

Por el Doctor

ROBERTO A. RUBI

LITIASIS RENO-URETERAL ANURIA POST-OPERATORIA

Vamos a presentar a consideración de nuestros colegas el caso de M. T., de 39 años, soltero, polaco, que hemos seguido en el Hospital Ferroviario:

Inicia su *enfermedad actual* hace 5 años, con una sensación de lumbalgia bilateral, a predominio izquierdo, que se acompañó de hematuria, al parecer total, durante 5 días. Luego presentó a largos intervalos hematurias espontáneas e indoloras, mientras que los dolores lumbares se hicieron más frecuentes e intensos, al extremo de impedirle descansar en ciertas crisis.

En los antecedentes hereditarios y personales no recogemos nada digno de mención.

Estado actual. — Enfermo en excelente estado general. Examen somático general negativo. En la esfera uro-genital hallamos:

1º Funcionalmente: micciones cada 2 ó 3 horas; de noche una; micción fácil con ardor terminal. Prostatorea defecatoria.

Dolor espontáneo en la fosa lumbar izquierda, exagerado a la presión de los puntos costo-muscular y costo-vertebral, así como también con la percusión a lo Murphy.

2º Físicamente: 1er. vaso: orina turbia; 2º vaso: también turbio. Uretra permeable a un explorador N° 22, libre. Genitales externos e internos: normales, excepción hecha de un punto ureteral doloroso izquierdo.

3º Laboratorio: Urea en suero (Yvon): 0.40 gr por ciento. Glucemia: 0,95 gr. por ciento. R. Was. y Kahn st.: negativas. Orina: alcalina, D. 1020, vestigios de albúmina, urobilina y hemoglobina. Indican escaso. Abundante pus. Escasas cel. epit. planas, abundantes leucocitos granulosos, algunos hematíes, cristales de fosfato triple, no se observan elementos renales. Examen bact. de orina: coli predominante.

4º Cistoscopia: Capacidad: 250 c.c. Discreta exageración de la vascularización vesical. Meatos bien implantados, normales.

M. I. tiene eyaculaciones claras, a un ritmo de 3 por minuto

M. D. se contrae más espaciadamente y la orina fluye de continuo, habiendo.

Cromo-cistoscopia: D. 12' neg.; I. 4'. intenso.

5º Ex. radiográfico: La radiografía simple (Fig. N° 1) permite observar una sombra renal normal, pero descendida. Su polo superior corresponde a la

mitad del cuerpo vertebral de la XII D. y el inferior al borde superior de la 4^a V. L. Revela además, la derecha, una sombra densa, del tamaño de una aceituna, ubicada a la altura del disco intervertebral entre 3^a y 4^a V. L., cubierta a manera de casquete por otra sombra más alargada, piriforme, cuyo extremo superior sobrepasa el borde superior de la 3^a V. L.

A la I. la glándula es algo más voluminosa, también descendida, ya que su polo superior se halla a la altura del disco entre XII D. y I. L. y el



Figura 1

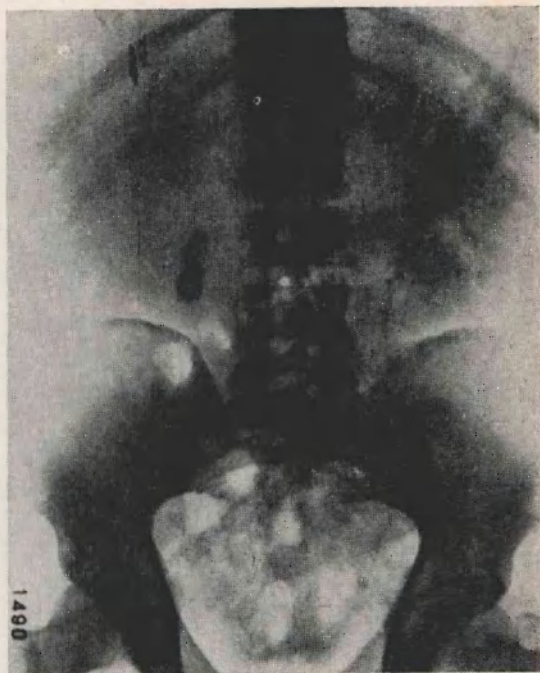


Figura 2

inferior a medio centímetro de la cresta ilíaca. En su interior nótanse dos concreciones ubicadas presumiblemente en cáliz inferior.

