

**LITIASIS DEL URETER NO VISIBLE A LA RADIOGRA-  
FIA SIMPLE, NI A LA PIELOGRAFIA  
URETEROLITOTOMIA ILIACA**

Por el Dr.

**IGNACIO V. ALBORNOZ**

---

Un cálculo ureteral no es raro ni difícil de diagnosticar, si después de antecedentes más o menos precisos de cólicos nefríticos, se obtiene por el examen radiográfico, método de tanto valor, la confirmación de nuestra sospecha al ver la sombra calcúlosa en el trayecto del ureter que hemos revelado por la introducción de una sonda opaca.

En el presente caso, como se verá, la radiografía simple fué negativa. La pielografía ascendente no pudo obtenerse en el lado derecho, por la imposibilidad de introducir la sonda ureteral que, a pesar de varias intentonas con sondas de varios tipos y calibre, no se logró franquear un obstáculo situado a 15 cms. del meato ureteral y al inyectar el líquido de contraste reflúa.

La pielografía descendente ilustró algo más al mostrarnos los cálices, la pelvis y el ureter derechos dilatados.

Ninguno de estos métodos fueron capaces por sí, ni en conjunto, de darnos el diagnóstico.

Los antecedentes hicieron pensar en un cálculo ureteral.

El padre, posiblemente litiasico, después de padecer

dolores lumbares, muere por una afección vesical que la enferma no puede precisar.

En ella los cólicos se inician hace varios años, luego sensación de pesadez, dolor sordo, casi continuo en el mismo lado.

Estos antecedentes, como decía, indujeron a pensar en un cálculo enclavado en el ureter. La intervención confirmó al diagnóstico.

La historia es la siguiente y lleva el número 1236, de Sala del Prof. Juan Salleras:

O. S., 20 años. Estudiante.

**Antecedentes hereditarios.** — El padre padeció durante años de dolores lumbares, acompañados de hematuria, y falleció de una afección vesical, sin poder precisarla.

**Antecedentes personales.** — Padeció las enfermedades comunes de la infancia. Emenorrea, a los 13 años.

**Enfermedad actual.** — Primer episodio hace seis años, que se caracterizó por: dolor en región lumbar derecha, con irradiación a la ingle. Polaquiuria, temperatura y reflejos gástricos. Se repite muchas veces, hasta hace dos años, que tiene remisión de año y medio. Desde hace seis meses, aumenta la frecuencia de los dolores, produciéndose cada 15-20 días. Algunas veces se ha irradiado al otro riñón. Nunca observó sangre en la orina, pero sí, arenillas pocas veces.

Casi constantemente, siente dolorido el hemi-abdomen derecho y tiene sensación de pesadez en el mismo lado.

**Estado actual.** — Buen aspecto. Dice haber perdido cuatro kilos. Mucosas y lengua, húmedas y rosadas.

Riñones y Uréteres. Examen físico; se palpa medio riñón derecho. Punto pieloureteral y ureteral medio positivo en el mismo lado.

**Examen funcional.** (26|8|32). — El examen se pudo practicar solamente en el lado izquierdo; dá eliminación de urea 17 o|oo; cloruros 10 o|oo. Sedimento normal.

Lado derecho, se recoge solamente 1|4 cc., y permite dosar la urea 1.4 o|oo. Sedimento normal.

**Examen radiográfico;** (24|8|32). — R. simple; sombras renales visibles. No se observan cálculos 26|8|32. Pielografía; cálices, pelvis y ureter izquierdo, normales. El ureter derecho se ha llenado hasta una altura de la línea innominada, han pasado unas gotas de yoduro y se ven en tercera lumbar y cáliz inferior. (30|8|32): Se repite cateterismo en el lado derecho. La sustancia opaca llena solamente unos 15 cms. de ureter.

9|9|32. — Pielografía descendente, efectuada con abrodil, al

40 olo. Sq emplean 50 cc. A los 10' se elimina en R. I. imágenes normales; R. D., comienzo de eliminación; a los 15': imágenes izquierda normales. Imágenes derechas. Cálices y pelvis dilatadas. Ureter dilatado hasta la altura del ala sacra en que se pierde la imagen.

**Vejiga:** capacidad 180 cc. Cistoscopia: mucosa normal. Uréteres visibles y en situación normal. El ureter derecho, eyacuación apenas perceptible, la sonda ureteral penetra en él 15 cms., y es detenida por un obstáculo que no se consigue franquear en varias sesiones y con sondas de variado calibre.

**Intervención:** Dres. Salleras, Di Lella y Albornóz. Se practica lumbotomía derecha para ver el estado del riñón que es sano. El ureter engrosado, del tamaño de un dedo índice, se sigue en todo su trayecto y en la porción íliaca por sobre la línea innominada, se toca un cálculo. Se practica sección longitudinal del ureter en una extensión de 3 cms., y se extrae cálculo constituido por un nódulo duro del tamaño de un grano de arroz y concreciones que se disgregan a la menor presión: se caracteriza en ambas direcciones y comprobada su permeabilidad, se abandona sin sutura. Cierre de la pared, por planos.

**Post operatorio.** — La enferma perdió orina por su herida varios días. Se le colocó sonda ureteral que se deja permanente, hay alternativa de cierre y apertura de la herida, que pierde orina algunos días, cuando la sonda a pesar del calibre se tapa. Se retira sonda. Se le ordena levantarse. La herida va cerrando. Continúa en C. E.

## DISCUSION

**Heuser.** —

*En la observación presentada, los cálculos no se ven, porque hay gases en el intestino. Soy un convencido de que todas los cálculos son visibles, haciendo una técnica correcta.*

**Salleras.** —

*Es común la observación de cálculos no visibles a la pantalla y en el caso presentado, el examen radiológico se practicó repetidas veces sin observarse ningún cálculo y creo que ello es debido a la constitución química de la concreción y no a deficiencia de la técnica radiológica.*

**Albornóz.—**

*Hay cálculos no visibles a la pantalla, porque su sombra se superpone a la línea innominada, lo cual dificulta su visibilidad.*

**Astraldi.—**

*Hay con frecuencia cálculos invisibles a la pantalla, y no sólo por su constitución, sino, también, por la cantidad de orina en el momento en que se practica el examen.*

*Hay demostración "in vitro", en que un cálculo visible a la pantalla, radiografiado en un medio urinoso, en cantidad cada vez mayor, llega a hacerse invisible.*

---