

PERIURETERITIS FIBROSA INESPECIFICA

Por el Dr. R. A. RUIZ

La periureteritis fibrosa inespecífica o periureteritis plástica, u obstrucción bilateral por inflamación crónica no específica del tejido retroperitoneal o inflamación de la fascia de Gerota, etc., constituye una entidad clínica de reciente ingreso a la nosología médica.

Descrita por primera vez en la literatura por Ormon, J. K. en 1948, en el "Journal of Urology", como obstrucción ureteral bilateral debida a un proceso inflamatorio retroperitoneal, desde entonces distintos autores se han ocupado del tema y hasta el mes de julio de 1959, existían en la literatura americana unos veinte casos; aunque desde entonces hasta ahora, en conocimiento de los especializados de esta nueva entidad, han surgido nuevas comunicaciones en distintos países.

Efectuando un análisis de la literatura a nuestro alcance con el objeto de sintetizar las características clínicas y anatomopatológicas más destacadas de esta afección, podemos resumir lo siguiente: se trata de una inflamación primaria no específica del tejido retroperitoneal, localizada con mayor intensidad desde la vértebra L4 hasta el promontorio y desde un uréter al otro, incluyendo por lo tanto los grandes vasos (aorta y vena cava inferior).

Los uréteres se encuentran comprometidos en todo su recorrido por esta inflamación crónica inespecífica, que le produce múltiples acodaduras y obstrucciones ocasionadas por la retracción cicatrizal.

Histológicamente se comprueba la presencia de gran cantidad de fibroblastos con algunos polimorfonucleares y eosinófilos.

Con relación a la etiología no determinada aún de este proceso, algunos autores llaman la atención sobre la falta de descripción de esta entidad en la era preantibiótica, y analizando el hallazgo frecuente de infecciones urinarias en los pacientes afectados de periuretritis, concluyen que podrían jugar un papel en el desarrollo de este proceso fibroso, la inhibición de cuadros bacterianos agudos por el uso de antibióticos.

Analizando el hecho de que diversos autores describen la existencia concomitante de neoplasias en algunos enfermos con periureteritis plástica, y por ser dos de nuestros casos también portadores de un proceso maligno de mama irradiado años atrás, sugerimos, si la radioterapia no jugará un papel en la génesis de este proceso plástico bilateral periureteral.

Clínicamente, por ser enfermos que más o menos bruscamente presentan una anuria, el proceso simula bastante una insuficiencia renal aguda. Pero esta

anuria tiene algunas características que pueden hacer sospechar esta entidad clínica.

La falta de entidad etiológica de I.R.A. es un elemento de gran importancia para el diagnóstico de periureteritis fibrosa inespecífica.

La totalidad de la anuria es otro elemento de juicio en un enfermo con relativo buen estado general. Además podemos encontrar dolor lumbar, que a veces precede y otras acompaña el comienzo de la anuria, sin tener las características típicas del dolor del cólico renal.

Anorexia, pérdida de peso y edemas de los miembros inferiores, más común del lado izquierdo, son otros signos que pueden acompañar a la periureteritis fibrosa inespecífica. El tratamiento es quirúrgico generalmente.

CASUISTICA

Exponemos 4 casos de periureteritis fibrosa inespecífica.

Caso 1. — B. C., edad 68 años, sexo masculino. Antecedentes de importancia: artrosis de cadera medicada con cortisona, fármaco que debió ser suspendida por intolerancia digestiva.

Encontrándose en aparente buen estado de salud presenta el día 25/4/60, brusco dolor lumbar derecho, sin irradiación característica del cólico renal.

Examinado por un facultativo se interpretó como un cólico hepático y fue medicado como tal. A partir de este episodio, se instala anuria.

Siendo las 20 horas del mismo día persiste el cuadro doloroso y el enfermo presenta una hipotensión discreta con taquicardia que se vinculó a la persistencia del dolor.

Al día siguiente disminuye el dolor, pero por la persistencia de la anuria se resuelve la internación del paciente, que en estos momentos presenta una uremia de 1,4 g ‰.

