

Hospital Rawson. Servicio de Urología,
Jefe: Prof. Dr. BERNARDINO MARAINI

Por los Doctores

GUILLERMO IACAPRARO
y J. AMENDOLARA

LITIASIS URETERAL PELVIANA. CONSIDERACIONES DE UN CASO CLINICO

NOS guía en el comentario del presente trabajo, relatar la evolución curiosa, si así se nos permite llamarla, de un cálculo enclavado en el uréter pelviano izquierdo, durante aproximadamente 8 meses. En efecto; después de infructuosas tentativas de cateterismos ureterales que no conseguían hacer arribar el cálculo a la vejiga a pesar de su proximidad, resolvimos abordarlo por la vía quirúrgica y los acontecimientos que se sucedieron a la intervención, son los que motivan este comentario.

R. L., de 45 años, argentino; nos consulta por un padecimiento urinario que relata con todo detalle y que data desde su iniciación aproximadamente 8 meses. Se trata, en esencia, de dolores de tipo cólico nefrítico que se inician en la región lumbar izquierda, con todas las características de intensidad e irradiación del mismo. Cólicos intensos de duración variable, que calman en ocasiones, después de algunas horas, alcanzando en otras, a 1 ó 2 días.

El cólico francamente de tipo renal en un principio, se hace al poco tiempo, de tipo ureteral y es entonces que el enfermo acusa sus molestias en especial en el hipocondrio y flanco izquierdo, con irradiación epigástrica e inguino escrotal y acompañados de fenómenos reflejos intestinales.

Carácter importante en la manifestaciones dolorosas del enfermo, era la intensa oliguria que acompañaba al cólico, siendo ella seguida de crisis poliúricas después que el mismo había cesado.

Hematurias totales post cólicas en algunas ocasiones y como dato importante, nunca el cólico nefrítico fué seguido de expulsión de cálculo. Al consultarnos nos dice que una radiografía obtenida hace 6 meses denotaba un probable cálculo cerca de la vejiga.

Con esos datos de importancia en lo que respecta a su enfermedad actual, realizamos el examen de nuestro enfermo cuya historia clínica es la siguiente:

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Gonorrea hace 5 años complicada con orquiepididimitis derecha. Dice el enfermo estar curado de su padecimiento blenorragico.

Antecedentes familiares. — Sin importancia.



Radiografía simple que muestra el cálculo situado en la región que corresponde al ureter pelviano izquierdo.

Enfermedad actual. — Nos muestra un hombre normalmente desarrollado, con aparente perfecta salud.

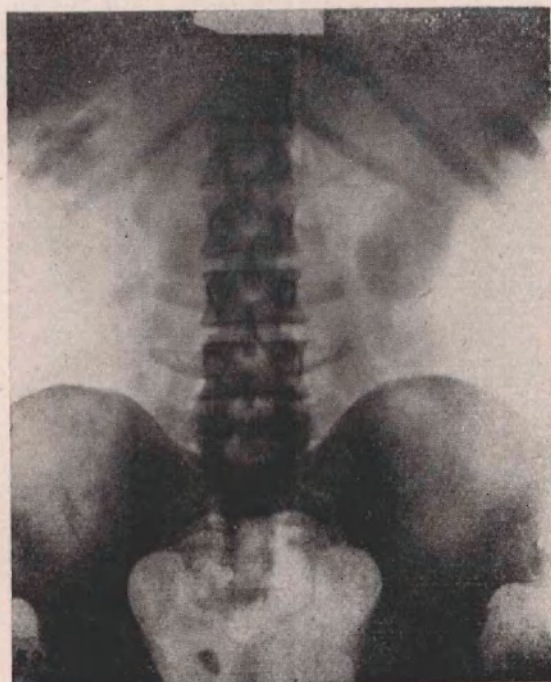
Negativo el examen somático y dadas las características del relato clínico, orientamos nuestro examen hacia el presunto órgano afecto: riñón izquierdo.

Se lo explora clínicamente con todo detenimiento y conseguimos en ocasiones palpar su tercio inferior por los procedimientos bimanuales conocidos: al parecer aumentado de volumen, liso, dando la sensación palpatoria de tipo globuloso y discretamente doloroso. Excursiona poco con los movimientos respiratorios.

