

ESTRECHEZ BILATERAL CONGENITA DE LA CONJUNCION URETEROPIELICA

Dres. RONALD L. MONASTERIO PINCKERT * y EDGAR CISNEROS

Una de las principales causas de hidronefrosis es la estenosis congénita de la conjunción ureteropielica, de ahí la importancia de su diagnóstico precoz y consecuente tratamiento, pues siendo bilateral en el 50 % de los casos, bilateral también será la lesión renal, reversible o no, a la que conducirá de no mediar el tratamiento adecuado en su oportunidad.

La obstrucción pieloureteral se presenta con mayor frecuencia en la mujer que en el hombre y en el niño que en el adulto. Irazú encuentra que de 60 casos operados el 72 % correspondió al sexo feemnino, Campos Freire en una revisión de 36 hidronefrosis operadas señala que 24 fueron mujeres, Bernardi halla 8 en 14 y Deming en 82 intervenidos, 47. No se ha logrado determinar cuál es la alteración embriológica que conduce a esta malformación.

En esta comunicación nos limitaremos al estudio de las hidronefrosis causadas por estenosis congénita de la conjunción ureteropielica, haciendo abstracción de las otras causas que conducen a la misma situación tales como: inserción alta del ureter, bridas o acodaduras, vasos ectópicos o anómalos, hipertrofia de la capa circular del ureter, valvas congénitas o repliegues mucosos, etc.

La *Sintomatología* ofrece como elemento descollante el dolor, con diversas modalidades de presentación e intensidad, siendo en ocasiones lumbar, sordo y unilateral en otras puede manifestarse como cólico, brusco, intenso e irradiado a la zona genital e inguinocrural. Los otros componentes del cuadro clínico: polaquiuria, piuria, fiebre, hematuria, hablan de un proceso de larga evolución en donde el daño renal es más acentuado y en consecuencia las posibilidades de curación menores. Queremos recalcar que las formas incipientes se manifiestan únicamente por el dolor, como el caso de nuestro paciente quien acusaba en el momento de la consulta cólicos renales izquierdos con su característica irradiación inguinocrural, cólicos que al principio de su afección eran bilaterales, como bilateral era su conjunción ureteropielica estenosada.

El *diagnóstico* debe ser hecho lo más precozmente posible, para ello contamos con el urograma excretor, elemento de estudio inocuo y de fácil realización. Las tomas radiográficas en diferentes posiciones y a convenientes intervalos de tiempo nos darán con nitidez y precisión el dibujo del sistema excretor renal. Queremos hacer hincapié en la necesidad de realizar placas tardías, pues por la dificultad de la evacuación pielica como consecuencia de estenosis, muchas no es posible ver en el urograma convencional la conjunción ureteropielica que se hará evidente en las placas retardadas. A nuestro paciente le habían sido practicados 2 urogramas previos, en ninguno de ellos se visualizó la confluencia, únicamente era evidente una calicectasia bilateral. Para completar su estudio decidimos realizar un urograma por perfusión con la técnica de Sencker, que nos mostró la estenosis. Se puede recurrir también a la ureteropielografía ascendente, es otro elemento más de estudio a te-

* Casilla Postal 1210, Santa Cruz de la Sierra, Bolivia.

ner en cuenta, el inconveniente que tiene es el peligro potencial de infección en riñones sanos. De más está decir que el estudio del paciente debe incluir un examen físico completo y pruebas de laboratorio de rutina, todo dentro de límites normales cuando el diagnóstico es precoz.

El *tratamiento* es esencialmente quirúrgico, pudiendo en algunas oportunidades contemplarse la dilatación instrumental utilizando el cateter ureteral a permanencia. Según Bernardi el cateter deberá permanecer 8 días como mínimo y una vez conseguida una remisión de las crisis dolorosas, aumento del calibre de la estrechez y reducción del tamaño de la bolsa hidronefrótica continuar con dilataciones de 20' a 30' cada 4 a 6 meses.

Desde el punto de vista quirúrgico, Hanley considera 3 grupos básicos:

Grupo 1. — A este grupo corresponden aquellas estenosis en las que una vez realizada una cuidadosa ureterolisis, seccionando todas las adherencias alrededor de la conjunción permiten a la pelvis evacuarse en forma satisfactoria. Deben ir acompañadas de la denervación del pedículo renal y una nefropexia que permita un fácil drenaje de la orina.

Grupo 2. — En este grupo podemos incluir las hidronefrosis que además de la ureterolisis, denervación y pexia necesitan algún tipo de operación plástica sobre la estrechez. Son muchas las intervenciones que se han propuesto desde que Trendelenburg en el año 1886 realizara la primera. Como bien dice Bernardi el procedimiento a emplear podrá ser establecido por el examen del urograma, pero es durante el acto operatorio, con la "pieza en la mano", donde se adoptará la conducta definitiva. Nuestro paciente puede ser incluido en este grupo, pues se le efectuó una ureterotomía por intubación a lo Keyes-Davis además de la ureterolisis, denervación del pedículo y pexia de Young complementada con canastilla de Deming.

