

## COMPRESION EXTRINSECA DEL URETER POR GANGLIO CALCIFICADO

Por los Dres. F. OSCAR GARATE

Traemos a esta Sociedad, un caso de compresión extrínseca del uréter y los resultados obtenidos con la terapéutica empleada, así como los elementos que se utilizaron para el diagnóstico correcto.

No es nuestro propósito entrar en consideraciones sobre las modificaciones que en la dinámica pieloureteral provocan las grandes tumoraciones pelvianas o abdominales, ellas forman todo un gran capítulo de la Urología. En este caso particular, la compresión ureteral fué provocada por un ganglio calcificado de la cadena lumboaórtica derecha, que en su proceso evolutivo contrajo adherencias con el uréter a nivel del estrecho inferior de la pelvis ósea y al cicatrizar envolvió al órgano provocando una uroectasia derecha responsable de la sintomatología acusada por la enferma en cuestión.

No creemos que sea muy frecuente el hallazgo de situaciones patológicas semejantes a la del caso clínico que hemos estudiado, puesto que en una prolija búsqueda de la literatura hecha en los últimos veinticinco años, no hemos encontrado ninguna comunicación al respecto.

Historia clínica 7286. V. E. de C., 57 años. Ingresó 6-V-39. No tiene en sus antecedentes familiares nada que se relacione con la enfermedad actual.

Tuvo a los 26 años fiebre tifoidea. No recuerda haber tenido ninguna otra afección importante.

*Enfermedad actual:* Refiere su iniciación a tres meses antes de su ingreso, con dolor intenso en la región lumbar derecha que se irradia al flanco derecho y al hipogastrio acompañado de vómitos. El dolor la obligaba a permanecer en cama. Concomitantemente, polaquiuria y disuria con ardor y tenesmo al final de la micción.

Orinas turbias, con sangre en algunas oportunidades.

El examen clínico nos revela una enferma en buen estado general, mucosas de coloración normal.

La exploración de su aparato circulatorio, respiratorio y digestivo no acusa anormalidad alguna, lo mismo que el esqueleto y el sistema neuromuscular.

El estudio urológico nos muestra que la orina es francamente piúrica.

No se palpan los riñones, pero hay una exquisita sensibilidad en la región lumbar derecha. Los puntos renales de ese lado son dolorosas, así como la percusión de la región. No hay sensaciones anormales en el lado opuesto.

El examen radiológico del aparato urinario, permite ver en la radiografía directa una

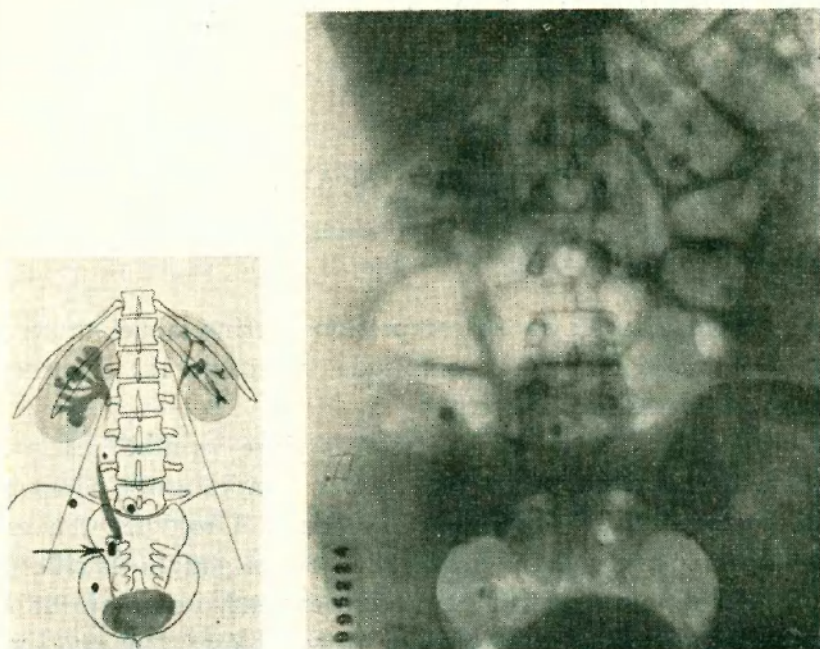


Figura 1

serie de sombras anormales en el abdomen inferior que presentan los caracteres de ganglios calcificados, una de estas sombras ubicada en la proyección de la porción inferior de la articulación sacroilíaca derecha, llama la atención por su forma, tamaño y aspecto radiológico.

