

LITIASIS INVISIBLE DEL APARATO URINARIO CONSIDERACIONES CLINICO DIAGNOSTICAS

Drs. R. Antelo y R. Ruiz

El tema no es nuevo. Aunque no comunes, la frecuencia con que se encuentran, obligan a tenerlos siempre presentes, sobre todo cuando se plantean diagnósticos diferenciales.

Es común que se pretenda despistar una litiasis solamente con un estudio radiográfico directo, el que, al resultar negativo despeja toda posibilidad de enfermedad litiásica del aparato urinario craso error.

Por otra parte, no es fácil encontrar en las revistas especializadas, referencias frecuentes a este tipo de litiásis, que desde ya diré, deben siempre ser despistadas o localizadas por estudios a veces de presunción y otras veces complicadas y molestos para el enfermo, y que ponen sobre la pista merced a sombras contrastadas muy a menudo negativas, que nunca dejan la seguridad absoluta del diagnóstico, frecuentemente aclarado en la intervención quirúrgica.

Referente a la radio-opacidad de los cálculos urinarios, mucho se ha escrito sobre el tema y a modo de conclusión, siguiendo a Picatoste Patiño de Santander - España, diré que cuando se habla de radiografías directas practicadas en portadores de cálculos, no ha de hablarse de opacidad mayor, menor o nula, sino de visibilidad o invisibilidad de las imágenes litiásicas.

La radio-opacidad en general de todos los cuerpos para una misma fuente de radiación, depende de factores intrínsecos del mismo cálculo; número atómico de sus elementos componentes, estructura y volumen.

En cambio, la invisibilidad de los cálculos, depende de esos factores, más los extrínsecos; grosor del enfermo, estructura del órgano que lo aloja, régimen de rayos, estado de las placas, manchas del chasis, etc.

Cálculos que resultaron invisibles, demostraron en estudios radiográficos ulteriores, obtenidos colocándolos directamente sobre la placa radiográfica, ser perfectamente identificable por este medio.

Obrando en esta forma con todos los cálculos que no se visualizan, podríamos llegar a la conclusión de que, prácticamente, los cálculos totalmente transparentes no existen. De allí lo incorrecto de esa denominación y lo acertado en llamarlos cálculos invisibles.

Se puede apreciar en las radiografías directas obtenidas con diversos compuestos calcúlosos, las imágenes resultantes, según Picatoste (Figura 1 y 2). En lo referente a la parte práctica, he traído siete estudios clínicos - radiográficos, que permiten corroborar los conceptos, y en los cuales la radiografía directa arrojaba poca y ninguna luz, y como se trataba de enfermos no agudos, los estudios contrastados permitieron llegar a un diagnóstico que fue corroborado por la intervención, llegando a la curación.

Creo inútil insistir en la importancia del urograma de excreción, la uréteropielografía ascendente y la uréteroneumopielografía como métodos imprescindibles para obtener las sombras contrastadas ya mencionadas.

CASOS CLINICOS

Caso 1º) H. B. Historia Clínica 47/226 H. M. P.

Sintomatología dolorosa lumbar derecha, de tipo paroxístico, con irradiación hacia la ingle. Los fenómenos dolorosos repiten en dos ocasiones más. Se le descubre piuria y hematuria y es enviado al Hospital para un estudio completo. En el estudio excretor, aparece una falta de relleno pielocalicial del lado derecho.

Se opera con el diagnóstico de litiasis invisible y se le extrae por pielotomía, un grueso cálculo. Veinte meses después, este enfermo se interna nuevamente por haber presentado accesos febriles posteriores a un cólico renal derecho.

Caso 2º) El mismo enfermo:

Los estudios radiográficos obtenidos revelan: El urograma: ausencia de funcionalismo renal derecho que fuera operado dos años antes.

La pielografía ascendente dibuja una formación copuliforme en el tercio superior del ureter derecho, rodeando una formación que lo ocupa con imagen negativa.

Se opera con el diagnóstico presuntivo de litiasis, dado sus antecedentes y se le extrae otro cálculo grosero, cuya imagen directa sobre la placa es fácilmente apreciable.

El informe del laboratorio revela formado por urato de amónico exclusivamente (protocolo N° 4171).

Caso 3º) N. B. Historia Clínica 284 H. M. P.

Sintomatología dolorosa, para-umbilical derecha, acompañada de orina hemáticas y piúricas.

El estudio ascendente permite comprobar una falta de relleno en el uréter a nivel de la línea innominada.

La intervención permitió la extracción de un cálculo del tamaño de un carozo de aceituna. No se pudo realizar el examen químico del cálculo.

Caso 4º) S. R. H. Clínica 256 H. M. P.

Se trata de imágenes negativas en ambas pelvis y cálices, en una enferma con padecimientos lumbares de hace años, con intensa piuria y cuyos estudios radiográficos excretores y ascendentes permiten pensar en una litiasis bilateral coraliforme invisible.

Caso 5º) T. P. Historia Clínica N° 121402 H. M. C.

Internado de urgencia por anuria, enfermo que desde años atrás presenta una falta total de funcionalismo del riñón izquierdo por causa no determinada. Paciente de pasado litiasico.

