

Por los Doctores

JOSE S. DOTTA y  
TOMAS V. DELPORTE

## RUPTURA ESPONTANEA DEL URETER

EL presentar el trabajo que ponemos a consideración de los distinguidos colegas, sólo nos lleva el propósito de aportar nuestra casuística personal de una afección raramente observada, como es la que nos ocupa, ya que son contados los casos en que los autores han constatado esta complicación de la litiasis uretral.

En la literatura nacional, sólo hemos encontrado la publicación de un caso por el doctor Ercole, presentada a la Sociedad Argentina de Urología, en cuya oportunidad los doctores Surra Canard, Pagliere y Grimaldi, hicieron referencia a casos observados por ellos, aunque no han sido dados a publicidad.

Surraco, de Montevideo, publica una serie de ocho casos, de los cuales seis son rupturas espontáneas del ureter por litiasis y dos son traumáticas, y que apareciera en el Journal d'Urologie, año 1937. Otros autores, como Foulds y Varey, Goidin, Gaume y Herman, presentan observaciones personales al respecto.

Es, pues, una complicación verdaderamente rara de la litiasis uretral, y al presentar los casos por nosotros observados, creemos contribuir a ampliar el conocimiento que de esta afección se tiene.

Pasamos a relatar las historias clínicas resumidas de nuestros enfermos:

OBSERVACIÓN N° 1. — J. S., 34 años, argentino, casado, agente de policía. Hist. Clínica N° 1. Tomo 2 (Serv. de Urología del Hospital Italiano). Ingreso: 6 - X - 37.

*Antecedentes personales.* — En su juventud, blenorragia y chancro blando con adenopatía supurada; buen bebedor y fumador; no es constipado.

*Enfermedad actual.* — El 15 de septiembre, tres horas después de una comida copiosa, siente dolor intenso en el hipocondrio izquierdo, sin irradiaciones y sin

vómitos, acompañado de escalofríos e imposibilidad de incorporarse. Internado en un Sanatorio, le hacen tratamiento sintomático, calmando en algo sus dolores al cabo de cuatro días. Tres días después comienza a sentir dolor persistente en la región lumbar izquierda, continuo, sin irradiaciones y sin polaquiuria ni hematuria; lo medican con fricciones y lo dan de alta. Durante todo este tiempo, acusó temperatura diaria de tipo variable, presentando además una constipación pertinaz: sus orinas eran al comienzo cargadas, para hacerse luego más claras.

Como los dolores persistieran, se interna en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Italiano, de donde al tercer día de su estado lo trasladan al nuestro.

*Estado actual.* — Enfermo de regular estado general, subfebril, lengua saburral.

*Aparato pulmonar:* nada de particular. Tensión arterial, máxima 12.

*Riñón derecho.* — No se palpa; no hay puntos renales ni ureterales dolorosos.

*Riñón izquierdo.* — La región lumbar y el hipocondrio correspondiente están ocupados por una tumefacción de límites imprecisos, dolorosa a la presión, de consistencia pastosa, que abomba ampliamente en la región lumbar; hay contractura muscular marcada.

*Análisis de orina.* — Albúmina y glucosa: no contiene. Sangre y pus: no contiene; abundantes cristales de urato de sodio.

*Recuento globular.* — Glóbulos rojos: 3.800.000; glóbulos blancos: 19 600.

*Radiografía directa de riñones y vejiga.* — Sombra de riñón derecho de aspecto normal; sombra de riñón izquierdo no se visualiza, constatándose la desaparición de la sombra del psoas; a la altura de la apófisis transversa de la segunda vértebra lumbar, pequeña sombra sospechosa de un cálculo ureteral.

Con el diagnóstico de flemón perinefrítico, se decide la intervención inmediata.

*Operación.* — 9 - X - 37. Cirujano: Dr. Dotta. Ayudante: Dr. Gosende. Anestesia general por éter. Incisión clásica respetando en lo posible los planos musculares. Inmediatamente de abierta la aponeurosis del transverso, fluye abundante cantidad de líquido turbio, con grumos blanquecinos y que tiene fuerte olor a orina; explorado el riñón en toda su superficie, no se constata nada de particular; uréter no se visualiza. Drenaje de la loge renal con sonda Pezzer; cierre parcial de la pared por planos.

*Post-operatorio.* — Sin incidencias. La temperatura se hace normal, el dolor desaparece y es dado de alta el 8 - XI - 37 en buenas condiciones, con su fístula lumbar de la que se recogen unos 500 c.c. diarios de orina.

Concorre periódicamente al consultorio externo, donde se le practican en dos oportunidades cateterismos del uréter izquierdo; en ambas ocasiones la sonda tropezó con un obstáculo infranqueable a los 22 cms.; inyectando por el cateter una solución de azul de metileno, no se colorea la orina recogida por la fístula lumbar.

