

Serv. de Urología del Hospital Alvear;  
Jefe; Profesor Dr. JUAN SALLERAS

Por el Doctor  
JUAN SALLERAS

## EL REFLUJO VESICO URETERAL, COMO CAUSA DE ERROR EN LA UROGRAFIA DE EXCRECION

COMO contribución al estudio de la urografía de excreción y especialmente a sus causas de error, en la interpretación de la misma, voy a comentar una de dichas causas, que la considero de fundamental importancia, ya que si no se tiene en cuenta, o no se interpreta debidamente, puede conducir a practicar un acto quirúrgico, de lo más desagradable, como le pasó al Dr. Ravasini, que al interpretar un uroselectán descendente, no teniendo en cuenta la posibilidad de un reflujo vésico ureteral, hizo una nefrectomía del *lado sano* solamente porque un reflujo ascendente de ese lado, lo impresionó como el mejor, porque el uréter se había llenado, mucho más que del otro lado, enfermo. En cambio, Hortolomei, de Bucarest, citado también, por Constantinesco afirma, que desde que utiliza el uroselectán, jamás ha tenido ninguna causa de error operatorio.

Nosotros podemos desde ya adelantar que, a pesar de utilizar corrientemente este medio de diagnóstico, tampoco hemos tenido ningún error quirúrgico, dependiente del uroselectán, aún habiéndolo utilizado muchas veces, con fines de estudiar la función renal por este medio. El mismo caso que vamos comentando, demuestra una vez más, la relación existente entre la eliminación por el riñón del uroselectán, traducida por una imagen, más o menos precoz y por una intensidad mayor o menor, de la imagen correspondiente, según sean las lesiones renales más o menos intensas.

Cualquiera que sea el tipo de reflujo, admitiendo para ello, como lo describe Lepoutre, *reflujo enfermedad* o bien *reflujo acci-*

dente, es indiscutible que cuando él se produce, puede inducir a error, si no se le tiene siempre en cuenta. Nosotros, que en la fecha no muy distante del mes de septiembre de 1935, según consta en la historia 2213, del Servicio de Urología a mi cargo en el Hospital Alvear, desconocíamos totalmente esta causa de error, pensamos en la posibilidad del mismo, al ver que en el paciente mencionado, con lesiones evidentes del riñón derecho, muy antiguas, mostraba a la urografía de excreción, primera que realizamos después de la radiografía simple, muy escasa eliminación del uroselectán, del lado enfermo tanto a los 5', como a los 15', así como a los 45', en que la eliminación fué escasa; no obstante esta escasa eliminación de este lado, llama poderosamente la atención, el relleno intenso de uroselectán, que presenta el uréter correspondiente de la 2ª y 3ª, como puede verse en las películas que presento y especialmente en su tercio inferior. Del lado izquierdo en cambio, la eliminación fué normal, pero el signo de repleción del uréter pelviano, fué igual, que del lado enfermo.

El estudio detenido de las radiografías que presento, nos indujo a sospechar que, dada la uniformidad con que ambos uréteres se rellenaban, en su tercio inferior, sería debido a que el relleno mencionado, si bien podría haberse hecho, normalmente del lado izquierdo, sano clínicamente y a la eliminación por el uroselectán, en cambio del lado enfermo, también clínicamente y a la eliminación del mismo uroselectán que como hemos visto, era muy precaria, casi era imposible explicárselo, por un relleno de arriba abajo. Ahí, comenzamos a dudar, de la posibilidad de un reflujo vésico ureteral, por lo menos para el lado derecho o enfermo.

Para tratar de aclarar tal anomalía de imagen, pensamos y así lo hicimos, practicar un nuevo uroselectán, pero con vejiga vacía, y así resultaron las imágenes de las radiografías 5, 6 y 7, en las que puede verse con toda claridad, *la falta del signo del relleno* del tercio inferior del uréter, así como los signos de eliminación casi nula del lado enfermo y muy buena del lado izquierdo sano. Con esto, nosotros ya consideramos casi aclarado el problema, pero disponiendo como prueba de otros elementos todavía más categóricos, como es la cistorradiografía con yoduro de sodio al 15 %, nos resolvimos realizar dos, una en activo y otra en pasivo, según puede verse en

las placas 8, 9 y 10, en las cuales, tanto en activo como en pasivo, la demostración del reflujo, no ofrece la menor duda.

