

URETER RETROCAVO

Dres. Makler S.
Irazú J.C.
Munner A.
Socolovsky R.
Davidzon I.

Hemos estudiado e intervenido cinco pacientes cuyo cuadro de obstrucción derecha alta era motivada por un ureter retrocavo (U.R.C.). Esta afección se debe, como ya sabemos, a un trastorno de la embriogénesis de la vena cava inferior.

Los enfermos, cuya edad oscilaba entre 18 y 45 años, pertenecían 3 al sexo femenino y 2 al masculino. Cuatro se presentaron a la consulta por padecer dolor de tipo cólico renal derecho, y el quinto por infección urinaria que no cedió con el tratamiento instituido.

Casuística

Se acompañan las historias clínicas resumidas de cinco pacientes portadores de esta patología, en los que se considerarán sólo los datos positivos.

Caso N° 1: R.O. de Q.; 45 años de edad; sexo femenino.

Motivo de consulta: cólico renal derecho, disuria y polaquiuria. Los estudios realizados demostraron la presencia de infección urinaria, y el urograma excretor dio como presunción diagnóstica un ureter retrocavo. Se operó en octubre de 1968 confirmándose el diagnóstico y realizando la sección y transposición del ureter, sin reseca la porción retrocava, dejando cateter K 30 perdido en vejiga. Buena evolución post-operatoria inmediata. El urograma de control dos meses después, evidenciaba discreta dilatación por encima de la anastomosis. Ante la persistencia del dolor y la infección, se reinterviene en marzo de 1969, efectuando pielo-uréterolisis, ya que la exploración de la anastomosis no demostró estrechez. Evolución satisfactoria.

Caso N° 2: B.R.C.; 36 años de edad; sexo femenino.

Motivo de consulta: cólico renal derecho y hematuria. Al examen se comprobó hipertensión arterial de 145/105. El urocultivo era positivo. El urograma excretor y la pielografía ascendente combinada con cavografía, (Fig. 1) confirmaron el U.R.C., y la presencia de un cálculo piélico. Se efectuó corrección quirúrgica con resección del trayecto ureteral retrocavo y extracción del cálculo, se practicó sutura término-terminal dejando tutor. Buena evolución post-operatoria y control de la infección urinaria.

Histopatología: el informe histopatológico del segmento ureteral demostró pared ureteral conformada por mucosa y submucosa esclerosa y hemorrágica. La capa muscular disociada por infiltrados inflamatorios crónicos y leucocitarios (Figs. 2 y 3). Diagnóstico: "ureteritis crónica inespecífica".

Caso N° 3: F.T.; 45 años de edad; sexo masculino.

Motivo de consulta: dolor lumbar derecho, en ocasiones de tipo cólico. El urograma excretor puso de manifiesto el U.R.C.. Se operó en octubre de 1962 practicándose sección y transposición del uréter con resección del trayecto retrocavo por presentar aspecto fibroso, anastomosis término terminal dejando tutor. Buena evolución post-operatoria, con persistencia de cierta ectasia a los dos meses de operado.

Caso N° 4: J.P.; 35 años de edad; sexo masculino.

Motivo de consulta: cólicos renales derechos reiterados. Se realizó urocultivo, que fue negativo. El urograma excretor con las características del U.R.C. (Figs. 4 y 5). Operación: vía de abordaje transperitoneal con decolamiento del colon derecho, sección del uréter y resección del segmento circuncavo, anastomosis término-terminal, dejando catéter K 30 por ureterostomía intubada "in situ", por debajo de la sutura. Buena evolución post-operatoria (Fig. 6).

Caso Nº 5: M.C.; 18 años de edad; sexo femenino.

Motivo de consulta: enviada por presentar infección urinaria persistente de 3 años de evolución. En el urograma excretor se observa ectasia piélica derecha, que se acentúa en la posición de pie. Se opera con diagnóstico de obstrucción urétero-piélica hallándose un U.R.C., como motivo de la obstrucción. Sección baja de la pelvis renal, transposición del uréter y anastomosis término-terminal sin tutor, dejando ventana Hann Wainberg. Buena evolución post-operatoria con desaparición de la infección urinaria, persistencia de discreta ectasia piélica e imagen de la porción ureteral retrocava, que conserva la forma preoperatoria.

