

TRABAJO ORIGINAL

Por los Doctores

BERNARDINO MARAINI y
ANTONIO MONTENEGRO

LITIASIS URETERAL

AL iniciar nuestro trabajo sobre el interesante tema "Litiásis ureteral", estuvimos a punto de abordar, siguiendo la clásica costumbre, cada uno de los capítulos en que puede ser dividida y estudiada la entidad patológica en cuestión, hasta terminar con el tratamiento.

Más tarde, a medida que íbamos dando forma a nuestra tarea, observamos que todo cuanto pudiéramos decir en lo fundamental sobre divisiones, etiología, patogenia y anatomía patológica, de la "Litiásis ureteral", no expresaría ideas propias, puesto que todo ello ha sido tan bien y tan prolijamente estudiado por los clásicos de la Urología mundial, que sólo nos llevaría a ser fieles repetidores de conceptos conocidos.

Nos queda pues, solamente a considerar algunas ramas del tronco principal, llamando la atención sobre detalles que para nosotros tienen gran importancia, para terminar con exponer algunas modalidades de los litiásicos ureterales que se nos han presentado, y la conducta que hemos seguido para tratarlos.

Consideraremos solamente los enfermos observados desde 1925 hasta la actualidad, es decir, desde la época, en que los Servicios hospitalarios, disponen de instalaciones radiográficas completas, con todos los adelantos de su técnica, con radiólogos especializados, con el personal de la Clínica preparados para esta clase de exámenes y con los enfermos más familiarizados con la necesidad del estudio radiográfico completo.

Anteriormente a esa fecha, este estudio no se efectuaba en forma completa por falta de instalaciones adecuadas, y seguramente habrán pasado por nuestras salas un número de enfermos de "litiásis ureteral", que no han sido catalogados como tales, por considerarlos litiásicos renales, dada la sintomatología alta que presentaban.

Además en esa época, a los sospechados de litiásis, se practicaba únicamente una radiografía renal, descuidando el examen radiográfico del resto del aparato urinario, escapando por esa razón muchas litiásis ureterales.

Previamente a esa era de iniciación del examen radiográfico de la litiásis ureteral, el único medio de diagnóstico de que disponíamos, era el cateterismo ureteral, utilizando sondas con la extremidad encerada, que por las impresiones que las rugosidades del cálculo dejaban en la cera, se deducía la presencia de él, y por la longitud de sonda introducida en el uréter, su ubicación.

Lo dicho anteriormente explica la relativa frecuencia de la litiásis ureteral, porque con los medios de exploración con que disponemos, raro es el caso que escape al diagnóstico.

Por estas consideraciones, creemos indispensable en todo sujeto que haya sufrido un cólico nefrítico, un examen radiográfico de todo el aparato urinario.

La estadística que presentamos se refiere, pues, a los enfermos internados en los Servicios de la Cátedra de Clínica Urológica de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, desde 1925 a Junio de 1934, es decir, 9 años y 6 meses y consta de 81 casos comprobados radiográficamente.

De estos 81 casos, 65 corresponden al sexo masculino, es decir, el 80 % y 16 al femenino, es decir, el 20 %.

Respecto a la edad, la máxima ha sido de 65 años y la mínima de 20, siendo la mayor frecuencia entre 30 y 45 años. No disponiendo nuestro Servicio de Sala de Niños y no queriendo referirnos sino a nuestra propia observación, no presentamos estadística de ellos.

En cuanto a las diferentes regiones del uréter donde se han presentado, hemos observado 48 casos en la región pelviana, 29 en la región lumbar y 9 en la porción iliaca.

Relativamente al lado, observamos 37 casos del lado derecho, 37 del lado izquierdo y 7 bilaterales. en total, pues, 74 unilaterales y 7 bilaterales.

Como complicaciones hemos observado en estos 81 casos. 6 Pionefrosis y 2 casos de anuria. De los 74 casos de litiásis unilateral, 13 han sido cálculos múltiples, y el resto, 68, únicos.

Como se ve, nuestra estadística, comparada con otras similares, es bastante numerosa pues en sólo 9 años y medio, hemos reunido 81 observaciones, mientras Marión en 16 años alcanza sólo a 74 casos.

