

## URETER REDUNDANTE. URETEROPLASTIA

Por los Dres. ALBERTO J. CLARET y CARLOS A. MACKINTOSH

Comprendemos bajo el nombre de "uréter redundante" a un aumento de su longitud de origen congénito, que provoca un cambio en su dirección en forma de acodadura y que puede originar por encima del mismo trastornos evacuatorios con todas las consecuencias y complicaciones del estasis urinario. Esta anomalía de frecuencia poco común, sólo se hace evidente por el estudio radiográfico, único medio que permite la certeza diagnóstica.

El estudio clínico y clínico-urológico completo permitirá descartar afecciones con las cuales puede fácilmente confundirse si no se tiene en cuenta un concepto de capital importancia.

Las acodaduras ureterales congénitas o adquiridas, éstas últimas ya por procesos inflamatorios o por cambios en la posición del riñón (ptosis), son las imágenes radiográficas que más se prestan a confusión. La premisa para el diagnóstico consiste en que mientras en dichas acodaduras la longitud del uréter es normal, en el redundante la longitud es excesiva y ésta es la única causa del acodamiento.

Es necesario también hacer una clara diferencia con la "elongación" del uréter, aumento de longitud adquirido por procesos inflamatorios ureterales por pielonefritis o por ureteritis tuberculosa.

La búsqueda infructuosa dentro de la bibliografía nacional y que en la extranjera sólo la menciona con precisión Meredith Campbell en su libro *Clinical Pediatric Urology* (1951, pág. 912) cuando relata el caso de un niño de diez meses de edad con uréter redundante y tratado con exéresis de seis pulgadas y anastomosis oblicua término-terminal, nos decidieron hacer la presentación de este caso como contribución al tema oficial de este Congreso.

*Caso.* — H. Cl. 4528. A. de B., argentina de 35 años, casada, que concurre en el mes de mayo del corriente año a consultar por dolor lumbar, que localiza en fosa renal del lado derecho con irradiación hacia fosa iliaca y región inguinal del mismo lado, molestia que acusa desde hace quince años.

*Antecedentes personales:* Varicela, corea y reumatismo poliarticular en la infancia. Apendicectomizada. Tiene tres hijos sanos y en estos últimos meses ha tenido un aborto espontáneo.

*Examen clínico general:* Buen estado general. Aparato cardiovascular: ruidos normales en los cuatro focos, no se auscultan soplos. Presión arterial Mx: 16, Mn: 8, pulso igual, regular. tenso, frecuencia 80.

*Aparato respiratorio:* Murmullo vesicular normal.

*Abdomen:* blando, depresible, hígado no se palpa.

*Examen urológico:* Orina amarilla ámbar, micciones normales.

*Riñón y uréter:* Puñopercusión positiva del lado derecho. Riñones no se palpan pero las maniobras exploratorias despiertan dolor del lado derecho a la inspiración profunda y también se despierta dolor en la fosa iliaca del mismo lado.

*Endoscopia:* Capacidad 300 c.c., mucosa y meatos normales.

*Análisis de Laboratorio:* Orina 1.020, ácida; Urea: 0,22; Glucemia: 0,90; Eritrosedimentación: 8 mm.; Hematíes: 3.640.000; Leucocitos: 10.200; Neutrófilos: 78; Linfocitos: 12.

*Radiografía directa de árbol urinario:* Discreta aerocolia. Se observan ambas siluetas renales de forma y situación normal.

Urograma a los 5, 15 y 30 minutos: La substancia de contraste aparece por igual de ambos lados con la misma intensidad con tendencia a permanecer más tiempo del lado derecho. Morfología del lado izquierdo de caracteres normales, no así del derecho en que se observa una ectasia pielocalicial marcada. A la altura de la apófisis transversa de la IIIa. Lumbar se observa un marcado codamiento del uréter lumbar derecho a partir del cual el uréter es de caracteres normales (Fig. 1).

