

Hospital Ramos Mejía. Servicio de Vías  
Urinarias del Dr. GILBERTO ELIZALDE

Por los Doctores

FRANCISCO E. GRIMALDI  
y RODOLFO I. MATHIS

## CONSIDERACIONES SOBRE UN CASO DE LITIASIS URETERAL. ¿URETERO- NEFRECTOMIA O URETEROTOMIA?

EL problema terapéutico de la litiasis ureteral está lejos de ser sencillo en algunos casos; a pesar de los múltiples elementos de juicio que los métodos de examen al alcance del urólogo permiten acumular, nuestra conducta terapéutica siempre será pasible de crítica. Esos exámenes podrán mostrarnos trastornos funcionales y aun orgánicos cuya veracidad es innegable, pero, tienen valor como hecho existente en un momento dado, sin permitirnos aseverar su irreductibilidad. Recordemos la frase de Ambard refiriéndose a las nefritis: "...su pronóstico es como el del tiempo: una lectura del barómetro nos indica bien el tiempo del día, pero no el que tendremos al día siguiente".

En una reciente comunicación a nuestra sociedad los doctores Astraldi y Di Ció ponen sobre el tapete la cuestión; nosotros queremos también traer a colación un caso similar, en el que el temperamento seguido no fué el de nuestros distinguidos colegas, ya que nos inclinamos por una operación conservadora.

### HISTORIA CLINICA:

Se trata de R. Z., enfermo enviado al Servicio por el Dr. Otolenghi, médico interno del hospital Durand. Tiene 24 años, argentino, soltero.

Con excepción de una apendicectomía por ataque agudo a los 12 años, no da ningún antecedente de importancia.

Su *enfermedad actual* comienza dos años antes de su ingreso, con un fuerte cólico de tipo renal en el lado izquierdo, con ligera hematuria total que dura dos días y pasa sin dejar molestia. Posteriormente, con intervalos entre una semana y dos meses, repite la misma sintomatología, más algunos vómitos y ausencia de fiebre. Hace unos tres meses vuelve a repetirse el cólico, siendo seguido de

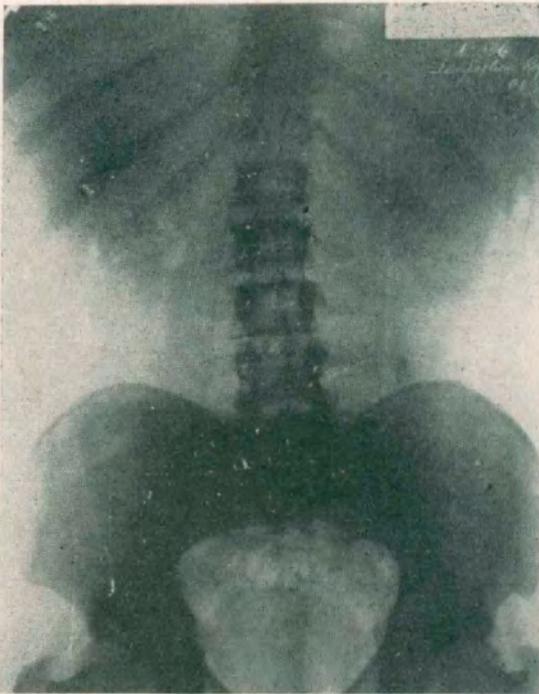


Fig. 1 - Radiografía simple del árbol urinario.

Se observa una sombra alargada como una almendra a nivel de la apófisis transversa de la 4<sup>a</sup> vértebra lumbar izquierda. Algo por fuera del trayecto ureteral. Sombra renal evidentemente agrandada.

