

IMPORTANCIA DE LA ELIMINACION DE LOS CUERPOS EXTRAÑOS URETERALES EN LAS NEFRECTOMIAS

Por los Dres. A. TRABUCCO, G. AMENDOLARA y J. C. SIANO

La exéresis quirúrgica de un riñón que por el enclavamiento de un cálculo en el uréter ha sufrido la dilatación de su árbol ureteropielocalicial suprayacente, pérdida de su función y transformación de la hasta entonces hidronefrosis en una uropionefrosis por la infección sobreagregada, no es curativa si se deja en el uréter residual el cuerpo extraño migrante, sino que por el contrario, constituye una causa latente o activa de nueva enfermedad, absceso y fistulización en el punto de menor resistencia que encuentre el pus en su camino, fístula que por otra parte se mantendrá en actividad mientras el cirujano no intervenga y saque dicho cuerpo extraño.

El 14 de junio de 1955 nos consulta A. de T., de sexo femenino, de 48 años de edad, quien desde hace cuatro años tiene una supuración rebelde a todo tratamiento por unos orificios situados sobre una cicatriz operatoria en el flanco izquierdo.

Refiere que en agosto de 1950 tuvo un cólico renal tratado médicamente hasta octubre de ese mismo año, fecha en que se interna en un hospital de esta capital para ser operada. Se le practica nefrectomía, siendo dada de alta curada en diciembre, y estará curada hasta un año y medio después en que nota a nivel de la herida operatoria la aparición de un punto inflamatorio que se fistuliza drenando pus. Se le practica un curetaje de la herida sin resultados. En octubre de 1953 se interna nuevamente practicándosele en dos oportunidades debridamiento y limpieza quirúrgica de la herida sin resultados curativos. Desde entonces y hasta la fecha la secreción fistulosa se ha mantenido con los mismos caracteres.

Estado actual: Enferma con buen estado general y de nutrición, obesa, apirética, psiquismo libre, astenia con discreto decaimiento. Mucosas húmedas, conjuntivas algo pálidas.

Aparato respiratorio: Sin particularidades.

Aparato circulatorio: Sin particular a la auscultación. Pa. Mx. 150, Mn. 90. Pulso con caracteres de onda y frecuencia normales.

Abdomen blando depresible e indoloro a la palpación superficial y profunda. Hígado y bazo no se palpan.

Orinas claras.

Riñón y uréteres: riñón derecho no se palpa. En el flanco izquierdo cicatriz operatoria de las del tipo de Israel, sobre la cual es posible apreciar dos orificios umbilicados de tipo fistulosos que dan salida a un líquido seropurulento que moja dos curaciones por día. El orificio anterior a la altura de la línea axilar anterior, el otro posterior, de aparición cronológica más tardía es subcostal. La secreción que mana por estos orificios no desprende gases al ponerla en contacto con el hipobromito de sodio, lo que permite descartar su naturaleza urinaria. La exploración con sonda acanalada de estos trayectos permite apreciar una dirección oblicua hacia abajo y adelante y que en profundidad se siguen hasta el pabellón de la sonda.

Cistoscopia: Mucosa vesical normal. Uréter derecho con caracteres normales y con chorro de buena proyección.

Análisis de laboratorio: Azohemia de 0.33 grs. por mil, glucemia 1.05 grs. por mil, tiempo de coagulación 7 minutos, sangría 1'30". Eritrosedimentación 1ra. hora de 25 mm. Orina D. 1012. Albúmina no contiene y glucosa no. Sedimento abundantes leucocitos granulados, regular cantidad de hematíes, abundantes células epiteliales planas, abundantes oxalatos, escasos cilindros hialinos. Recuento y fórmula: Glóbulos rojos 3.360.000, blancos 4.800. Depuración ureica del 55 %.

Estudio radiológico: Radiografía simple; por debajo de la articulación sacroiliaca se aprecia una sombra densa, de aspecto calcificado, de forma prolongada cuyo polo superior contacta con dicha línea y cuyo tamaño y forma aproximados es el de una avellana. Borde del psoas visible.

Urograma; riñón derecho aumentado de tamaño, con buena función y sin alteraciones morfológicas. Riñón izquierdo sin función. Imagen de aspecto calcuoso, anteriormente descripta, por debajo de la articulación sacro iliaca izquierda.

Fistulografía en posición lateral derecha. Gran cavidad rellena con yoduro de sodio al 15 % que se extiende en altura desde la 1ra. lumbar hasta la 3ra. y que se superpone a los cuerpos vertebrales en su mitad más anterior extendiéndose hacia adelante en una extensión de unos 8 cms., luego se difuma la imagen y es posible apreciarla extendida, con menor densidad en toda la extensión de la celda renal, semejando groseramente un panal de abejas.

En posición oblicua la imagen contrastada semeja tener un eje central del cual se desprenden tres rayos. El inferior más delgado y de menor extensión.