Desde esa fecha quedó consagrado para todos los médicos del Servicio del Alvear, la posibilidad de un reflujo vésico-ureteral como causa de error, en la interpretación de la eliminación de la urografía excretora, haciendo aparecer la eliminación renal, como buena o muy buena, teniendo en cuenta el signo de la repleción del uréter pelviano: desde entonces siempre pensamos en la posibilidad de un reflujo uretero-vesical, máxime cuando la imagen de ese lado es muy tenue o no exista, circunstancia excepcional, si se tiene en cuenta que en nuestra práctica *sólo lo encontramos una sola vez*.

Con agradable sorpresa, hemos leído el trabajo de Constantinesco, de Bucarest, en el último número del "Journal d'Urologie", comentando este mismo signo, bajo el título de "El reflujo vésico-ureteral, en la urografía intravenosa", y en él se estudian los elementos más o menos ya estudiados por nosotros en el año pasado y que hoy comenta dicho Constantinesco.

Los datos clínicos de interés urológico, son como sigue:

Enfermo de 30 años, checoslovaco, soltero, chacarero, ingresa el día 14/9/35 y es dado de alta el 17/1/36. Diagnóstico: Reflujo vesico-ureteral, con pielonefritis derecha; tratamientos antisépticos urinarios.

Dice el paciente, que no ha tenido enfermedades venéreas, y su padecimiento actual, comienza hace 4 años por un fuerte dolor, en la región lumbar derecha, con irradiación a la ingle, acompañado de reflejos urinarios, polaquiúrea diurna, cada media hora y tres a cuatro veces de noche, ardor final. Este episodio fué pasajero, pues sólo duró una hora y pasó sin tratamiento alguno, pero persistieron pero con menor intensidad, el dolor lumbar de ese lado así como la polaquiúria tanto diurna como nocturna. A los dos años de este estado, se interna en un hospital de la Capital y después de algunos meses de tratamiento médico con inyecciones y de investigarle un posible origen tuberculoso o litiásico, lo dan de alta, algo mejorado de los síntomas anteriores. Al mes de salir del hospital se halla en igual estado, agregándosele un síntoma nuevo, consistente en hematuria de tipo final, que una vez pasado, queda igual que antes. Meses después ingresa en nuestro servicio, con dolor lumbar, polaquiúria diurna y nocturna de intensidad igual a la anterior.

El examen renal, nos dice que ninguno de los dos riñones es palpable y que los puntos, costomuscular, pieloureteral y ureteral medio, derecho, son positivos. Todo negativo del lado izquierdo.

El examen radiográfico, por urografía de excreción nos dice: Lado iz-

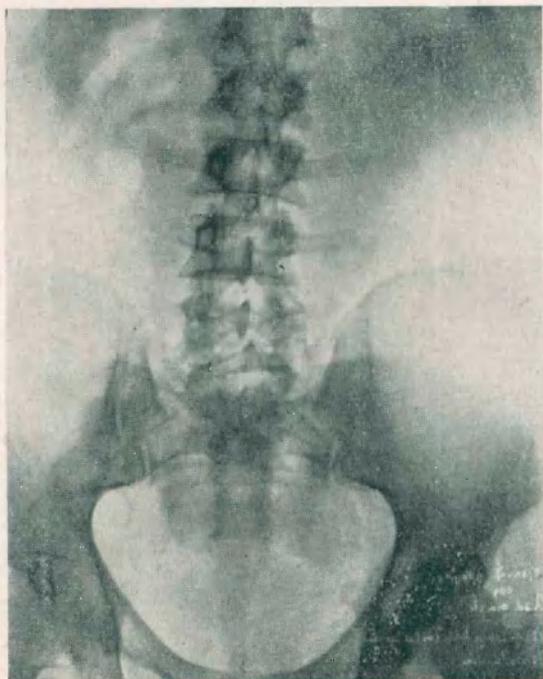


Figura N° 1  
Hist. 2213. - Radiografía simple.

