

DISQUINESIA URETERAL DERECHA POR LA VENA OVÁRICA

Por los Dres. ARMANDO E. TRABUCCO y J. VAMPA MAINERO

Desde hace ya mucho tiempo venimos observando un cuadro que produce una alteración de la luz ureteral y no ocupa el lugar que le corresponde, entre las causas frecuentes o infrecuentes, responsables de las mismas. Esta alteración está dada por la vena ovárica derecha.

Pasaremos revista a continuación a los elementos anatómicos que participan en dicho cuadro, a fin de poder interpretar el mismo.

El uréter se halla rodeado por la celda ureteral, que no es más que una prolongación de la celda renal y que, al llegar a la pelvis, se pierde en la atmósfera perivesical, fusionándose con el tejido conjuntivo propio de la zona.

Entre las hojas de la celda existe un tejido graso por donde transcurre la red vascular.

La vena ovárica derecha es afluente de la cava inferior. Posee en su nacimiento varias ramas que se adosan formando un paquete, que luego dará origen a un tronco común, que recibirá ramas del arco exorrenal y se volcará luego en la cava.

Normalmente el paquete venoso cruza el uréter a la altura del ciego y lo acompaña luego por su borde interno en un trayecto variable. No se adhiere el paquete venoso al uréter, ya que lo separa la celda propia del mismo; los vasos venosos se hallan rodeados, a la vez, de una hoja conjuntiva muy delgada, que los envuelve y los acompaña en todo su trayecto.

Ahora bien, de acuerdo a la anatomía, no habría razones para que el paquete venoso ovárico produzca alteraciones ureterales, como las encontradas; pero por razones de origen inflamatorio, en mujeres multíparas, ya que es frecuente encontrar procesos varicosos en dichas venas, se produciría una reacción conjuntiva que haría un proceso plástico, y al involucrar por continuidad la celda ureteral traería como consecuencia la alteración de la luz del uréter, produciendo una estrechez que altera el mecanismo de la evacuación de la orina, produciendo una infección subsecuente, que no haría más que favorecer el cuadro inicial.

Este proceso afecta al uréter en uno o dos puntos, y ellos están situados a la altura de las vértebras lumbares 4ª ó 5ª y de las sacras 1ª ó 2ª.

El presente trabajo no trata el problema de las venas aberrantes para-ováricas, sino la consecuencia directa de la misma vena ovárica sobre el uréter.

Ante la presencia de estrecheces en esas zonas, debemos descartar las siguientes causas responsables de las mismas: traumáticas, litiásicas, inflamatorias, inflamatorias por periureteritis, por invasión neoplásica, por compresión extrínseca, por causas ginecológicas, por causas intestinales (apendicitis o ileitis regional), por venas cirsoideas para-ureterales (Trabucco, Márquez y col., año 1950), por vena ovárica aberrante (J. C. Clark, 1964).

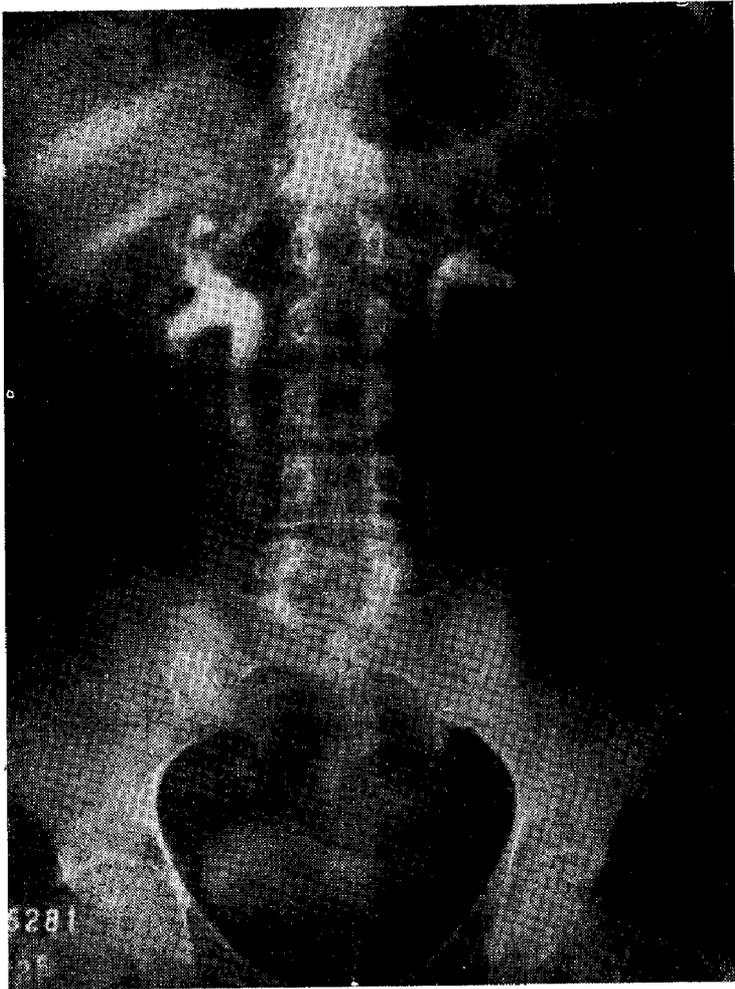


Fig. I

J. C. Clark, en el texto "Clinical Urography", describe un cuadro que titula "Síndrome de la vena ovárica derecha" y que está dado por una vena ovárica aberrante que produce una compresión ureteral a la altura de la S1 y a 14 cm. de la desembocadura del uréter.

Las causas infrecuentes de estrecheces ureterales las tenemos en: 1º) Aneurisma de la arteria ilíaca; 2º) Por fibrosis retroperitoneal; 3º) Por absceso pelviano; 4º) Por un quiste ovárico; 5º) Por una enteritis regional; 6º) Por una metástasis neoplásica.

Desde el punto de vista clínico y urológico en las enfermas motivo de este trabajo, descartamos las causas ginecológicas, traumáticas, litiásicas, neoplásicas, ováricas e intestinales y las causas infrecuentes antes citada.

Nos quedan para considerar como causales: 1) la estrechez inflamatoria por periureteritis, 2) por compresión extrínseca y 3) la fibrosis idiopática retroperitoneal.