Urografía: 5' (Fig. N° 2). Nefrograma con los caracteres ya descritos. no hay eliminación aparente a la D. A la I. buena eliminación, pelvis que se bifurca precozmente; las sombras calculosas están ubicadas en cáliz inferior la de arriba y en parénquima la de abajo. Cistograma esbozado.

45' (Fig. N° 3). Se ven grandes cavidades pielo-caliciares, y una buena zona de parénquima, a la D.; mientras que a la I. todavía se observa parte del líquido inyectado. Cistograma bien diseñado; signo de Constantinesco a la D.

80' (Fig. N° 4). Puede apreciarse más nítidamente la dilatación y el éxtasis por arriba del cálculo ureteral D. A la I. rastros de la substancia de contraste. Persiste el signo de Constantinesco.

Preoperatorio. — 6-Ig-941. Tensión (Baumanómetro) Mx.: 12. Mn.: 8. Pulsaciones: 68'; regulares e iguales. Tiempo de coagulación: 6'; de sangría: 2'. Albúmina: vestigios. Glucosa: no contiene. Sulfatazol: 3 grs. diarios.

Operación. — 9-IX-941. Cirujano: Dr. Rubí. Ayudante: Pte. Garbini. Anestesia raquídea: novocaína 0,10 grs.

Lumbotomía derecha rectilínea. Llegado a la celda renal un intenso proceso de perinefritis nos impide hallar una vía fácil de acceso a la glándula, por lo que se realiza la investigación del uréter desde el extremo inferior de la herida;

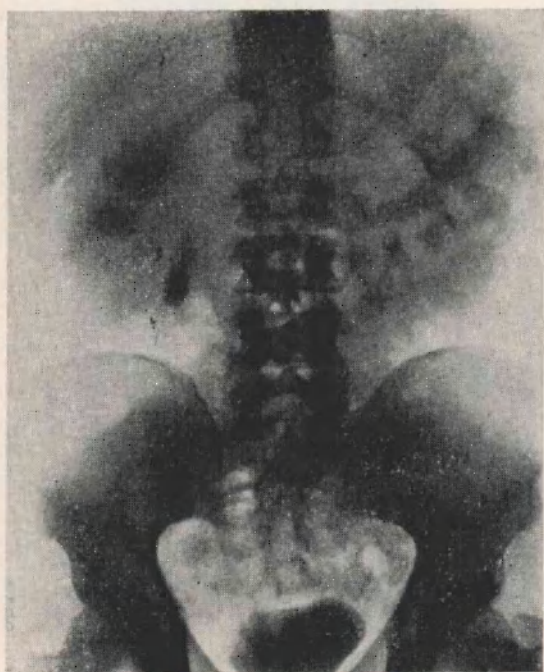


Figura 3



Figura 4

el conducto normal en esa zona adquiere a la altura del cálculo el tamaño del pulgar. Fijado el cálculo con la mano izquierda y sin disecar mayormente el uréter por las dificultades propias del caso, se le incide, en el sentido longitudinal, en una extensión de 3 ctms. y a través de la brecha se extrae el cálculo (Fig. N° 5) por basculación del mismo y prehensión de su extremo inferior. Se afronta la herida ureteral con dos puntos de catgut N° 0, no perforantes, tarea facilitada en grado sumo por la periureteritis existente. Rubber-drain. Cierre de la pared en dos planos músculo-aponeuróticos. Tejido celular con catgut. Piel con crín.

Post-operatorio. — Suero fisiológico: 500 y 500 c.c. Coramina: 1 amp. cada 6 horas.

1-IX-941. Urea en suero: 0,451 gr. por mil.

El enfermo ha mojado mucho la curación. Orina vesical concentrada, oscila alrededor de los 450 c.c. diarios. Tráqueo-bronquitis subaguda (bronquistol. expectorantes).

13-IX-941. Continúa mojándose; diuresis en aumento; subsiste el catarro bronquial.

15-IX-941. Se moja algo menos, por lo que decidimos esperar antes de colocar un catéter. Mejorado de sus síntomas catarrales.

17-IX-941. La víspera sufrió un cólico nefrítico izquierdo, que exigió la



Figura 5

inyección de 0,01 gr. de morfina. Este episodio doloroso lleva al paciente a la anuria, conservando su curación seca y sin emitir una gota de orina.

