

TRATAMIENTO UROLOGICO

Dr. CARLOS A. SAENZ

Establecida una anuria total, o con despeños poliúricos seguidos de detención brusca de la excreción urinaria, corresponde hacer el diagnóstico causal e iniciar el tratamiento.

Si bien he de referirme a este último, es necesario insistir algo en el diagnóstico ya que la táctica instrumental o quirúrgica variará de acuerdo con el mismo y las maniobras tendientes a realizarlo podrán concluir con la solución del problema terapéutico.

Los antecedentes del paciente son de sumo valor debiendo insistirse en un interrogatorio prolijo. Así por ejemplo un dolor lumbar reciente orientará hacia el riñón funcionante hasta ese momento. La referencia del padecimiento de enfermedades generales, metabólicas o de sistema, de tratamientos medicamentosos realizados o de intervenciones quirúrgicas previas pueden hacer suponer el origen de la anuria. El radiorrenograma y la radiografía simple aportan también datos de importancia para el tratamiento. Podrá obtenerse una curva de retención aguda con aquél, en tanto que si la placa radiográfica muestra una diferencia en el tamaño de los riñones, llevará a investigar primero al de apariencia más normal. La presencia de imágenes positivas proyectadas en el trayecto de la vía excretora, informará al cirujano sobre la altura de la posible obstrucción.

El borramiento de la imagen de los músculos psoas o el desplazamiento visceral hará pensar en procesos retroperitoneales. Se explorará la existencia de posibles tumores pelvianos, intestinales, genitales o vesicales.

Son variadas entonces las causas de la anuria obstructiva. La conducta terapéutica no podrá ser única.

Corresponde, por lo tanto, considerar medidas de orden general para luego hacer referencia a cada caso en particular.

En general, puede decirse que primero se debe liberar la vía excretora por encima de la obstrucción, segundo normalizar las alteraciones secundarias a aquella (sean hidroelectrolíticas o infecciosas), y tercero realizar la intervención correctora. Debe agregarse que a veces es necesario normalizar el desequilibrio ocasionado por la desobstrucción.

Asimismo en las hiperkaliemias con alteraciones electrocardiográficas severas se dializará preoperatoriamente al enfermo.

El primer acto instrumental a realizar será la cistoscopia y el cateterismo ureteral. La maniobra se efectuará con el máximo rigorismo de asepsia. Pondrá de manifiesto la vacuidad y a veces la presencia de copos de fibrina emergiendo por el meato ureteral obstruido. Se cateterizará el uréter del riñón supuesto funcionante, eventualmente ambos.

Puede ocurrir: 1º) la sonda pasa hasta la pelvis y sobreviene una excreción profusa de orina. Se dejará en tal caso la sonda en permanencia, se compensarán los desequilibrios hidroelectrolíticos pre-existentes y los provocados por la desobstrucción misma, y se controlará la infección.

Normalizado el medio interno se procederá a completar el estudio del paciente mediante un urograma excretor y posteriormente a solucionar el caso en particular.

2º) Si él o los catéteres no progresan hasta la pelvis o simplemente no se produce la salida franca de la orina retenida, corresponde realizar

una pielografía ascendente. Para ello se inyecta aire en forma suave. La neumopielografía es preferible a la pielografía con soluciones radio-opacas por la posibilidad que tienen éstas de arrastrar material séptico.

La pielografía aportará datos sobre la altura de la obstrucción, y cuando es posible sobrepasarla con el contraste informará sobre las alteraciones de la vía canalicular alta. Esto decidirá la conducta quirúrgica. Si el estado del paciente lo permite, podrá realizarse la intervención correctora definitiva (caso de las litiasis enclavadas).

De no ser ello posible o cuando la ectasia y o la infección sean importantes se hará una derivación por encima del obstáculo.

Son muchas y variadas las técnicas aconsejadas para realizar esa derivación.

Todas tienden a asegurar la homeostasis cuando el cateterismo ureteral ha fracasado (hay quienes las prefieren aún al cateterismo).

Siguiendo un orden de ubicación descendente, podrá realizarse en forma uni o bilateral: nefrostomía, pielostomía o ureterostomía. Las dos primeras se verán facilitadas en los casos de grandes dilataciones caliciales o piélicas, respectivamente.

Estas derivaciones podrán ser temporarias o definitivas y ofrecen variantes que se considerarán con el tratamiento de cada caso en particular.

En los pacientes con obstrucción ureteral por edema, el simple cateterismo dejado en permanencia será suficiente terapéutica.

J. Cibert refiere la corrección por este método de la anuria producida por edema post-operatorio consecutivo a adenomectomías prostáticas rétropubianas.