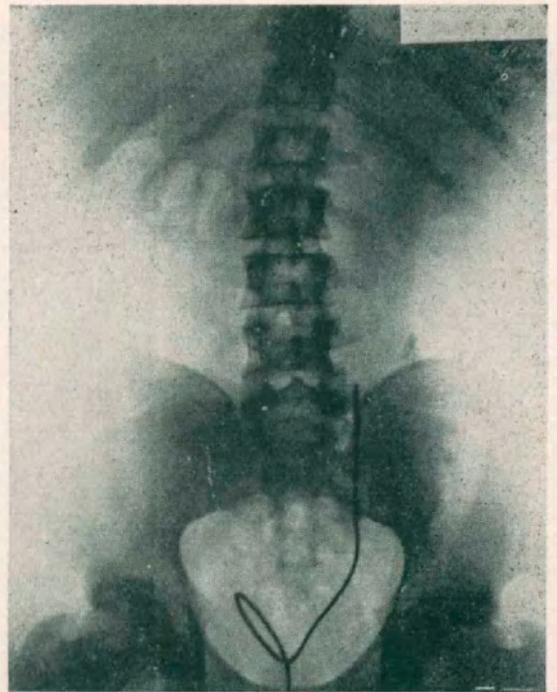


Fig. 2 - Radiografía con catéter ureteral opaco.

El catéter no asciende más de 12 cms. La sombra parece encontrarse fuera del trayecto del uréter.

intensa hematuria, con coágulos, que dura tres días. Desde entonces no ha vuelto a sentir molestias.

Se trata de un hombre bien constituido, grueso. Sus orinas son límpidas. Apirético. Uretra libre.

La palpación abdominal es indolora, el vientre depresible, globuloso. Los riñones no se palpan, dato negativo de escaso valor por el gran panículo adiposo. No hay dolor espontáneo, ni provocado en ambas regiones reno-ureterales.

Se obtiene la radiografía simple N<sup>o</sup> 1 en la que aparece una sombra por fuera de la apófisis transversa de la 4<sup>a</sup> vértebra lumbar (lado izquierdo),

El 4-X-33 se practica una cistoscopia. Ella muestra una capacidad vesical conservada. Mucosa sana. El orificio ureteral derecho, sin nada de particular, eyacula rítmicamente orinas claras. El izquierdo se contrae pero no se ve salir orina. El índigo-carmín (endovenoso) aparece, intenso, a los 5' en el lado derecho. En el lado izquierdo no aparece en los 20' que dura la observación.

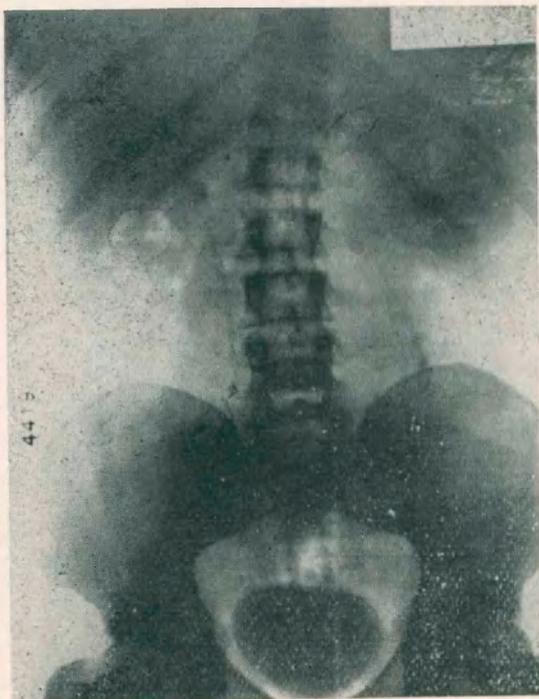


Fig. 3 - Urografía descendente con Uroselectan "B" a los 20 minutos de la inyección.

Se ve imagen urétero-pielo-calicial derecha normal; vejiga ídem. En el lado izquierdo se puede apreciar: 1° La sombra sospechosa coincide con el uréter. 2° Las vías de excreción muy dilatadas por encima del cálculo. 3° La permeabilidad del parénquima renal al uroselectan.

