

CONSIDERACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO DEL URETER RETROCAVA

Por los Doctores L. BERNSTEIN-HAHN y C. PRINCE

El uréter retrocava es una anomalía primaria del sistema vascular, descrita en el cadáver por Hochstetter en 1893. En 1934 Kimborough lo trata quirúrgicamente. H. C. Harrill fue en 1940 el primero en realizar su diagnóstico preoperatorio y tratamiento, siendo A. Bernardi el primero en practicarlo en nuestro país en 1951. Al presente se publicaron en la literatura mundial 90 casos, la mitad de ellos en el último quinquenio; encontrándose más afectado el sexo masculino, lo cual es poco compatible con el hecho de tratarse de una anomalía vascular.

Los doctores Trabucco, Márquez y Borzone en su presentación a esta Sociedad en 1954, describieron minuciosamente la embriología de la afección analizando también los Dres. Bernardi y Agugliarov, Vilar y Mallo su diagnóstico, por lo que puntualizaremos aspectos de su tratamiento en vista de las publicaciones actuales y en dos casos que aquí informamos.

Caso N° 1: O. F., 43 años, casado, H. C. 3429.

Fue internado con una historia de hipertensión, y descompensación cardíaca. Frecuencia urinaria diurna y nocturna x 5. Tiene antecedentes luéticos. En el examen se encontró agrandamiento cardíaco y signos electrocardiográficos de daño miocárdico. Orina densidad 1015, amarilla, reacción 7.5 Píocitos 6-10 y eritrocitos 0-2 por campo. (Fig. 1).

Pielografía descendente: se observó hidronefrosis derecha con dilatación del tercio superior del uréter. (Fig. 2.)

Pielografía ascendente: reveló dilatación pielo ureteral derecha hasta el nivel de la apófisis transversa de la 3ª vértebra lumbar; a este nivel el uréter se dirige hacia la línea media descendiendo en un trayecto de 4 cms. sobre la columna, lateralizándose luego sin evidencias de obstrucción.

En el acto quirúrgico se confirmaron estos hallazgos, encontrándose un uréter dilatado hasta el nivel de la apófisis transversa de la 3ª vértebra lumbar, donde se angula hacia la línea media por detrás de la vena cava, bajando así por 4 cms. para lateralizarse en la pelvis y seguir su curso normal.

El uréter fue seccionado en forma oblicua a 2 1/2 cms. de la pelvis, obteniéndose un lumen elíptico; se le libera de su situación anómala, practicándosele una sutura continua con catgut crómico 0000 y se le fijó al plano muscular con 2 puntos en la adventicia.

Postoperatorio sin complicaciones. Una pielografía de control no reveló cambios estructurales.

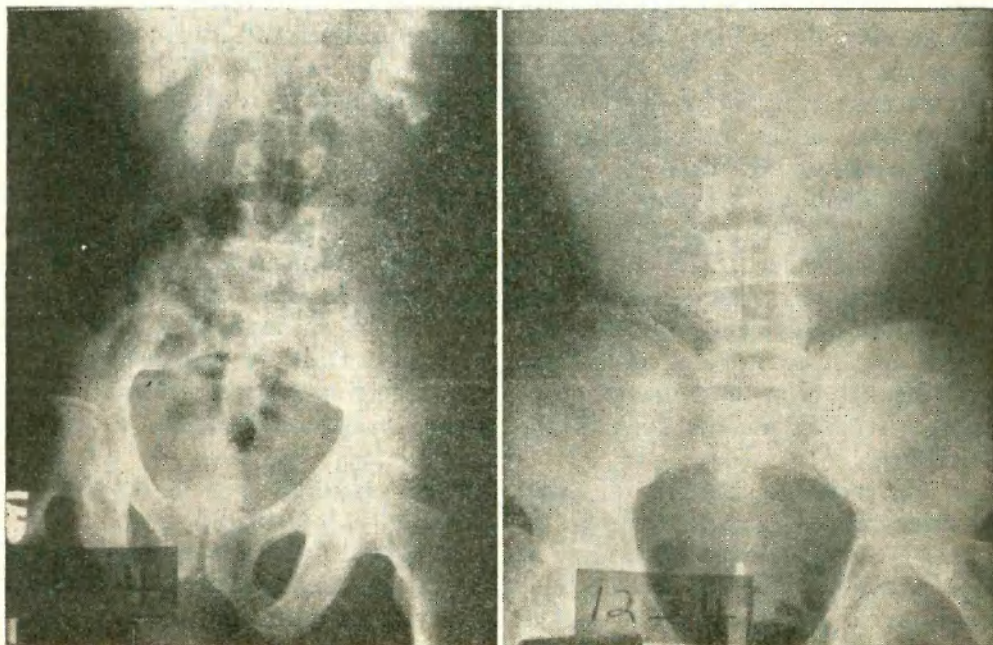
Caso N° 2: C. V. W., mujer, 40 años, casada, H. C. N° 8151.