La urografía por excreción, muestra una evidente uroectasia derecha (fig. 1) y en la serie de películas obtenidas podemos ver que mientras las distintas sombras calcificadas cambian de lugar, la señalada a nivel de la articulación sacroilíaca derecha permanece fijada.

La vejiga tiene buena capacidad y distensibilidad, paredes lisas, mucosa normal. No hay cuerpos extraños.

Orificios ureterales de ubicación y aspecto normales, el izquierdo eyaculando rítmicamente orinas límpidas; en el lado derecho no se ven eyaculaciones ni movimientos del meato ureteral.

El índigo carmín se elimina a los cinco minutos en el lado izquierdo y en los veinte minutos que dura la observación no se ve salir colorante del lado derecho. El cateterismo derecho sólo se puede hacer hasta los 10 cms. donde se halla un obstáculo que no es posible franquear a pesar de las maniobras efectuadas, se obtiene orina francamente purulenta.

Se obtiene en tales circunstancias el siguiente pielograma (fig. 2) donde se ve nítidamente la relación que guarda el uréter con la sombra calcificada anteriormente señalada y la urétero-pielloectasia consecutivas a las alteraciones que sobre el calibre y la topografía del conducto ureteral imprime.

Se comprueba de manera evidente que el uréter no está obstruido por ningún cuerpo extraño incluido en su luz, derivándose el trastorno de la evacuación de la compresión y de la periuretritis localizada consecutivas a una adenitis juxta-ureteral calcificada.

El examen del medio interno de la enferma de un equilibrio humoral satisfactorio y revela en la orina los elementos que demuestran el proceso infeccioso de su aparato urinario.

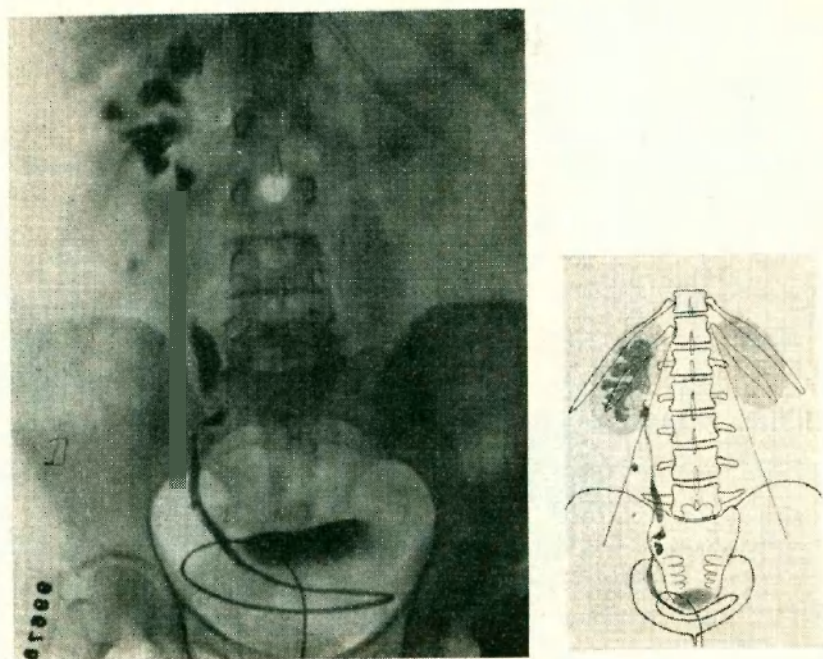


Figura 2

Orina alcalina. No hay bacilos de Koch en la secreción obtenida por cateterismo de ambos uréteres.