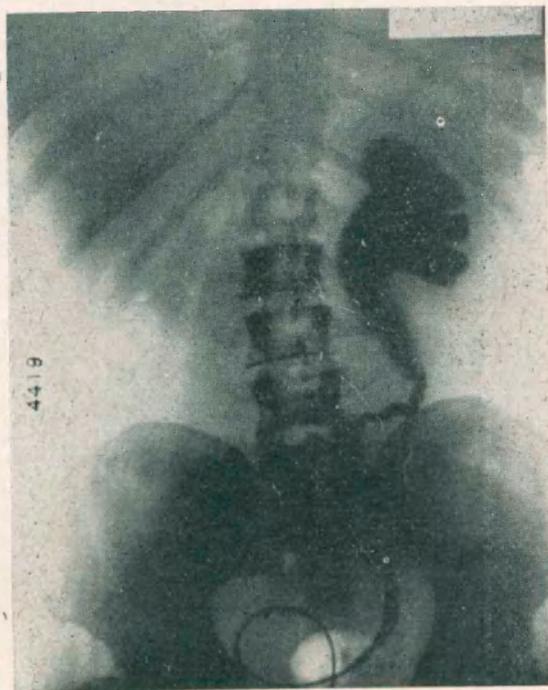


Fig. 4 - Pielografía ascendente con yoduro de sodio al 30 %.

1° Ratifica con mayor claridad la dilatación grande de las vías excretoras del riñón izquierdo, exclusivamente por encima del cálculo.

2° Muestra claramente la acodadura del uréter, causa de la no progresión de la sonda ureteral.

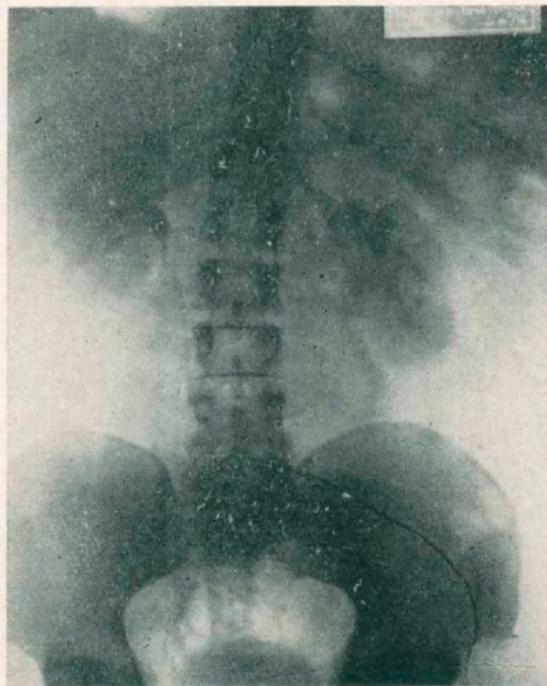
Los exámenes funcionales globales (úrea en suero y F. S. F.) son suficientes.

Dada la situación de la sombra que aparece en la figura N° 1, se intenta colocar un catéter opaco el que se detiene, a pesar de todas las maniobras a los 10 centímetros. Como se ve en la figura N° 2 aquella parece estar fuera del trayecto ureteral. Sin embargo, una urografía descendente permite apreciar una enorme dilatación urétero-pielo-calicial por encima del cálculo que se encuentra situado en un acodadura del uréter (Fig. N° 3).

Para una mayor ilustración se obtiene una pielografía ascendente (Fig. N° 4) que no hace más que ratificar en forma absoluta cuanto mostró el pielograma anterior. Este examen produjo gran dolor, alta temperatura, etc.

Vuelto el enfermo a la normalidad, se interviene.

7-XI-33. — Anestesia general con éter. Operador: Dr. Grimaldi. Ayudante: Dres. Mathis y Bernardi. Incisión lumbar oblicua izquierda. Se llega a la



Figs. 5, 6 y 7 - Urografía descendente con Uroselectan "B". 2 años y medio después de la uréterolitotomía. Radiografías obtenidas a los 10, 20 y 30 minutos, respectivamente. Se observa claramente la marcada reducción de la uronefrosis con la interesante reconstrucción anatómica de los cálices. La sombra renal algo descendida, pero la acodadura del uréter casi borrada.

celda renal y se comprueba la bolsa uronefrótica pero, en la que se aprecia una cantidad de parénquima que jamás nos pudo hacer suponer el examen radiográfico y funcional.

