

Hospital Rawson. Servicio de Urología  
Jefe: Profesor Dr. Enrique Castaño

## LA CIRUGIA REPARADORA EN CASO DE ESTENOSIS URETEROPIELICA

Por el Dr. ARMANDO TRABUCCO

La zona del aparato de excreción renal correspondiente a la unión uretero-piélica, cuando por diversas circunstancias está sujeta a alteraciones anatómicas de orden patológico, tiene particular importancia, puesto que de su reparación depende muchas veces la salvación del riñón afectado.

Vamos a presentar dos casos cuya interés radica en los resultados obtenidos con la cirugía reparadora, sobre todo en el primero de ellos en que se trataba de un riñón único.

El primer caso corresponde a la Historia Clínica de M. M., de 46 años de edad. Esta enferma en el año 1938, 16 de Noviembre, ingresó al Servicio de Urología del Hospital Rawson por padecer desde hace dos años marcado dolor en fosa lumbar izquierda con irradiaciones hacia abajo y adelante, dolores que no se calmaban con el reposo, aliviándose para volver a reaparecer durante largos periodos. Dice la enferma que sus orinas eran algunas veces ligeramente turbias.

En ese entonces se palpaba una franca tumoración del lado izquierdo que ocupaba la fosa lumbar, que se desplazaba con los movimientos respiratorios y que peloteaba dando la impresión de tocarse el riñón. En ese entonces se hace una pielografía de relleno y se encuentra una enorme hidronefrosis dando la impresión de mala implantación del ureter a la pelvis renal (Fig. 1). En vista de que la función del lado opuesto estaba perfectamente conservada eliminando el indigo carmín con chorro franco y bien proyectado y en vista de que el riñón izquierdo no funcionaba a la cromocistoscopia y calculando que dicha hidronefrosis era grande e irreversible se procede a la extirpación quirúrgica del órgano izquierdo, cosa que se hace con toda facilidad, siendo su postoperatorio perfectamente normal.

Desde entonces, 1939, hasta 1943, la enferma no presentó ningún trastorno de importancia, pero vuelve a reingresar el 7 de Agosto de 1943, con dolores marcados en la región lumbar derecha con irradiaciones hacia la ingle y parte interna de la pierna.

La palpación lumbar permite tocar en ese momento un riñón derecho de consistencia elástica y de forma irregular, aumentado de tamaño, palpándose bien el polo inferior estando su sensibilidad aumentada.

Se completa el estudio con una pielografía ascendente, puesto que la descendente reveló nada más que una pequeña hidronefrosis y nos encontramos con un riñón derecho, es decir,

el único, que está en camino de repetir el mismo proceso que obligó a la nefrectomía izquierda hace 5 años. Es un órgano cuyo parénquima parece bien conservado estando las terminaciones caliciales algo borradas siendo visible un aumento considerable de la pelvis renal que alcanza prácticamente el tamaño de un pequeño limón; esta imagen radiográfica de la pelvis renal está bien limitada en todos sus contornos y termina agudamente en la unión uréteropielica, dando la impresión de sufrir una marcada estenosis o por lo menos una implantación anómala (Fig. 2).

Como la sintomatología de la enferma se hace de más en más aguda se resuelve la inter-

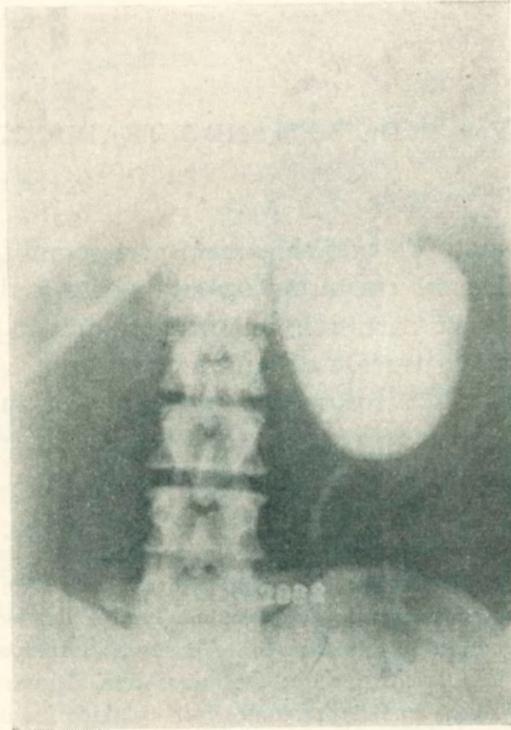


Figura 1  
1er. caso. Riñón que hubo que nefrectomizar hace 7 años.

vención quirúrgica a fin de liberar dicha unión uréteropielica. Se efectúa el 19 de Agosto de 1943.

