

¿CUAL ES SU DIAGNOSTICO?

Presentación de enfermo

Por los Doctores RICARDO BERNARDI, SIMON WAINBERG
y JOSE RODRIGUEZ SEGUIN

Iniciamos con esta breve presentación, una serie de casos interesantes que se destacan por síntomas o signos muy similares y que a pesar de los procedimientos empleados para establecer su diagnóstico exacto, sólo son revelables durante la intervención quirúrgica, resultando verdaderas sorpresas. Es por ello que los presentaremos refiriendo todos los exámenes realizados y nuestro diagnóstico, para que Uds. también formulen el suyo, dejando para el final del trabajo *el verdadero*. Será éste un ejercicio mental que a la vez de poner a prueba nuestra sagacidad científica, nos permitirá conocer la causa de nuestro error.

Ello, por otra parte, justificará ante los jóvenes clínicos y urólogos la actitud dubitativa de los mayores frente a una sintomatología poco convincente y que para ellos, dada su impetuosidad juvenil e inexperiencia, resulta criticable por lo evidentemente clara.

Este es un caso de error muy demostrativo, sobre la necesidad de extremar los exámenes y además, de ser muy cautelosos en las maniobras quirúrgicas, con el objeto de reconocer paso a paso todos los elementos que aparezcan en el campo operativo, por más experiencia que se tenga.

Vayamos ahora a la breve exposición de nuestro 1er. caso de: *¿cuál es su diagnóstico?*

J.R., 56 años, arg. (H. C. 5798) ingresó a nuestro Servicio del Hospital Pedro Fiorito el 8 de abril de 1964. 1er. cólico r. derecho hace 25 años con expulsión de 1 cálculo; 2º cólico r. derecho hace 7 años con expulsión de un cálculo; 3er. cólico r. derecho hace 3 años sin expulsión de cálculos. *Dos meses antes de su ingreso tiene el 4º cólico derecho.*

El examen clínico y urológico muestra un enfermo con buen estado general; discreta anemia y orina con pocos hematíes, cilindros hialinos y pus.

La urografía, como Uds. pueden observar, muestra la presencia de una opacidad con todas las características de un *cálculo ureteral derecho*, situado a nivel de la 4ª vértebra lumbar y uretero-uronefrosis consecutiva.

En el *pielograma* la sonda se detiene a los 16 cm. mostrando una dilatación superior del uréter, pelvis y cálices en bola.

Litiasis ureteral derecha con uronefrosis secundaria.

Antes de proseguir preguntamos a Uds.: ¿Están o no de acuerdo con nuestro diagnóstico?

TRATAMIENTO

Se opera el 13 de abril del corriente año. Incisión lumbar oblicua tipo Chevassu: se cae *exactamente* en la zona afectada, se reconoce un elemento con las características del uréter (dirección y calibre) y una induración intracanalicular propia de un cálculo que *rápidamente* se decide extraer en una maniobra que en esa situación resulta siempre fácil, al punzar con el bisturí se observa con gran sorpresa que *sale un fuerte chorro de sangre tipo arterial* que inunda el campo operatorio.

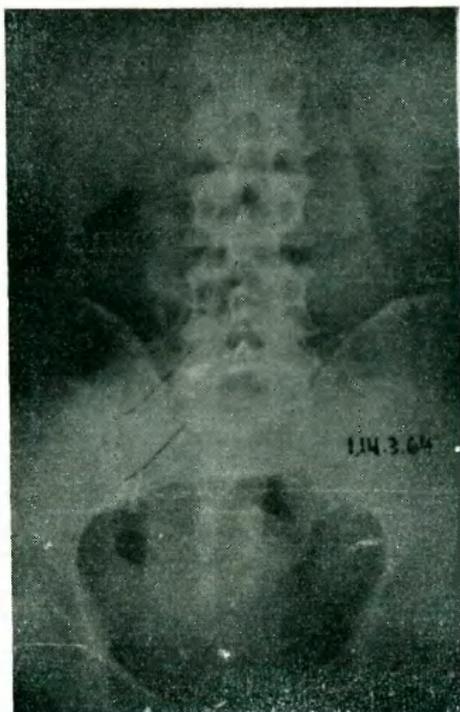


Fig. 1
Imagen radio-opaca en la proyección del uréter lumbar derecho.



Fig. 2
Urograma de excreción con uronefrosis derecha secundaria, a lo que se consideró un cálculo ureteral derecho.

Inmediatamente se practica la sutura del vaso con la técnica conocida. A continuación, al proceder al examen detenido de la aorta abdominal, se trataba de la *Arteria Iliaca Primitiva Derecha* muy adelgazada y el supuesto cálculo ureteral; *una gruesa placa de ateroma*.

El uréter se encontraba desplazado hacia la línea media, ligeramente dilatado y flexuoso; la incisión y el cateterismo retrógrado mostraron una dificultad similar a la observada en el pielograma que salvó fácilmente; ureterolisis Rubber para-ureteral y cierre de la herida.

COMENTARIOS

¿Cómo se explica nuestro error?

1º) El enfermo tenía netos antecedentes clínicos de cólicos renales derechos y una urografía y pielografía que confirmaban plenamente el diagnóstico.

2º) El fácil acceso del uréter lumbar, con la incisión lumbo-iliaca por todos conocida, nos permitió llegar rápidamente al órgano, creyendo que se trataba del conducto.

3º) La inmediata palpación de la dureza no nos hizo dudar un segundo de que se trataba de un cálculo.

4º) Luego de nuestra confusión, el examen más detenido de la región nos permitió observar un uréter desplazado y una arteria iliaca primitiva derecha muy adelgazada del diámetro aproximado del primero.



Fig. 3

Ureteropielografía ascendente derecha. Detención del catéter ureteral a los 16 cms. del meato. Dilatación pielo-calicial derecha.



Fig. 4

Urograma de excreción. Resultado al mes de la intervención. Desaparece la uronefrosis y la imagen radio-opaca que no fue extraída en el acto quirúrgico.

Queremos destacar a continuación 2 hechos extraños y que Udes. también habrán podido observar.

- 1º) La desaparición de la sombra de la arteria que nosotros *no* extirpamos y
- 2º) La recuperación morfológica de las vías de excreción.

En el primer caso creemos que la reabsorción del catgut empleado en la sutura arterial pudo haber sido la causa de la desaparición del ateroma en el característico proceso enzimático y fagocitario.

En cuanto a las vías de excreción, se beneficiaron con la ureterolisis y el cateterismo retrógrado dilatador.

Actualmente el enfermo se encuentra en buenas condiciones desde el punto de vista arterial y renal, como se puede observar en las fotografías adjuntas.