Ante esa contingencia, practicamos una ureterolitotomía, extrayendo un cálculo alargado, irregular, del tamaño de una avellana. Por la incisión ureteral sale abundante cantidad de orina límpida. Comprobamos la permeabilidad ureteral. Drenaje con tubo y gasa. Cierre por planos al catgut. Piel con crin. Después de un post-operatorio normal es dado de alta al 1-XII-33.

Tres meses después de operado se le vuelve a ver con sus orinas ligeramente turbias. Una cromocistoscopia muestra una eliminación a los 5' a la derecha y a los 13' del lado izquierdo, con muy débil intensidad. Se le prescribe tratamiento médico (litolisina-urotropina-regimen).

Como sus orinas se aclaran rápidamente y el enfermo se halla en perfectas condiciones, sólo lo volvemos a ver, a nuestro requerimiento, el 5 de junio del año actual. Su estado general es admirable. Sus orinas ámbar. La cromocistos-

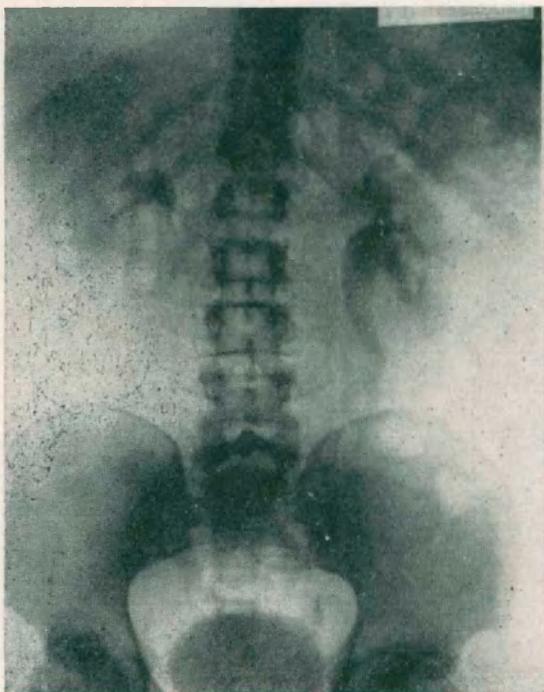


Figura N° 6

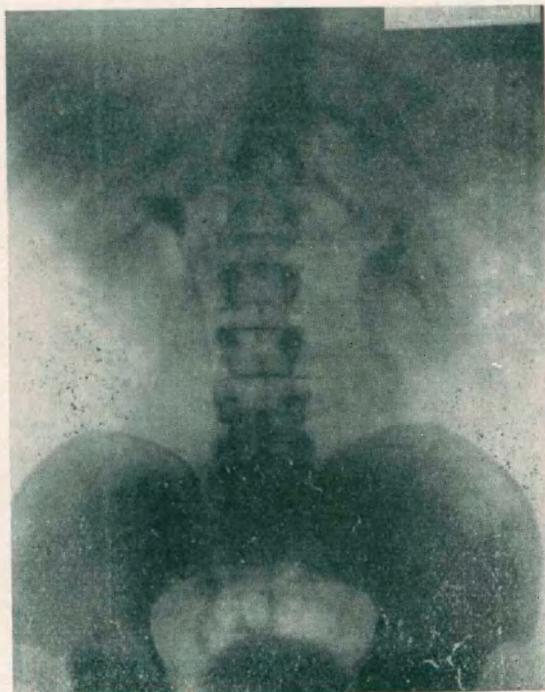


Figura N° 7

grafía nos da una eliminación a la derecha a los 4'. A la izquierda el colorante aparece a los 5', aunque con menor intensidad. Ambas eyaculaciones son rítmicas en chorro potente.

Repetimos la pielografía descendente, de la que obtenemos tres urogramas a los 5-5,30 minutos (Figs. Nos. 5, 6 y 7), en los que se ven la involución notable que han experimentado el proceso hidronefrótico, en perfecto acuerdo con el restablecimiento funcional del órgano.