Grupo 3. — Pertenecen a este grupo los pacientes que además de los procedimientos básicos: lisis, denervación y pexia necesitan de una reimplantación del ureter en la pelvis con o sin resección de la parte redundante del saco hidronefrótico.

Procedimientos quirúrgicos

Como dijimos anteriormente son muchas las operaciones propuestas para corregir esta malformación. El método más simple, si se puede considerar algo simple en cirugía, es el de Surraco, consiste en la dilatación de la estrechez con pinza fina, curva y de ramas largas. Bonecarrere añade a esta dilatación el drenaje pieloureteral con tubo de goma multiperforado que introduce en el ureter y saca por el cáliz medio. Los procedimientos inspirados en las piloroplastias tales como el de Fenger que se basa en la operación de Heinecke-Mickulicz; la variación en Y de Schwyzer para superar el encorvamiento de la pared ureteral opuesta; la plástica de Foley que corrige la inserción alta del ureter; el procedimiento de von Lichtenberg basado en la piloroplastia de Finney; la operación de Bonino; aplicación de la pilorotomía de Fredet-Ramsted; la plástica de Culp de Weerd indicada cuando existe una pelvis grande y el ureter abandona el extremo del borde inferior de la pelvis en su punto más bajo. Los procedimientos de reimplantación con interrupción completa de la musculatura de la pelvis y ureter tales como el Hines-Anderson que combina la resección de un sector piélico y de la zona estenosada con reimplantación del ureter seccionado en pico de flauta. Las

resecciones de la pelvis, cuando está muy dilatada, con la finalidad de mejorar la dinámica pieloureteral y combatir la retención e infección, necesita del complemento de cualquier tipo de plástica de las anteriormente mencionadas. La ureterotomía intubada a lo Keyes - Davis, método de simple ejecución y de muy buenos resultados, consiste en la sección de la estrechez sin sutura secundaria, dejando un cateter de tutor alrededor del cual se regenera el tejido, la orina se deriva por pielostomía o nefrostomía.

Hemos hecho una simple enumeración de los procedimientos quirúrgicos utilizados en el tratamiento de la estrechez pieloureteral, no se han mencionado detalles de técnica que son por todos conocidos. Únicamente recalamos que las suturas deben hacerse con material reabsorbible muy fino, en aguja atraumática y con delicadeza como en todo procedimiento plástico. Nos ha sido de mucha utilidad la maniobra de Bidgood - Robert que permite apreciar el tamaño y forma de la bolsa así como la situación, calibre y extensión de la estrechez.

Casística:

A. U., de 29 años, argentino, soltero, empleado. H. C. N° 40552. Ingresó el 7/4/68. Servicio de Urología - Policlínico San Bernardo - Salta.

A.E.A.: La enfermedad se inicia en Noviembre de 1967 con la aparición de dolores en ambas fosas lumbares irradiados a la zona inguinocrural, sin fiebre ni hematuria y con orinas claras. Ultimamente los cólicos se han localizado en el lado izquierdo.

E.A.: Buen estado general. El examen físico del aparato genitourinario no muestra nada de particular.

13/12/1967. *Urograma por perfusión:* Se observa una estrechez bilateral de la conjunción ureteropielica. En el lado derecho la dilatación calicular es mayor (Fig. 1).

Se decide intervenir el lado izquierdo que es el que duele en este momento.

Operación: 9/4/1968. Anestesia general. Lumbotomía izquierda de Israel - Bergman con resección de la duodécima costilla. Liberado el riñón de aspecto normal de sus adherencias naturales, se procede a la ureterolisis, se expone la pelvis renal, ésta no muestra una dilatación muy marcada. Se observa en la conjunción de la pelvis con el ureter una estrechez infundibuliforme. Maniobra de Bidgood - Robert. Se decide efectuar una ureterotomía por intubación a lo Keyes - Davis. Pielotomía transversal por donde se introduce una sonda de Polietileno K 30 que pasa a mucha presión por la estrechez. Sección longitudinal de la zona estrechada en la extensión de 0,5 cms por arriba y abajo de la misma. El cateter se introduce unos 15 cms en el ureter y se saca por nefrostomía juntamente con una sonda de Pezzer que se deja en pelvis para derivar la crina. Pexia a lo Young y Deming. Cierre por planos con drenaje tubular aspirativo.

Evolución: Los primeros 7 días la orina salió alrededor de la sonda de nefrostomía y por el tubo de drenaje. Luego únicamente por la sonda. Al 10° día se retira el tubo de drenaje.

23/5/1968: Se retira el tubo tutor de polietileno. 25/5/68: Pielografía por la nefrostomía que muestra un buen calibre de la conjunción. (Fig. 2). 30/6/68: Urograma excretor que muestra en lado operado un buen calibre de la conjunción. En la placa de los 25' en el lado interve-



Fig. 1. — Urograma por perfusión. Estenosis uréteropielíca bilateral.



