

Servicio de Urología/Hospital J. A. Fernández  
Servicio de Urología de la Federación Gráfica Bonaerense

### URETER RETROCAVA

Dres. Francisco M. ALVARINHAS  
Efrain JEANMAIRE

---

El uréter retrocava, también llamado Circuncava es una entidad nosológica de escasa frecuencia originado por una anomalía congénita, por persistencia de la vena cardinal posterior.

La primera descripción de esta anomalía se debe a Hochstetter en 1893. Hasta la fecha se encuentran en la literatura urológica 150 casos publicados.

En nuestro servicio es el segundo caso que se presenta, habiendo sido el anterior operado por Raúl Rubí, por un abordaje de Lumbotomía retroperitoneal.

En esta oportunidad nosotros hemos optado por un abordaje trasperitoneal mediante la incisión de Nagamura.

El cuadro clínico de esta enfermedad no se presenta en forma uniforme o con caracteres patognomónicos. El dolor y la hematuria suelen ser frecuentes, así como darse en forma asintomática en los primeros estadios de la enfermedad, hasta que se presenta como constante la uronefrosis, por el simple mecanismo de la compresión ureteral al nivel del cruce de posterior o retrocava del uréter.

La incidencia por sexos hallada en la compulsa de la bibliografía es de 2/8 en los hombres, respecto de las mujeres.

El diagnóstico se hace en base al estudio radiográfico, fundamentalmente el urograma excretor, el urograma por goteo (para reforzar las imágenes pieloureterales), la pielografía ascendente para visualizar el segmento ureteral distal a la compresión retrocava. Finalmente la cavografía con cateterismo simultáneo ureteral permite visualizar el trayecto sinuoso circuncava del uréter.

Radiográficamente puede ser considerada como una uronefrosis del tercio superior del uréter con mayor o menor repercusión en la función renal por la dilatación pielocalicial. Es casi constante la desviación y acodamiento del uréter a nivel de la L3. El uréter superior supraestructural se encuentra dilatado y acodado a la derecha de la columna. El uréter inferior post-estructural se encuentra fino y orientado hacia la línea media.

La cavografía al realizarse con cateterismo ureteral simultáneo, permite visualizar la curva sinuosa del mismo abrazado a la vena cava (en el caso feliz en que el catéter ureteral ascendente pueda llegar hasta la pelvis renal), en su trayecto retrocavo.

Se debe dejar constancia de la diferencia conceptual que existe entre la entidad uréter retrocava y uréter post-cava, que teniendo origen en la misma anomalía de desarrollo (persistencia de la vena cardinal posterior) se diferencian en el hecho de transcurrir (la segunda de estas

anomalías) entre la vena cava y la columna vertebral, emergiendo el uréter post-cava recién por debajo de la vena ilíaca primitiva derecha, es decir la totalidad del trayecto ureteral transcurre en el plano retrocavo-vertebral, siendo de mayor importancia esta anomalía y de mayor severidad sus consecuencias funcionales. De esta variedad de anomalía hay un caso descrito por D. F. Murphy en 1947.

#### **Tratamiento:**

No existe una sola y única conducta terapéutica descrita por los diversos autores, que comprenda la totalidad de los casos de uréter retrocava. Conducta conservadora y expectante frente a caliectasis mínima. Nefrouretectomía cuando la uronefrosis ha determinado ya la anulación funcional del parénquima renal. Entre estos dos extremos de conducta se escalonan otras conductas quirúrgicas conservadoras basadas en diversos procederes de transposición del uréter. En este renglón de técnicas quirúrgicas la mayoría de los autores ha optado por la sección del uréter por encima y por debajo de la estructura retrocava y la anastomosis del mismo, término-terminal.

H. C. Harrill (J. Urol. 67; 464, 1952) ha descrito una técnica de conducta diametralmente opuesta para la solución quirúrgica conservadora de esta entidad. El propone la sección y reanastomosis de la vena cava para proceder a la transposición del uréter.

En el caso que nosotros presentamos -motivo del presente trabajo; se optó por la sección supra-estructural del uréter, sección inferior o postestructural, exéresis del segmento retrocava, y anastomosis ureteral término-terminal. Este proceder se llevó a cabo por la vía transperitoneal mediante la incisión de Nagamura.

#### **Casuística:**

J.C. - 27 años. Boliviano. Procedente de la Federación Gráfica Bonaerense. H.CI. 132214. Hospital J. A. Fernández, Sala 6.

Paciente que ingresa con un cuadro de dolor lumbar permanente a predominio derecho e infección urinaria. El estudio radiológico inicial (urograma excretor) reveló una uronefrosis de riñón derecho. Las características radiológicas del caso, dilatación pielo-ureteral, acodamiento del mismo hacia la derecha, redundante y luego afinado en su porción descendente, hicieron sospechar el diagnóstico de uréter retrocava. El pielograma ascendente y luego la cavografía con cateterismo simultáneo del uréter confirmaron el diagnóstico.

La conducta quirúrgica seguida fue conservadora, teniendo en cuenta la capacidad funcional del riñón uronefrótico.

Operación: 13-11-1973. Cirujano F. M. Alvarinhas. Ayudantes: N. E. Jeanmaire y N. Goren. Anestesia general. Insición de Nagamura. Transperitoneal, Decolamiento colon ascendente y duodeno pancreas. Queda expuesto en todo su recorrido el uréter superior dilatado, redundante y acodado a la derecha, la vena cava en toda su extensión hasta su bifurcación pelviana, el pasaje retrocavo del uréter y su emergencia a la izquierda de la vena cava, continuando de pequeño calibre por su costado izquierdo, luego por su cara anterior y finalmente su abocamiento vesical en la ubicación normal y corriente.

Se procede a la sección transversal en pico de flauta del uréter supraestructural. luego a la sección también transversal y en pico de flauta del uréter inferior subestructural. Se reseca el uréter retrocavo para ser enviado a anatomía patológica. Anastomosis término-terminal del uréter ya transpuesto por delante de la vena cava inferior. La anastomosis se efectúa a puntos separados de catgut cromado. Se deja drenaje por contraabertura que se extraperitoniza mediante la reposición del colon duodenal y el cierre anatómico del peritoneo parietal posterior.

Cierre anatómico por planos. Evolución postoperatoria buena. Control radiológico postoperatorio satisfactorio.

Informe anatomopatológico del segmento del uréter retrocava: ureteritis crónica inespecífica. Hipertrofia de la capa muscular. El control radiológico en el postoperatorio alejado (10 meses) es satisfactorio.

**Comentarios:**

Presentamos este caso de uréter retrocava por su escasa frecuencia, y a los efectos de proponer a la consideración de los distinguidos colegas la vía de abordaje seguida en la solución quirúrgica conservadora del mismo.

\*\*\*\*\*