Se encuentra realmente un ureter estenosado debido a que en su unión con la pelvis existía un anillo de bridas sumamente firmes, surcado por pequeñas venas varicosas que al parecer venían del ureter en su camino al hileo. Se procede como medida quirúrgica a la extirpación de todas las bridas y a la eliminación de todos los vacos varicosos. Queda en esa circunstancia una unión uréteropielica prácticamente libre, aunque anatómicamente algo empequeñecida. Se reintegra a la cavidad lumbar y se cierra la pared.

En los meses subsiguientes esta enferma se encuentra en buenas condiciones, teniendo la precaución de practicarle la dilatación del cuello de la pelvis una vez por semana. Pero como la

enferma tiene que irse al campo abandona el tratamiento hasta el mes de Diciembre del mismo año. que debido a un fenómeno febril regresa al servicio, encontrándose con una infección del órgano que cede fácilmente a los cateterismos y a las sulfamidas. Se vuelve a dilatar la unión uréteropielica con sondas uretrales y es dada nuevamente de alta.

Pasa un año en buenas condiciones y reingresa nuevamente al Servicio el 17 de Julio de 1944, un año después, en coma urémico y anuria completa, relatando los familiares que desde hace cuatro días la enferma no orina absolutamente nada. Por cateterismo tampoco se consigue orina, encontrándose al dosaje de urea en sangre un tenor de 1.75 grs. %.

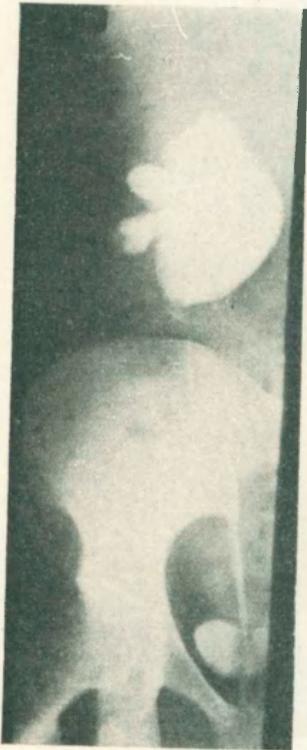


Figura 2  
Pielograma ascendente de hace 2 años en que se libero de las adherencias.



Figura 3  
Pielograma después de la nefrostomía de urgencia. Muestra oclusión completa de la unión uréteropielica.

Se trata de cateterizar el riñón único, no pudiéndose pasar la sonda más allá de 20 cm. En vista de la gravedad del caso e imposibilidad del sonaje renal, se resuelve una nefrostomía de urgencia, intervención que se hace inmediatamente, colocándosele una sonda Pezzer permanente a través del cáliz inferior del órgano.

Con tratamiento apropiado la enferma sale lentamente de la insuficiencia, recobrando paulatinamente su estado general hasta dos meses después que se plantea el problema de dejar a la enferma con el drenaje permanente lumbar o reintervenir y establecer la corriente urinaria inferior. Por las circunstancias particulares de la enferma cuya vida no puede ser llevada sin

trabajar, se resuelve reintegrarla a las funciones normales previo estudio radiográfico que se practica por la nefrostomía. Llenada la pelvis por la sonda que drena el riñón, con substancia opaca, se ve cómo ella se rellena, así como los cálices cuya recuperación por la nefrostomía ha sido bastante aceptable, pero a pesar del dolor despertado no pasa absolutamente nada de la substancia opaca de la pelvis al ureter (Fig. 3).