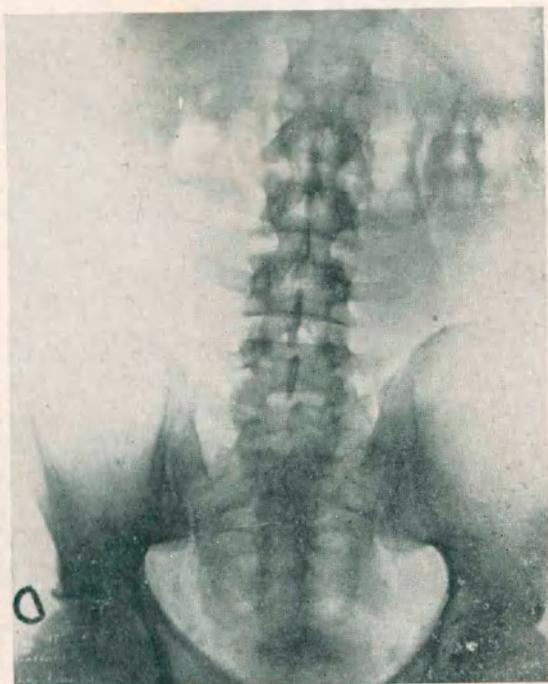


Figura N° 2  
Hist. 2213. - Urografía descendente  
con reflujo ascendente doble 5' (to-  
davía no manifiesto).

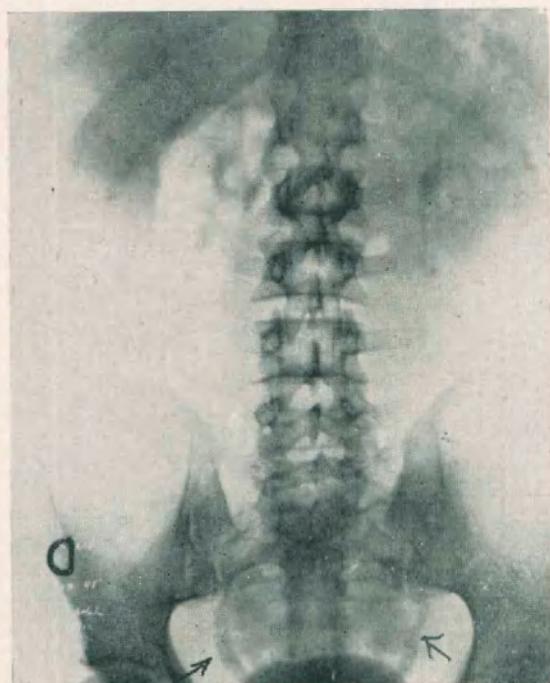


Figura N° 3  
Hist. 2213. - Urografía descendente  
con reflujo ascendente doble 15' bien  
visible (ver flechas).

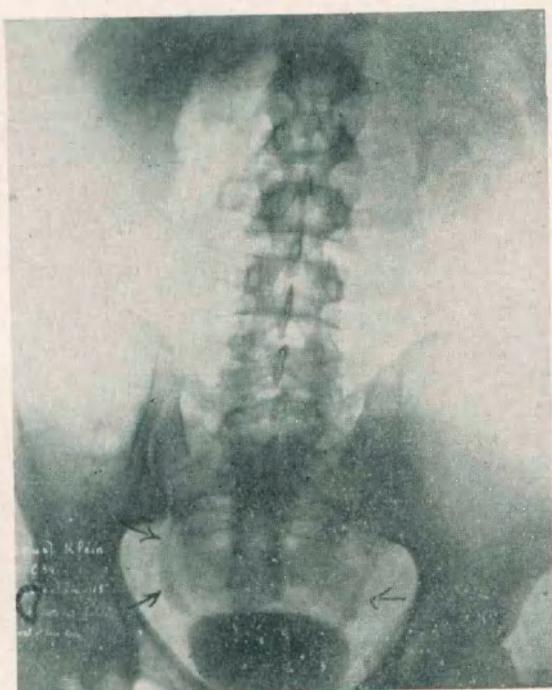


Figura N° 4  
Hist. 2213. - Urografía descendente  
con reflujo ascendente doble 45' (ver  
flechas).