Las ureteritis las descartamos ya que son siempre las primitivas, bilaterales,

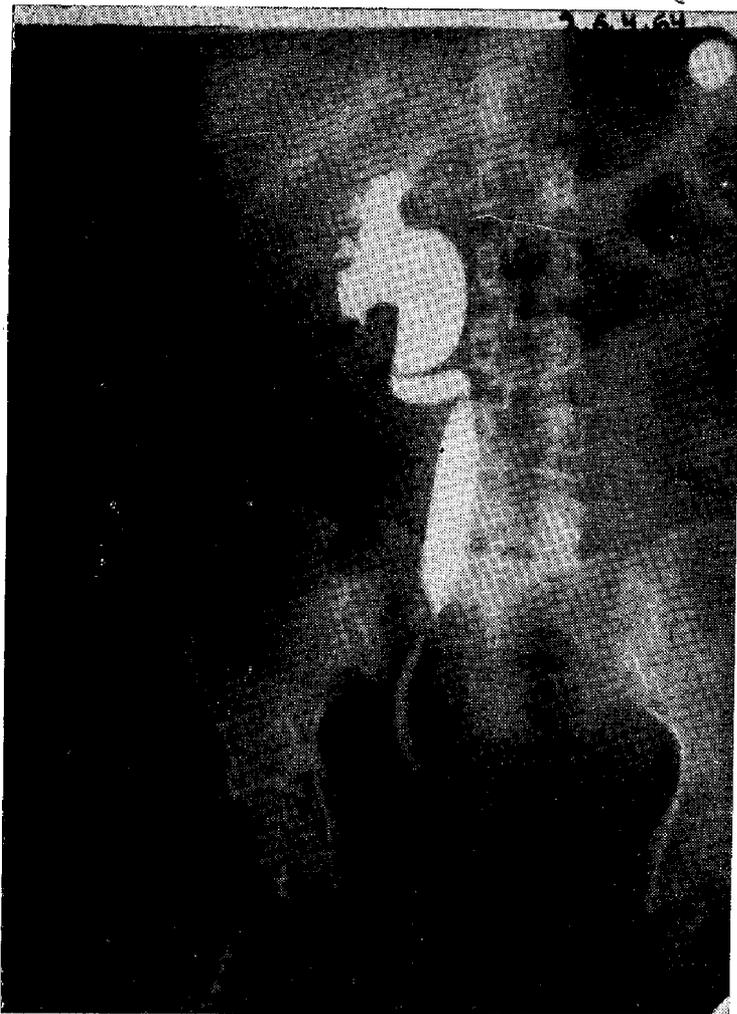


Fig. II

con uréter sinuoso y estrecheces a distintas alturas, apareciendo en infectados crónicos.

Quedan entonces en pie dos motivos: las estrecheces inflamatorias por compresión extrínseca o bien las fibrosis idiopáticas retroperitoneales.

Pasaremos a continuación a relatar los casos presentados:

1er. CASO: El día 4-IX-60, se presenta la señora O. M., de 46 años, casada, quien refiere desde hace 3 días, disuria, polaquiuria y una hematuria de mediana intensidad que se acompaña de fiebre y dolor en la región lumbo-abdominal derecha. Refiere además, que desde

hace un año padece de cuadros parecidos pero sin llegar a tener orinas hematóricas y que se atenúa el cuadro con el reposo y se exacerba con los movimientos, llegando en ocasiones a tener conjuntamente con el dolor lumbo-abdominal náuseas y vómitos.

Tiene además meteorismo en forma permanente, constipación de hasta 5 días, cefaleas, nerviosidad, dismenorrea y en algunas horas del día cree haber tenido fiebre.

No refiere antecedentes quirúrgicos ni ginecológicos de ningún tipo. No ha tenido abortos y el único hijo nació de parto normal. Tiene trastornos menopáusicos.

Exámenes complementarios, cardiovascular, etc., normales.

Examen urológico: Dolor a la palpación del hemi-abdomen derecho. Puntos ureterales dolorosos. Puño percusión positiva, lado derecho. Cistocèle de 2º grado, tacto muy doloroso. Utero en anteverso-flexión.

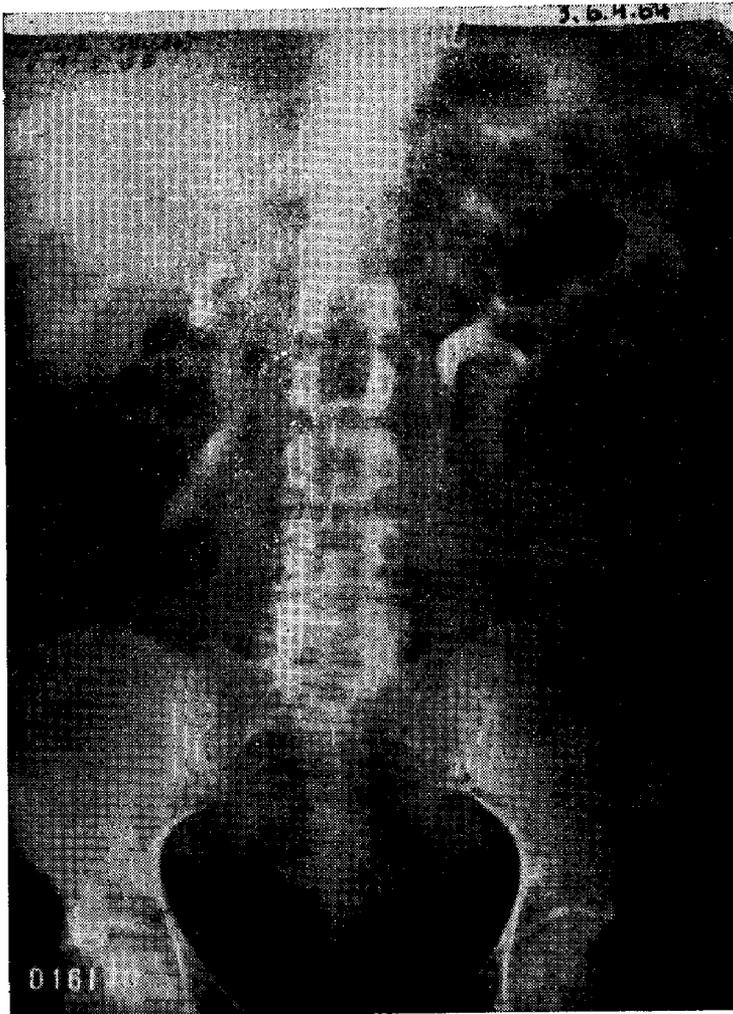


Fig. III

Endoscopia: Mucosa vesical con signos evidentes de cistitis crónica con lesiones mucosas en el bajo fondo y trigono.

