

Por el Doctor

LEONIDAS REBAUDI

## SOBRE UN CALCULO URETERAL GIGANTE

Dado que los datos de interés para sentar la discusión están todos dados por la historia clínica, paso, para abreviar a dar lectura a la misma y séame permitido antes de comenzar ésta el lamentar que mi enfermo se negara a algunos exámenes como ser la pielografía ascendente, el examen funcional preoperatorio del riñón enfermo y la nueva pielografía descendente después de curado, restando de esta manera muchas comprobaciones interesantes.

### HISTORIA CLÍNICA.

N. N. ingresa el 24 de abril de 1935 a la sala II del Hospital Teodoro Alvarez, ocupando la cama N° 7, edad 31 años, casado, colono, de nacionalidad rusa.

*Antecedentes hereditarios.* — Padre fallecido de cáncer de estómago. Madre viva y sana, 10 hermanos vivos y sanos.

*Antecedentes personales.* — Sarampión en la infancia, hace 4 años comenzó a padecer de dolores en el flanco derecho, esos dolores no tenían ninguna irradiación, eran en forma de puntadas, no guardaban relación con las comidas, no eran acompañados de síntomas en la esfera gastrointestinal ni en el sistema urinario, el análisis de orina hecho en ese tiempo fué negativo. No fué radiografiado.

El médico que lo atendía diagnosticó colelitiasis, por esta causa fué atendido con inyecciones subcutáneas, ignorando el paciente la naturaleza de las mismas. Es de notar que durante y después de estos síntomas el enfermo no tuvo ictericia ni chuchos de frío.

*Enfermedad actual.* — Hace tres meses comienza su enfermedad actual con un dolor en la región renal derecha, dolor que se corría a la fosa ilíaca del mismo lado, no fué éste acompañado de fiebre ni de chuchos de frío, ni de vómitos, ni de constipación y en cambio el enfermo nota que orina sangre, síntoma que dura diez días. La orina era igualmente roja desde el principio hasta el final de las micciones. No hubo ni disuria ni polaquiuria, es de notar que el enfermo no tomó ninguna medicación que pudiera confundir el color de la orina con la sangre.

Con reposo en cama y unos sellos calmantes el enfermo mejora viniendo a Buenos Aires, donde hace unas radiografías en el Instituto de Radiología y Fisioterapia Municipal, constatándose la presencia de un enorme cálculo en la parte inferior del uréter derecho, cuya sombra ovalada de bordes netos se proyecta sobre el reborde derecho del sacro y a nivel de la tercera vértebra sacra. La sombra como decía es ligeramente ovalada y su eje mayor está dirigido de arriba hacia abajo y de afuera hacia adentro, lo que hace suponer que el cálculo se encuentra por debajo de la porción iliaca.

En las radiografías enviadas no es posible apreciar las sombras renales y en estas condiciones el enfermo ingresa al Servicio con el siguiente estado actual.



Figura N° 1.

*Estado actual.* — Hombre bien constituido, anisocoria marcada, dientes en mal estado de conservación, corazón y pulmones normales, ligero reforzamiento del segundo tono aórtico.

*Abdomen:* hígado y bazo normales. Riñón derecho se palpa no doloroso. Riñón izquierdo grande, se palpa fácilmente. Puntos costolumbar, costovertebral y subcostal piélico derecho e izquierdo no doloroso. Punto ureteral derecho doloroso, no se palpan cálculos. Punto ureteral izquierdo no doloroso. Punto ureteral inferior izquierdo y derecho indoloro.

Próstata normal. Testículos normales.

Sistema nervioso normal. Ligera hipereflexia rotuliana. Reflejos cremasterianos, normales.



Cistoscopia: Vejiga de 300 cm<sup>3</sup>. de capacidad, cuello vesical, normal. Meato ureteral izquierdo normal, eyaculaciones, normales de orina clara, región del meato ureteral derecho, congestionada. no se observan eyaculaciones por el meato.

Cromocistoscopia, con indigocarmín (cístocrom), lado izquierdo eyacula a los 4 minutos, del derecho no eyacula no observándose la eliminación de colorante ni aun después de los 30 minutos.