Fig. 2. — Uréteropielografía por la pielostomía. Desaparición de la estenosis.



Fig. 3. — Urograma por excreción postoperatorio.

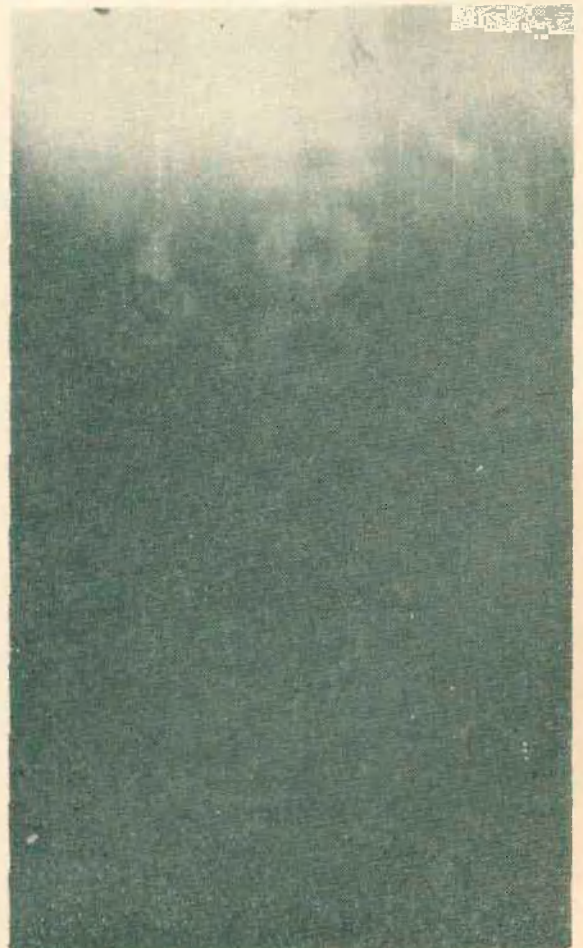


Fig. 4. — A los 25' en el lado operado se ha evacuado la sustancia de contraste.

nido prácticamente se ha eliminado toda la sustancia de contraste persistiendo en el lado derecho como consecuencia de la estenosis aún no tratada. (Figs. 3 y 4).

Comentarios

Se presenta un caso de estrechez congénita bilateral de la conjunción ureteropielica diagnosticado precozmente, es decir cuando aun no había sufrimiento renal apreciable. La intervención quirúrgica se decidió por la sintomatología dolorosa del enfermo pues los cólicos se habían hecho subintrantes. La operación que se realizó fue la ureterotomía por intubación a lo Keyes - Davis, se eligió esta técnica por haberla realizado en 2 casos anteriores con muy buen resultado y porque el espesor de la pared piélica no permitía ningún otro tipo de plástica.

BIBLIOGRAFIA

1. *Bernardi, R.*: "Uronefrosis por obstrucción pieloureteral". Edit. López y Etche-goyen, 1952.
2. *Campbell, M. F.*: "Urología", pág. 109, Edit. Interamericana, Arg. 1958.
3. *de Campos Freire, G.*: "Hidronefrosis". 6º Cong. Amer. y 3º Arg. de Urol., 4:64.
4. *Dodson, A. I.*: "Cirugía urológica", pág. 292, Edit. Beta, 1957.
5. *Ferguson, J. D.*: "Clinical surgery" - "Genitourinary system", pág. 121, Butter worth, London, 1965.
6. *Gentile, A.*: "Cirugía plástica correctora de las hidronefrosis por obstrucción de la junción pieloureteral". 6º Cong. Amer. y 3º Argent. de Urol., 4:274.
7. *Firstater, M.*: "Tratamiento quirúrgico de la hidronefrosis". Universidad Nacio-nal de Córdoba, 1961.
8. *Puigvert, A.*: "La ureteropieloplastia". 6º Cong. Amer. y 3º Argent. de Urol., 4:292
9. *Swinney, J.*: "Cirugía urológica", pág. 33, Salvat Edit., 1965.
10. *Trabuco, A.*: "La cirugía reparadora en un caso de estenosis uretepiélica". Rev. Soc. Arg. de Urol., año 14, pág. 19.
11. *Hereñú, O. C.; Alsina, G. y Pujol, A.*: "Obstrucción del aparato urinario supe-rior". 9º Cong. Argent. de Urol.

TRANSIT[®]

- **Diurético de acción prolongada.**
- **Máxima depleción hidrosalina, sin descompensación del medio interno.**

FURSEMIDA 50 mg. en microcélulas de diálisis de liberación prolongada.

Frasco de 10 cápsulas

Labinca

INCA LABORATORIOS DE ESPECIALIDADES MEDICINALES

SALCE S.A.