

LITIASIS DE URETER TERMINAL E HIPERTROFIA PROSTÁTICA: NUESTRA CONDUCTA

Dr. Nachum Fainman

Una modalidad dentro de la calculosis urinaria, la constituye la localización de un cálculo en el uréter, considerado como un mero accidente, durante el tránsito de la litiasis, previamente formada en las cavidades pielocaliciales y que el bacinete intenta expulsar hacia el exterior por acción de su peristáltica.

El uréter no es un canal uniforme, sino que en su recorrido desde su inicio, el bacinete, hasta su final, la vejiga, nos ofrece tres zonas angostas y dos parcelas dilatadas. La primera zona angosta (estenosis inicial) asienta en la unión pieloureteral; la segunda zona angosta (estenosis marginal) la ubicamos en el punto dónde el uréter cruza los vasos ilíacos y finalmente la tercera zona angosta, corresponde a la porción intramural, en el espesor de la vejiga y al propio meato ureteral.

Estas zonas angostas dan lugar a la existencia entre ellas de dos husos, de los cuales el superior es llamado lumbar por ocupar esa región topográfica y el inferior, pelviano, por idéntica razón.

La viabilidad de un cálculo depende de la superficie lisa, del tamaño del mismo y finalmente del calibre ureteral en todo su recorrido, siendo frecuentes las excepciones. En lo que respecta a la relación existente entre cálculo y uréter, se puede observar tres modalidades: I) el cálculo móvil, migrante, caracterizado por su localización transitoria en un uréter normal, permitiendo su progresión; II) el cálculo enclavado, al existir un proceso de itis o periureteritis que impide su descenso por sus propios medios; III) el cálculo encastillado, complicación del anterior donde al forjarse un nido, permanece engarzado, siendo su localización excéntrica en relación a la luz del uréter.

Por lo tanto un cálculo que salió del bacinete, entorpecido su recorrido por las estenosis y los factores propios del cálculo, siendo la zona de detención siempre retroestructural.

Considerado como un accidente de tránsito, carece la litiasis del uréter de fisonomía clínica y cuando al descender el cálculo se aloja en la parcela intramural del uréter presenta un predominio de signos véscico-pélvicos del tipo cistítico de intensidad variable, amén de cólicos nefríticos y crisis ureterales, dolores pelvianos continuos o intermitentes y algunas veces el síndrome de Young (síntomas vesicales-seminales-testiculares y rectales).

No es con frecuencia que podemos asistir a la circunstancia de presenciar un enfermo portador de una hipertrofia próstica y de una litiasis ureteral baja.

Dos propósitos fundamentales guían al presentarles el caso a exponer: I) la simultánea patología y II) la feliz circunstancia de poder obtener la resolución de un proceso ureteral bajo obstructivo con maniobras endoscópicas.

Nuestra observación: Se trata del enfermo Ch. F. C., argentino, de 68 años de edad, jubilado, cuyos antecedentes hereditarios registran una hermana muerta de T.B.C. pulmonar y otra fue operada de un tumor renal derecho y en lo que respecta a los antecedentes personales revelan un cólico renal derecho el 20/IX/46 cediendo con antiespasmódicos y calmantes.

Antecedentes de la enfermedad actual: El 8/III/68 consulta por presentar: disuria inicial, ardor miccional y algias más o menos intensas en región lumbar derecha con irradiación a genitales. El estudio radiográfico nos revela lo siguiente: Fig. 1, radiografía directa panorámica del tracto urinario que muestra dos imágenes opacas a los rayos x de las cuales, una se encuentra en la parte baja de la vía excretora y la otra en la zo-

na correspondiente al riñón izquierdo; Fig.2, urograma por excreción, a los 15 minutos evidencia buena función renal bilateral, Fig.3, urograma por excreción a los 45 minutos de inyección de la sustancia de contraste que documenta una dilatación pie-
lo-ureteral supracalculosa derecha y la imagen litiásica izquierda en cáliz inferior, pudiéndose apreciar el signo de la jota o del anzuelo en uréter terminal izquierdo.

Se medica con extracto pancreático desprotenizado, progesterona y antibióticos de amplio espectro, reaccionando con leve mejoría y persistiendo las algias lumbares.

Después de varios días de tratamiento, le solicitamos una radiografía de control la que certifica la persistencia de la litiasis, conservando la ubicación puesta de manifiesto en el primer estudio radiográfico.

Clínicamente desmejora al hacerse presente un cuadro febril con piuria que cede después de varios días de tratamiento con antibióticos y reposo.