quierno, normal. Lado derecho, hay un esbozo de pelvis y cálices y el uréter aparece filiforme; en cambio, el uréter pelviano de este lado así como del izquierdo están *ampliamente rellenos* casi en igual forma, a pesar que el uréter alto de este lado, como decimos antes es *filiforme*. Esta uniformidad, de la dilatación ureteral en su tercio inferior, especialmente del derecho, nos sugiere la posibilidad de un reflujo ascendente, que sería el encargado de rellenar dicho uréter y de inmediato, repetimos la prueba pero vaciando la vejiga, encontrando,

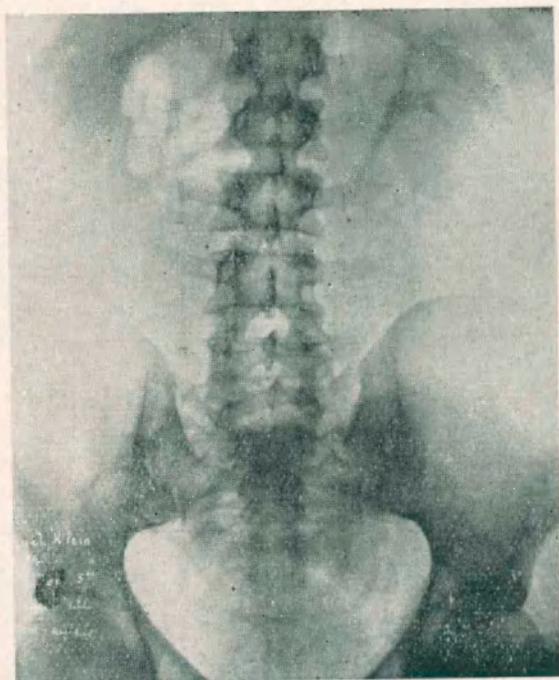


Figura N° 5

Hist. 2213. - Urografía descendente con vejiga vaciada por cateterismo 5'.

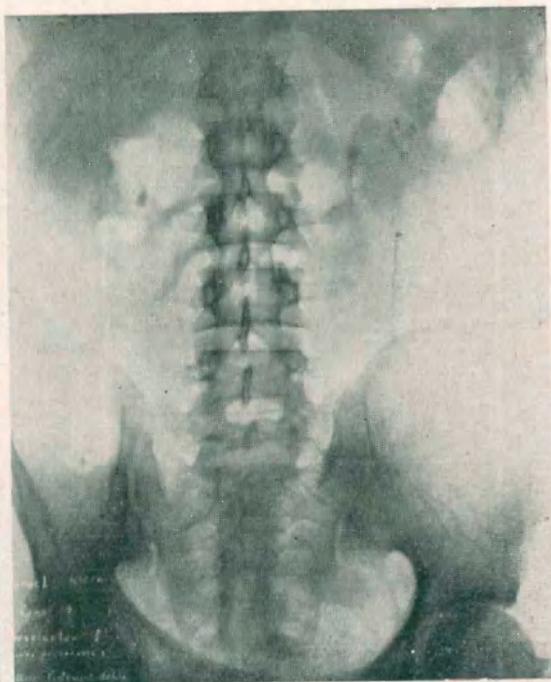


Figura N° 6

Hist. 2213. - Urografía descendente con vejiga vaciada por cateterismo 15' (no se observa el reflujo).

las imágenes renoureterales, iguales que las anteriores, con la diferencia que se suprime totalmente las imágenes rellenas del tercio inferior de ambos uréteres. Una cistorradiografía con yoduro sódico al 15 %, confirma en forma absoluta nuestra sospecha y comprueba, un reflujo doble, causante de la imagen, motivo del error a que nos podría inducir, si no hubiéramos sospechado la existencia de la insuficiencia de los esfínteres ureterales. (Véanse radiografías del 1 al 10).