Personalmente he tratado un niño de 8 años que presentó anuria de dos días de evolución, por un cálculo enclavado en el tercio inferior del uréter izquierdo. La cistoscopia mostró congestión y edema del triángulo y de ambos meatos. Cateterizado el uréter derecho dio salida a abundante cantidad de orina. Esa simple maniobra, ya que el catéter no fue dejado en permanencia, permitió colocar al niño en condiciones de ser operado de su cálculo ureteral izquierdo.

Las litiasis impactadas en la unión ureteropiélica se extraerán por pielotomía cuando las condiciones del paciente lo permitan. En caso contrario se intentará la evacuación de la orina mediante cateterismo que sobrepase el obstáculo.

En los cálculos enclavados del uréter y ante el fracaso del cateterismo para evacuar la orina por encima de los mismos, está indicada su extracción por medios quirúrgicos, cuando hayan sido bien diagnosticados y sean de fácil acceso. En caso contrario, se derivará la orina por encima del obstáculo. Esto ocurre habitualmente en la litiasis del tercio inferior del uréter. Ya el cateterismo habrá informado de un obstáculo próximo al meato. Una buena solución en tal caso la constituye la ureterostomía temporaria in situ. De fácil y rápida realización no deja secuelas de importancia. Debe realizarse de preferencia con un tubo de polietileno de calibre adecuado, ya que los tubos en T pueden provocar cierto grado de estenosis o retracciones.

Este tipo de derivación temporaria permite, en un plazo inferior a la semana, equilibrar al paciente y completar su estudio radiológico.

Para Küss R. es el tratamiento de elección y considera que la pielostomía, la nefrostomía y el cateterismo ureteral a permanencia provocan mayor morbilidad.

Como antítesis Zielinsky ha publicado recientemente su experiencia con la sonda de Zeiss en el tratamiento de la litiasis ureteral. Propone

su utilización en las anurias ocasionadas por cálculos con diámetros inferiores a 12 mm. ubicados en el tercio inferior del uréter. Deja colocado el lazo por encima del obstáculo y espera su evacuación espontánea hasta un plazo máximo de tres semanas. La orina escurre por fuera de la sonda.

Personalmente con el Dr. Irazu J. C. hemos realizado la ureterostomía in situ en cinco oportunidades con buenos resultados (fueron presentados ante la Sociedad de Urología de la Pcia. de Bs. As.).

Nuestra experiencia con la sonda lazo y con las canastillas, en litiasis ureterales no anúricas, no fue tan buena como esperábamos. En cuanto al método propiciado por Zielinsky nos preocupa por la posible infección urinaria que puede provocar, mas aún teniendo en cuenta que dicho autor ha observado reflujo ureteral en algunos pacientes.

En la anuria obstructiva por coágulos, por caseum o por detritos provenientes de una necrosis papilar, puede ser útil el método aconsejado para este último caso por Opit y col., que procedieron al lavado y succión de los restos tisulares mediante la colocación de dos o tres catéteres en la pelvis renal. Utilizaron solución isotónica de cloruro de sodio mas 1 gr. de estreptomycinina cada 500 ml.

La maniobra la repitieron durante un período de doce días hasta lograr la desobstrucción.

En la compresión ureteral por procesos plásticos o tumorales del retroperitoneo un primer paso lo puede constituir la derivación por ureterostomía in situ. A posteriori se realizará la intervención definitiva de elección.

Constituyen una excepción las compresiones por metástasis ganglionares que al ascender por las cadenas lumboaórticas llegagn a comprimir al uréter hasta la altura del hilio renal.

En dos pacientes portadores de linfosarcoma hallamos esta situación con el agravante en uno de ellos de la compresión de los vasos del pedículo renal. La única derivación posible en esos casos será la nefrostomía o la pielostomía.

Los tumores invasores de la pequeña pelvis pueden provocar anuria y en tal caso la conducta quirúrgica se orientará hacia una derivación alta definitiva. Si bien son múltiples las operaciones propuestas, en la emergencia la ureterostomía cutánea será una solución simple y eficaz. El paciente podrá ser luego reintervenido para ofrecerle otra solución, que será necesaria en el caso de hallar uréteres de calibre normal. La ureterostomía cutánea definitiva de uréteres dilatados no ofrece mayores dificultades, salvo la posible infección urinaria.

Los pacientes con anurias producto de ligaduras ureterales, secundarias a intervenciones de la pequeña pelvis, serán reoperados precozmente (antes del 3er. día). Cuando no se ha procedido así llegan habitualmente al urólogo con infección urinaria ya instalada, provocada por los cateterismos vesicales y o ureterales a que se los ha sometido.

Aquí se presenta evidente la necesidad planteada al hablar del tema en general de: 1º) derivar la orina; 2º) corregir las alteraciones hidroelectrolíticas y la infección, y 3º) realizar la operación plástica más adecuada.