Se le indican a la enferma estudios radiológicos, pero al sentirse mejor con el tratamiento antibiótico, por propia determinación, no consulta más.

Reaparece el 2-XI-63 con un cuadro similar al primitivo con disuria, polaquiuria, cefalea, decaimiento general, fiebre y orinas turbias. Se pide urograma excretor que permite diagnosticar uronefrosis derecha por compresión ureteral (Fig. 1).

Análisis negativo para Koch.

Pielografía ascendente: Uronefrosis por estrechez y acodadura ureteral derecha por compresión extrínseca (Fig. II).

Se decide por lo tanto el acto quirúrgico pensando en una compresión ureteral extrínseca.

Se práctica una lumbotomía ampliada y al llegar al uréter se ve que va acompañada en su trayecto por los vasos ováricos y que al fijarse la cara anterior de la celda lo comprimen contra la arteria iliaca externa. Todo este trayecto presenta muy firmes adherencias entre celda ureteral y vasos venosos.

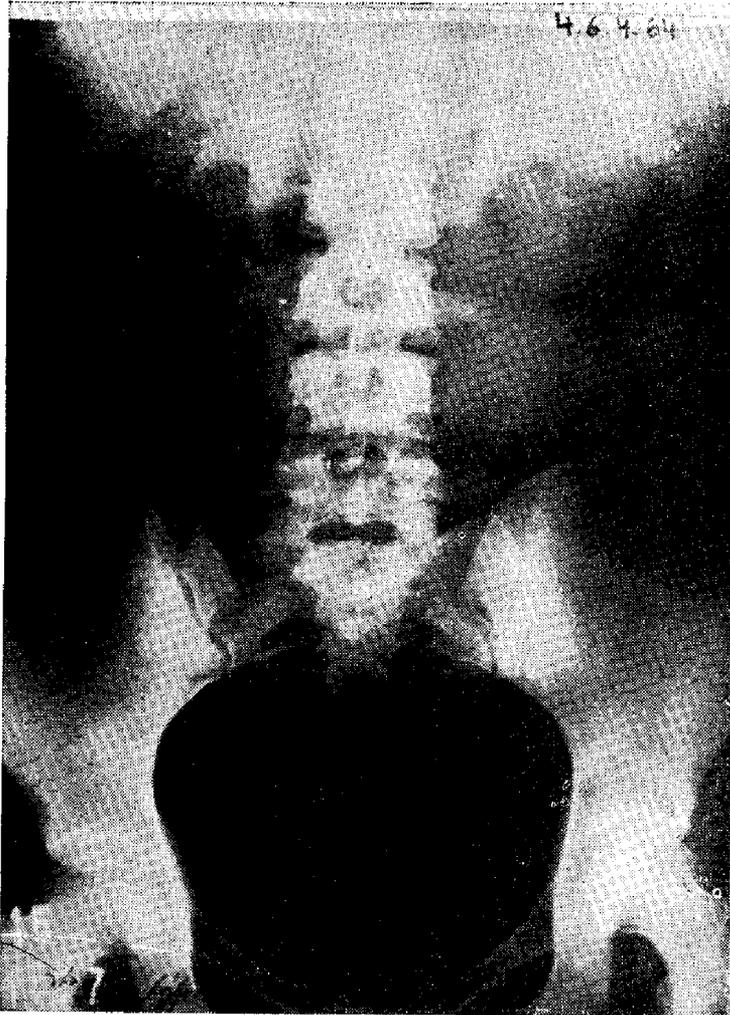


Fig. IV

Se libera en todo el trayecto. Se secciona el paquete venoso entre dos ligaduras y se observa el uréter liberado, pero elongado. Se fija el riñón y se cierra por planos.

La enferma evoluciona bien ya que a los 15 días han desaparecido totalmente sus molestias.

Se saca un control radiológico a los 90 días donde se ve el riñón (Fig. III) mejorado en su mecánica y con desaparición de sus lesiones pielocaliciales.

Hasta aquí, lo que sabemos de la enferma ya que como se siente bien se ha negado a controles posteriores.

Conclusión: Compresión ureteral extrínseca por el paquete venoso ovárico.

2º CASO: El día 4-V-64 se presenta la señora N. L., de 23 años, casada, quien refiere que desde hace mucho tiempo tiene dolores lumbares y lumboabdominales del lado derecho