Análisis de orina: turbia; densidad 1025; ácida; albúmina 0.30; glucosa,

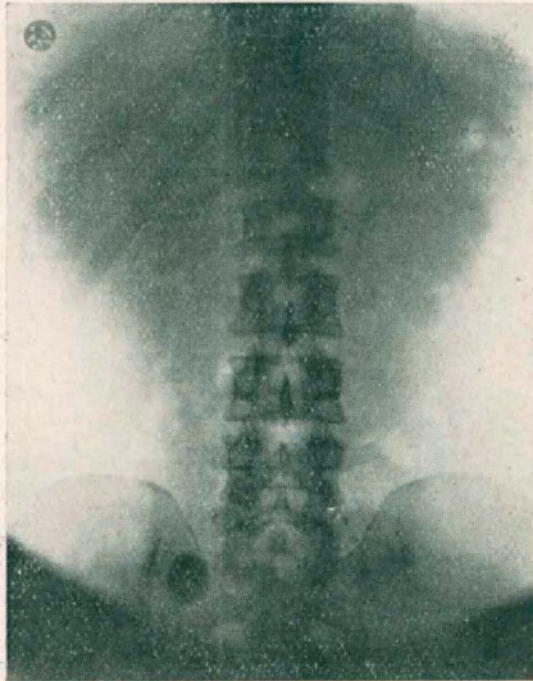


Figura N° 2.

no contiene; indican exceso; abundantes hematíes y leucocitos granulados; oxalatos de calcio (Hospital Teodoro Alvarez, 26 de abril de 1935).

Dosaje de úrea en sangre: 0.25 x 1000 (H. T. Alvarez, 30 abril 1935).

R. Wassermann: (+ + — —) Positiva débil (H. T. Alvarez, 3 de mayo 1935).

Tensión arterial: máxima 13.5, mínima 7 (Pachon).

En la radiografía simple sacada en este Hospital se nota la sombra calcúlosa muy por encima de la vez anterior en que se la observaba a nivel de la tercera vértebra sacra.

Pielografía descendente con uroseselectan B. endovenosa: primera radiografía a los 5 minutos, en una placa ambos riñones, uréteres y vejiga; comienzo de eliminación del riñón izquierdo. Segunda radiografía a los 15 minutos. Región ilíaca derecha, no se observa eliminación de riñón derecho, se observa el cálculo.

Tercera radiografía, ambos riñones, uréteres y vejiga, no hay eliminación del riñón derecho, se observa la sombra calcúlosa, riñón izquierdo buena eliminación.

En todas las radiografías se comprueba la presencia del cálculo y la falta de eliminación del riñón derecho, y buena eliminación del riñón izquierdo, el que aparece algo bajo y aumentado de tamaño. Cállices, pelvis y uréteres, normales, no se pueden observar deformación de las papilas. El riñón es aunque aumentado de tamaño, de forma normal.

Llama la atención, el gran cálculo colocado en el uréter derecho, primero

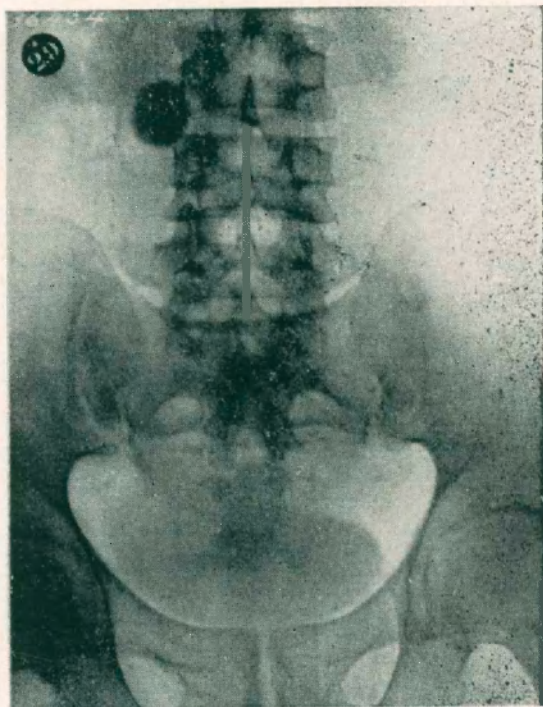


Figura N° 3.

por su tamaño y segundo, porque a pesar de no haber cambiado la incidencia de los rayos se lo encuentra desplazado, lo cual demuestra que el desplazamiento es real, necesitándose por tal motivo la presencia de un megaureter.

El enfermo se niega a una pielografía ascendente y a un examen funcional a la fenolsulfoneftaleína por separado de ambos riñones, y en estas condiciones es operado.

Anestesia general con éter, operador Dr. Rebaudi, ayudante Dr. Miguel Sussini. Incisión inguinal derecha, se descubre un megaureter de un tamaño mayor al del intestino delgado, se reconoce el cálculo que estaba colocado ligeramente por encima de la porción yuxtamural. Se lo atrae con facilidad hacia arriba, se secciona el uréter dando salida a una gran cantidad de orina, se extrae el cálculo



con facilidad. No hay estrechez alguna. Se coloca un drenaje endoureteral con una sonda Nelaton dirigida hacia el riñón y fijada a la pared ureteral y a la piel del abdomen.