Positivos todos los puntos reno ureterales y positiva también la puño excursión de Murphy.

Negativo resulta el examen clínico del riñón derecho. El examen del aparato génito urinario inferior es normal.

La cistoscopia que se realiza con 200 grs. de líquido nos muestra una vejiga en su mayor parte sana, con los caracteres de color, brillo y vascularización normal; discreta trigonitis y meatos ureterales distintos en su aspecto: lineal el derecho, entreabierto, rojo y edematoso el izquierdo. Mientras constatamos la



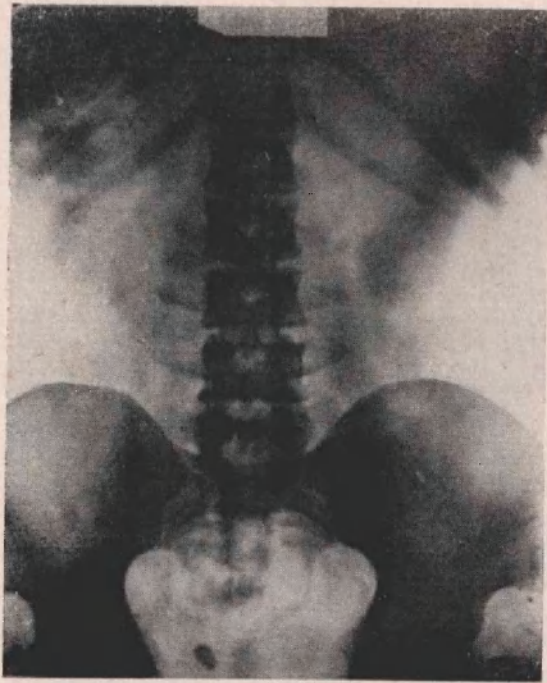
Urográfico excretor con Per-Abrodil 5'. Eliminación normal lado derecho. Ausencia de eliminación en el izquierdo.

eyaculación rítmica de orina clara por el meato derecho, la observación atenta cistoscópica nos muestra falta de toda eyaculación del meato ureteral izquierdo. Cromocistoscopia positiva en el lado derecho a los 4'; negativa en el izquierdo a los 15'.

El estudio radiográfico es sin duda alguna el de mayor interés en nuestro enfermo.

La radiografía simple 52908 - 52909 nos muestra como dato de importante valor la sombra con las características de un cálculo del tamaño de una aceituna chica ubicada en la región que corresponde al uréter pelviano izquierdo.

La urografía excretora obtenida con per abrodil de Bayer a los 5' y 15' nos muestra buena eliminación del lado derecho, nefrograma y vía excretora ureteropielocalicial de caracteres normales; lado izquierdo: eliminación nula, ni siquiera es visible la impresión nefrográfica de la substancia opaca. La pielografía de relleno del riñón izquierdo no se practica por ser infructuoso el paso del cateter ureteral, el cual se detiene a 5 cm. del meato, ratificando el mismo, la conclusión



Urograma excretor a los 15'. Normal lado derecho. Negativo lado izquierdo.

diagnóstica de litiasis, ya vislumbrada por el síndrome clínico, la radiografía simple y la negatividad del urograma excretor.

Los exámenes biológicos y de laboratorio complementarios nos dicen:

Orina nada de anormal, reacción de pus negativa y en el sedimento uno que otro leucocito normal.