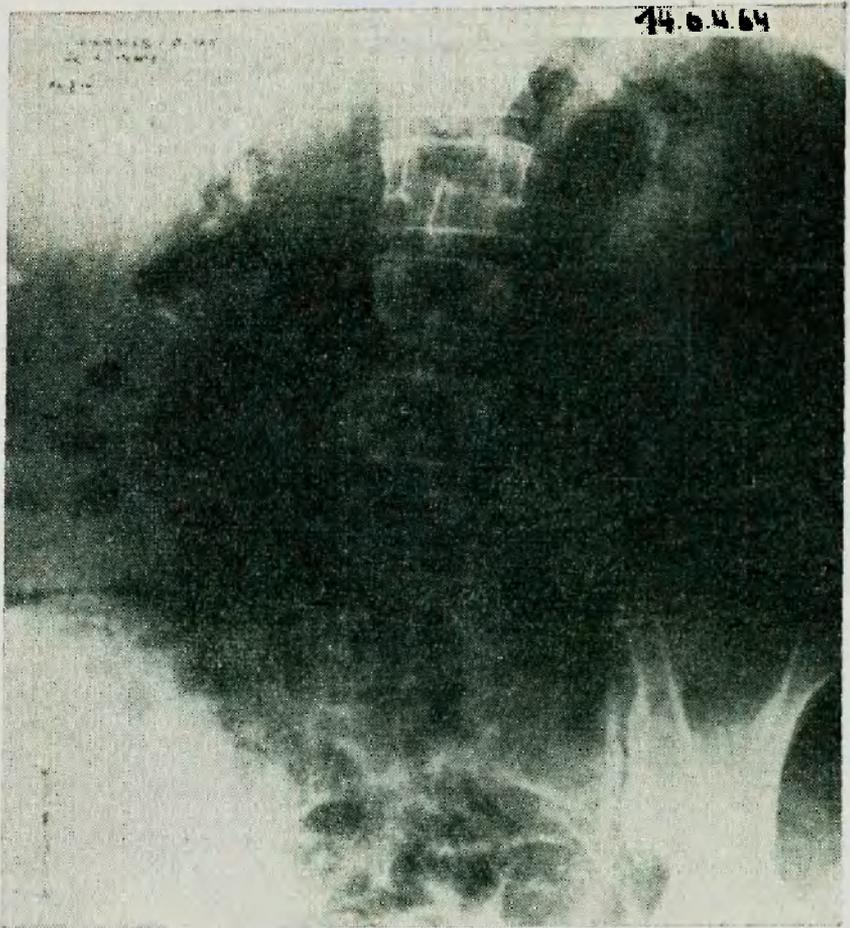


Fig. V

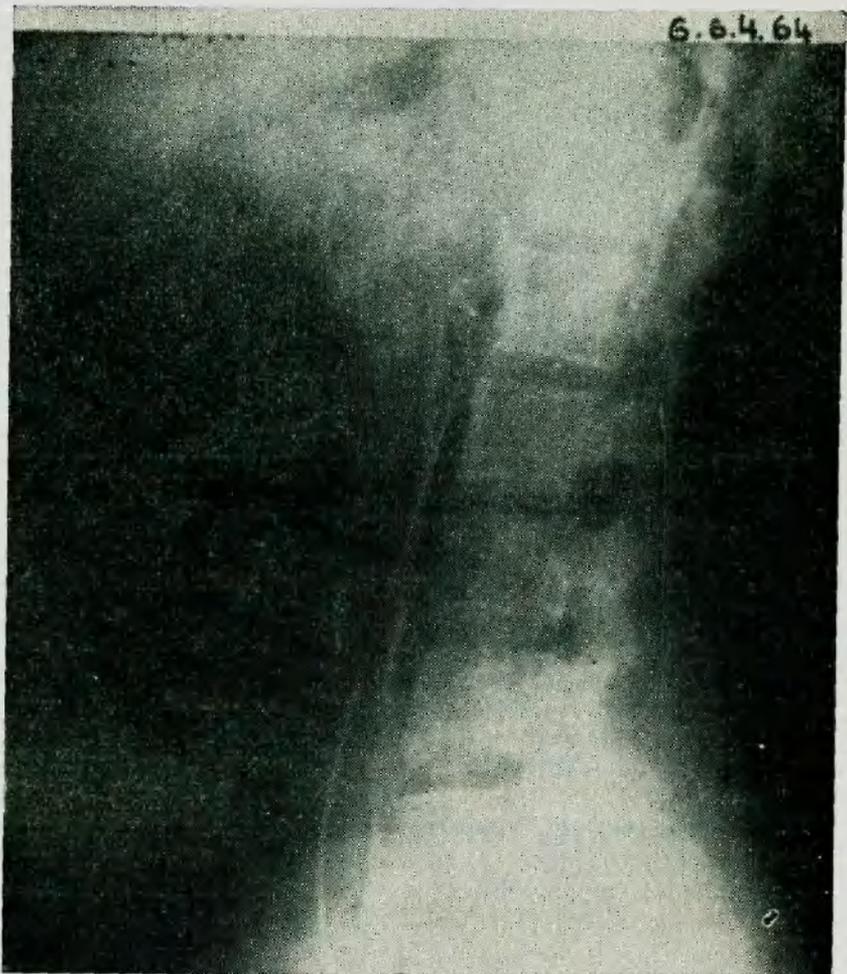


Fig. VI

en forma permanente, que no ceden con el reposo y que aumentan con los movimientos.

Los análisis practicados son negativos. La radiografía de columna no presenta alteraciones.

Ha estado en tratamiento con el ortopedista, quien sugiere la presente consulta.

El examen físico de la enferma sólo da positivos los puntos ureterales posteriores y la puño percusión. El resto del examen es negativo. No ha tenido trastornos miccionales.

Es de hacer notar que la iniciación del proceso lo refiere con el embarazo de su 2º hijo.

El 6-VI-64 se practica un urograma excretor (Fig. IV) en el cual se puede apreciar una dilatación del sistema excretor del riñón derecho, un uréter dilatado que se afina a la

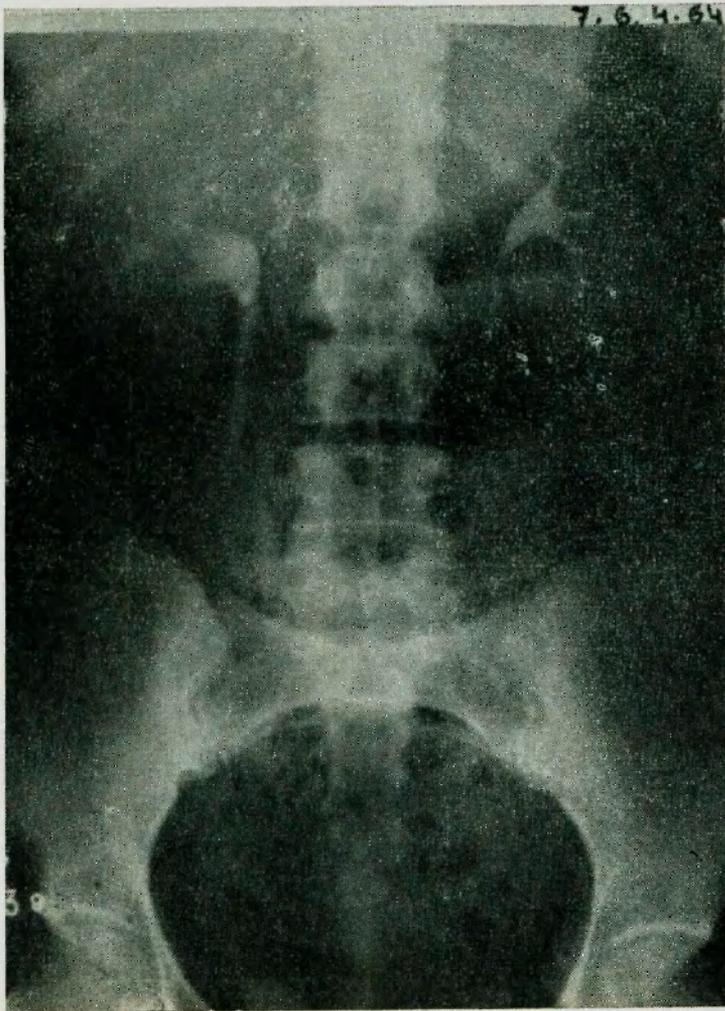


Fig. VII

altura de la LIII, luego se desvía y su sombra se superpone con el cuerpo vertebral, a la altura del nacimiento de sus apófisis transversas; al llegar a la LV se recompone en su calibre hasta su desembocadura.

