

Hospital Rawson. Cátedra del
Prof. BERNARDINO MARAINI

Por los Doctores

GUILLERMO IACAPRARO
y JOSE T. ECHENIQUE

LITIASIS URETERAL PELVIANA COINCI- DIENDO CON IMAGEN SEUDO-CALCULOSA

CON el enfermo que motiva la presente comunicación hemos comprobado una vez más que, por claro que parezca un síndrome urinario, se impone siempre la necesidad de una exploración metódica y completa.

En las averiguaciones y terapéutica seguidas han intervenido en forma más o menos activa distintos médicos, con éxito variado, a causa de exámenes parciales. Para dar uniformidad al relato se prescindirá del acierto de unos o de otros, hablando en forma impersonal ya que lo que interesa es el caso en sí.

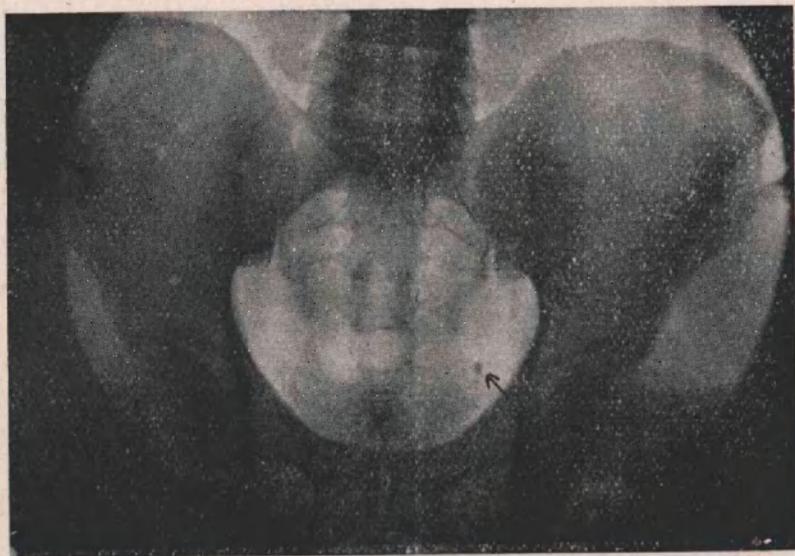
HISTORIA CLINICA

El enfermo L. S. de 37 años de edad soltero, empleado, viene en mayo de este año, a consultarnos. 8 días después de un intenso cólico ureteral pelviano izquierdo acompañado de intensa oliguria, discreta hematuria de tipo total y un síndrome febril agudo que corresponde al tipo de fiebre urinosa.

Refiere el enfermo que esa crisis dolorosa aguda ha mejorado después de 3 días con reposo, medicación analgésica y baños calientes.

Este intenso accidente doloroso, viene repitiéndose desde enero de 1937 en que tuvo su primer cólico nefrítico, intenso dolor lumbar súbito, con irradiación epigástrica e inguinoescrotal. Síndrome doloroso que duró 4 días y que cedió con medicación similar a la indicada en su último ataque. En febrero y abril del mismo año tuvo idéntico accidente agudo doloroso, menor en intensidad y duración pero con iguales características en lo que se refiere al sitio del dolor tipo de irradiación y fenómenos agregados.

En junio y setiembre la repetición del accidente doloroso muestra como característica saliente su mayor intensidad en la región de la fosa ilíaca izquierda agregándose fenómenos vesicales de tipo pseudo cistitis, polaquiuria, micción imperiosa, tenesmo y dolor terminal.



Radiografía simple mostrando únicamente la presunta imagen calcúlosa (indicada con una flecha).

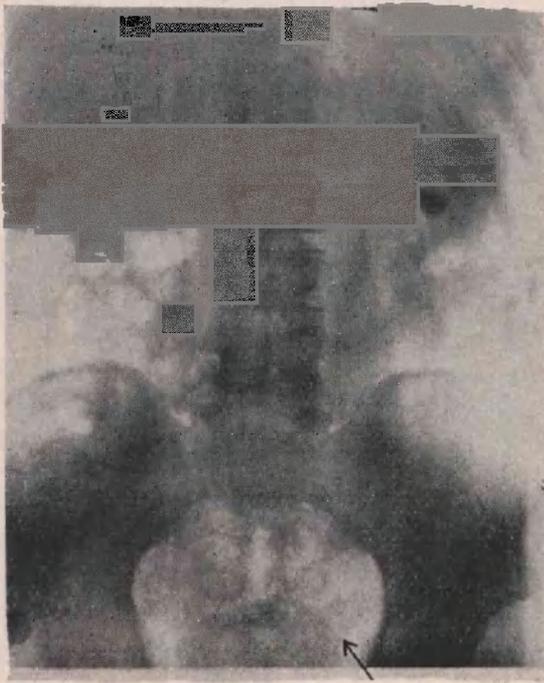
Los fenómenos dolorosos ceden, las molestias vesicales desaparecen y todo entra en calma con idéntica medicación.

En enero del corriente año hay repetición del cólico ureteral ya de intensidad casi dramática, cede poco o nada a los analgésicos y antiespasmódicos habituales y es acompañado de un deficiente estado general.