*Pielograma por excreción.* — Buena eliminación a los 10' por ambos riñones; sombra renal, pelvis y uréter derechos, de aspecto normal. Sombra renal izquierda ligeramente aumentada de tamaño; pelvis doble con discreta dilatación de ambas; el uréter izquierdo no se visualiza en ninguna de las radiografías toma-

das. A la altura de la parte inferior de la articulación sacroilíaca, un poco por dentro de la interlínea articular, sombra alargada, densa, con los caracteres de un cálculo ureteral.

*Pielografía ascendente.* — Se intenta realizarla con el objeto de constatar la impermeabilidad del uréter izquierdo; el líquido opaco llega a una zona del uréter situada un poco por debajo de la apófisis transversa de la 3<sup>a</sup> vértebra lumbar, refluyendo de allí hacia vejiga.

El estado general del enfermo ha mejorado considerablemente, por lo que se resuelve intervenirlo, para solucionar el inconveniente que representa la fístula lumbar.

*Operación.* — 2 - IV - 38. Cirujano: Dr. Dotta. Ayudante: Dr. Colombo Berra. Anestesia general por éter. Llegados a la loge renal, nos encontramos con un proceso muy intenso de perinefritis esclerolipomatosa, por lo cual la liberación del riñón resulta muy dificultosa; el uréter se halla fuertemente adherido al peritoneo, engrosado y con gran induración de sus paredes, en una extensión de 5 cms.; por esta razón se decide, no obstante el aparente buen estado del riñón, proceder a la nefrectomía. Dado el proceso de esclerosis que invadía la región del hilio, y no satisfaciéndonos las ligaduras que practicamos, se deja un clamp a permanencia. Drenaje de gasa; sutura de la pared por planos.

*Post-operatorio.* — A los cinco días se retira el clamp del hilio; la cicatrización se hace normalmente, dándose de alta al enfermo, el 9 - V - 38, completamente curado.

Como complemento de esta historia, aunque sin relación directa con el tema que tratamos, nos parece interesante relatar un nuevo episodio litiásico agudo, por el que se debió operar nuevamente.

Tres meses después de haber sido dado de alta, el 5 - VIII - 38, se interna en el servicio de Urología, manifestando que hace cuatro días comenzó a sentir dolor en la región lumbar derecha, que iba aumentando de intensidad, irradiado a vejiga y genitales externos, y acompañado de escalofríos, temperatura y "oliguria".

Constatamos al examen, dolor en puntos renales y ureterales derechos, riñón no se palpa, orinas escasas, concentradas, sin sangre y con abundante sedimento. Practicada una radiografía directa de riñones y vejiga, no se constatan sombras de litiasis urinaria. Se realiza cateterismo ureteral en repetidas oportunidades, tropezando siempre la sonda con un obstáculo infranqueable a los 19 cms.

La oliguria se transforma en anuria; el cateter dejado a permanencia no drena. Se administra agua, sal y azúcar al decir de Chevassu, escilarina, ventosas escarificadas en región lumbar, etc., sin conseguir vencer la anuria. La azotemia se eleva a 1.90 grs. por mil, el estado general empeora, lleva cuatro días de anuria razones por las cuales se decide la intervención.

La sintomatología nos hacía presumir la existencia de un cálculo enclavado en el uréter lumbar, a pesar del resultado negativo de las radiografías; además se llevaba el propósito de practicar una decapsulación renal.

*Operación.* — 13 - VIII - 38. Incisión de Ekehorn. Se encuentra un cálculo enclavado en el uréter lumbar, el que se extrae por ureterotomía. Decapsulación

renal. Cierre de la pared por planos. El día de la intervención, el enfermo tuvo una diuresis de 5 lts.

*Post-operatorio:* normal, siendo dado de alta el 14 - IX - 38, curado.

OBSERVACIÓN N° 2. — J. R., 32 años, argentino, casado, empleado. Hist. Clínica N° 143. Tomo 2 y N° 88. Tomo 3 (Servicio de Urología del Hosp. Italiano). Ingreso: 19 - V - 39.

*Antecedentes personales.* — Operado de apendicitis aguda hace 25 años. Blenorragia y chancro blando hace 12 años. Desde hace 6 ó 7 años nota que sus orinas son turbias y dejan un depósito en el recipiente, de color blanquecino. Buen bebedor; regular fumador; no es constipado.