Esta frecuencia de la litiásis en nuestro país, puede muy bien ser debida al cosmopolitismo de nuestra población.

Es concepto establecido y que nosotros aceptamos, que los cálculos ureterales son cálculos migradores, entendiendo por esto que siempre provienen del riñón, y nunca son originados en el mismo uréter, salvo los muy raros casos en que una anomalía congénita o adquirida ocasionara una estagnación de orina en el uréter o hubiese cuerpos extraños (ligaduras o suturas no reabsorbidas) que sirvieran de núcleo a cálculos originados in situ, por la precipitación de las sales de la orina.

Basado en esto se explica que lo mismo que en el riñón, sean la gran mayoría de ellos unilaterales.

Los cálculos ureterales pueden ser clasificados, aparte de su ubicación, en aquellos que molestan y los que no lo hacen: aquellos que producen alteraciones renales y aquellos que no las producen, por lo menos apreciablemente, lo que nos lleva a adoptar diferente conducta según su clasificación.

Anteriormente nos hemos referido a la necesidad absoluta de un examen radiográfico completo del aparato urinario, en todo sospechado de litiásis renal, pero debemos hacer constar que no olvidamos nunca, que muchas veces se observan manchas en el trayecto del uréter que parecen cálculos y sin embargo, no lo son, debiéndose en ese caso practicar una nueva radiografía con sondas ureterales opacas, y extremando las cosas, radiografías lateralizadas para revelar la superposición de imágenes.

Por otra parte damos importancia a la forma de la mancha, radiográfica, como indicio de cálculo ureteral, pues generalmente, cuando ha permanecido un cierto tiempo en el uréter, es alargada.

Dando muchísimas veces el cálculo ureteral sintomatología intermitente, es decir, que su presencia es denunciada únicamente por los ataques de cólico nefrítico, creemos necesario en estos casos, repetir con cierta periodicidad y siempre después de una de sus manifestaciones dolorosas, las radiografías, con objeto de cerciorarnos si la migración del cálculo se ha efectuado, o bien permanece estacionado en el mismo sitio.

Además, cuando sospechamos que un cálculo ureteral ha producido alteraciones anátomo-patológicas renales, practicamos una urografía por excreción, o bien una pielografía ascendente preferiblemente por el procedimiento de Chevasu.

Creemos indispensable también y sobre todo en los cálculos ureterales bilaterales, el estudio funcional de ambos riñones por los métodos conocidos, con objeto de investigar las deficiencias funcionales que puedan haberse producido en ellos y servir de guía para el tratamiento a instituir y para fundar un pronóstico.

No es posible establecer una conducta única a aplicarse en todos los casos de litiasis ureteral, pero de una manera general nosotros, sin desconocer, es claro, que hay cálculos ureterales que pueden eliminarse espontáneamente, sentamos como principio, de acuerdo con los maestros de la Urología contemporánea que "todo cálculo ureteral debe ser extraído" porque casi siempre el cálculo, sea cual fuera su ubicación, compromete la función renal, sea disminuyéndola o amoldándola por dilatación, uronefrosis, o favoreciendo su infección, pielonefritis o pionefrosis, o por esclerosis, reflejos inhibitorios, etc., etc.

Ahora bien, la manera de librar al uréter de su o de sus cálculos, el momento de actuar, la elección del procedimiento, etc., depende de numerosos factores que no son otra cosa que los detalles a que hicimos referencia en párrafo anterior y entre ellos la repercusión sobre el estado general bueno o malo, la ubicación lumbar, ilíaca, o pelviana, el tamaño grande o chico, la uni o bilateralidad, el estado

aséptico o de infección, el funcionalismo renal bueno, mediocre o malo, etc., etc., merecen toda nuestra atención y nos sirven de base para formar tres grupos de cálculos ureterales, a saber:

1º — Cálculos que necesitan ser extraídos por ureterotomía o que obligan a actuar sobre el riñón correspondiente;

2º — Cálculos cuya eliminación se puede obtener por medios no cruentos y de pequeña cirugía;

3º — Cálculos cuya eliminación espontánea consideramos probable o posible.

