

## PERITONITIS POR EFRACCION DE POLO INFERIOR RENAL IZQUIERDO. FISTULA RENAL. TRATAMIENTO CONSERVADOR

Por los Dres. A. TRABUCCO, F. MARQUEZ y J. C. LURASCHI

Traemos a esta sociedad un caso de patología eminentemente urológica, que motivó sin embargo dos intervenciones quirúrgicas en cavidad abdominal.

En Mayo de 1957, nuestra paciente presentó un cuadro de abdomen agudo, con signos y síntomas a predominio derecho. De la laparatomía realizada no se pudieron extraer conclusiones que demostraran dicha sintomatología. Con posterioridad se efectúan estudios radiológicos hallándose solamente anomalías en el sistema urinario.

Su radiografía simple nos muestra sombra renal visible en lado derecho no así en el opuesto. Psoas marcables, llamando la atención sombras opacas a ambos lados de la columna vertebral con caracteres litíasicos, una de ellas se presenta en el lado derecho a tres cms. por fuera de apófisis transversa de tercera lumbar y otra de menor tamaño dentro de cintura pélvica a dos cms. por fuera de la unión sacrocóxigea. En el opuesto encontramos cuatro sombras litíasicas, los dos mayores de ellos incluidos en la sombra de la duodécima costilla y a un cm. por fuera de apófisis transversa de primera lumbar, otra de menor tamaño a un cm. por fuera y debajo de apófisis transversa de segunda lumbar, una última a dos cms. de apófisis transversa de tercera lumbar.

El urograma repite las imágenes calculosas, y en su lado derecho presenta cálices dilatados con lesiones inflamatorias crónicas en sus papilas. Su uréter es visible y engrosado hasta la altura de cuarta vértebra lumbar, el resto de su trayecto no proyecta imagen, siendo además muy próxima la vecindad del cálculo inferior con el borde de la cistografía. En el lado izquierdo obtenemos repetición de las imágenes calculosas, pero la función excretora renal es negativa.

En el mes de Diciembre de 1957, nuestra paciente repite el cuadro, pero esta vez con predominio en su lado izquierdo.

De la punción abdominal se obtiene pus en gran cantidad y con este dato sumado a su sintomatología se decide a realizar laparotomía con una incisión paramediana izquierda, la apertura del peritoneo da salida a pus abundante 1750 cc., mostrando la inspección de la cavidad del peritoneo vecino al psoas izquierdo con zonas de esfacelo por donde penetra el líquido purulento desde celda renal.

Con la colocación de tubos de drenaje se da por terminada la intervención debido al mal estado de la enferma.

Durante el post operatorio la recuperación es franca, los tubos de drenaje dan salida en un principio a secreción purulenta luego a orina en pequeña cantidad. A la extracción de los mismos se organizan trayectos fistulosos por donde continúan el fluir urinoso.

El 27 de Enero de 1958 la paciente es internada en nuestro servicio del hospital Rawson, realizando nuevo estudio radiográfico de su aparato urinario, su radiografía simple muestra en el lado derecho la imagen litíásica superior no así la de la región pelviana. En el izquierdo los cálculos superiores se han unido y el inferior ha descendido a cavidad pélvica hallándose junto a la articulación del sacro con el coxal.

La función renal en el lado derecho es todo igual al estudio anterior, pero con el agregado de la visualización del uréter engrosado y festoneado en su tercio inferior. Practicada la pielografía ascendente del lado derecho repite la patología descrita en el urograma tanto en el riñón como en uréter; el cateterismo del lado opuesto es imposible, realizándose entonces una pielografía a lo Chevassu la cual confirma la presencia calculosa inferior dentro de la luz ureteral.

Completamos este estudio con una radiografía Calle Uribe obteniendo una imagen de uréter dilatado con estrechamiento y acodadura a nivel de tercera y cuarta vértebra lumbar.

