

## PERFORACION DEL URETER EN EL INTESTINO DELGADO. COMPLICACION DE UNA LITIASIS URETERAL

Por los Dres. JOSE S. DOTTA y TOMAS DELPORTE

Un cálculo enclavado en el uréter puede producir la perforación del conducto como consecuencia de la periureteritis existente en el lugar del enclavamiento y favorecida además por la infección que generalmente se agrega en estos casos.

Esta complicación de la litiasis ureteral no es frecuente, pero sin embargo se encuentran en la literatura algunas publicaciones de esta naturaleza.

Dicha perforación puede hacerse hacia el espacio retroperitoneal, dando lugar a la producción de un cuadro agudo debido a la formación de un absceso perirrenal o periureteral, según el segmento del uréter donde se haya producido la perforación; el diagnóstico será orientado por los antecedentes y cuadro clínico y confirmado por los exámenes radiográficos habituales. Personalmente hemos tenido oportunidad de observar dos casos de esta naturaleza y que fueron publicados en 1940.

Excepcionalmente dicha perforación puede hacerse en peritoneo libre, como es el caso presentado por Ercole a nuestra sociedad en 1940, citando en su trabajo una observación semejante debida a Gaume en 1935.

Más excepcional aún es la perforación en vísceras vecinas; existe el caso de Thomson y Spencer Wells, citado por Ercole en el que el enfermo eliminó el cálculo por el recto.

Si bien no creemos haber hecho una búsqueda bibliográfica exhaustiva, las numerosas fichas consultadas no se refieren, ni hacen referencia a casos en que la perforación se haya hecho en un asa yeyunal circunstancia que confiere un interés particular a nuestra observación, por lo que nos permitimos presentarla a esta Sociedad.

*Observación.* — En junio de 1954 nos consulta la señora M. de D. de 44 años de edad, manifestándonos que desde hace dos meses vienen acusando un dolor sordo y leve en la zona del hipocondrio y flanco izquierdos, con irradiación hacia la región lumbar de ese lado y que en una oportunidad fué algo más intenso, pero sin llegar a adquirir los caracteres de un cólico. Nos refiere también que hace 7 años tuvo un dolor fuerte, esa vez sí con los caracteres de un cólico renal izquierdo, acompañado de trastornos miccionales y orina turbias, síntomas que cedieron a la administración de un calmante y un granulado, no repitiéndose más y quedando bien hasta la fecha en que se inicia su enfermedad actual.

De sus antecedentes no se aportan datos que pudieran tener alguna vinculación con su dolencia presente; sólo destacaremos que es constipada por lo general, teniendo ocasionalmente 2 ó 3 deposiciones diarias. Niega enterorragias ni tampoco sufre de trastornos digestivos de tipo dispépticos.

Al examen nos encontramos con una enferma de hábito asténico, con presión arterial de Mx. 130 a. Mn. 90; no hay edemas.

Abdomen depresible, palpándose el riñón derecho en ptosis de 2do. grado; el riñón izquierdo no se palpa, pero hay puntos renoureterales sensibles.

El resto del examen es negativo.

Internada en nuestro servicio del Hospital Italiano se realizan los siguientes exámenes.

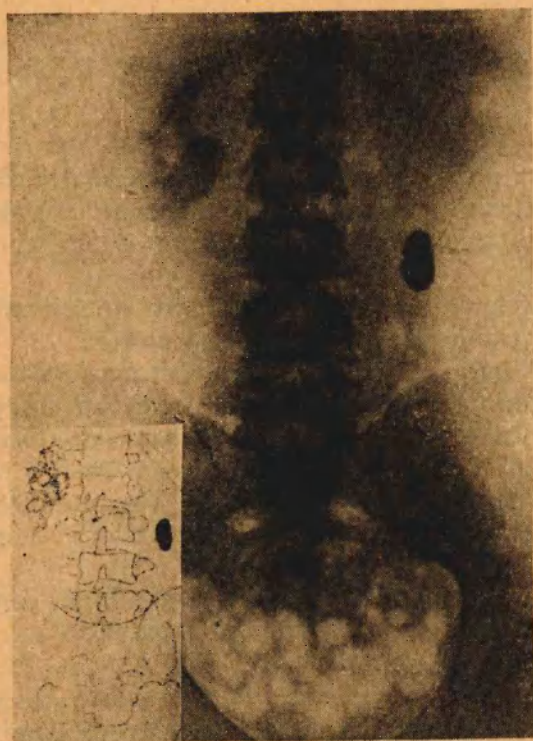
Algunos piocitos.