Con el fin de aclarar la compresión ureteral, practicamos una pielografía ascendente y en posición acostada que no hace más que ratificar al urograma excretor; pero en posición de pie el riñón desciende, haciéndose bien notables las dos compresiones (Fig. V).

Con la idea de que pudiera existir alguna anomalía venosa practicamos un relleno de la vena cava y un cateterismo ureteral, comprobándose la independencia absoluta entre uno y otro (Fig. VI).

Exámenes complementarios, cardiovascular, etc., normales.

Con estos elementos se decide la intervención quirúrgica, que se practica el 15-VI-64 con anestesia general, y tras practicar una lumbotomía clásica ampliada, llegamos a visualizar la parte superior del uréter dilatado al que aislamos y reparamos con pinza de Babcock. Encontramos a unos cinco centímetros de la pelvis que los vasos ováricos se adosan al borde interno de la celda ureteral por medio de adherencias muy firmes. Liberamos el uréter

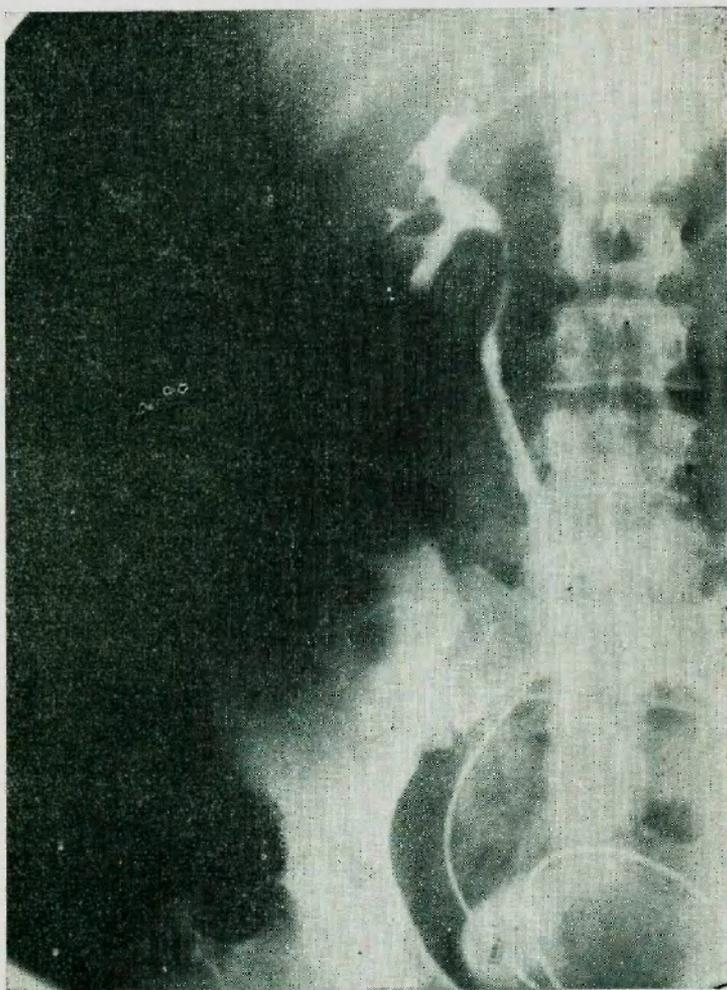


Fig. VIII

con gaza montada; nos encontramos en una zona, que sin haber vasos cirsoideos, la luz ureteral disminuye en forma notable y en donde las adherencias son más firmes. Se continúa liberando el uréter y se observa cómo comienza a reptar con otro ritmo.

Se continúa de arriba abajo la liberación y se vuelve a producir a los cuatro a cinco centímetros el mismo cuadro, es decir uréter estrechado por compresión, por adherencias con los vasos venosos ováricos.

Liberamos hasta que el uréter se hace pelviano y observamos que ahora el lleno ureteral es total en un mismo calibre. Procedemos con puntos separados, a separar el uréter de

los vasos ováricos utilizando para ello las hojas de la celda misma luego fijamos el riñón a la 12ª costilla.

La enferma es dada de alta a los 8 días con desaparición total de las molestias de la internación.

A la fecha, transcurridos cuatro meses, la enferma se siente perfectamente bien.

3er. CASO: La señora V. de P., de 35 años de edad, domiciliada en la ciudad de San Juan, es internada el día 8 de abril de 1963 para su estudio y tratamiento ya que desde hace 2 años tiene un dolor post miccional que en ocasiones se hace permanente durante todo el acto.