#### COMENTARIOS.

Por la breve descripción que hacemos del acto quirúrgico se ve que nuestra decisión terapéutica fué tomada recién en él. Sin embargo, si pasamos revista a la semiología objetiva proporcionada por el enfermo, vemos que si resulta indudable la existencia de una

lesión orgánica, la hidronefrosis, ya que está documentada por los dos tipos de urogramas, no podemos decir lo mismo de la anulación funcional del riñón a pesar de no haberlo visto eyacular en el acto de la cistoscopia, ni eliminar el indigo-carmin, pues la pielografía descendente al ser positiva del lado enfermo, nos autoriza de acuerdo con el principio de Lichtenberg, a aceptar su papel secretor en actividad. Además, nunca existieron signos de infección en nuestro paciente y, ya sabemos cuanto vale la ausencia de este factor para el retardo del advenimiento de la insuficiencia renal. Todo ello, pues, apoya nuestra conducta.

No ignoramos el relativo valor de la casuística pero, consideramos que un caso como el que comentamos nos ha dejado una enseñanza y, en esta oportunidad con el máximo de beneficio para el enfermo. Es ella una modesta contribución a la práctica de la cirugía renal conservadora tan talentosamente defendida y practicada por Von Lichtenberg.

#### Discusión

*Dr. Astraldi. — En una de las sesiones pasadas yo presenté un caso semejante al del Dr. Grimaldi, en que practiqué una nefrectomía, considerando que no sería posible una reparación suficiente del riñón que justificara una terapéutica conservadora. Por eso me resulta muy interesante el caso presentado por el Dr. Grimaldi, y el éxito obtenido, muy halagador por cierto, debemos de tenerlo presente cuando nos toque intervenir en casos semejantes.*

*Dr. Isnardi. — Yo quisiera saber con qué medio de contraste ha practicado el Dr. Grimaldi la pielografía ascendente.*

*Dr. Grimaldi. — Con solución de yoduro de sodio al 30 %.*

*Dr. Isnardi. — Yo formulaba la pregunta porque en los casos en que hemos tenido que practicar la pielografía con yoduro de sodio, estando comprometida la evacuación, he observado unos cuadros dolorosos persistentes en los días que siguen a la exploración, que resultan muy desagradables para médico y enfermo.*

*Con el thorostrast hay mejor tolerancia, pero es de temer la impregnación por esta substancia, que puede ser causa de complicaciones alejadas.*

Dr. García. — Nosotros utilizamos desde hace 4 años sistemáticamente el thorostrast, en dilución al 1/2 o al 1/3 para la pielografía, y hasta ahora con muy buena tolerancia y sin ningún accidente ulterior. Pero casualmente en estos días hemos tenido oportunidad de examinar a un enfermo operado hace 3 años de una litiasis ureteral (uréter inferior, pelviano). Antes de la intervención se le había practicado una pielografía ascendente, y al volverlo a examinar 15 días después, se encontró casi todo el líquido de contraste aún en la pelvis. Fué intervenido al día siguiente con todo éxito y el postoperatorio alejado ha sido excelente. Pero ahora, después de 3 años, al ser radiografiado nuevamente por un cálculo del otro riñón, nos encontramos con una imagen sumamente curiosa en el riñón explorado en aquel entonces, que prometo traerla en la reunión próxima, como un caso interesante de persistencia del thorostrast.

Dr. Rebaudi. — Casualmente sobre la persistencia del thorostrast en el riñón después de la pielografía, yo hablé hace 2 años aproximadamente con el Dr. García, interrogándole al respecto, y me dijo en aquel entonces que no había observado ningún caso. También recuerdo que en los comentarios bibliográficos de la Revista de Urología publiqué un resumen de un trabajo de un autor alemán, que los cita como hechos de relativa frecuencia.

Dr. García. — Efectivamente, Dr. Rebaudi, en aquel entonces no había observado ningún caso. El que acabo de referir, es el primero, y repito que lo traeré en la sesión próxima.