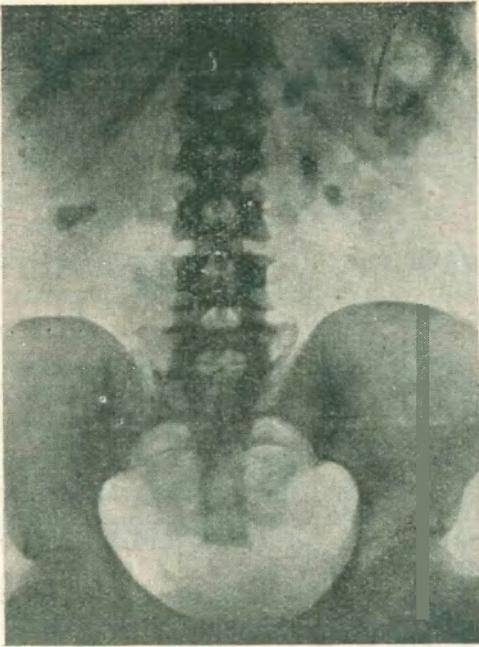


Figura 1

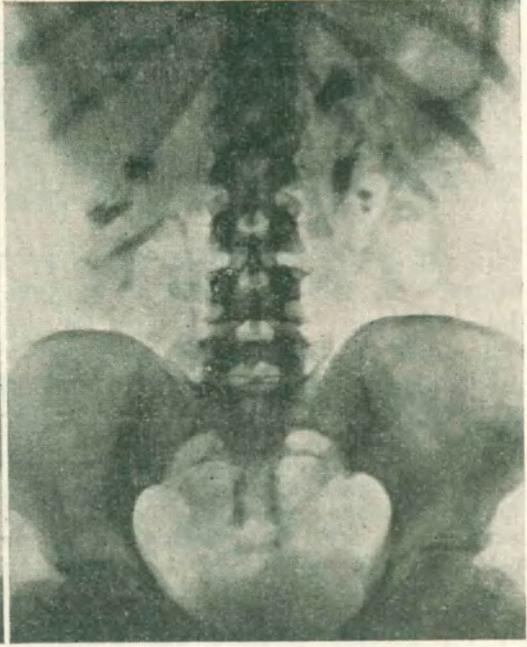


Figura 2

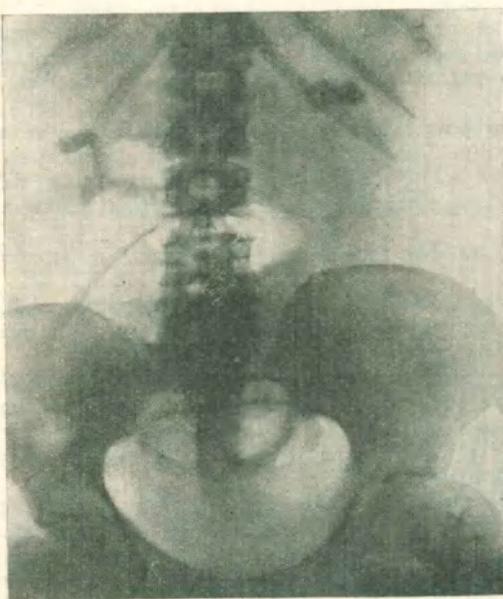


Figura 3

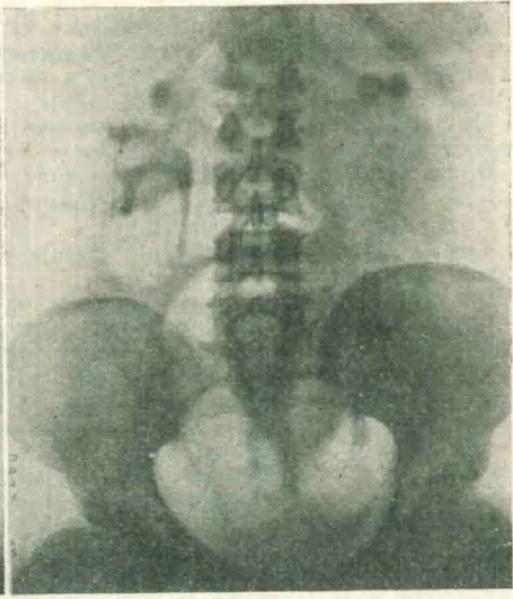


Figura 4

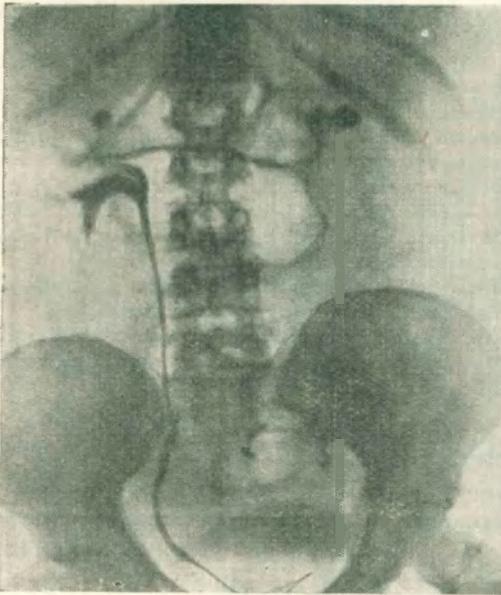


Figura 5

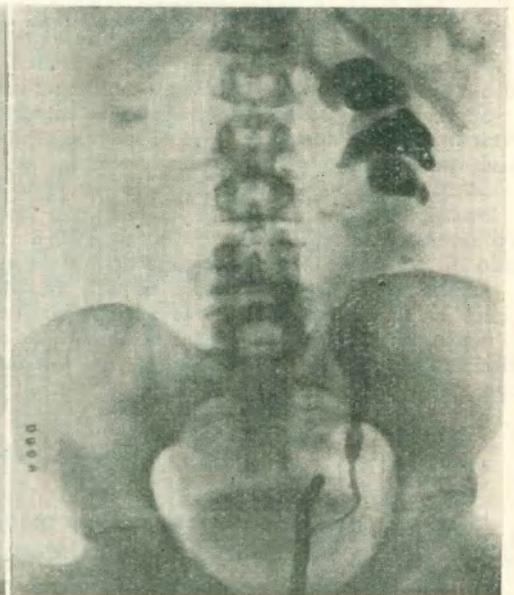


Figura 6

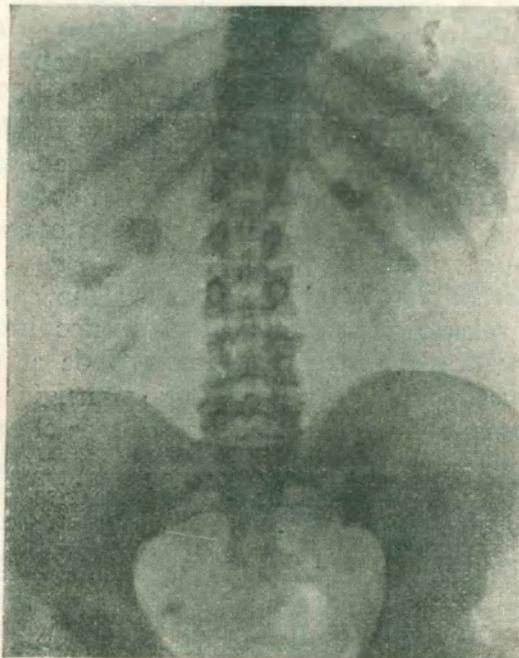


Figura 7

pelvis y cálices con marcada dilatación, dando asimismo la proyección de una solución de continuidad en el polo inferior que deja fluir la sustancia de contraste en sentido descendente. El día 15 de Febrero de 1958 se decide la intervención quirúrgica sobre uréter izquierdo. Cirujano Dr. Trabucco. Ayudantes Dres. Márquez y Luraschi. Anestesia General por gases.

Se practica incisión infraumbilical mediana; se reclina peritoneo parietal para explorar el Bogros, para ir en busca del uréter, no pudiéndose individualizar el mismo y por disección roma de zona periureteral se consigue palpar el cálculo sobre el entrecruzamiento de los grandes vasos, incluido en un magma esclerolipomatoso.

A continuación y por la imposibilidad de actuar con seguridad sobre el cálculo se decide a abrir el peritoneo y hacer la exploración por esta cavidad.

Se realiza seguidamente por vía extraperitoneal y con repaso digital intraperitoneal la apertura de la zona donde se taca el cálculo, se procede a la extracción del mismo, dando salida de orina purulenta por la incisión ureteral.

Se coloca tubo de drenaje, cierre de peritoneo y de la pared por planos.

Postoperatorio: se indica tratamiento con antibióticos. La secreción por el tubo de drenaje es en los primeros cuatro días de 100 cc. de orina, para ir disminuyendo progresivamente llegando al noveno día de postoperatorio a ser negativa por lo cual se retira el tubo.

El día 5 de Mayo de 1958 es dada de alta del servicio en perfecto estado general.

El 27 de Mayo de 1958 se realiza un nuevo estudio radiológico de control.