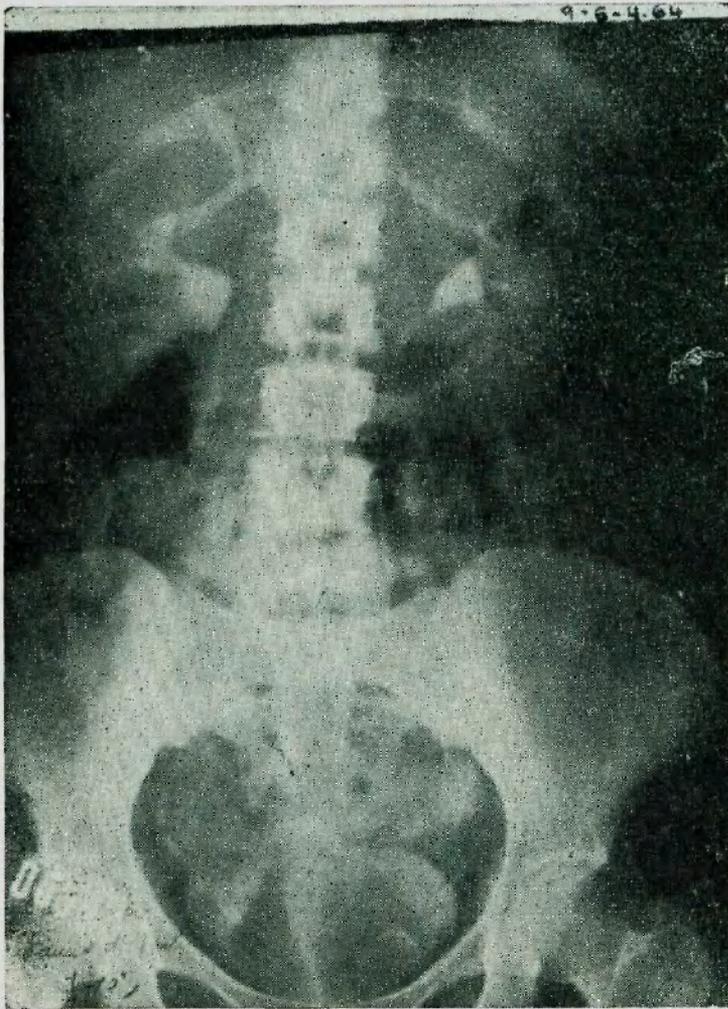


Fig. IX

Se acompaña además de dolor lumbar derecho que se irradia a fosa ilíaca de ese lado y a labios mayores.

En ocasiones ha tenido polaquiuria. No ha tenido hematurias. Los episodios dolorosos a veces han venido acompañados de fiebre. No ha perdido peso pero se halla inapetente.

El examen nos da una puño percusión positiva del lado derecho sin puntos ureterales dolorosos. El riñón derecho no se palpa.

La palpación del hípogastrio es dolorosa.

El examen clínico general es normal. La enferma trae consigo un análisis de orina de seis meses atrás donde observamos que tenía una piuria intensa. Los análisis de sangre eran normales pero con una eritrosedimentación de 2ª hora de 20 mm.

El análisis bacteriológico de la orina daba bacilos califormes y el cultivo en agar-sangre además de los bacilos coliformes daba estafilococos y neumococos.

Se le pide un examen urográfico en el cual se puede apreciar a los 25 minutos una dilatación ureteral derecha con un Stop a la altura del promontorio (Fig. VIII).

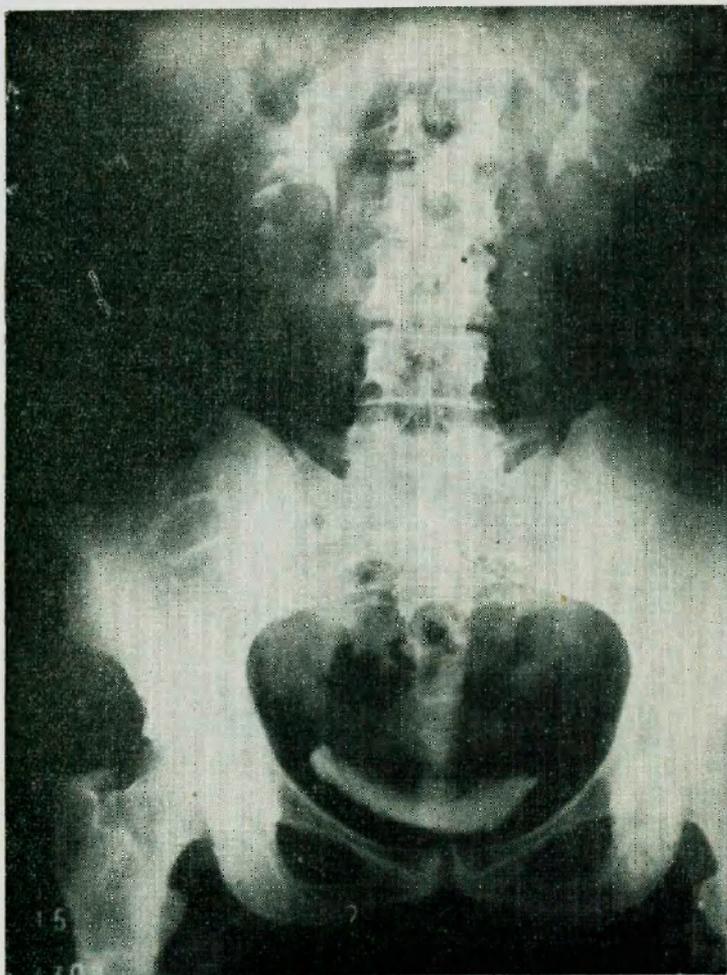


Fig. X

Por lo tanto se decide su operación y se practica bajo anestesia general una lumbotomía ampliada por resección de la 12ª costilla.

Se libera el riñón y el uréter presenta vinculación con gruesa vena ovárica y cirsoideas colaterales en la proximidad de la unión urétero piélica.

Se seccionan los elementos vasculares y la vena ovárica entre dos ligaduras y se conserva un segmento de la misma para su estudio histopatológico. Se fija el riñón a la 12ª costilla y se cierra por plano dejando tubo de drenaje.

La enferma evoluciona bien siendo dada de alta el día 10 de mayo de 1963.

A la semana se le practica un control radiológico en el cual se observa una buena función renal con una pelvis derecha más dilatada que la otra y la desaparición de todos los síntomas que motivaron su internación (Fig. IX).

Conclusión: Compresión ureteral por vena ovárica derecha.

4ºº. CASO: La señora M. R. de V., de 51 años de edad, concurre en agosto de este año al consultorio con un cuadro de cistitis aguda hematórica.

Este episodio se ha repetido en otras dos oportunidades siendo acompañado este episodio por enterocolitis.

También, refiere la enferma sentir en forma permanente un dolor lumbo-abdominal derecho que aumenta en forma ostensible con los movimientos.

Es estudiada por sus dolores lumbares por un ortopedista quien orienta a la enferma hacia el consultorio del urólogo.