*Operación:* Ureterectomía parcial y ureterorrafia terminoterminal. Cirujano Dr. Claret, ayudantes Dres. Mackintosh y Fisch. Anestesia general por inhalación. Incisión lumbar en 11º

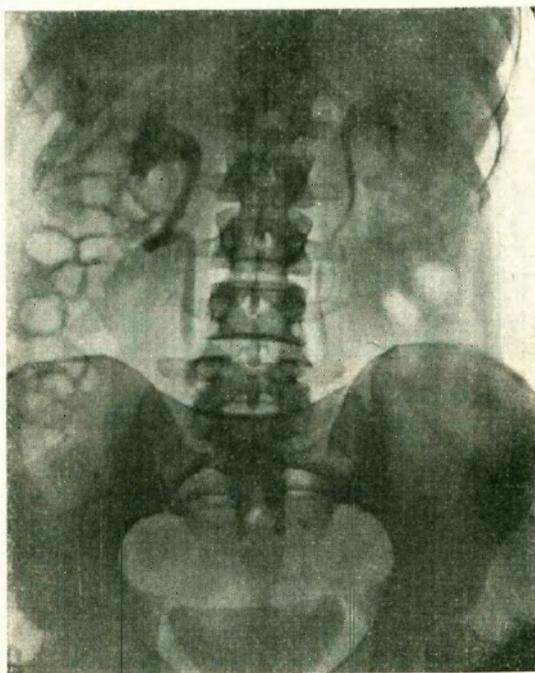


Figura 1

espacio intercostal. hemostasia, se explora directamente la porción lumbar del uréter y el mismo se encuentra de aspecto normal pero formando una exuberancia causa del acodamiento. No existen además lesiones a su nivel. Se libera con facilidad y se aísla de los tejidos vecinos, practicando una resección segmentaria de cinco centímetros de longitud. Se pasa por su extremo distal un tubo de polietileno de 1 mm. de diámetro y luego se lo introduce por el cabo proximal. Se libera el riñón que se encuentra situado en posición alta y se practica una pequeña pielotomía por su cara anterior con el fin de pasar el tubo de polietileno y una sonda Pezzer recta N° 20 a través de un trayecto nefrostómico por el cáliz inferior. Cierre de la pielotomía y ureterorrafia téminoterminal con catgut crómico 0000 con aguja atraumática quedando el extremo superior ligeramente intubado dentro del inferior. Avenamiento lumbar por tubo de goma y cierre de la herida por planos. Terramicina 100 milgr. intramuscular cada seis horas y suero fisiológico 500 c.c. cada 12 horas. Postoperatorio sin incidentes, el drenaje nefrostómico funciona bien, a los ocho días se retiran los puntos y el tubo de polietileno a los quince días.

A los veinticuatro días de la operación se practica a través del tubo de la nefrostomía una pieloureterografía descendente con ioduro de sodio al 20 %. En ella se observa el calco de las vías excretoras (Fig. 2) y a nivel de la apó-