Se intenta además nuevos cateterismos ureterales, cosa que también fracasa. En vista de las circunstancias, el 16 de Noviembre de 1944, resolvemos intervenir a la enferma, teniendo

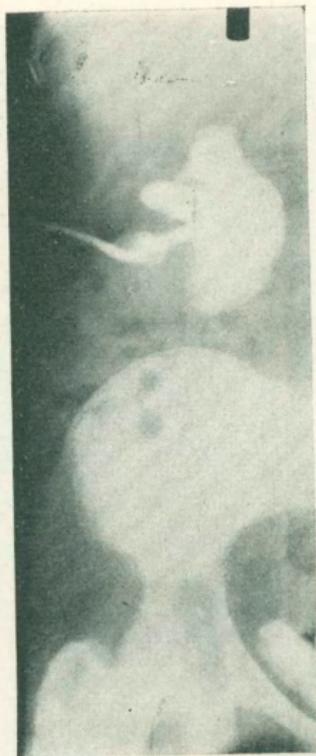


Figura 4

Hecha la implantación término-terminal antes de reparar el drenaje de la nefrostomía se hace un pielograma ascendente en donde se puede ver el pasaje perfecto de la substancia opaca a la vejiga.

por fin la corrección de la estenosis. Expuesto el riñón, sobre todo su polo inferior, el ureter y la pelvis, procedemos a la liberación de la unión uréteropielica que está envuelto en un proceso de esclerosis tumoral en que es prácticamente imposible la liberación. La extremidad inferior de la pelvis y el nacimiento del ureter están rodeados por una masa de tejido conjuntivo de consistencia dura que hacen imposible toda disección. Comprendemos por esa circunstancia que por más que liberemos íbamos a caer en los mismos hechos del año anterior, que también habíamos liberado la unión uréteropielica, y viendo también que la masa de tejido conjuntivo de

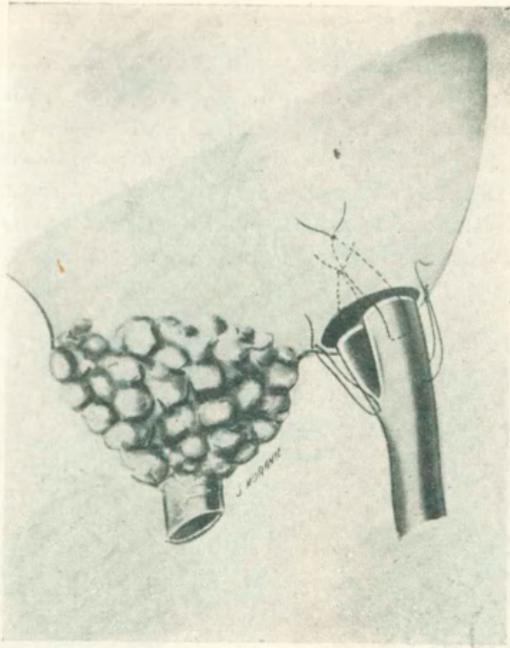


Figura 5  
Técnica empleada para la anastomosis.

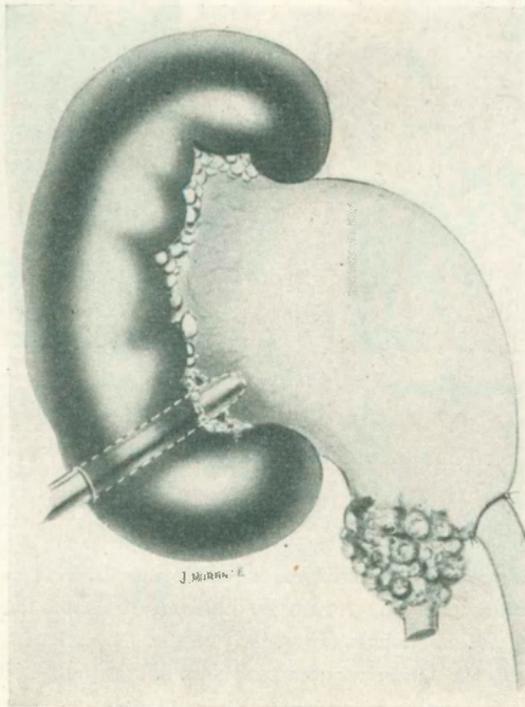


Figura 6  
El riñón con el drenaje por nefrostomía y  
terminado el acto quirúrgico.