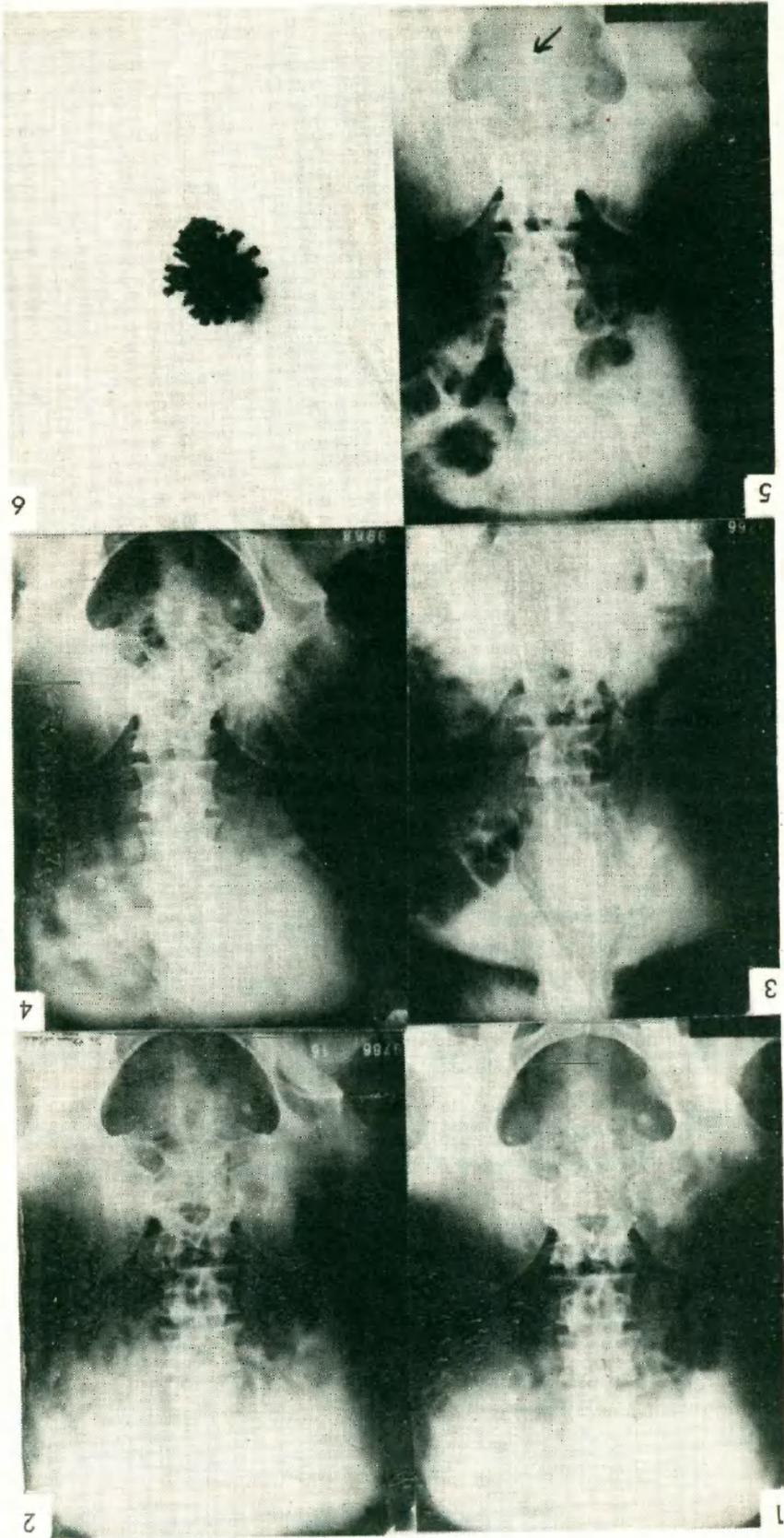
Los análisis revelan lo siguiente: Hemograma completo: G. rojos: 4.300.000; G. blancos: 17,900; N:87; E:0; L:10; M:3; Hemoglobina :90% (14,05g%); Valor globular:1,04; Hematocrito: 39%; Análisis de orina: abundante pus y estafilococos.

El 25/V/68, le efectuó un cateterismo ureteral derecho, usando una sonda ureteral de nylon, punta cónico olivar, la que choca con un obstáculo infranqueable a unos 2 cm. del meato; con suaves movimientos de presión tenemos sensación de haber desplazado levemente al cálculo viendo fluir a través del meato, pus y sangre con mejoría del dolor lumbar. La cistocopía concomitante certifica la existencia de una hipertrofia a expensas de un lóbulo medio. Al día siguiente de la maniobra instrumental se queja el enfermo de: molestias vesicales, polaquiuria y tendencia a obstruirse durante la micción. Una nueva radiografía directa panorámica del tracto urinario nos revela la nueva localización vesical del cálculo ureteral derecho (Fig.5). No tolerando ésta nueva molestia se decide por la intervención quirúrgica, ya propuesta, la que llevamos a cabo el día 13/VI/68.

Protocolo quirúrgico: Cirujano, Dr. N. Fainman, ayudante, practicante F. Palma; instrumentista, R. Luna; anestesia peridural (Dr. Sabaté); transfusión de sangre=250 cm³. Se efectuó la operación de Hryntschak y se extrae un cálculo negrozco erizado de puntas y mamelones (muriforme) que se puede apreciar en la Fig. 6. Evoluciona muy bien y 9 días después es dado de alta miccionando per-se y en perfectas condiciones locales y generales.

Informe histopatológico de próstata: Fibro-adenoma quístico; algunos elementos glandulares están ocupados por exudado purulento. En el estroma se observan focos de infiltrado inflamatorio crónico. No se observa degeneración neoplástica maligna. Dr. Miguel Conejos- 15/VI/68.

Resumen: El autor remarca que la implantación de un cálculo en el ureter sólo motivó su intervención cuando se complicó e insiste en la resolución del proceso mediante maniobras endoscópicas.



LITIASIS DE URETER TERMINAL E HIPERTROFIA PROSTATICA; NUESTRA CONDUCTA