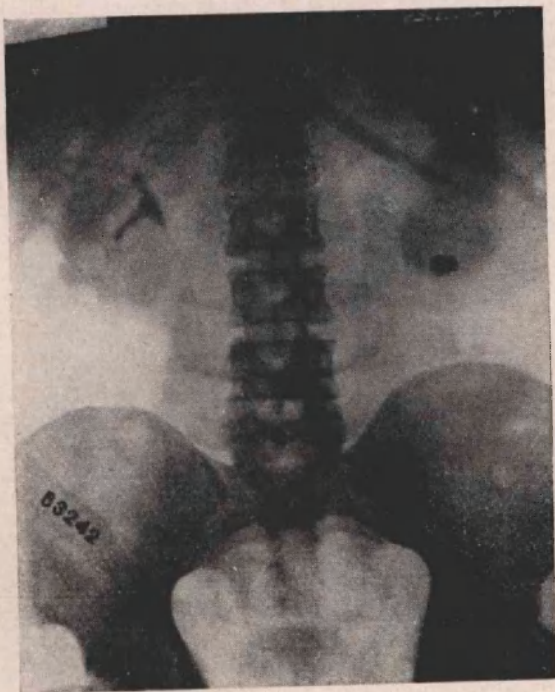
Reacción de Wasserman: negativa. Azohemia 0.62 ‰. Cloruremia 3.30 gr. ‰.

Diagnóstico. — Por lo que antecede se hace diagnóstico de litiasis ureteral izquierda y se resuelve intervenir al enfermo previa la preparación pre operatoria que es de práctica en estos casos.

Operación: con anestesia general.

Operador: Dr. G. Iacapraro. Ayudantes: Dres. Molina y Amendoiara.

Se aborda el uréter por la incisión de Judd lateral; incindidos los planos musculares de la manera habitual se rechaza el peritoneo y se va en busca del uréter. Las guías anatómicas permiten rápido su hallazgo, se explora y se palpa todo su tramo desde los vasos ilíacos hacia abajo. De inmediato llega a palpase el cálculo



Urográfico excretor después de practicada la 1ª operación (ureterotomía). Se observa el cálculo en el polo inferior del riñón. Sigue negativa la eliminación en el lado izquierdo.

y dada su ubicación casi yuxta vesical tratamos de movilizarlo con suaves maniobras digitales para conseguir traerlo hacia arriba y poder practicar la ureterotomía lo más alto posible. En las pacientes maniobras de movilización del cálculo, que exige trabajo pues parece estar enclavado, conseguimos luxarlo deslizándose entre los dedos y desde ese momento perdemos todo contacto con él, no siendo posible hallarlo en la cuidadosa y paciente exploración ureteral en todo el tramo ilíaco pelviano que permite la discreta brecha quirúrgica.

Resolvemos practicar una ureterotomía a nivel del promontorio, para proseguir nuestras exploraciones intra ureterales: todas ellas resultan negativas.

Con ayuda de una sonda "a bequille" llegamos hacia abajo hasta la cavidad vesical encontrando libre la luz ureteral y hacia arriba igualmente libre la porción

que es posible explorar. Hecho curioso, por la incisión ureteral notamos que no hay salida de pus ni de orina, dato importante que recalcamos en la historia clínica. Damos por terminada la intervención y dejamos un drenaje teniendo en ese momento casi la convicción que el cálculo en las maniobras realizadas, lo hemos rechazado hacia la vejiga dada su ubicación próximo a la misma.

Post operatorio. — Excelente, evolución apirética, ausencia de pus y orina en la herida y a los 10 días, pudiendo ya el enfermo moverse pedimos de inmediato una radiografía simple de árbol urinario para localizar el cálculo, el cual con toda nuestra sorpresa, lejos de hallarlo en la vejiga, lo encontramos situado en plena sombra renal, en el sitio que podríamos decir corresponde a la zona del cálize inferior. Tal nuestra extrañeza al ver semejante excursión no sospechada y a ello agregado el hecho que por su forma, tamaño y opacidad no admitía dudas que se trataba del mismo cálculo.

Por otra parte, nada de particular en la región vesical y la cistoscopia mostraba una vejiga libre de cálculos.

Tan curiosa era la evolución del cálculo, que los colegas del servicio que no conocían con detalle las incidencias del caso, hacían como primera manifestación la siguiente: esa imagen calculosa corresponde a otro cálculo formado, debiendo el cálculo ureteral hallarse en la vejiga.

Repetimos que las simples reflexiones del caso con las pruebas radiográficas en la mano no admitían duda sobre el retroceso al riñón.