*An. de Orina:* Den. 1020. - Ac. U.16.8. - Cl. 7.2. - Albúm. vestigios. Sedimento: Algunos piocitos.

*Hemograma:* G. R. 4.000.000. - G. B. 7.000. - Hgb. 73 %. - V. G. O. 91. - N. 64. - E. 2. - B. 2. - I. 28. - M. 4.

*Eritrosedimentación:* 1ª hora: 40 mm; 2ª hora: 75 mm.

*Azotemia:* 0.82 ‰.



*Rad. N° 2. — Pielografía ascendente del RT. - Nos muestra que el catéter ha llegado a las vecindades del cálculo. La sustancia de contraste ha pasado al intestino delgado y cavidades renales.*



*Rad. N° 1. — Urograma por excreción. Muestra la sombra calculosa en área renal izq con evolución funcional de ese lado. Del lado derecho buena eliminación de la sustancia de contraste con moderada hidronefrosis.*

*Radiografía directa renovesical:* Sombra opaca a la altura de la 3ra. vértebra lumbar, con los caracteres de un cálculo del uréter.

*Urograma por excreción:* Pequeña hidronefrosis derecha. Riñón izquierdo no muestra eliminación de la sustancia de contraste.

*Pielografía ascendente del riñón izquierdo:* la sonda ureteral llegó sin dificultad hasta los 17 cm. tropezando con un obstáculo infranqueable a ese nivel. La sustancia opaca inyectada nasa a una viscera que por los caracteres de la imagen parece ser un asa del intestino delgado. En una segunda placa, luego de la inyección de más sustancia de contraste, parece observarse además un trayecto ureteral e imágenes con el aspecto de cavidades renales.

*Radiografía de tránsito intestinal:* Permite apreciar la relación de la sombra calculosa con el intestino delgado.

Las radiografías gastroduodenal, intestino grueso y radiografía de tórax no muestran nada de particular.

Con el diagnóstico de pionesfrosis izquierda por cálculo ureteral enclavado y perforación ureteroyunal decidimos la intervención, eligiendo la vía abdominal anterior por considerar que ella era la más adecuada en este caso.

*Operación:* El 21 de junio de 1954 hacemos una laparotomía pararrectal izquierda supra-umbilical; abierto el peritoneo localizamos fácilmente el asa comprometida, la que se halla fija en la pared posterior por un proceso inflamatorio, felizmente no muy extendido. Se la libera de sus adherencias laterales y de la cara posterior, pudiéndose entonces observar perfectamente el orificio de comunicación con el uréter, donde era posible ver el cálculo. Se cierra la brecha intestinal haciendo sutura tipo Smiedel y otra serosa invaginante. Luego se cierra el ojal del peritoneo posterior donde estaba localizada la comunicación ureteroyunal. Se rechaza el colon descendente hacia adentro y se hace una incisión en el peritoneo parietal posterior, aislando la cavidad peritoneal con compresas húmedas, y se inicia la liberación del riñón, que resulta bastante laboriosa debido a la gran perinefritis existente. Se aísla y secciona el pedículo renal, luego se libera el uréter lo más bajo posible y se hace la nefrectomía. Por una contraabertura en la región



*Rad. N° 3. — Radiografía de tránsito intestinal (perfil). - Permite apreciar como las asas delgadas se ponen prácticamente en contacto con el cálculo.*

lumbar se deja un drenaje de goma en la loge renal. Se cierra el peritoneo parietal posterior y luego la pared. Pie con lino.