Se sospecha la presencia de un cálculo invisible practicándose un cateterismo derecho con el resultado que se ve en la radiografía.

Se opera y se extrae un cálculo enclavado en el lugar de detención de la sonda. Evolucionó favorablemente.

La impresión directa sobre la placa permiten analizar una imagen no muy marcada pero bien visible.

El resultado del análisis del cálculo da: Acido úrico.

Posteriormente (Rx. 89863) un estudio ascendente muestra un grueso cálculo ocupando pelvis en su totalidad.

Es intervenido (nefrectomía) y se extrae el cálculo de ácido úrico que Uds. ven aquí.

Evoluciona favorablemente y curó un reumatismo gotoso que lo aquejara durante años.

Caso 6º) C. A. Y. de P. T. Historia Clínica 107149.

Enferma con hematurias a repetición desde hace 11 años y sin diagnóstico causal. Cualquier exceso de trabajo físico le provocaba la hematuria.

Los estudios radiográficos permiten analizar una imagen negativa piélica derecha que fue diagnosticada por el radiólogo como Epitelioma papilífero pediculado.

Se operó con el diagnóstico de Litiasis invisible comprobándose la existencia de un cálculo que imprime su presencia en la placa en la toma directa.

El análisis químico demostró estar constituido por Acido úrico (protocolo adjunto).

Caso 7º) P. P. Historia Clínica N° 113334

Es internado por anuria de 48 hs, previo cólico renal izquierdo. Ha tenido otro episodio igual que se solucionó con cateterismo de ese lado y eliminación de cálculo.

Nefrectomizado lado derecho por Uropionefrosis T. B. C.. La placa simple no da ninguna imagen y el cateter introducido 20 cm. no permite eliminar ni una gota de orina. La Radiografía N° 50018 se visualiza la sonda, no hay imagen calculosa.

La intervención permite descubrir un cálculo del tamaño de un garbanzo en la posición inicial del uréter izquierdo.

Análisis químico: Acido úrico. Resultado quirúrgico: Optimo (tiene urograma de control).

COMENTARIOS:

Desde el cálculo de origen renal descubierto por Elliot F. Smith en una tumba egipcia de antes del reinado de Menes, primer rey de Egipto, calculado del año 7.000 antes de Jesucristo, formado por un núcleo de ácido úrico y corteza de oxalato de calcio y fosfato amónico magnésico, pasando por el hallado por Shattock en una tumba de la II Dinastía, formado por carbonato, fosfato y oxalato de calcio, y el hallado por el mismo Smith en un Sacerdote de la XXI Dinastía, (unos 1.000 años A. C.) de composición úrica, hasta nuestros días, los cálculos del aparato urinario que se descubren y cuyo origen aún continúa en el terreno de la hipótesis pueden considerarse como compuestos por los siguientes elementos:

Formas puras: Oxálicos - Fosfáticos - Acido úrico - Uráticos - Carbonatos - Cistina - Xantina - Indigo - Bacterianos (Los tres últimos, extraordinariamente raros).

Formas mixtas; Mucho más comunes.

Los porcentajes que dan los autores sobre la predominancia de uno u otro componente, varía enormemente según las áreas litiasicas que existen en el mundo. Probablemente la alimentación y la mayor o menor existencia en ella de vitaminas liposolubles, tenga mucha influencia ya que entre los esquimales, el área litiasica es muy pobre.

Podemos decir que en América del Norte, todos los autores coinciden en afir-

mar la mayor frecuencia de las diatesis oxálicas.

En los países del centro de Europa como Alemania y Gran Bretaña, tienen mayor porcentaje de Litiasis úrica y sus sales. En Suiza, al igual que en Norte América, predominan los oxalatos. En el Sur de Europa, existe mayor número de diatesis fosfática.

Entre nosotros, existe opinión unánime entre los autores, en dar predominancia a la diatesis oxálica sobre la fosfática y la úrica, siendo los más comunes los cálculos mixtos, es decir formados por dos o más componentes básicos. Por supuesto que los problemas creados por los cálculos invisibles, serán mayores en aquellos países en que predomina la diatesis úrica, de acuerdo con las imágenes radiográficas mostradas anteriormente.

En conclusión, se trae a la consideración de los señores colegas siete casos de Litiasis renoureterales invisibles, denominación que se sugiere como más apropiada que transparentes, y se insiste en las dificultades de diagnósticos que pueden crearse en este tipo de litiasis en abdómenes agudos o dolorosos y la necesidad de despistarlos por métodos radiográficos indirectos contrastados.

LITIASIS RENAL - BIBLIOGRAFIA:

-Composición química de la orina y de los cálculos.

Dr. Fernando A. Ortega - Revista Arg. Urología Vol. XXVII - Año 1958.

-La composición química de los cálculos urinarios según los diferentes arcos litiasicos -Picatoste y Patiño- 1953. Anales Casa Salud de Valdecillas N° 1 Tomo XIV.

-Cálculos invisibles del aparato urinario -Picatoste y Patiño - Año 1963- Anales Casa de la Salud de Valdecillas- N° 2 - Tomo XXI.