Pielografía ascendente. Se aprecia la existencia de un cálculo que ha quedado en la luz ureteral y que la sustancia de contraste asciende por el mismo para llenar una gran cavidad situada inmediatamente por encima del muñón ureteral que se continúa más hacia arriba hasta los planos subcutáneos, a través de un verdadero desfiladero anfractuoso.

Con el diagnóstico de fistula post-operatoria por cálculo ureteral residual se opera el día 5 de julio de 1955. Cirujano Dr. Trabucco. Ayudantes: Dres. Amendolara y Siano. Anestesia general con gases. Incisión paramediana infraumbilical izquierda, se abre aponeurosis reclinando el peritoneo parietal llegando así al retroperitoneo. El uréter se halla íntimamente adherido a los grandes vasos ilíacos por una intensa periureteritis organizada que imposibilita toda disección y aislamiento por temor a lesionar dichos vasos. Se incinde el uréter sobre el cálculo y se extrae éste practicándose una ligadura por debajo de esa incisión. Sulfamidas, cierre por planos, piel con algodón. Apósito.

Se moviliza la enferma colocándola en la posición de riñón y se practica una lumbotomía que permite apreciar el uréter abocado a la piel de una manera indirecta a través de una gran cavidad estrechada hacia la superficie en forma de desfiladero. Se debrida ampliamente la madriguera de abscesos múltiples supurantes, no se encuentra ningún otro cuerpo extraño en la fosa renal. Tubo de drenaje, taponaje con gasa yodoformada y cierre de afrontamiento con algunos puntos de catgut en celular y lino en piel. Apósito, vendaje, antibióticos.

Durante el curso del post-operatorio se inyecta drometil diariamente por el tubo hasta que éste se saca el día 20-9-55 por no rendir ya beneficios y porque el mismo tejido de granulación que avanza desde la profundidad lo ha tornado inoperante. Se da de alta curada con herida perfectamente cicatrizada el día 29-9-55.

COMENTARIOS

Dijimos ya, al comienzo de este trabajo, que la nefrectomía efectuada porque un cálculo se ha enclavado en el uréter puede llegar a no ser curativa, a no terminar con los padecimientos de la enferma, determinar secuelas de más difícil curación, como lo demuestra expresivamente nuestro caso, con una repercusión indiscutible sobre la salud de la enferma. En efecto una sepsis mantenida durante largo tiempo determinara secuelas, por el perpetuo estado de defensa orgánica, a través de los sistemas linfocitario y retículo endotelial, al par que la toxemia por reabsorción de prótidos y detritus celulares propios del catabolismo que determinan los procesos inflamatorio-infecciosos y de toxinas microbianas, marcarán la médula ósea, ya vimos que esta enferma tiene una anemia de tipo hipocrómica microcítica, y obligará a los órganos nobles parenquimatosos, hígado y riñón restante, a un mayor trabajo para desembarazarse de estos desechos catabólicos. En una palabra, todo el organismo sufrirá y se movilizará ante esa agresión que amenaza hacerse eterna

y que lo será si el cirujano no interviene, libera la madriguera y extirpa el cuerpo extraño, en cuyas rugosidades y albúmina que lo recubre, los gérmenes encuentran su mejor medio de cultivo y de donde entrarán en contacto con los tejidos vecinos a través de las minúsculas efracciones que la movilización aún mínima del cálculo determinara en la pared ureteral invadiendo primero éste, luego la adventicia periureteral y tejidos circunvecinos configurando así, en relación también con la virulencia de los gérmenes y el estado de defensa local y general el tiempo de latencia antes de la fistulización, que para este caso ha sido de un año y medio.

Creemos que el espacio cerrado, y por lo tanto, fácilmente infectable, que quedó entre la ligadura más bien alta del uréter y el cálculo que las radiografías colocan por debajo de la articulación sacroilíaca, a unos dos traveses de dedo por encima de la desembocadura ureteral en la vejiga ha sido el punto de comienzo del absceso que al encontrar una menor resistencia hacia arriba ha seguido este camino fistulizando finalmente en la piel de la región lumbar.

En síntesis: es deber del cirujano no dejar cálculos o cuerpos extraños perdidos en el uréter residual de la nefrectomía, pues si bien cabe esperar su eliminación o que al enquistarse no provoquen molestias, las más de las veces bajo la apariencia de una curación y un período de latencia terminarán por determinar la formación de un absceso y fistulizarse configurando una nueva enfermedad tan seria como la anterior si bien no tan ruidosa de la cual el único responsable será quien haya operado y omitido la exéresis del cálculo.

DISCUSION

Dr. Schiappapietra. — Entre las dos presentaciones, la de mayor responsabilidad es la segunda. Un cálculo dejado conscientemente, es una cosa muy grave para el cirujano.