Con los datos obtenidos por el estudio de esta enferma, creemos encontrarnos con un caso de compresión extrínseca del uréter por las adherencias contraídas por este órgano con un ganglio lumboaórtico calcificado y que en su evolución hacia la cicatrización y cretificación ha envuelto con su periadenitis al uréter, fijándolo y acodándolo patológicamente, comprometiéndolo así su anatomía y peristaltismo normales.

¿Cuál es la etiología de la adenitis? En ausencia de toda manifestación de tuberculosis activa en la enferma, nos inclinamos a relacionarla con la fiebre tifoidea relatada en los antecedentes. Es de pensar entonces, que la uroectasia es de larga data y que la ausencia total de sintomatología fué debida a la lenta progresión de la dilatación urétero piélica y su síndrome subagudo actuales debido a un proceso infeccioso del riñón derecho favorecido por el estasis urinario.



Con estos conceptos etiológicos y patogénicos se interviene la enferma con el objeto de extirpar el ganglio. Anestesia peridural; incisión de Judd, investigado el uréter se lo observa dilatado y con una fijeza acentuada contra la pared ósea, se palpa en su borde interno un núcleo duro del que no es posible separarlo.

Disecado con cuidado y con instrumentos romos, se libera el uréter y el núcleo en block: en estas circunstancias se comprueba la íntima solidaridad de los dos elementos que hace difícil la disección. Se decide cateterizar el uréter por las vías naturales y con la protección de la sonda ureteral en la luz del órgano se procede a su liberación con cuidadosa disección, terminase completando la lisis del uréter que a ese nivel está envuelto en un magna fibroso.

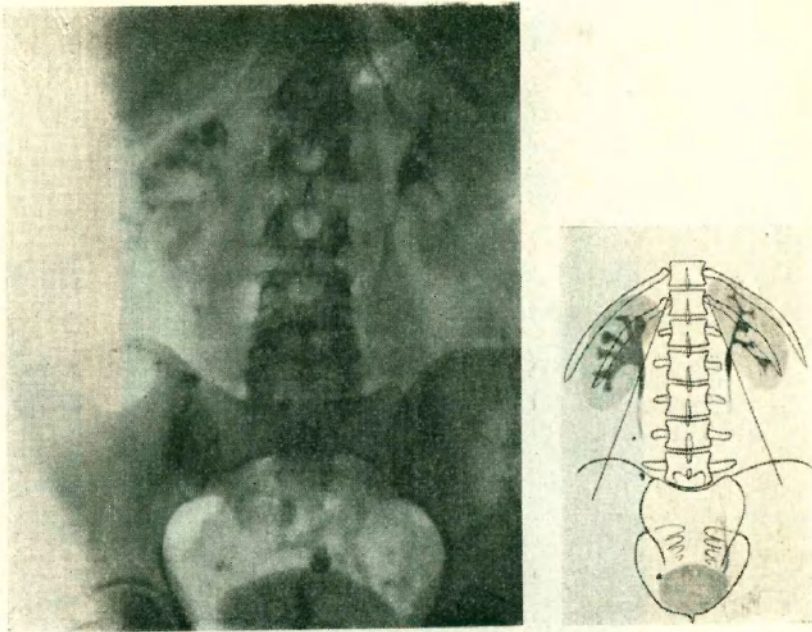


Figura 3

Cierre parietal por planos. Drenaje.

La urografía de control obtenida a los veinte días de la operación, (fig. 3), permite observar la desaparición de sombra calcificada que habíamos señalado y la notable disminución del estasis pielo ureteral derecho.

Presentamos, en resumen, un caso de uroectasia provocada por una compresión localizada del tercio inferior del uréter y al extirpar el ganglio causante de la lateración del dinamismo pieloureteral creemos haber resuelto el problema de la enferma restableciendo el libre curso de la orina y previniendo así nuevos episodios de infección urinaria semejantes al actual.

La evolución ulterior de la enferma, confirmó las previsiones y fué dada de alta con orinas límpidas y libre de toda molestia.