*Enfermedad actual.* — Diez días antes de su ingreso, tiene un dolor tipo cólico renal, en la región lumbar izquierda, propagado hacia vejiga y genitales externos, con polaquiuria y hematuria total que dura solo dos micciones: este cuadro cura espontáneamente en 24 horas, no habiendo comprobado la eliminación de cálculos. Al día siguiente reaparece el dolor, pero ya en forma de dolor intenso, continuo, que los calmantes no consiguen yugular, acompañado de escalofríos y temperatura de 39°. Concomitantemente nota la aparición de una tumefacción, en la región lumbar, que aumenta progresivamente de tamaño, que se extendía hacia el hipocondrio correspondiente y exquisitamente dolorosa. Como con los tratamientos instituidos no mejora, se interna en nuestro servicio.

*Estado actual.* — Enfermo en precario estado general: temperatura de 37°; 110 pulsaciones por minuto; lengua seca.

*Corazón.* — Tonos normales. Tensión arterial: máxima 13.

*Pulmonés.* — Derecho: nada de particular; izquierdo: matitez en base, abolición de vibraciones vocales, soplo espiratorio, desaparición del murmullo vesicular.

*Riñón derecho.* — No se palpa; punto renal posterior, ligeramente doloroso.

*Riñón izquierdo.* — La región lumbar e hipocondrio se hallan ocupados por una tumefacción de límites borrosos, dolorosa a la presión, de consistencia pastosa, dejando el signo del godet. Intensa contractura muscular.

*Radiografía directa de riñones y vejiga.* — Imágenes de cálculo en pelvis renal derecha y úreter izquierdo. Desaparición parcial de la sombra del riñón izquierdo y de los contornos del psoas, por sombra suplementaria entre columna vertebral y riñón. Concavidad de la columna hacia el lado izquierdo.

*Cateterismo renal y pielografía ascendente.* — La sonda ureteral derecha, drena orina ligeramente turbia; la izquierda no funciona. Pielografía: Riñón derecho: pelvis y cálices de aspecto normal; discreto descenso del riñón. No habiendo contraste marcado entre el líquido opaco inyectado y el cálculo de la pelvis, éste se localiza con dificultad. Riñón derecho: fuertemente rechazado hacia arriba y afuera; pelvis renal no se rellena; cáliz superior ligeramente dilatado; cálices inferiores comprimidos y conglomerados, rechazados hacia arriba y afuera; úreter rechazado algo hacia afuera; imagen de infiltración de la substancia opaca en la atmósfera peritrenal, entre la columna vertebral y el borde interno del riñón, de

límites esfumados, siguiendo la dirección del músculo psoas. El punto de ruptura del uréter parece corresponder al sitio del enclavamiento del cálculo, un poco por encima de él, a nivel de la apófisis transversa de la 3ª vértebra lumbar.

*Dosaje de úrea en sangre.* — Contiene 0.40 grs. por mil.

*Recuento globular.* — Glóbulos rojos: 3.600.000. Glóbulos blancos: 16.400.

Con el diagnóstico de flemón urinoso perirrenal por ruptura espontánea del uréter, se decide intervenir.

*Operación.* — 23 - V - 39. Cirujano: Dr. Dotta. Ayudante: Dr. Delporte. Anestesia general con ciclopropane. Incisión de Ekehorn. Abierta la aponeurosis del transverso, se da salida a abundante cantidad de líquido opalescente, con fuerte olor a orina; se explora el riñón no encontrándose nada de particular: uréter fuertemente adherido al peritoneo, no encontrándose el cálculo en una búsqueda breve. Drenaje a nivel del uréter y otro en la atmósfera perirrenal. Cierre parcial de la pared.

*Post-operatorio.* — El enfermo se restablece rápidamente, desapareciendo el dolor y la temperatura; la herida lumbar da salida a bastante cantidad de orina. A los siete días se substituye el drenaje de goma por una sonda Nélaton a la cual se le practican varios orificios laterales alternados. A los 12 días de operado, el enfermo abandona la cama. Por la fístula lumbar se recogen aproximadamente 600 c.c. diarios de orina. A los 37 días de la primera intervención y con un buen estado general del enfermo, se le propone una segunda operación, con el objeto de extraer el cálculo del uréter.

*Operación.* — 1 - VII - 39. Cirujano: Dr. Dotta. Ayudante: Dr. Delporte. Anestesia raquídea con 0.12 grs. de novocaina. Cateterismo previo del uréter para facilitar su búsqueda. Resección de la cicatriz anterior y abordaje del riñón. Se localiza el uréter con bastante facilidad, liberándolo de sus adherencias con el peritoneo: ureterotomía y extracción del cálculo. Drenaje y cierre parcial de la pared por planos.

*Post-operatorio.* — La herida lumbar drena orina en cantidad decreciente durante 20 días, al término de los cuales la herida cicatriza casi totalmente.