neoformación no estaba en realidad en el punto más declive, resolvemos hacer una reimplantación del ureter al punto más bajo de la pelvis renal. Usamos como técnica la siguiente: Se libera el ureter y se secciona completamente en la parte sana separando por completo el proceso estenosante. Se divide en dos su extremidad, en una extensión aproximada de 2 cms., quedando en forma de labios. Luego se abre la pelvis renal en la parte más declive en una extensión de 1 cm. Se pasan sendos puntos de catgut crómico 000 por los colgajos ureterales y se introducen en la pelvis renal, suturándolos a ella en forma diametralmente opuesta y de manera que queden

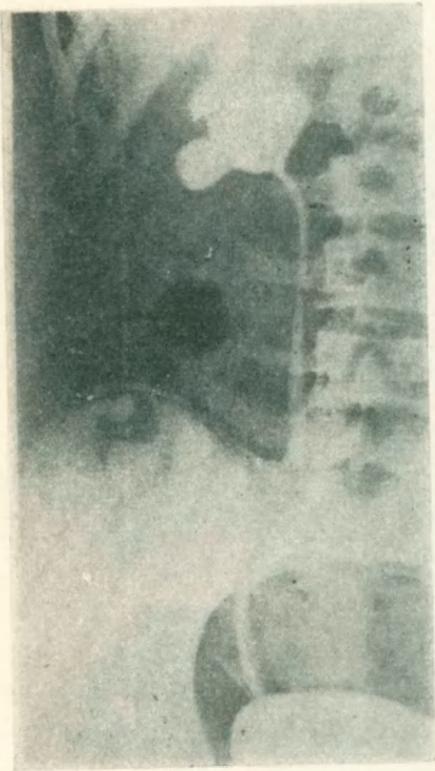


Figura 7  
2º caso. Pielograma ascendente antes de la reparación quirúrgica de la estenosis uréteropielica.



Figura 8  
Radiografía a los 45 días de la intervención mostrando la recuperación anatómica del órgano.

ampliamente abiertos. Luego por las comisuras de la herida ureteral se pasan puntos no perforantes mediante aguja atraumática fina e hilo de vidrio 000; estos dos puntos serán fijados a los bordes angulares de la herida piélica (Figs. 5 y 6).

No se coloca sonda dentro del uréter reimplantado. Se respeta el drenaje de la nefrostomía cambiándole la sonda y poniéndole una nueva. Postoperatorio normal.

Sacamos una pielografía un mes después por vía ascendente encontrando que la sonda pasa con toda libertad hasta la pelvis mostrando siempre su hidronefrosis indudablemente por el relleno forzado de la substancia opaca.

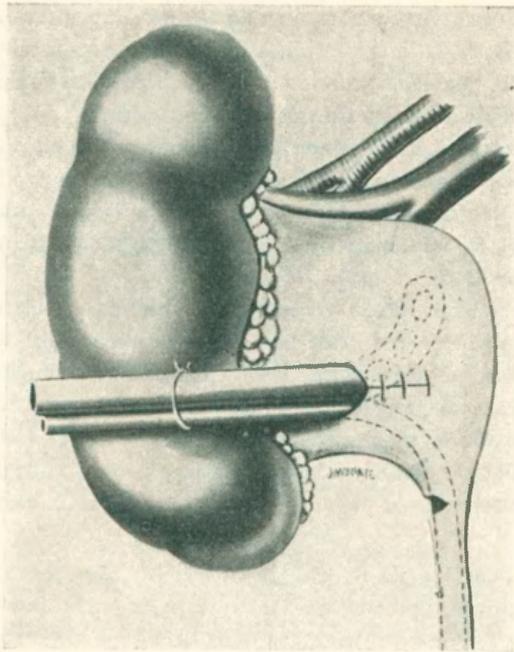


Figura 9  
Técnica empleada para la reparación de la  
estenosis con la sonda colocada en su sitio  
por pielostomía.