Consulta por lumbalgia derecha y malestar suprapúbico de 6 años de duración, que en su comienzo presentaban un riñón derecho no funcionando. La orina muestra 10-20 leucocitos por campo.

Pielografía descendente muestra dilatación calicinal derecha, observándose un uréter dilatado hasta el nivel de la 3ª vértebra lumbar en donde parece dirigirse hacia la línea media; se lo observa también con calibre normal en la pelvis.

Se cateteriza el uréter derecho, encontrándosele desplazado sobre la columna y franqueable hasta el nivel de la apófisis transversa de la 4ª vértebra lumbar; donde se observó un defecto de relleno. A la exploración se encontró un uréter en posición retrocava a nivel de la 3ª y 4ª vértebra lumbares, rodeado de una banda fibrosa, alojando a este nivel un cálculo de 13 mm x 6 mm.

Se practicó ureterolisis con considerable dificultad y sección de la pelvis renal a 2 cms. por encima de la unión ureteropielica, se liberó el uréter de su posición anómala y se prac-



ticó una ureterolitotomía; efectuándose las reanastomosis con una sutura continua con catgut 0000, fijándose el uréter con dos puntos a la pared lumbar.

Curso posterior sin particularidad. Una pielografía de control realizada a los 3 meses muestra marcada hidronefrosis con estenosis ureteropielica.

Clinica: No hay síntomas patognomónicos y éstos varían de acuerdo a la intensidad de la obstrucción y su consecuente hidronefrosis, hidrouréter, calculosis, etc. El 75 % de los casos se presenta como una hidronefrosis derecha, con lumbalgia, piuria y hematuria, habiendo un 25 % de formas atípicas pseudo-apendiculares, pseudo-biliares.

Diagnóstico: El diagnóstico es radiológico; el uréter adopta la forma de una S alargada. Es de valor el signo de Randall y Campbell; tomando una ureteropielografía en posición frontal, oblicua y lateral; en la primera el uréter es pre-vertebral, observándose en las otras incidencias que el uréter forma una curvatura superponiéndose a la columna en una posición retrovascular inconfundible.

Estudios venográficos en conjunción con ureterografías son de utilidad confirmatoria.

Tratamiento. — Siendo que la mayoría de los casos se presentan con síntomas de hidronefrosis e hidrouréter; el tratamiento quirúrgico está indicado, el cual podrá efectuarse en una de las siguientes formas:

1) División de la pelvis según Harrill, como en nuestro caso N° 2 con liberación del uréter y reanastomosis; disminuye las posibilidades de estrechez por la amplitud del estoma; aunque éstas han sido encontradas como en nuestro caso.

2) Sección y anastomosis ureteropielica, poco aconsejable por autores que señalan la sensibilidad del sitio a procesos obstructivos.

3) Sección por debajo de la unión ureteropielica; como en nuestro caso número 1.

4) Sección en la porción cercana a la vejiga según técnica de Lowsley con reimplantación vesical. Origina estrecheces inferiores y reflujo ureteral.