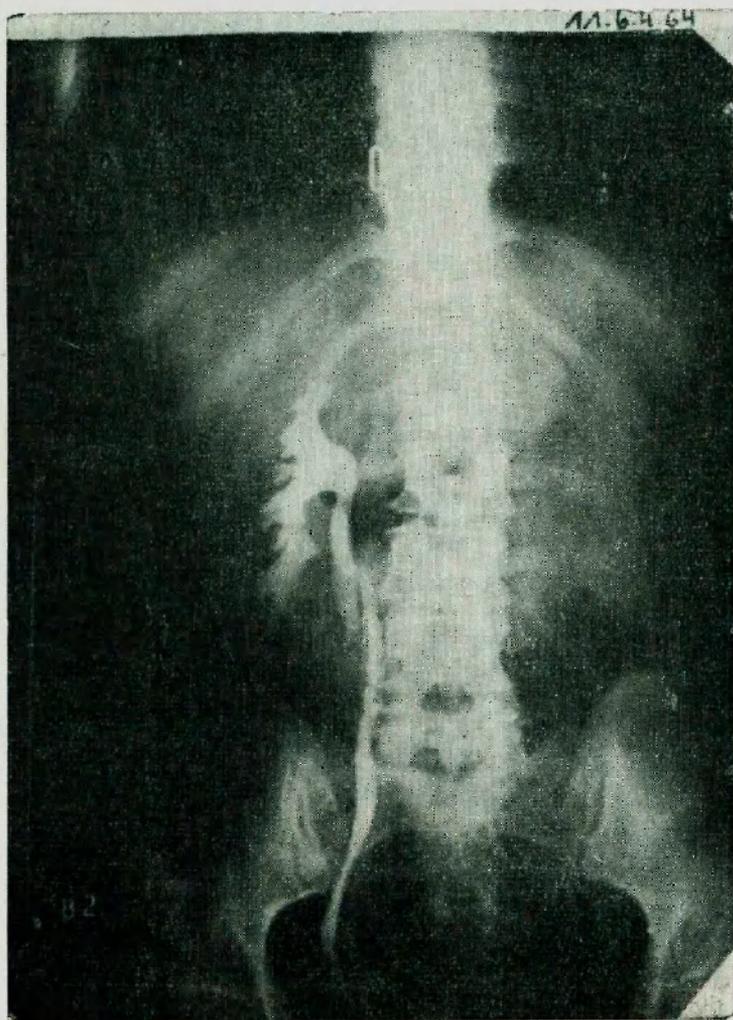


Fig. XI

La enferma es constipada de 2 y 3 días; tiene además en forma permanente sensación de distensión abdominal y meteorismo. Padece de trastornos neurovegetativos.

Al examen físico la enferma acusa dolor en puntos ureterales derechos posteriores puño percusión positiva y dolor a la palpación de la fosa ilíaca derecha lo cual impide palpar riñón de ese lado. El izquierdo no se palpa.

El laboratorio solo da una intensa piuria y la presencia de coli bacilos en orina, con vestigios de albúmina, sin elementos renales.

La eritrosedimentación nos da un índice de 19 mm.

El resto de los análisis y exámenes arrojan valores normales.

Se pide un estudio urográfico y observamos en la radiografía de pie una ptosis renal derecha sin haber gran sufrimiento renal (Fig. X).

Se saca luego una pielografía en posición decúbito y supino (Fig. XI) con dos disparos en cada placa uno en inspiración profunda y otro en expiración forzada (Fig. XII).

Podemos apreciar en la misma una compresión ureteral con acodadura que se exagera con la inspiración y una ptosis renal que aclara el diagnóstico de la enfermedad.

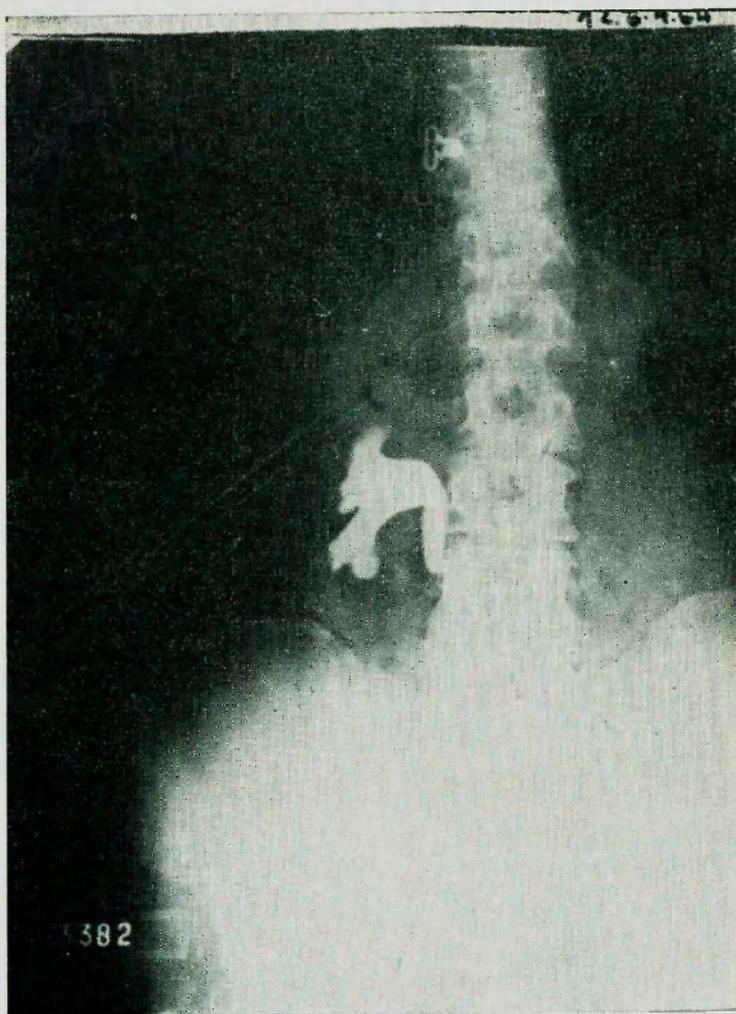


Fig. XII

Se decide el tratamiento quirúrgico y siguiendo los trazados de la clásica lumbotomía observamos al liberar el uréter que se halla rodeado en su parte media por unas adherencias muy firmes que ligan la celda ureteral con la vena ovárica, varicosa en este caso con proceso reaccional de vecindad.

Se libera el uréter en toda su extensión y luego se fija el riñón a la 12ª costilla.

A los 10 días de operada realizamos un control urográfico y podemos observar una restitución ad-integrum de la función renal (Fig. XIII) y de la posición renal lo cual confirmamos sacando una placa con la enferma de pie (Fig. XIV).

La enferma refiere la desaparición total de la sintomatología de su enfermedad.
Conclusión: Compresión ureteral por la vena ovárica derecha varicosa.