El 27-4-60 enfermo sin dolor, desde este día al 1-5-60 no hay modificaciones del cuadro clínico persistiendo la anuria. La palpación del abdomen muestra una resistencia a las maniobras exploratorias de la celda renal derecha.

Humoralmente se comprueba 2 g ‰ de urea. Potasio 4,3 mEq/l. Bicarbonato 13 mEq/l. Cloro plasmático 95 mEq/l. Sodio 130 mEq/l.

Hasta este día se efectuaron cinco tentativas instrumentales con el objeto de cateterizar los uréteres, resultando todas infructuosas por la falta de visualización de los meatos ureterales.

Una pielografía excretora realizada, muestra una falta de eliminación renal y en el lado derecho se comprueba una hidronefrosis con escasa eliminación de la substancia de contraste, no comprobándose la presencia de cálculos.

El 1-5-60 se resuelve la intervención quirúrgica por considerarse que se trataba de una anuria postrenal. Durante la operación se efectúa una pieloureterostomía derecha, colocándose un tubo en T.

Al día siguiente la diuresis alcanza a 3 l. El análisis revela lo siguiente: densidad 1010, albúmina 0,80 g ‰, hemoglobina + + + + y abundante pirocitos.

Esa misma noche presenta una hipotensión que debió ser tratada con noradrenalina. En los días siguientes el enfermo evoluciona clínicamente bien con una diuresis diaria que oscila entre 1.200 a 1.800 c.c. y el día 4-5-60 la urea es de 0,40 g ‰.

Los estudios posteriores efectuados para comprobar la permeabilidad del uréter derecho mostraban una obstrucción ureteral del tercio medio y del tercio inferior del uréter derecho, que impedía el libre pasaje de la sustancia opaca inyectada por la sonda de nefrostomía hacia la vejiga, por lo cual el 9-7-60 se reinterviene al enfermo con una incisión tipo Pfannestiel para abordar el segmento inferior ureteral y realizar una ureterolisis.

Se encuentra entonces el uréter envuelto y estenosado en su porción inferior especialmente por un tejido fibroso que reemplaza al tejido laxo de hallazgo habitual. Se libera el mismo y se reimplanta el uréter en la pared posterior de la vejiga. La fístula lumbar fue paulatinamente cerrando hasta que el 25-7-60 se comprueba la presencia de un flemón lumbar derecho que se drena saliendo bastante pus y orina.

El 1-11-60 el paciente deja de orinar mojando abundantemente la curación de la herida lumbar. El 3-11-60 se lo reinterviene, reseccándose el trayecto fistuloso lumbar, liberando el uréter de su porción superior, estenosada por un tejido fibroso de iguales características al que comprometía la porción inferior. Se efectúa una reimplantación del uréter en la pelvis dejando una nefrostomía.

La anatomía patológica del tejido extirpado dice: Tejido reaccional fibroso inespecífico,

y la biopsia renal informa: Moderados infiltrados inflamatorios crónicos de una pielonefritis ascendente. Escasos cilindros albuminosos.

Este enfermo vive en la actualidad con una nefrostomía derecha y en los estudios realizados se comprueba anulación funcional del riñón izquierdo.

Caso 2. — M. E. de D. P., 60 años.

Se trata de una enferma que como antecedente importante a su enfermedad actual presenta hace 8 años una mastectomía total por neo de mama con radioterapia postoperatoria.

Hace un año edema localizado en la pierna izquierda. En enero de este año nódulos en la mama izquierda con adenopatías del mismo lado. En marzo de 1960 exoftalmia unilateral derecha. Desde mayo de 1960 edema en el miembro superior izquierdo, astenia y anorexia que se acentúan progresivamente.

Enfermedad actual: Comienza en los primeros días de octubre con vómitos alimenticios luego de una abundante ingesta. Se instala entonces una oliguria progresiva hasta que en pocos días (octubre 7) presenta anuria. Desde entonces hasta el día 15 en que es intervenida quirúrgicamente, la paciente mantiene su anuria.