*Post-operatorio.* — A las 48 horas el drenaje se tapa y se debe recurrir a un tubo de goma que evacúa siempre gran cantidad de orina durante las 24 horas (350 gramos).

La herida cura rápidamente quedando la fístula que persiste durante mucho tiempo. En estas condiciones consigo convencer a mi enfermo, de la necesidad de

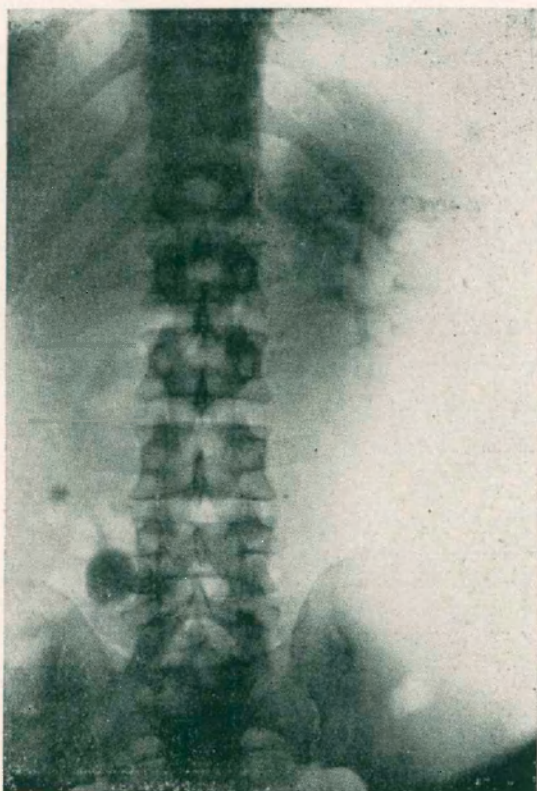


Figura N° 4.

otra cistoscopia y del cateterismo del uréter derecho, como un medio de curar su fístula. Se intenta cateterizar el uréter derecho del cual se ve eliminar como un pequeño fideo muy fino de pus, no consiguiendo nuestro objeto. Esta operación se repite varias veces con idéntico resultado.

Durante este tiempo la fístula abdominal se obstruye a veces teniendo que abrirla nuevamente para dar salida a gran cantidad de orina purulenta y es durante una de estas retenciones que traían fiebre al enfermo que practico una nueva cistoscopia y consigo ver la primera eyaculación de orina por el uréter derecho y con gran asombro mio descubro una gran dilatación ampuliforme del extremo

ureteral derecho y en la misma sesión se practica la electrocoagulación de la bolsa en forma lineal y desde este momento la fistula urinaria cede rápidamente hasta curarse completamente, siendo dado de alta el paciente.

El enfermo se niega a un nuevo examen de uroselectan B.

He aquí lo siguiente:

- 1º --- Un cálculo gigante de la extremidad inferior del uréter derecho.
- 2º --- Desplazamiento del cálculo comprobado radiográficamente.
- 3º --- La presencia de un megaureter.
- 4º --- Dilatación ampuliforme del extremo ureteral derecho.

Difícil sería catalogar por orden cronológico las diferentes lesiones de que padece este enfermo.

¿Cuál habrá sido en realidad la primera, productora de las otras? Se me ha ocurrido pensar que la primera afección ha sido la dilatación ampuliforme del extremo ureteral por estrechez del meato, produciendo ésta un retardo en la eliminación de la orina, la infección de la misma en forma crónica y de la pared ureteral con su transformación en fibras elásticas de sus músculos a lo cual siguió la dilatación. La misma infección provocaría la precipitación de las sales sobre un núcleo microbiano o mucoso y aparece entonces el cálculo que lentamente y favorecido por las circunstancias va tomando mayor tamaño.

Los movimientos del cálculo, son favorecidos por la presencia del megaureter.

Se trata de un enfermo con una reacción Wassermann positiva débil y una anisocoria. ¿Será la sífilis hereditaria, ya que niega toda infección, la causante inicial de todo esto?

Lo cierto es que en este caso la dilatación ampuliforme del extremo ureteral causada por la estrechez del meato retardó la curación del enfermo produciéndose fistula, consecuencia del retardo en la eliminación de la orina por el orificio natural. ¿Se podría concluir de esto la necesidad de operar toda dilatación ureteral observada?