El examen funcional, por cateterismo doble, nos da:

Riñón derecho 30': Cantidad, 18 c. c. Orina ligramente turbia. Eyaculaciones de ritmo lento. Urea por mil 10,25. Débito 8,64. Cloruros por mil 8,60. Sedimento: glóbulos de pus; no Koch.

Riñón izquierdo 30': Cantidad 16 c. c. Orina límpida. Eyaculaciones de

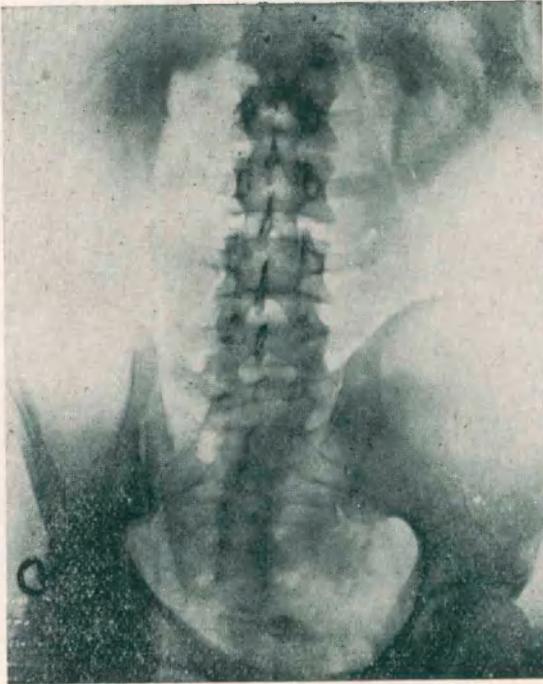


Figura Nº 7  
Hist. 2213. - Urografía descendente  
con vejiga vaciada 45' por cateteris-  
mo (no se observa reflujo).

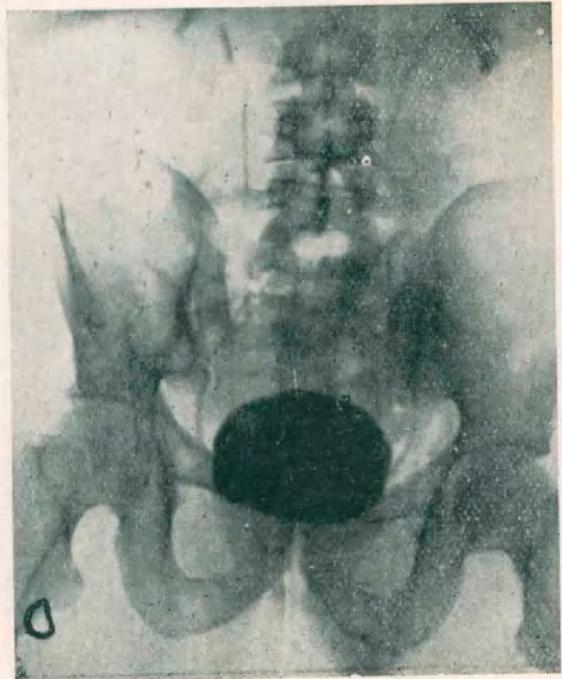


Figura Nº 8  
Hist. 2213. - Reflujo vesicoureteral  
doble por cistoradiografía (en pa-  
sivo).