La semiología de la enferma no aportó ningún dato de valor y el interrogatorio tampoco llevaba a una posibilidad de etiología de insuficiencia renal aguda. Se realiza entonces un estudio pielográfico y citoscópico que revela: stop ureteral izquierdo, gran acodadura del uréter derecho e imágenes uronefróticas de ambos riñones. La intervención quirúrgica muestra: pelvis y uréter izquierdo envueltos por un tejido fibroso. Se efectúa una pieloureterotomía izquierda, produciéndose entonces la salida de 200 c.c. de orina turbia. En el post-operatorio se aprecia la siguiente evolución de la diuresis: día 15, 1000; día 16, 1.800; día 17, 2.200 c.c.

A partir del día 18 se instala un cuadro de colapso con hipotensión de 60 de máxima y oliguria. La hipotensión requiere la administración de hasta 16 mg. de noradrenalina en 500 cm en goteo rápido. La enferma es medicada también con cloruro de sodio y dexametazona endovenosa con lo que se consigue superar la hipotensión. Los datos importantes de esos momentos eran: sodio 131 mEq/l., potasio 4,5 mEq/l. y la urea en progresivo ascenso. Pasan así 48 horas de relativo estacionamiento clínico con lo cual se disminuye la administración de dexametazona. Desde la instalación de este desequilibrio la diuresis disminuye apreciablemente a un ritmo de 150 c.c. diarios de promedio.

Aumenta rápidamente la urea que llega hasta 4 g % y se instala además un cuadro de insuficiencia ventricular izquierda falleciendo la paciente el 25-10-60.

Caso 3. — J. B., 63 años, sexo masculino, que tiene como antecedentes de importancia diabetes, micosis bronco-pulmonar y tuberculosis (presentó neumotórax espontáneo en 1959).

En febrero de 1961 es internado por presentar un dolor lumbar derecho cuyo estudio radiológico no permitió comprobar litiasis. En el momento de su internación presentaba un estado nauseoso y tenía desde hacía ocho días intensa polidipsia y poliuria a pesar de que su diabetes estaba compensada. (Rx 0).

El 9-4-61, después de una aparente mejoría de los síntomas anteriores, presenta bruscamente un cuadro doloroso en el dorso derecho con vómitos y escalofríos. Cuatro días después se presenta un episodio de anuria completa para las 24 horas, por lo que es necesario colocar una sonda ureteral permanente, la que da salida a abundante cantidad de orina y que también calma los dolores del lado derecho. (Rx 1).

Se practica por dicha sonda ureteral una pielografía retrograda derecha, pero la sonda es expulsada a los dos días, reapareciendo la anuria, el dolor y la fiebre. Es de hacer notar que la cateterización ureteral derecha pudo hacerse fácilmente y que se pasó una sonda ureteral N° 12.

En horas de la tarde, es necesario cateterizar otra vez el riñón derecho y dejar sonda ureteral permanente con lo que calma toda la sintomatología.

Como presenta el 18-4-61 un dolor cólico renal izquierdo, se cateteriza el riñón izquierdo sin dificultad con catéter ureteral N° 12 y se recogen orinas intensamente piúricas, se aprovecha para practicar pielografía ascendente izquierda. (Rx 2).

Estamos ante un enfermo que ha disminuido su estado general, que presenta una anuria obstructiva y por los estudios radiológicos efectuados hasta la fecha nos permiten hacer el diagnóstico de periureteritis bilateral, como su estado general disminuye progresivamente, se decide realizar tratamiento quirúrgico o sea la derivación alta, para encarar posteriormente el tratamiento de la lesión ureteral.

El 22-4-61 se practica nefrostomía derecha a través del cáliz inferior, la incisión de la pelvis da salida a abundante orina purulenta. Se fija la sonda Malecott a la cápsula renal.

En el post-operatorio inmediato se presenta un colapso circulatorio que necesita ser medicado con noradrenalina. La sonda de nefrostomía da escasa cantidad de orina intensa-

mente piúrica. Lo que llama la atención es que presenta una diuresis por uretra de 500 c.c. en las 24 horas.

El 30-4-61 mejora mucho su estado general, orina dos litros aproximadamente por uretra saliendo escasa orina por nefrostomía.