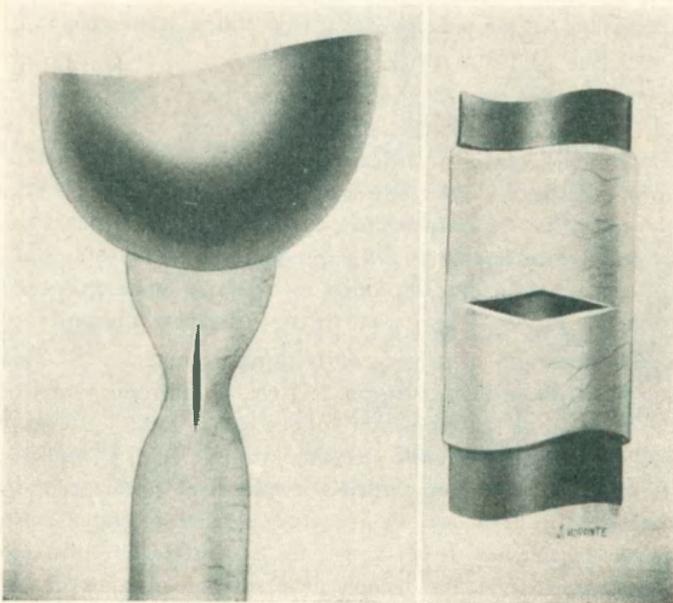


Figura 10  
Incisión sobre la cara posterior de la estrechez  
y uréter con el cateter puesto después de la  
incisión.

Se procede a dilatar una vez por semana la nueva implantación del ureter con sondas ureterales. Un mes después de la intervención comenzamos por ocluir la sonda de drenaje de la nefrostomía encontrando que la evacuación renal se hace perfectamente bien por vías naturales. En vista de que el riñón es único no nos atrevemos a sacar todavía el drenaje nefrostómico y continuamos manteniendo pinzada la sonda a fin de que se efectúe toda la evacuación urinaria por la vejiga. Antes de sacar el drenaje en Febrero de 1945 volvemos a hacer nueva radiografía y nos encontramos con una marcada reducción de la bolsa hidronefrótica con mejoría notable de los cálices y pasaje fácil de la substancia opaca a la vejiga aunque parecería haber una falta de continuidad en el lugar de la anastomosis (Fig. 4).

Dichas radiografías, el buen estado general de la enferma, la desintoxicación completa que ella presenta y en vista también de que desde hace un mes la sonda de la nefrostomía está ocluida, orinando la enferma por sus propios medios, resolvemos sacar la sonda de la nefrostomía y permitir el cierre de la fístula renal. Desde el momento en que sacamos la sonda creíamos nosotros que el cierre de la fístula podría presentar inconvenientes. No presentó ninguno, no perdiendo absolutamente ninguna gota de orina y cerrando a los pocos días la fístula renal; hechos que corrobora la perfecta evacuación de la vejiga y la recuperación de la quinecia pieloureteral.

El segundo caso pertenece a J. R. B., joven de 17 años, cuya sintomatología principal son dolores en ambas regiones lumbares que se irradian hacia la fosa iliaca y lado interno de los muslos. Estos dolores son intermitentes, ya sean de uno o de otro lado.

La función renal de ambos lados se encuentra conservada, aunque ligeramente disminuida la del lado derecho, siendo éste de 8'30 y medio al indigo carmín en contraposición al izquierdo que es de 7'. Los demás exámenes y análisis son perfectamente normales.

Se practican los exámenes radiográficos con substancia opaca por excreción y se observa una hidronefrosis mediana del lado derecho y una pequeña hidronefrosis del lado izquierdo. En el lado derecho es bien visible la marcada estenosis e la unión uréteropielica y una deformación curiosa del borde interno de la pelvis renal.

En vista de que en los últimos tiempos la sintomatología dominante era del lado derecho y las radiografías del mismo lado demuestran que es el más afectado, se resuelve efectuar un estudio más detallado con pielografía de relleno. Dicha pielografía nos revela una hidronefrosis grande provocada por la estenosis uréteropielica, habiendo además borramiento de las papilas renales a causa de la distención de la substancia opaca.