*Pielograma por excreción.* — 1 - VIII - 39. Riñón derecho: no se observa eliminación de la substancia de contraste a los 5', apareciendo a los 15' (eliminación retardada); se nota discreta dilatación de cálices y sombra calculosa a nivel del borde superior de la 4ª vértebra lumbar. Riñón izquierdo: a los 5' ya hay eliminación del Per-abrodil, siendo de buena concentración a los 15'. Discreta dilatación de pelvis renal; acodadura del uréter lumbar entre las apófisis transversas de la 3ª y 4ª vértebras lumbares, en ángulo obtuso abierto hacia adentro. Se observa un evidente estado de "constipación" pieloureteral.

*Análisis de orina.* — Densidad: 1.021. Urea: 16.70 grs. por mil. Cloruros: 5.80 grs. por mil. Fosfatos: 1.20 grs. por mil. Albúmina y pus: vestigios.

Altura, curado el 16 - VIII - 40.

Se aconseja para un futuro próximo la extracción del cálculo renal derecho, a la que se somete un año después. Una radiografía tomada previamente a la operación, permite notar que el cálculo ha aumentado considerablemente de tamaño,

teniendo un aspecto coraliforme. Se lo extrae por pielotomía prolongada y es dado de alta a los 16 días, con la herida en vías de cicatrización.

Después de la lectura de las historias clínicas que anteceden, queda evidenciado que estos enfermos han sufrido la ruptura espontánea del uréter, producida por un cálculo enclavado.

La perforación puede realizarse en cualquier segmento del uréter, siendo los puntos de elección, los de estrechez fisiológica del mismo, haciéndose el derrame hacia la atmósfera perirrenal, periureteral, o al peritoneo. En nuestras dos observaciones el derrame fué perirrenal, que es la localización más frecuente según hemos podido deducir de la literatura consultada. La extraordinaria rareza de la ruptura hacia la cavidad peritoneal es tal, que sólo se citan los casos publicados por Ercole y Gaume, siendo en ellos el pronóstico más grave.

Como causa determinante de la perforación, consideramos que el enclavamiento juega un rol decisivo como factor primordial, agregándose, como consecuencia de él, la isquemia local, la infección con la ureteritis y periureteritis concomitante, y la presión que ejerce la orina retenida por encima del cálculo enclavado, que actuando sobre paredes por estas causas alteradas, daría lugar a la perforación del conducto excretor.

El cuadro clínico que presentan estos enfermos, cuando la ruptura se produce en el uréter lumbar, se confunde con el del flemón perinefrítico. Sin embargo, existen algunos signos, que si bien no son patognomónicos, pueden orientar hacia el verdadera diagnóstico. Ellos serían: dolor continuo, no paroxístico, intenso al principio para disminuir luego; temperatura elevada sólo en los primeros días, siendo en adelante más baja y de tipo variable; contractura muscular intensa; antecedente inmediato de un cólico nefrítico, el que sería el causante del enclavamiento; la radiografía directa que habitualmente se practica como complemento de diagnóstico en los casos de flemón perinefrítico, mostraría una sombra de litiasis a nivel del uréter.

Por lo tanto consideramos que, en todo caso de flemón perinefrítico en el que constatarámos los signos clínicos y radiológicos que enunciamos, debe tenerse presente la posibilidad de estar ante un caso de flemón "urinoso" perinefrítico, por ruptura espontánea del uréter.

DISCUSIÓN

Dr. Schiappapietra. — *Llama la atención por qué en esos casos habiendo una obstrucción ureteral se hace una decapsulación en vez de una ureterectomía.*

Dr. Botta. — *Se hizo la ureterectomía y la decapsulación. Creo que lo dije.*

Dr. Ercole. — *Además de la observación mía que refiere el doctor Dotta, yo tengo otra de pseudo-hidronefrosis espontánea, publicada con el doctor Fort en "El Día Médico", en el que no se pudo demostrar en el acto operatorio la ruptura del uréter a través del cálculo y en que la hidronefrosis era ocasionada por un reflujo pieló-sinusal que había provocado un gran derrame de orina. Hace dos años, he tenido oportunidad de operar un enfermo, hermano de un colega de San Nicolás, que llegó a la consulta con el cuadro de un flemón perinefrítico y en el cual, la punción de la región lumbar demostró la existencia de una gran cantidad de orina. A este enfermo, en una radiografía simple, pudo establecerse la existencia de un cálculo ureteral y en el urograma por excreción se alcanzó a ver dibujada las cavidades renales, por lo cual, por el elemento de la punción hicimos el diagnóstico de una gran colección de orina. A este enfermo le efectuamos una lumbotomía y constaté que existía un gran derrame perirrenal y que al nivel del sitio donde estaba el cálculo existía una verdadera necrosis de la pared. Se le extrajo el cálculo, le hicimos un drenaje y curó bien. Tuvo una fístula persistente que al final cerró y aquí tengo un urograma por excreción que demuestra el buen resultado alejado de la intervención. Se ve que las cavidades renales han recuperado su tonicidad.*