El 12-5-61 se mantiene su buena diuresis y por la sonda de nefrostomía derecha se recogen 200 c.c. diarios de orina piúrica.

Se decide realizar el drenaje quirúrgico del riñón izquierdo como tiempo previo al tratamiento de la afección ureteral.

El 16-5-61 se realiza nefrostomía izquierda, técnica similar a la anterior y en el postoperatorio inmediato presentó un discreto cuadro de hipotensión del que se recuperó rápidamente. (Rx 3).

En las maniobras de traslado del paciente se sale la sonda de nefrostomía izquierda, siendo infructuosas las tentativas de su colocación en dos oportunidades.

El 19-5-61 la nefrostomía derecha funciona perfectamente y la radiografía de control (Rx 4) permite comprobar la correcta posición de la sonda de nefrostomía a través del cáliz inferior.

El 20-5-61 nuevo intento de colocar la sonda de nefrostomía izquierda hay escasa salida de líquido por la lumbotomía izquierda, no hay salida de orina por uretra. Sonda de nefrostomía derecha, salida de 500 a 800 c.c. diarios.

El 21-5-61 presenta edema de pierna derecha por flebitis imputable a la venoclisis herida de la nefrostomía derecha con dehiscencia de sus bordes. El 28-5-61 la sonda de nefrostomía derecha no funciona, moja los apósitos, se ha salido del riñón por lo que se coloca catéter ureteral Nº 14 a permanencia, el que drena correctamente.

El 3-6-61 se mantiene una diuresis de casi tres litros por la sonda ureteral colocada en el riñón derecho y cuando se piensa realizar una ureterostomía cutánea bilateral en vista del fracaso del drenaje alto el 6-6-61 presenta un colapso circulatorio por lo que fallece.

Caso 4. — M. C. de B., 44 años, sexo femenino, casada. Como antecedentes de importancia, operada de neoplasia de mama izquierda en 1957, irradiada en 1958.

En la fecha de su ingreso el 31-5-61, presenta un muy mal estado general con 5 días de anuria completa, con evidente cuadro clínico de uremia.

En el examen clínico se aprecia como dato positivo la palpación en ambos flancos de los tumores con peloteo franco, lo que hace suponer la existencia de dos riñones hidronefróticos.

El 1-6-61 sigue en anuria completa, se cateterizan ambos uréteres obteniendo salida de orina casi a chorro y aprovechando para obtener las radiografías siguientes.

El 2-6-61 permanecen las sondas ureterales colocadas por la que salen 500 a 800 c.c. de orina por día.

Se agrava su mal estado general y el 8-6-61 fallece en coma urémico.

COMENTARIO

So comentan cuatro casos de periureteritis fibrosa inespecífica. Comenzaron nuestros enfermos con anuria, planteando su diagnóstico diferencial con la insuficiencia tubular aguda.

Los enfermos presentaron dos de los signos que suelen hallarse en la periureteritis fibrosa inespecífica. El dolor lumbar en tres de ellos (caso 1, 2 y 3) y edemas de miembros inferiores, por posible compresión de la vena cava inferior por la periureteritis, en uno de ellos (caso 2).

Pero hay que insistir que el signo dominante fue la anuria, en todos nuestros casos y de una característica especial que fue completa, de 0 cc. en las 24 horas, signo importante para el diagnóstico ya que en las tubulopatías agudas es de difícil hallazgo o por lo menos rara su instalación brusca coincidentemente con buen estado general.

Nuestros enfermos (caso 1, 2, 3 y 4) presentaron un cuadro de colapso circulatorio que planteó el diagnóstico diferencial entre falla suprarrenal y deshidratación hipotónica, por pérdida de sodio ocasionada por la poliuria o por la lesión tubular que impide su reabsorción por la pielonefritis ascendente muy común en estos enfermos.

Vimos que todos los casos superaron rápidamente la anuria llegando a una diuresis de litros, evolución que es la habitual en los casos descritos de peri-ureteritis, consecuencia probable de la modificación brusca de la presión en el árbol urinario.