5) Sección del uréter con excisión de porciones infectadas o fibróticas con anastomosis.

6) Sección y ligadura de la vena cava (Cathro) o sección de la cava con reanastomosis de la misma luego de colocar al uréter en posición anterior, como aconseja Goodwin.

La ligadura de la vena cava que fuera discutido recientemente en esta Sociedad por la presentación de un caso del Dr. Sergio Rebaudi es un procedimiento bien tolerado, y autores como Foley comunicaron series de veinte casos de su ligadura en casos de neoplasias vesicales sin complicaciones graves. En casos de riñón único o con riñón contralateral dañado, si la porción retrocava del uréter es normal, la cirugía cava parece ser de elección.

7) Substitución del uréter por ansa intestinal, ureterostomía o nefrostomía en riñones únicos cuando fracasaran los procedimientos anteriormente enunciados.

8) Nefrectomía, cuando el estado de la glándula por la hidronefrosis o sus complicaciones contraindiquen procedimientos plásticos.

En la cirugía reparadora hay que considerar que las mayores complicaciones provienen de fibrosis en el sitio de anastomosis provocada principalmente por la presencia de orina en su alrededor por lo que es de rigor un buen drenaje y proveer en cuanto hubiera fenómenos de inflamación peri-ureteral, un acolchonamiento de grasa.

Es un tema de discusión la necesidad o no de dejar tutor ureteral, siendo nuestra experiencia más favorable sin ellos. De acuerdo a los conceptos de R. G. Weaver el uréter soporta mal la distensión debiéndose usar tubos calibre N° 8F o 10F, pues los mayores aumentan la fibrosis; el Dr. D. M. Davis nos puntualizaba la necesidad de usar materiales poco sensibilizantes.

Se han encontrado también torsiones post-operatorias del uréter, para cuya prevención éstos deben ser fijados a la pared.

Operaciones reparadoras del uréter retrocava

División pelvis	10
" unión urétero-pielica	2
" ureteral	16
" resección parcial y reanastomosis ureteral	9
" supravesical	1
Sección y ligadura de la cava	1
Sección y reanastomosis de la cava	1
Substitución del uréter por ileum	1

Resumen. — Se hacen consideraciones sobre el tratamiento quirúrgico del réter retrocava, en base a los noventa casos publicados en la literatura, presentándose dos casos.

BIBLIOGRAFIA

- Bernardi, A.*: Rev. Arg. de Urol., 1961, 20, 141.
Trabucco, A. y Borzone, R. J. y Márquez, F. J.: Ureter retrocava. Rev. Arg. de Urol., 1954, Vol. XXIII N° 5 y 6, 96.
Bernardi, A. y S. Agugliarov: Rev. Arg. de Urol. 1955, 24, 356.
Vilar, J. y Mallo, N. P.: Rev. Arg. de Urol. 1957, 26, 92.
Cathro, A. J. A.: J. of Urol. 1952, 67, 464.
Harrill, H. C.: J. of Urol. 1940, 44, 450.
McClure y Butler, E.: Am. Jour of Anatomy, 1925, 35, 331.
Sesboué, P.: These de París, 1952, Imprimerie F. Roulon a París.
Duff, P. A.: Jour. of Urol., 1948, 60, 26.
Randal, A.; Campbell, E. W.: J. of Urol., 1935, 34, 565.
Leberman, P. R.; Zinsser, H. H.; Milam, F.: Jour. of Urol., 1953, 68, 679.
Goodwin, W. E.; Burke, D. E.; Miller, W. H.: Surg., Gyn & Obst., 1957, 104, 337.
Hughes, F. y col.: Considerations sur l'uretère retrocave, Journal d'Urologie. Vol. 66, 4:299.
Shepard Rowland, H., Jr.; Carl Bunks, R.; Iwano, J.: Operative correction of retrocaval ureter. The Journ. of Urol. Vol. 83, 6:820 June 1960.
Andrew, N. McCrea: Retrocaval ureter replaced by a segment of ileum, British Journal of Urol. 1958, p. 315.