Consideraciones:

El diagnóstico de U.R.C. surgió por el estudio radiográfico de pacientes portadores de síntomas y signos no característicos. Si bien el urograma excretor orienta el diagnóstico, la pielografía ascendente con placa en oblícuo y perfil lo confirman. La falta de este estudio en el caso Nº 5, impidió el diagnóstico preoperatorio correcto. La pielografía ascendente en las placas de frente, muestran el desplazamiento del uréter hacia la línea media, en tanto que las oblícuos y el perfil son concluyentes al mostrar el contacto del uréter con la columna vertebral (signo de Randall-Campbell). La cavografía unida a la pielografía ascendente es definitiva aunque puede considerarse superflua y en el caso de los niños, riesgosa (Cendron y Reis).

El tratamiento del U.R.C., no será siempre necesariamente quirúrgico y éste estará indicado en los casos de complicaciones como dolor, infección, uronefrosis y litiasis, que fueron los que motivaron la consulta en nuestros pacientes.

La conducta quirúrgica debe ser decidida durante el acto operatorio. La resección o no de la porción retrocava, se hará teniendo en cuenta la dificultad de la disección, la estrechez por fibrosis y/o su excesiva longitud. Si bien los resultados fueron satisfactorios en todos nuestros casos, no deja de llamar la atención la mejor evolución de aquéllos en los que se resecó.

El estudio histopatológico de uno de ellos evidenció lesiones inflamatorias que alteraban principalmente la capa muscular.

En la observación del Nº 5, es de hacer notar la persistencia de las alteraciones características del uréter retrocavo.

Resumen:

Se presentan cinco casos de U.R.C., cuatro de ellos con diagnóstico preoperatorio, se hacen consideraciones sobre el diagnóstico y tratamiento.

SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA

SESION DEL 25 DE ABRIL DE 1974

P. Dr. Castría:
Deseo saber si la remisión fue mejor en los casos en los que se dejó catéter o en los que no se dejó.

Dr. Otamendi:
Desearía saber por qué en una de las operaciones informo que era por vía anterior -supongo que las demás, que no nombró, deben haber sido por vía lumbar-, si esa vía anterior resultó mejor que las otras; si era mejor, en qué sentido, y si la vía de abordaje se estableció en esos casos que ya tenía programado, es decir si ya se había hecho el diagnóstico de uréter de retrocavo, y se programó la incisión y por qué.

R. Dr. Socolovsky:
El abordaje por vía anterior se debió a lo que dijo el Dr. Davidzon. A nosotros, a los que estamos en el interior, a veces nos toca un caso que es el primero y entonces tratamos, no sólo de tomar todas las precauciones sino quirúrgicamente tener el campo más amplio posible. Debido a la experiencia de cirugía general que el decolamiento de colon derecho da una amplia exposición sobre la vena cava -y el caso que se presentó era de uretro retrocava que estaba justo a nivel de la parte media de la vena cava-, me dio un buen campo, pude trabajar muy cómodo y el enfermo anduvo sin ningún problema. Esa fue la causa del abordaje por vía anterior; creo que de hacerlo ahora, sería por vía lumbar.

Dr. Davidzon:
Al Dr. Castría cuales le evolucionaron mejor? . Nosotros no hemos tenido grandes diferencias con los distintos métodos de drenaje, sin embargo creemos que se debe drenar con un tutor, porque se elimina la colección urinaria a nivel de la anastomosis y de esa manera se evita la posible fibrosis.

En cuanto a la pregunta del Dr. Otamendi, creemos que la vía de elección es la lumbotomía y que en el caso en que la intervención se realizó por vía transperitoneal, se debió a que el colega que lo realizó era nuestro residente de cirugía general y no tenía experiencia con uréter retrocavo. Ese fue un poco el motivo de esa intervención.