En el primer grupo figuran:

- a) Los cálculos muy grandes, de tamaño en completo desacuerdo con el diámetro de la vía de descenso;
- b) Los cálculos que sin ser muy grandes están fijos desde hace mucho tiempo en el uréter, sin progresar, a pesar del tratamiento médico adecuado — diuréticos, antispasmodicos, etc., y de las maniobras—, cateterismo ureteral, sonda ureteral permanente, dilatación ureteral, etc., que en otros casos favorecen su descenso;
- c) Los cálculos grandes o pequeños, únicos o múltiples que alteran el estado general por algias repetidas o constantes, o por anulación de la función renal, sea dilatando el riñón o favoreciendo la infección del mismo.

Las intervenciones que practicamos en los casos de nuestro primer grupo de cálculos ureterales las dividimos en:

1º — Intervenciones de urgencia; y

2º — Intervenciones de oportunidad, aplicando las primeras a los casos en que está seriamente comprometido el estado general por anuria, bloqueo renal o infección grave y reservando las segundas para todos los demás casos.

Agregaremos que cuando el riñón correspondiente es de algún valor funcional, actuamos sobre el uréter por ureterotomía con la seguridad de que mejorará el funcionamiento del riñón una vez extraído el cálculo y si el riñón está reducido a un valor funcional cero, actuamos sobre dicho órgano, practicando la nefrectomía y abandonando el cálculo, si su extracción resultara laboriosa o prolongara mucho la intervención o la nefrostomía temporaria hasta tanto mejore el estado general y permita la nefrectomía.

En nuestro segundo grupo figuran aquellos cálculos cuya eliminación puede provocarse o favorecerse con los medios que cita Jeanbreaux.

Son cálculos de tamaño mediano o pequeño, situados más o menos cerca del meato ureteral, que no exigen un tratamiento de urgencia o cuyos portadores no pueden ser sometidos a intervenciones cruentas o no las aceptan por cualquier razón.

Los 8 medios de eliminación, a que hacemos referencia, algunos de los cuales hemos usado repetidas veces con resultado variable según se verá, con los siguientes:

1º — La distensión vesical;

2º — El cateterismo ureteral permanente;

3º — Los lavajes de la pelvis renal;

4º — Las inyecciones de aceite o glicerina por medio de la sonda ureteral;

5º — La dilatación del uréter subyacente por medio de una sonda provista de un balón dilatador de Nitze;

6º — La dilatación del uréter por medio de bujías o con la sonda de Genouville;

7º — La dilatación electrolítica;

8º — La meatotomía ureteral por las vías naturales.

Según nuestra estadística, el procedimiento no cruento que más resultado nos ha dado y que usamos con más frecuencia, es el catete-

rismo ureteral permanente o no, para dilatar el uréter, movilizar el cálculo e inyectar sustancias lubricantes de preferencia aceite en la cavidad ureteral. Tratamos siempre de pasar con la sonda entre el cálculo y la pared del uréter y hacemos la inyección por encima o al nivel del cálculo.

Así hemos obtenido 16 éxitos, sobre los 81 casos tratados por distintos métodos.

También nos ha dado éxitos la meatotomía ureteral por las vías naturales, que practicamos cistoscópicamente por electrocoagulación, agrandando moderadamente el meato ureteral. Este procedimiento, que naturalmente sólo está indicado para los cálculos ureterales muy bajos, ha sido empleado en dos casos y en ambos hemos obtenido la eliminación del cálculo.

En cuanto a los demás procedimientos, no nos han dado resultado o no los hemos usado por distintas razones.

En nuestro tercer grupo incluimos:

- a) Los cálculos pequeños llamados concreciones ureterales;
- b) Aquellos cuya progresión hacia la vejiga se comprueba por radiografías frecuentemente repetidas;
- c) Aquellos que dan escasa o nula sintomatología y que se llaman cálculos latentes del uréter.

La expectación, en este grupo, se basa también en el hecho de que, con frecuencia, el portador ha eliminado anteriormente cálculos análogos o mayores al de que se trata.