Su radiografía simple muestra tanto en lado derecho como izquierdo las mismas imágenes litiasicas superiores, el urograma con buena función en lado derecho y una muy discreta en lado izquierdo.

#### CONCLUSIONES:

En este proceso bilateral, la vehiculización de cálculos por la luz ureteral ha provocado dos manifestaciones distintas, sin características urinaria, tanto que en dos intervenciones de urgencia practicadas, el cirujano se orientó a un cuadro abdominal agudo, que la primera vez no tuvo lesión intraperitoneal, pues el cálculo luego del síndrome doloroso fué eliminado al exterior. Pero en la segunda se manifiesta por una peritonitis y recién al ser retirados los tubos de drenaje de esta intervención y a consecuencia de la fístula urinaria que se instala se llega a la conclusión que el proceso peritoneal fué provocado por una afección urológica.

Los estudios que se practican más tarde principalmente la radiografía a lo Calle Uribe revela la efracción del polo inferior del riñón debida por una parte a la obstrucción en forma total y permanente de la luz ureteral y segundo a un aumento de substancia dentro de la cavidad hidropionefrótica que motiva el estallido de parénquima renal y la salida al exterior del contenido purulento, que se labra un trayecto a través del peritoneo parietal posterior cuyo resultado fué la peritonitis.

La comprometida función renal del lado derecho, asociada a una litiasis de cáliz superior del mismo órgano, fué lo que nos indujo a efectuar una cirugía de tipo conservador, y este fué el motivo de actuar sobre el cálculo ureteral y no sobre órgano renal, debido a que la cirugía radical izquierda tenía muchos más riesgos que la ureterolitotomía. Desde el momento en que para hacer nefrectomía izquierda era necesario también la ureterotomía la cual transformaba a la intervención de una hecho sumamente riesgoso por el estado general de la enferma.

Los urogramas postoperatorios a los dos meses no nos muestran una perfecta recuperación renal izquierda, pero nos ha permitido recuperar físicamente a la enferma y esperar el momento preciso para decidir la nefrectomía de este lado.