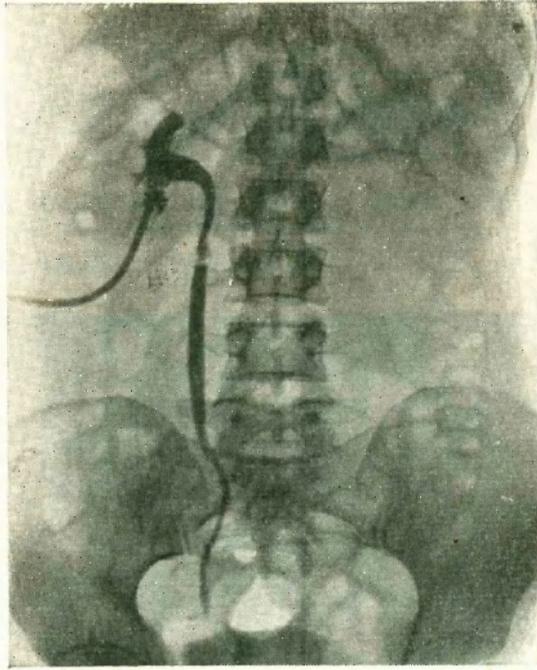


Figura 2

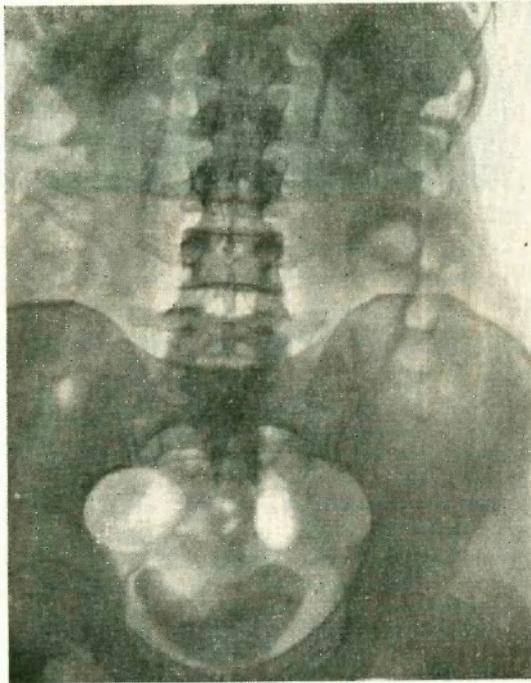


Figura 3

fisis transversa de la III Lumbar exactamente donde antes se encontraba el acodamiento, una zona anular de menor opacidad y que corresponde al sitio de la anastomosis y que podemos interpretar como ocasionada por edema inflamatorio. Al día siguiente o sea veinticinco de la operación se retira la nefrostomía, y una semana más tarde es dada de alta.

Un mes después de que la enferma fuera dada de alta se practica un nuevo estudio urográfico (Fig. 3) en el que la substancia de contraste aparece por igual con la misma intensidad de ambos lados, persistencia de la ligera ectasia pielocalicial. El trayecto ureteral normal muestra la desaparición del codo que existía a nivel de su porción lumbar.

Clínicamente los dolores lumbares han desaparecido y si no contamos con un nuevo estudio urográfico más posterior, cosa que lamentamos de verdad, es porque la enferma vive alejada de la capital y no lo ha podido efectuar.

Si un error se nos puede haber deslizado es el de no haber efectuado una pielografía ascendente en decúbito y en posición de pie, examen que con toda seguridad hubiera hecho más evidente la ausencia de ptosis renal que descartamos categóricamente por el examen clínico, urológico y por la investigación operatoria.

Como conclusión diremos que contribuimos con esta presentación al estudio de las anomalías ureterales, con la descripción de un caso de uréter redundante, haciendo especial referencia al diagnóstico diferencial.

#### DISCUSION

*Dr. García.* — Hace aproximadamente cinco años presentamos a esta Sociedad un caso semejante, que se encontrará publicado en nuestra Revista, pero tratado en distinta forma. Era un uréter ligeramente dilatado en un riñón ptosado y que después de debridado en la vaina, sobraba aproximadamente de 8 a 9 centímetros de uréter, en buen estado. Solucioné la situación haciendo un asa excluido de uréter como si se tratara de una gastroenteroanastomosis. Quedó prácticamente excluido un asa de más de 8 centímetros de uréter y cuatro años después, el funcionamiento de ese órgano es bueno. Es nada más una variante de solución plástica del uréter redundante.

*Dr. Bernardi.* — Deseo formular una objeción. Entiendo que lo mismo que en el uréter retrocavo hubiera sido preferible en ese caso, para no tener una estenosis postoperatoria, realizar la sección del uréter y efectuar la sutura término-terminal entre uréter y pelvis, es decir, la sección sobre la pelvis, elongar el uréter y practicar la sutura sobre la misma pelvis porque si ésta es estrecha nunca va a traer obstrucción.

En un caso de uréter retrocavo, el primero en el país, debí dilatarlo de tanto en tanto y releendo trabajos encontré esa objeción que me parece muy oportuna y digna de ser tenido en cuenta.

*Dr. Claret.* — Agradezco la contribución del doctor García y lamento mucho haber pasado por alto la mención bibliográfica de su trabajo.

Entiendo que es muy aceptable la objeción del doctor Bernardi y digna de ser considerada en los casos que puedan presentarse.