ureteropielocalicial de ambos lados. Por la endoscopia ambos meatos eran estrechos. Se lo trató con sección de la porción intramural a cielo abierto de ambos uréteres y su reimplante con buen resultado funcional y anatómico, según el urograma de control hecho al mes.

Reunimos en el cuadro adjunto los datos salientes síntesis de las historias clínicas abreviadas.

## URETEROPATIAS OBSTRUCTIVAS

<i>Caso</i>	<i>Edad años</i>	<i>Diagnostico</i>	<i>Sintomatología preponderante</i>	<i>Tratamiento efectuado</i>	<i>Resultado</i>
1	45	estr. uret. pie. litia. renal hidronefrosis	hematuria	pielotomía plas. pelvis	<i>Bueno</i>
2	29	hidronefrosis vaso polar	cól. nefr.	sección vaso ureterolisis	<i>Bueno</i>
3	36	est. meato ureteral. dilat. uréter escl. cuello	dolor lumb.	ureterolite. sección meat. cervicotom.	<i>Bueno</i>
4	51	lit. ureter. hidronefros.	cól. nefr.	ureterolito. ureterolisis	<i>Bueno</i>
5	41	lit. ureter. hidronefros.	cól. nefr.	ureterolito. plas. pelvis y uréter ureterolisis pexia (Deming) intub. (Davis)	<i>En observación</i>
6	28	acod. uret. ptosis.	cól. nefr.	nefropexia ureterolisis	<i>Bueno</i>
7	30	ptosis acod. uret.	dolor renal	nefropexia ureterolisis	<i>Bueno</i>
8	38	ptos. renal acod. uret.	dolor renal	ureterolisis nefropexia	<i>Regular</i>
9	30	ptos. renal	dolor renal	nefropexia ureterolisis	<i>Bueno</i>
10	35	estr. bil. meat. uret.	disu. polaq.	reimp. uret. sec. estre.	<i>Bueno</i>

Si analizamos los mencionados casos veremos que en su totalidad pertenecen al grupo 2 y fueron todos tratados con cirugía conservadora. Los resultados obtenidos inmediatos a la operación fueron en todo satisfactorios ya que se acompañaron de desaparición del dolor inicial. Falta conocer por cierto los resultados alejados ya que el control radiográfico hecho en forma periódica nos dirá si esa mejoría es puramente subjetiva.

En todos esos casos creímos justificada la intervención, casi diríamos fué reclamada por los propios pacientes.

En nuestros enfermos de U. O. hemos hallado las causas etiológicas más comunes y algunos de mayor rareza como compresiones por venas ureterales

de tipo cirsoideo citadas ya por Trabucco y colaboradores (2) y también por German y Copeland (11). En algunos se trataba de verdaderos panus venosos y en otros de venas polares y cuya sección supo darnos la evidencia de la reducción de la compresión y del estasis urinario.

En todas las intervenciones por U. O. vamos preparados para cualquier reparación plástica, disponiendo previamente un plan y el material necesario para la intubación.

Cuando corregimos la movilidad renal, más que la posición prima el concepto de la fijación de la glándula. Aquella no es siempre posible situarla alta por el descenso del hígado y la reducción del espacio de la fosa lumbar.

Siempre asociamos a la pexia la ureterolisis pues la creemos indispensable para la supresión de las bridas inflamatorias y el dolor.

En la fijación renal como se ha dicho practicamos la técnica de Deming (8) modificada por Dodson (9) de preferencia a los procedimientos capsulares.

Una de nuestras observaciones se trataba de una estrechez de la porción terminal de ambos lados y fué tratada con el reimplante después de seccionar la estrechez por el Dr. Surra Canard, con todo éxito.

En otros dos casos, fué posible la reconstrucción plástica pielouretérica por hidronefrosis y estrechez con litiasis: en el primero se obtuvo excelente resultado y en el segundo, es un caso reciente para poder conocer su evolución final.

En 1 caso existía un vaso polar arterial cuya sección no dió isquemia. En los restantes casos hemos seguido las directivas del tratamiento aconsejadas por Hunner (4).

Siempre es necesario y lo volvemos a repetir establecer previamente un plan de tratamiento el que no podrá ser sistemático debiéndose adoptar la conducta definitiva en cada caso individual.

#### R E S U M E N

Se comentan 10 casos de diversas formas de uropatías obstructivas, destacando la necesidad del diagnóstico precoz. El tratamiento efectuado en ellas fué quirúrgico conservador por tratarse de lesiones de 2º grado, con resultado satisfactorio.

#### B I B L I O G R A F Í A

1. Coucclatre, T. — Soc. Fran. de Urol. Julio 1943.
2. Puivert Gorro, A. — Arch. Esp. de Urol. I, VII, N° 3, 1951.
3. Higgins, R. B. — J. of Urol. V, 70-3-384-1953.
4. Hunner, G. L. — J. of Urol. 9-97-1923.
5. Trabucco, A. y Márquez.
6. Young, H. H. — Surg. Gynec. and Obst. 54-26-1932.
7. Davis, R. M. — J. of Urol. V, 66-1-1951.
8. Deming (ver Dodson.)
9. Dodson, A. — Urological Surgery. 227-273-1944.
10. Lowsley. — Practice of Urology.
11. German, M. H. and Copeland, H. — J. of Urol. V, 70-2-168-1953.
12. Rurnick, D. F. and Corneli, E. L. — J. of Urol. 41-679-1939.
13. Vermooten, V. — J. of Urol. 23-427-1930.
14. Bernardi, R. — Rev. Arg. de Urol. N° 7-8-1951.
15. Itrazu, J. y Nolzco, J. — Rev. Arg. de Urol. 9-12-1950 y 1-2-1951.

#### D I S C U S I O N

Dr. Bernardi. — Se ocupa desde hace tiempo de este problema. Ha presentado más de 50 casos. Las uronefrosis secundarias a litiasis ceden muy fácilmente. Efectúa nefropexia y control pielográfico sistemáticamente.

Dr. Itrazu. — Agradece la contribución del Dr. Bernardi.