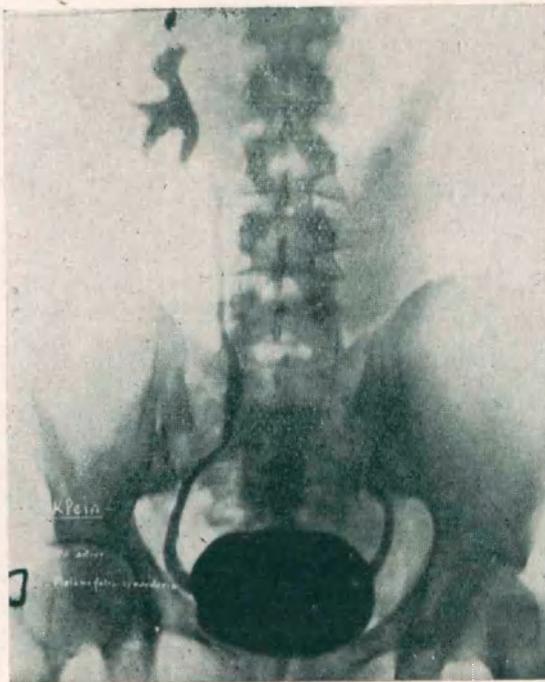


Figura Nº 9  
Hist. 2213. - Reflujo vesicoureteral  
doble en activo, para ver todo el ri-  
ñón derecho.

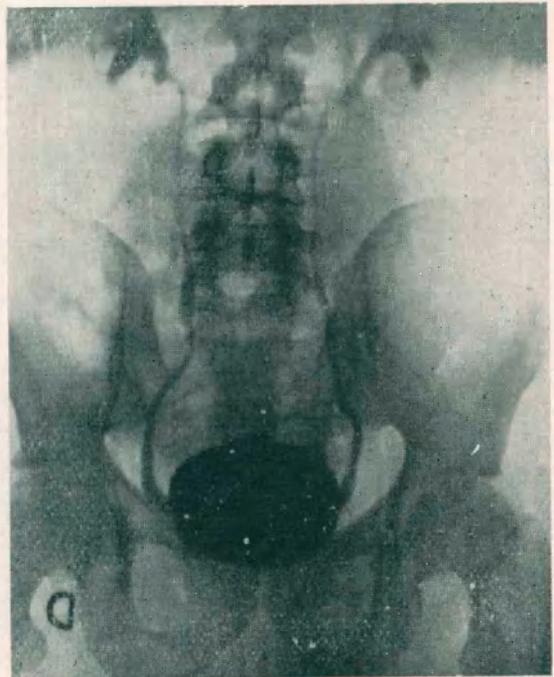


Figura Nº 10  
Hist. 2213. - Reflujo vesicoureteral  
doble en activo.

ritmo intenso. Urea por mil 14,10. Débito 10,60. Cloruros por mil '9,20. Sedimento, no hay pus, ni b. Koch.

En la vejiga, que es de una capacidad de 140 c. c. sensible a la distención, sin retención, se encuentra al examen cistoscópico, mucosa en general rojiza, libre, sin modificaciones de superficie, con muco-pus adherido y libre en forma irregular. Uréteres, entreabiertos, de bordes irregulares, agrandados uniformemente. Cuello y trigono muy congestivo.

En próstata, uretra y órganos genitales externos, no se observan nada de particular.

#### Discusión:

*El doctor Astraldi pregunta de qué maniobra se han valido para provocar el reflujo activo, si lo han hecho invitándolo a orinar. Pregunta además, por curiosidad, como estaban los orificios ureterales al examen cistoscópico, pues él ha estudiado en numerosos casos el aspecto de los meatos ureterales, y ha observado reflujos en meatos puntiformes.*

*El Dr. Schiappapietra relata una observación reciente de un reflujo, en el que en el examen pielográfico por excreción, se observaba un relleno más marcado del lado del riñón afectado (pionefrosis).*

*Refiere además, que durante el examen cistoscópico pudo observar como un grumo purulento eliminado al final de una eyaculación, volvía a desaparecer en el uréter entreabierto, recorriendo el camino inverso.*

*El Dr. Salleras refiere que para provocar el reflujo activo, se valen habitualmente de la maniobra de la micción provocada. En cuanto al aspecto de los orificios ureterales, estaban entreabiertos en ambos lados. El riñón derecho afectado por una pielonefritis, con escasa disminución del valor funcional.*