A este grupo conviene el tratamiento médico a base de diuréticos, antiespasmódicos, curas hidrominerales, etc., etc., que pueden favorecer su eliminación, buscando, por otra parte modificar o cambiar la reacción de la orina, según la variedad de litiásis, a fin de evitar, en lo posible, el aumento de volumen del cálculo.

Hemos observado, 12 casos de cálculos eliminados con simple tratamiento médico, y 18 en los que si bien el cálculo no se eliminó, se modificaron o desaparecieron síntomas dolorosos, ligeras piurias, etc.

En nuestra estadística figuran 6 casos en los que fué necesario practicar una nefrectomía por Pionefrosis.

Otra de las complicaciones frecuentes, la anuria, nos obligó a practicar una nefrostomía en 1 caso.

Entre los 6 casos de pionefrosis por litiásis ureteral y que nos obligó a practicar una nefrectomía, en tres de ellos, se dejó al cálculo del uréter, ubicado en la porción pelviana, sin ninguna consecuencia ulterior para los enfermos.

El resto de nuestros enfermos, es decir, 26 casos, fueron tratados por ureterotomía extraperitoneal.

Desde 1882 en que Bordenheur extrajo por primera vez un cálculo del uréter por ureterotomía extraperitoneal, la cirugía ureteral avanzó con mucha lentitud hasta 1900, fecha del descubrimiento radiográfico del primer cálculo ureteral, extraído quirúrgicamente.

La ureterolitotomía adquiere entonces su individualidad y se transforma en una operación reglada que el cirujano podía emprender con seguridad, conociendo el sitio exacto del uréter donde se aloja el cálculo y abordarlo deliberadamente.

Gracias a las interesantes experiencias de Tuffier en 1888 y 89 quien probó que las incisiones longitudinales del uréter eran suturables y cicatrizables no dando lugar a estrecheces ni alteraciones funcionales del riñón correspondiente, la cirugía ureteral no esperaba más que la ocasión propicia para entrar de lleno en la práctica y esta ocasión se presentó con la aplicación del cateterismo ureteral primero y sobre todo, con el descubrimiento de Roetgen después.

Efectivamente, es gracias a los Rayos X que hoy día, una simple radiografía nos demuestra, la existencia, la ubicación, el tamaño, la forma, el número, y hasta en ciertas ocasiones, la composición de los cálculos ureterales.

La vía a seguir depende de la ubicación del cálculo.

En los cálculos del uréter lumbar, empleamos la incisión clásica lumbo-abdominal.

En los cálculos del uréter ilíaco o pelviano, utilizamos las incisiones de Judd, mediana o paramediana o bien la de Albarran.

Por regla general, si la incisión ureteral es grande, ponemos

uno o dos puntos de sutura con catgut fino, sin perforar la mucosa, pero en la mayoría de los casos, no practicamos ninguna sutura ureteral y cerramos la herida operatoria en dos planos dejando un tubo de drenaje juxtaureteral.

La brecha ureteral cierra en pocos días y cuando persiste pérdida de orina mayor tiempo de lo habitual, colocamos una sonda ureteral permanente.

Los resultados han sido siempre óptimos, pues, sólo en un caso, se produjo una fístula persistente, a causa de la impermeabilidad del uréter, por debajo de la incisión, debiéndose practicar mucho tiempo después una nefrectomía, que demostró un riñón completamente destruido.

La mortalidad en estos 26 casos ha sido nula.

Las recidivas según Jeanbreaux, son muy poco frecuentes y por nuestra parte no las hemos observado, sea porque no se han producido, sea porque los enfermos por nosotros operados no volvieron a vernos.

La anestesia que hemos empleado hasta la fecha, ha sido la general por el éter, salvo en un caso en que se empleó la anestesia local, pues las condiciones del enfermo no permitían la general.

Con esto queda demostrado una vez más, que la ureterotomía extraperitoneal es una operación benigna y que debe aconsejarse lo más precozmente posible en los casos de nuestro primer grupo, pudiéndose de este modo salvar muchos riñones que irían fatalmente a su destrucción.