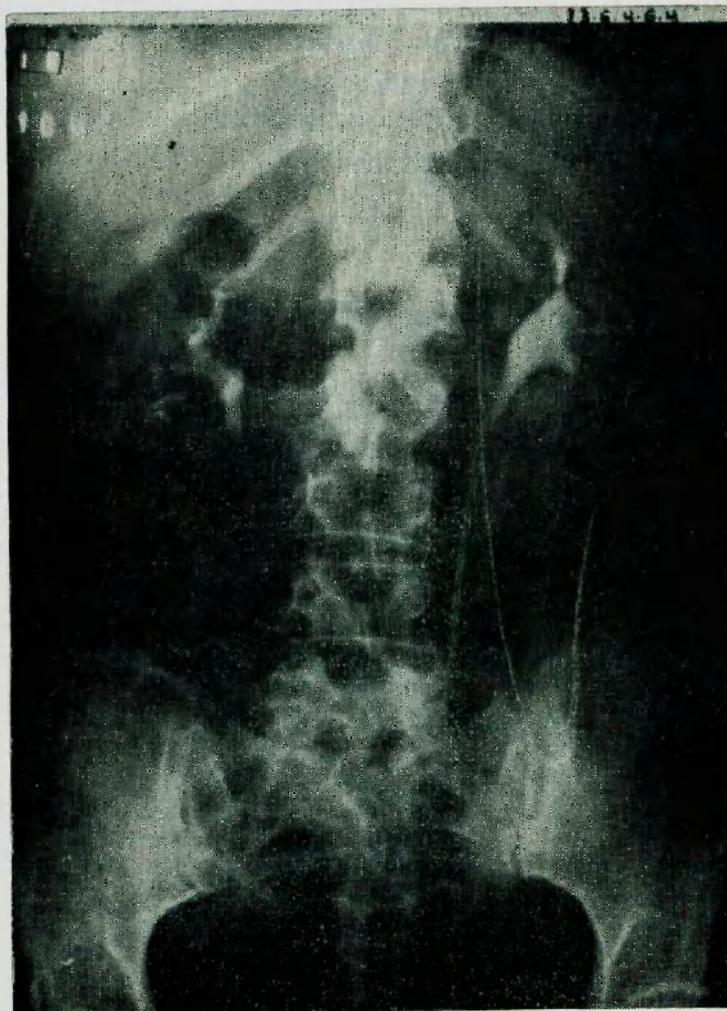


Fig. XIII

ANATOMIA PATOLOGICA

De los cuatro casos presentados, en dos de ellos hubo necesidad de seccionar la vena ovárica, entre dos ligaduras, habiéndose extraído en ambos casos un trozo de las mismas para su estudio histopatológico.

El informe del estudio efectuado por el Dr. Trabucco dice lo siguiente:

“El trozo de vena reseca es de una longitud de aproximadamente 10 cm., de consistencia blanduzca y color rojo subido. Se procede con la técnica habitual coloreándolos con hematoxilina-eosina y tricrómico de Masson.

En los distintos trozos estudiados se comprueba una desigualdad neta en la estructura de la pared venosa. En general las dos capas musculares están conservadas pero en ciertos sitios existe una marcada atrofia, especialmente de

la capa externa. El endotelio está alterado, habiendo desaparecido en extensas zonas de la vena; en otros se encuentra exfoliado y en pequeñas zonas está normal.

La capa interna circular se encuentra en cierto modo conservada, aunque sus fibras musculares dejan espacios libres entre sí, lo que indica una tendencia al colágeno más exagerada que lo normal.

La capa externa muscular está atrofiada, siendo su espesor menor que en las venas ováricas normales. Entre las fibras musculares de esta capa hay tejido conjuntivo demostrable con las coloraciones selectivas.

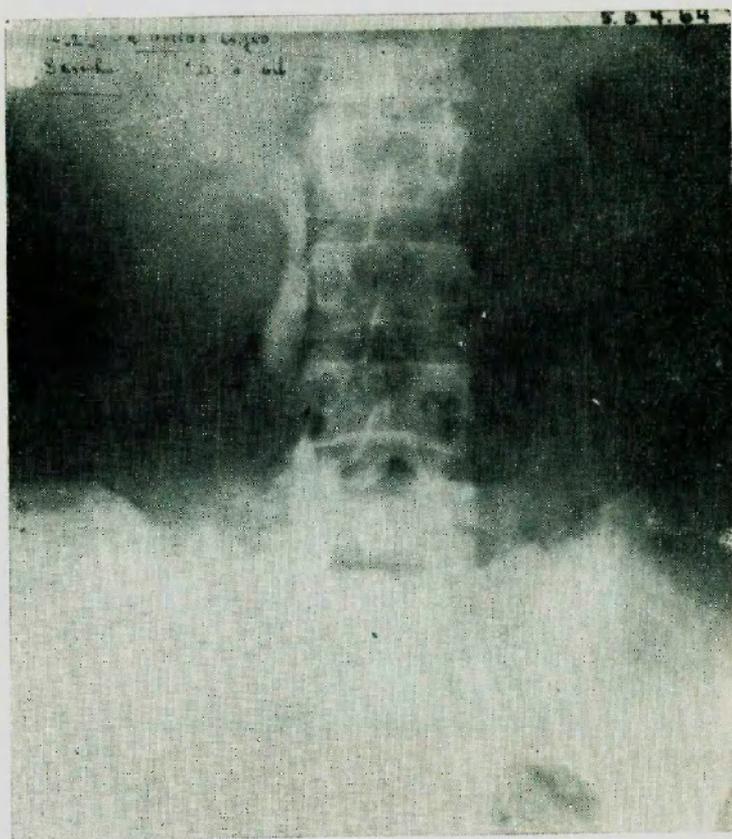


Fig. XIV

Llama la atención el espesor de la capa nutricia, que se muestra en algunas zonas con vasos muy marcados y ectasia sanguínea dentro de ellos; existe, además, en la capa nutricia de estas venas, un marcado espesor en tejido conjuntivo.

DIAGNOSTICO

Vena ovárica con discreta atrofia de sus estructuras musculares e hipertrofia del tejido conjuntivo de sustentación.

RESUMEN

Se presentan cuatro casos de disectasias ureterales derechos por compresión de la vena ovárica, casi siempre afectada de procesos periflebíticos; con varicosidades, en mujeres multíparas.

CONCLUSION

La disectasia ureteral por compresión de la vena ovárica es una entidad digna de tenerse en cuenta entre las causas frecuentes responsables de las mismas, debiendo a veces seccionar la vena o paquete venoso ovárico según la altura de la compresión para poder liberar y separar el uréter y evitar así nuevos procesos que lo pudieran involucrar en el futuro.