Operación: Se resuelve intervenir el día 2 de Diciembre de 1944, pudiéndose observar al riñón con su pelvis, confirmando el diagnóstico de estenosis uréteropielica que no responde a bridas ni vasos anormales, dando la impresión de ser netamente congénita.

Para la corrección quirúrgica se procede de la siguiente manera: Se abre la pelvis renal en su parte media y cara posterior en una extensión de 1 cm. Se introduce una sonda Nélaton N° 20 con el fin de vencer la estenosis uréteropielica, lo que no se logra. Luego se procede a buscar una sonda de menor calibre, quedándonos con una ureteral N° 18, semirrígida, que logramos hacer pasar hacia el ureter haciendo una incisión longitudinal por la cara inferior de la unión uréteropielica. Dicha incisión de 1 cm. de longitud permite instantáneamente la introducción fácil del cateter por ensanchamiento de esa zona. De ex-profeso no suturamos la incisión practicada en la unión uréteropielica, a fin de no poner cuerpos extraños de ninguna especie, prefiriendo llevar la sonda que dejamos en permanencia dentro del ureter, hacia el exterior, por la brecha piélica primitiva de la cara posterior; drenando además la orina al exterior, mediante otra sonda de múltiples agujeros colocada en la pelvis y unida en caño de escopeta con la sonda ureteral de que hemos hablado anteriormente, de manera que vayan juntas desde la pelvis hasta

la pared lumbar. Dentro de la pelvis la sonda de goma drenará al riñón y la sonda ureteral semirígida N<sup>o</sup> 18 calibrará teóricamente la estenosis. Se sutura por planos dejando drenaje de goma durante 4 días.

Hecha una pielografía ascendente de control un mes y medio después, permite ver la franca recuperación anatómica que ha tenido dicho órgano. La unión uréteropielica se presenta más franca, la dilatación pielocalicial ha disminuido prácticamente hasta la mitad.

La radiografía excretora sacada 5 meses después nos muestra también la recuperación anatómica del órgano, siendo la hidronefrosis de orden fisiológico, menor que antes de operarse.

#### COMENTARIO

Hemos creído interesante describir estos dos casos de retención urinaria superior en donde la cirugía reparadora y conservadora ha sido de positivos resultados.

Como se habrá visto en el primer caso, indudablemente el más interesante, presentaba tal gravedad debido a que el estado general estaba profundamente alterado, habiendo entrado la enferma en el Servicio en coma urémico. La seriedad del caso residía en que se trataba de una hidronefrosis en un riñón único. La nefrostomía inmediata salvó la situación, vale decir, que el drenaje continuo del riñón por la vía lumbar era teóricamente la mejor conducta a seguir y se hubiera podido dejar en permanencia este método de derivación lumbar de orina como en otros enfermos se mantiene. Pero en el presente caso se planteaba el serio problema social, el de que la enferma debía necesariamente curarse de sus achaques para volver a trabajar puesto que carecía de medios pecuniarios que le permitiesen un cuidado especial. Es por eso que hemos intentado la reparación del órgano único y que como vimos se hizo por anastomosis término terminal en el punto más declive, estando hasta este momento la enferma en perfectas condiciones y aparentemente curado.

En el segundo caso se presentaba un problema similar al anterior puesto que el enfermo tenía hidronefrosis en ambos lados, trastorno provocado por la estenosis uretero-pielica. Este enfermo seguirá con toda seguridad el mismo camino que el caso anterior si es que se dejan las cosas tal cual están. Con el fin de evitar esos hechos, es decir, la nefrectomía de un riñón que cae en la insuficiencia irreparable por la destrucción del parénquima, creíamos que estábamos lo suficientemente autorizados para plantear el problema quirúrgico de reparación de la estenosis uretero-pielica, comenzando por el más afectado.

Como se habrá visto en las historias clínicas los resultados han sido muy halagüeños, habiendo recuperado la función de eliminación el primero y la disminución del tamaño de la bolsa hidronefrótica en el segundo, aunque el tiempo transcurrido hasta ahora —aproximadamente un año—, no nos permite hacer juicios definitivos.