

Servicio de Urología del Hosp. Alvear
Jefe Prof. Dr. JUAN SALLERAS

Por el Doctor
HECTOR D. BERRI

DOLOR CONTROLATERAL EN UNA URONEFROSIS BILATERAL

EL presente caso ha sido observado en el Servicio de la Sala 6^a del Hospital Alvear, en una enferma que presentando una Uronefrosis bilateral por mala implantación de ambos uréteres acusó un cólico renal izquierdo, cuya etiología era debida a la lesión del lado opuesto.

Se trata de una enferma: N. L. N., de 31 años de edad, soltera, que ingresa por primera vez al Servicio del Hospital Alvear el 9 de noviembre de 1935.

Los antecedentes hereditarios son sin importancia y entre los personales acusa una apendicectomía a los 18 años.

Enfermedad actual. — A los 18 años acusa bruscamente un fuerte dolor lumbar izquierdo con irradiación al flanco y miembro inferior del mismo lado y además dolor en fosa iliaca derecha, por lo que se le efectúa una apendicectomía. Desde esa fecha hasta la de su primer ingreso al Servicio sus dolores en el lado izquierdo persistieron, caracterizados por contricción en la región lumbar izquierda con irradiación al muslo de ese lado, polaquiuria diurna cada 15', y nocturna (3 a 4 veces) con dolor al final de la micción. Toda esta sintomatología se exacerbaba con los movimientos y con el trabajo.

Estado actual. — A su ingreso (noviembre de 1935) acusa buen estado general, lengua húmeda, constipación crónica.

Aparato urinario. — Riñones no se palpan; puntos renoureterales negativos. Orinas limpidas.

Examen radiográfico. — Simple previo cateterismo ureteral (Nº 1); R. D. en buena posición y sin sombras anormales. R. I. poco visible, sin sombra anormal.

Pielografía ascendente con Yoduro de Sodio al 30 % (Nº 2); R. D. buena posición. Capacidad de las vías de excreción 15 c. c. Cálices y bacinetes dilatados con malformación de este en su punto de unión con el uréter. R. I. buena posición. Capacidad 25 c. c. Bacinetes muy dilatados con malformación del uréter (posición alta).

Tiempo de evacuación: 10'' (Nº 3). Persiste el relleno en ambos lados.
Diuresis. — 1800 c. c. Azohemia 0.30 por 1000.

Examen cistoscópico. — En 150 c. c. se observa: mucosa de aspecto y coloración normal. Uréteres bien visibles, entreabiertos. Eyaculaciones normales, límpidas, trígonos congestivos.

Tratamiento quirúrgico. — Anestesia general. Incisión oblicua. Se llega a la loge renal que se abre liberando el riñón de sus numerosas adherencias que

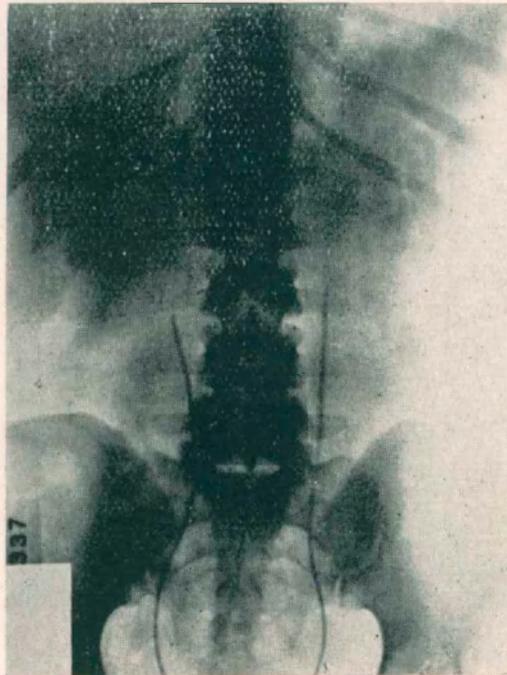


Figura Nº 1
Radiografía simple previo cateterismo
ureteral.

parten del polo inferior y llegan al peritoneo que recubre el duodeno. Riñón del tipo fetal con numerosas lobulaciones. Se tallan 4 colgajos, 2 más largos superiores y dos inferiores, los que por 4 riendas se fijan al 10º y 11º espacio intercostal. Se sutura pared por planos y se deja drenaje en la loge.

Postoperatorio. — Enferma en posición de Trendelenburg durante 10 días. A las 48 horas se retira drenaje; a los 8 días los puntos de sutura y los 20 días se levanta la paciente, dándosele de alta el 18/12/35.

El 18 de julio de 1936, se efectúa una pielografía ascendente de control (Nº 4) que nos muestra en el lado intervenido (izquierdo), un riñón con vías de excreción muy dilatadas, pero se ha modificado por la nefropexia la direc-

ción del riñón cuyo punto máximo de declive del bacinete se halla en su unión con el uréter.

En el lado derecho uronefrosis de regular tamaño con la malformación ya citada anteriormente.

Tiempo de evacuación: 10'. — R. I. gran retención. — R. D. discreta retención.

El 24 de mayo de 1937 reingresa con fuertes dolores en ambas regiones lumbares con irradiación hacia ambos muslos. Estos dolores son de mayor in-



Figura N° 2
Pielografía ascendente.

tensidad en el lado izquierdo intervenido y son del tipo cólico con irradiación a veces inguinal.

Cuatro días más tarde, estando en cama acusa un fuerte cólico en la región lumbar izquierda y por delante en la parte más alta de ese lado de la cavidad abdominal. En vista de ello se efectúa un cateterismo ureteral izquierdo, es decir, del lado ya intervenido y se comprueba que no existe retención, que las eyaculaciones son del tipo fisiológico intermitente con orinas límpidas (15 cc. en $\frac{1}{2}$ hora).