Cateterismo ureteral bilateral. A la izquierda se recogen 30 c.c. de orina bien pigmentada en retención; luego el catéter sigue funcionando rítmicamente. A la derecha: no se obtiene orina al principio. En horas de la tarde al retirarnos del Servicio, ambos catéteres funcionan regularmente. Se agrega la medicación clásica.

20-IX-941. Diuresis 1600 c.c. Se retira la sonda ureteral izquierda; la

derecha queda "in situ", ya que el enfermo después de este accidente no ha vuelto a mojar la curación.

22-IX-941. Diuresis 1900 c.c. Se retira el catéter derecho.

25-IX-941. Diuresis 2000 c.c. Orinas limpias. Herida en excelentes condiciones, que le permite levantarse y obtener una nueva radiografía (Fig. N° 6), que pone en evidencia la excursión realizada por el cálculo izquierdo, próximo ya a la vejiga y además la ausencia de toda sombra calcúlosa a la derecha.

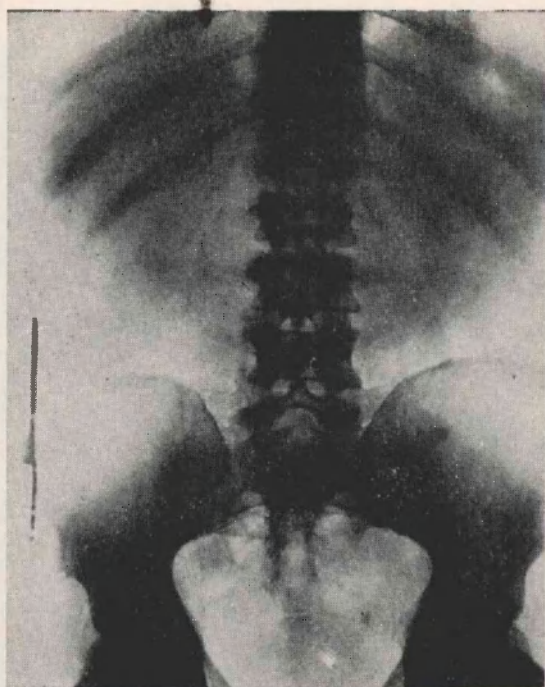


Figura 6

COMENTARIOS

1° — Intervenimos al enfermo con el deliberado propósito de realizar la urétero-litotomía exclusivamente, partiendo de la base de la subsistencia radiográficamente apreciable de un buen espesor de parénquima, cuya función es revelada en los urogramas de excreción. Agréguese a esto la noción, ya clásica, de la reversibilidad de este tipo de lesiones, una vez que se ha eliminado el obstáculo.

2° — Nos limitamos a realizar la extirpación del cálculo, porque la intensa reacción esclero-lipomatosa circunvecina, nos hubiera

impedido efectuar cualquier tipo de plástica (nefropexia, plicatura, etc. . .).

3º — La forma del cálculo constituido por dos segmentos yuxtapuestos de distinta densidad a los rayos, nos habla de dos episodios evolutivos: el cálculo inferior, aceitunado, muriforme, compuesto de oxalato de calcio, traduce la litiasis primitiva del organismo; mientras que el segmento superior fusiforme, blanquecino y de mucho menor consistencia, revela la litiasis consecutiva a la infección, es decir, la litiasis secundaria del órgano. Este concepto nos guió en el abordaje del cálculo para su extracción, ya que la toma del segmento inferior no entrañaba el peligro de su fragmentación fácil de producirse en el otro polo.

4º — La anuria post-operatoria en este enfermo portador de una fistula urétero-cutánea transitoria, se presta a algunas consideraciones.

Es ya una noción clásica, la división de las anurias en excretorias y secretorias. Las primeras, resultantes de una obstrucción ureteral, sea cual fuere la causa, intrínseca o extrínseca, y las segundas, consecutivas a una nefropatía o a una alteración circulatoria local. En la anuria excretoria el riñón sigue segregando orina que se acumula por arriba del obstáculo, mientras que en la anuria secretoria, las alteraciones orgánicas o funcionales de las células renales, constituyen el factor primordial.

No se ha demostrado aún la existencia de nervios secretores y en realidad el sistema nervioso actúa sobre el riñón por las modificaciones que imprime a su circulación local. En efecto, el glomérulo presenta una arteria aferente y otra eferente, regidas en su funcionamiento por dos sistemas de control que las rodean: el aparato de Oberling para la arteria aferente y el de Bensley para la arteria eferente, inervados por el simpático y el parasimpático.