Evolucionó sin incidencias y es dado de alta a los 10 días de la operación, conservando hasta el presente un buen estado de salud.

La perforación del uréter secundaria a una litiasis puede responder a diversas circunstancias; por una parte puede producirse como consecuencia de aristas cortantes o puntas del cálculo que perforen la pared del conducto en un terreno en que la infección y la isquemia juegan indudablemente un papel importante. Por otra parte, aunque en forma indirecta puede ella resultar de procedimientos endoscópicos, como ser tentativas de pasar un catéter o de extraer el cálculo

por medio de sondas cesto, maniobras éstas que llevan implícito un cierto riesgo, sobre todo cuando se trata de cálculos enclavados.

Por último la perforación puede ser espontánea y consecuencia de la periureteritis con linfangitis agregada en el lugar del enclavamiento del cálculo.

Creemos que nuestra observación corresponde en su mecanismo a esta última eventualidad; el proceso inflamatorio periureteral se extendió posteriormente al peritoneo dada la relación íntima que tiene esta serosa con el segmento del uréter donde estaba enclavado el cálculo, y su inflamación provocó la adherencia a ese nivel de un asa intestinal. Preparados así los elementos constitutivos del proceso, pensamos que en su evolución la reacción inflamatoria llegó a la producción de un absceso, el que es, al final, el encargado de poner en comunicación las dos estructuras: uréter e intestino.

Por su parte, el cálculo no presentaba puntas ni aristas afiladas, ni tampoco se habían realizado maniobras instrumentales ni tentativas de cateterismo como para responsabilizarlas de la producción de la perforación.

Suponemos también que, tanto la pequeñez del orificio y del trayecto fistuloso, como también la presencia del cálculo actuando como tapón impediría el pasaje de líquido intestinal al uréter, lo que de haber sucedido habría hecho más ruidoso y grave el cuadro presentado por la enferma. En cambio el pasaje de orina al intestino tiene menor importancia y menos aún en este caso en el que la función de ese riñón había desaparecido.

Y por último haremos referencia a otra eventualidad que pudiera haber sido la causa de la perforación y que sólo pudimos descartar después de examinado el cálculo. Nos referimos al pasaje de cuerpos extraños desde el intestino al aparato urinario. Son varias las observaciones que se han publicado de alfileres, espinas de pescado, huesitos de ave, trozos de prótesis dentarias, etc., encontradas en el riñón, pelvis renal o uréter, habiéndose producido la migración a través del estómago, duodeno o intestino grueso. El estudio prolijo del cálculo extirpado nos permitió descartar esta rara eventualidad.

Finalmente nos es grato dejar constancia de nuestro agradecimiento al Dr. Gorni por la inteligente y valiosa colaboración que nos prestara.

#### BIBLIOGRAFIA

- Bela Gondos.* — Renal and ureteral foreign body. *The Journal of Urology.* T. 73, 35, 1955.
- Vest S. A. y Barelare B. (Jr.).* — Periureteritis plástica: a report of four cases. *The Journal of Urology.* T. 70, 38, 1953.
- Nelson O. A., Kretz A. W., McCormack J. D., Docter J. M. y Douglas C. W.* — Foreign body in renal pelvis. *The Journal of Urology.* T. 69, 618, 1953.
- Dotta J. S. y Delporte T. V.* — Ruptura espontánea del uréter. *Rev. Argentina de Urología.* X, 135, 1941.
- Ercole R.* — Perforación del uréter en peritoneo libre. *Rev. Argentina de Urología.* IX, 12, 1940.
- Wilhelm O. J.* — Foreign body in the kidney. *The Journal of Urology.* T. 43, 182, 1940.