Damos de alta al enfermo para que se reponga y reingresa a los 20 días con un nuevo e intenso ataque de cólico nefrítico izquierdo. Nuevo examen radiográfico muestra cálculo en riñón izquierdo, urograma derecho normal, urograma izquierdo negativo.

Estando el enfermo internado repite 2 ó 3 veces en el curso de una semana su intenso cólico y después de uno de ellos, nota con sorpresa que algunas micciones claras son seguidas de verdaderas descargas de pus y además, que la micción es en ocasión interrumpida, al parecer por un cuerpo extraño que se interpone en la luz uretral pudiendo reanudarla el enfermo sólo con el cambio de posición. Practicada una cistoscopia, se comprueba que el cálculo se halla en la vejiga y la radiografía simple muestra ya su desaparición de toda la zona reno ureteral. Se extrae el cálculo de la vejiga por litotricia y luego, al comprobar que el riñón izquierdo es una simple bolsa pironfrótica se resuelve practicar una nefrectomía. Se opera con anestesia general. Operador: Dr. Iacapraro. Ayudante: Dr. Amendolara.

Post operatorio. — Muy bueno, el enfermo es dado de alta a los 20 días con óptimo estado general y orinas cristalinas.

COMENTARIOS

Comentemos los hechos salientes que se obtienen por la narración de este caso.

Diagnóstico simple, lógica indicación quirúrgica de su cálculo ureteral para intentar salvar su riñón. Aparecen luego las incidencias conocidas que nos permiten hacer las siguientes reflexiones:

1° — La extraordinaria importancia de los Rayos X en la sala de operaciones que nos hubieran evitado exploraciones infructuosas y la ureterotomía, al mostrarnos el cálculo emigrado al riñón. Por otra parte nos hubiera abreviado la operación si bien es cierto que dado el tipo de incisión anterior (abdominal) hubiera sido imposible en el mismo acto quirúrgico ir en busca del cálculo situado ya en el riñón.

2° — La conveniencia de practicar una discreta compresión de la luz ureteral por encima del cálculo a movilizar, sobre todo, cuando estamos en presencia de un uréter dilatado para evitar su migración muy alta, lejos de la herida quirúrgica: claro que esta segunda reflexión pierde valor cuando se resuelve realizar la ureterotomía sobre el mismo cálculo sin movilizarlo. Sin embargo creemos que en las litiasis ureterales pelvianas a los efectos del drenaje post operatorio y de evitar en lo posible las celulitis, siempre es más ventajoso realizar la ureterotomía lo más alto posible.

3° — Nos queda el interrogante de cómo un cálculo que estando durante buen tiempo en un uréter sin poder franquear su porción terminal llega a la vejiga en el primer cólico después de su movilización y migración al riñón.

Por otra parte en nuestra búsqueda bibliográfica no hemos hallado el relato de un caso clínico similar; es decir cálculo, de discreto tamaño ubicado en la porción baja del uréter pelviano que en las maniobras de movilización en un momento dado, al conseguir apenas luxarlo desaparece de nuestros dedos para quedar alojado desde entonces en el riñón.

DISCUSIÓN:

Dr. García. — *Desea exponer tres sugerencias del caso: 1° Insiste en la necesidad de fijar el uréter para que en las maniobras operatorias, no emigre el cálculo. Pflaumer, usa para ello un tubo de goma, que comprime perfectamente el uréter sin lesionarlo 2° Cree que la movilidad anormal del cálculo se debe a la dilatación ureteral. Cita un caso observado en la clínica del Prof. Heckenbach, en que vió ascender tras un fuerte cólico renal, un cálculo ureteral hacia la pelvis, tras un gran baño caliente y enema coló-*

rico. 3º El cálculo está fijado en su sitio por un proceso de ureteritis, al ser liberado el uréter, el cálculo ha podido ser expulsado

Dr. Rebaudi. — El cálculo se ha enclavado por un espasmo debido a la ureteritis, y luego al ser liberado el uréter, ha corrido hacia la pelvis. Cree que se hubiera podido expulsar.

Dr. Armendolara. — Cree en la teoría inflamatoria como explicación para la fijación del cálculo. Se hizo al enfermo tratamiento antiespasmódico repetido.