En lo que nos atañe (la anuria secretoria) la contracción del aparato de Oberling provoca una intensa isquemia glomerular, con la consiguiente ausencia de filtración. Alteración, en general de orden reflejo, cuyo punto de partida, circunscribiéndonos al sistema urogenital, es de lo más variado: recuérdese, por ejemplo, las anurias desencadenadas por una instilación de nitrato de plata en la uretra

posterior (caso de Janet) o por una dilatación uretral con beniquéis (caso de Legueu), o las observadas después de una cistoscopia, de una litotricia, de un cateterismo ureteral... etc... Bien podemos decir que cualquiera maniobra u operación sobre este sistema puede provocar la anuria secretoria. El proceso reflejo actúa sobre riñones normales y con mayor razón cuando el riñón no es anatómica ni funcionalmente normal, como en nuestra observación que llegó a la anuria por ese doble mecanismo patogénico: *anuria excretoria* por obstrucción calculosa a la izquierda y *anuria secretoria* por reflejo urétero-renal a la derecha.

En cuanto al tratamiento, optamos en nuestro caso por el cateterismo ureteral bilateral, con el objeto de derivar normalmente la orina del lado derecho, facilitando así la cicatrización de la brecha ureteral. Se ha ensayado la anestesia del simpático, que al facilitar la relajación del aparato de Oberling, puede hacer cesar la anuria. Chanvin, en la reunión del 27 de noviembre de 1938, de la Sociedad Francesa de Urología del Sud-Oeste, al referirse al tratamiento de la anuria secretoria, sostiene que una simple anestesia de los filetes simpáticos, obtenida por la anestesia de los esplácnicos, interrumpe este arco reflejo y cesa la anuria. Hace referencia, sin detallarla, a una técnica muy sencilla y de excelentes resultados, de su discípulo, Liotier.

DISCUSION

Dr. Irazú. — *Quisiera preguntarle al doctor Rubí, a título ilustrativo, cuál es el índice de reversibilidad de las funciones de ese lado derecho o de otros casos similares, para realizar una terapéutica conservadora, y que me diga también si es que han tenido algunos casos en que han debido llegar, posteriormente, a realizar la nefrectomía de ese lado a raíz de un cálculo ureteral.*

Dr. Rubí. — *El índice lo da, más que todo, la noción de parénquima subsistente. En la urografía de excreción se ve que hay un parénquima aceptable, lo que se puede comprobar en el acto operatorio.*

En lo que respecta a la posibilidad de la nefrectomía secundaria, es posible que suceda así, pero en casos realmente difíciles, como podría recordar uno que ha sido objeto de una presentación en la Sociedad Argentina de Urología, por los doctores Grimaldi y Mat-

his, caso en que se trataba no ya de una dilatación como ésta, sino de una verdadera pionefrosis calculosa, por un cálculo ubicado en el uréter lumbar, a la altura de la tercera o cuarta vértebra lumbar.

No obstante las malas condiciones de drenaje que existían en ese enfermo porque el uréter presentaba un codo, el paciente evolucionó perfectamente bien. Creo que, frente a la posibilidad de que se obtenga la retrocesión, funcional al principio y anatómica después, siempre es preferible correr el albur de esa nefrectomía secundaria y ofrecerle al enfermo la posibilidad de la conservación de un órgano tan importante como es el riñón, sobre todo tratándose de una litiasis.

Dr. Irazú. — Tengo en mi poder la documentación de dos enfermos que fueron intervenidos por cálculos del uréter, y que, secundariamente, cuatro años después, más o menos, con poca diferencia uno de otro, hubo necesidad de hacer la uréteronefrectomía.

Dr. Rubí. — Quizá la evolución desgraciada de esos casos se haya debido, posiblemente, a la falta de atención post-operatoria. Si esos enfermos hubieran sido seguidos periódicamente, manteniendo el uréter en buenas condiciones de permeabilidad, —como sucedió en el caso de los doctores Grimaldi y Mathis— las posibilidades de esa nefrectomía secundaria hubieran sido problemáticas.

En nuestro caso, llevamos un tiempo breve de observación. El enfermo ha sido cateterizado en dos oportunidades y periódicamente se ha de presentar al servicio para proseguir el tratamiento.