Evidentemente que el cuadro final de estos enfermos (caso 2, 3, 4) bosquejan una dificultad interpretativa por los múltiples factores que pueden desencadenarla: insuficiencia terapéutica, falla renal por hipotensión prolongada, alteraciones humorales, catabolismo aumentado, insuficiencia ventricular izquierda, etc.

El diagnóstico de nuestros casos se hizo por los antecedentes, falta de noxa que produjera la insuficiencia tubular aguda, la anuria completa aparecida bruscamente y sobre todo porque al cateterización de ambos uréteres que paradójicamente se puede realizar muy fácilmente, permite comprobar en un enfermo anúrico la salida muy abundante de orina por ambos catéteres.

Signo al que le damos, valor capital, y por la comprobación radiológica de las dilataciones pélicas con las alteraciones ureterales descritas.

Es de insistir en el interés de esta entidad clínicopatológica recientemente difundida por la sintomatología polimorfa hasta alcanzar la anuria, por la posibilidad de una terapéutica eficaz, si se hace el diagnóstico correcto y el desenlace fatal a que puede llegar si se realiza solamente tratamiento médico, como en el caso de una tubulopatía aguda.

Destacamos su frecuencia, entidad en que debe pensarse siempre en presencia de una anuria, descartada la litiasis renal, pues se considera la causa de mayor frecuencia de obstrucción ureteral bilateral después de la litiasis.

BIBLIOGRAFIA

Bradfield, E. O.: Bilateral ureteral obstruction due to envelopment and compression by an inflammatory retroperitoneal process. "J. Urol". 69:769-773, 1953.

Crisholm, E. R.; Hutch, J. A. and Bolomey, A. A.: Bilateral ureteral obstruct in due to chronic inflammation of the fascia around the ureters. "J. Urol." 72: 812-816, 1954.

Ormond, J. K.: Bilateral ureteral obstruction due to envelopment and compression by an inflammatory retroperitoneal process. "J. Urol.", 59:1072-1079, 1948.

DISCUSION

Dr. Albarinhas: Creo que la entidad que ha presentado el Dr. Ruiz se puede homologar, por ser la misma que se ha descrito, a la entidad fibrosis retroperitoneal idiopática. Esta serie creo que es la más numerosa de nuestra literatura. El primer caso fue presentado a la Sociedad Argentina de Gastroenterología y nos hizo pensar que el enfoque de esta entidad dependía más del especialista que lo ve por primera vez.

Para que el estudio sea completo necesita tener tres componentes: la fibrosis de los vasos que la acompañan, un componente del aparato digestivo y el examen anatomopatológico de la fibrosis de la última porción del tracto digestivo. En el estudio traído a la Sociedad de Gastroenterología todos esos aspectos estaban bien documentados. Hicimos la estenosis de los grandes vasos y también la retracción de la última porción del aparato digestivo.

Se trata de una entidad que en algunas publicaciones se le da el nombre de fibrosis retroperitoneal idiopática. Recién en un segundo intento, cuando se lo vio como afección que toma todo el retroperitoneo inferior, se tuvo una visión más clara de esta entidad, que seguramente debe tener una comunicación con las facies vasculares. Ningún autor afirma nada sobre su etiología ni tampoco aventura un tratamiento que pueda incluir a todos los casos descriptos.

CIERRE DE LA DISCUSION

Dr. A. Ruiz: Es cierto, Dr. Albarinhas. Es una retracción cicatrizal de todo el tejido retroperitoneal. La sintomatología más llamativa en estos casos ha sido la anuria.

En el enfermo (caso 2) que operé del lado izquierdo, al hacerle la sección del tejido fibroso, la pelvis y el uréter hacían hernia. O sea que estaba completamente comprimida la pelvis y el uréter.

En cuanto a la prolongación de esta fibrosis a los otros aparatos esto es algo que ya está descrito. Hay casos relatados en los cuales se ha comprobado una mediastinitis, pero yo creo que corresponde al urólogo conocer esta entidad que posiblemente sea más frecuente de lo que aparentemente surge de la bibliografía, ya que si bien es cierto que hasta el año 1959 aparecieron 20 casos, en un trabajo posterior del mismo autor que describió esta entidad en 1960, se describen 40 casos más.