Como los dolores continuaban con la misma intensidad y en virtud de existir una uronefrosis del lado derecho, efectué un cateterismo de este lado y con gran sorpresa se observó una gran retención que dió más de 100 cc. en $\frac{1}{2}$ hora de eyaculaciones continuas y con cesación inmediata de dolor a medida que la

orina era eliminada hasta calmar éste por completo cuando las eyaculaciones se hicieron intermitentes.

Con estos antecedentes se resuelve: la intervención en el lado derecho, resolviéndose por una nefropexia y neurolisis con técnica igual a la del lado opuesto. Efectuadas éstas la enferma acusa desaparición de los dolores agudos que presentaba y solamente persiste aún, y en ciertas circunstancias pequeños dolores en la región lumbar izquierda.



Figura N° 3
Tiempo de evacuación.



Figura N° 4
Pielografía ascendente, post operatorio a
la nefropexia y nemolisis (izq.)

No se efectúa pielografía de control post-operatoria a esta última intervención por no haberse presentado la enferma hasta la actualidad.

COMENTARIOS

Como se observará se trata de una enferma con una uronefrosis bilateral por mala implantación de ambos uréteres intervenido del lado izquierdo (nefropexia y neurolisis), que a posterior acusa dolores a tipo cólico de ese lado, pero cuya causa etiológica obedecía al proceso renal del lado opuesto, comprobado esto por los datos aportados por el cateterismo ureteral.

Debimos, pues, admitir que se trata de un espasmo de las fibras del bacinete o del uréter derecho por excitación del otro riñón.

Serrallach presentó en el 4º Congreso de la Sociedad Internacional de Urología, en 1930, un enfermo con tuberculosis renal izquierda, con orinas globales turbias, que acusó un dolor violento en el lado derecho que obligó a un cateterismo ureteral de ese lado que dió una retención de 2 c.c. de orinas límpidas sin que cesara el



Figura N° 5.
Tiempo de evacuación o post operatorio
a la nefropexia nemolisis (izq.)

dolor, por lo que al día siguiente, se efectuó un cateterismo del lado izquierdo que calmó el dolor a medida que la evacuación del líquido se producía y que reparació al inyectarse nuevamente, lo que demostró que se trataba de un dolor del lado sano D., proveniente del lado izquierdo por un espasmo reflejo.

Por estas consideraciones podemos admitir que en el presente caso ha sido el factor mecánico únicamente el primordial en la etiopatogenia de la uronefrosis bilateral al ocasionar un obstáculo ana-

tómico en la evacuación normal del riñón, estimulando en un momento dado el aparato neuromuscular pieloureteral con dolor en un lado, y en el otro con efecto oclusivo del uréter y la retención consiguiente.

Las experiencias de Blatt dicen que el peristaltismo del bacinete y del uréter es regulado por el centro ganglionar automotriz situado en las paredes de las vías de excreción y que las lesiones de estos centros ocasionan parálisis y atonía de estas vías y la dilatación consiguiente.

Los trabajos de Stewart y Barber, indican dilataciones ureterales por trastornos nerviosos del uréter, y los de Megazzini, muestran la importancia del factor mecánico y, además, del nervioso en este último, al producirse la dilatación del bacinete por la denervación del pedículo.

¿Por qué se ha producido ese espasmo y esa retención? Debemos explicarlo de acuerdo a la opinión de urólogos como Legueu y Fey, que admiten en las uronefrosis trastornos en la musculatura y en la evacuación del bacinete, con dolores de cólico y espasmos, con retenciones agudas o crónicas, que llegan a veces al verdadero estado de estrechez dinámica, principalmente en aquellos sitios en que la musculatura es más desarrollada o en las vecindades de regiones las más ricas en formaciones intrínsecas nerviosas, es decir, cerca del cuello de la pelvis.

Estos espasmos en que se llega a la desaparición de la luz ureteral y la completa cesación del pasaje de la orina puede ser vencido por contracciones superiores más poderosas, pero no así en bacinete y cálices ya dilatados en las grandes uronefrosis, como en el presente caso en que se ha perdido mucho de la tonicidad de las paredes, existiendo, además, lesiones o alteraciones de las células ganglionares y filetes nerviosos de las paredes de las vías de excreción.

Estos espasmos bruscos que aparecieron en nuestra enferma son cólicos en conductos en retención crónica en que adaptadas las vías superiores más o menos al nuevo equilibrio creado por un obstáculo mecánico crónico, se vuelven bruscamente insuficientes para poder dar lugar a las necesidades de la evacuación. En estas condiciones ellas se dejan distender y es esta distensión aguda la que hace nacer a nivel del obstáculo el espasmo que provoca la retención brusca.

Basta, de acuerdo a la opinión de Fuchs, una poliuria brusca, para provocar al nivel del obstáculo, un espasmo que bloquea por completo el pasaje de la orina. En lo que respecta a reflejo renal en nuestra enferma, la patogenia no se explica, pero podemos admitir que: existe una similitud con los dolores paradoxales que se observan en enfermos en el lado sano, no en el verdaderamente enfermo, dolores reflejo y susceptibles de ocasionar errores de diagnóstico, como en el presente caso.

La fijación del riñón efectuada en nuestra enferma en ambos lados, ha permitido un mejor drenaje del riñón y con ello, una mejor evacuación funcional de la orina y, además, la supresión del espasmo después de la segunda nefropexia y por último, de acuerdo al concepto de Papin, la neurolisis ha suprimido el dolor sin ocasionar otros trastornos de función en el aparato urinario.