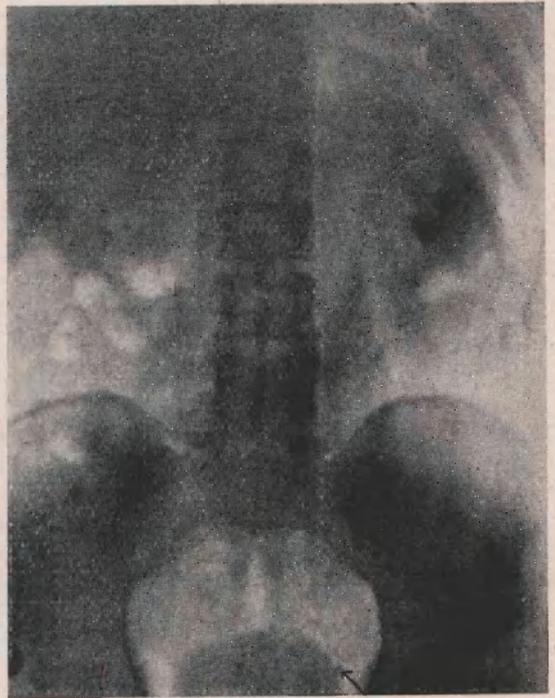
En el curso de todos estos ataques agudos el enfermo es sometido a tratamientos y controlada su enfermedad con el examen radiológico que consiste en radiografías simples y urografías de excreción. En ambas formas de exploración ra-

diográficas se encuentran elementos que permiten hacer el diagnóstico de litiasis ureteral pelviana:

1° Una imagen de tipo presuntamente calcuosa, ubicada más o menos en el trayecto ureteral.



Urograma de excreción.
franca dilatación uréteropielocalicial iz-
quierda, pudiéndose observar la ima-
gen pseudo calcuosa.



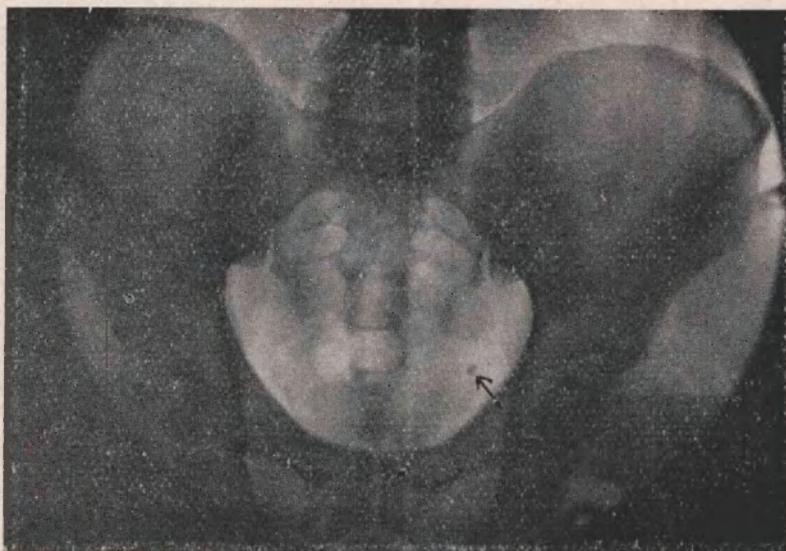
Urograma excretor obtenido a los 8
meses, muestra idéntica dilatación y
persistencia de la sombra supuesta cal-
culosa.

2° La franca dilatación urétero pielocalicial que confirma la obstrucción de la vía excretora.

Ello agregado al síndrome clínico confirma el diagnóstico.

En marzo de este año se repite el ataque y visto por uno de nosotros aconseja de inmediato un cateterismo ureteral con fines de tratamiento, cateterismo que ya en una ocasión habíase practicado con resultado negativo, pues no se conseguía con él obtener la expulsión del cálculo.

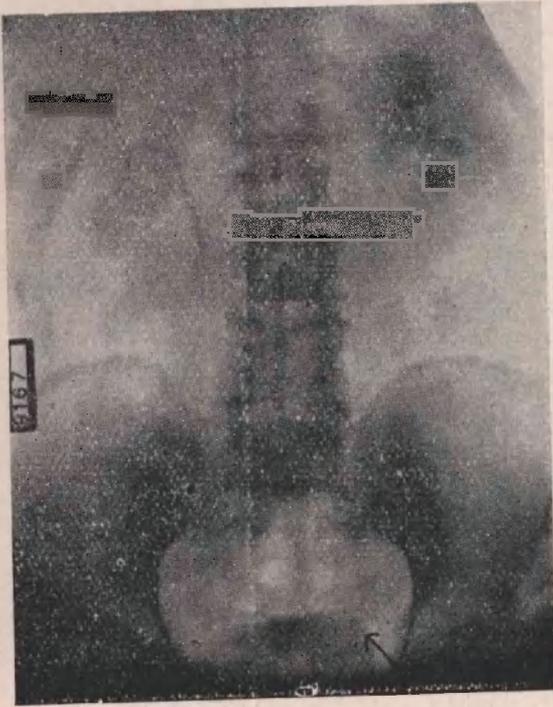
Dadas las características de su afección y los exámenes que se exigen para su tratamiento le aconsejamos su internación. En el momento de la consulta estamos en presencia de un enfermo pálido, demacrado, desnutrido y visiblemente asténico. Declara el enfermo que viene mejorando paulatinamente y que el intenso dolor ha desaparecido.



Véase con qué nitidez se observa la sombra del supuesto cálculo. A los 10 meses. No ha variado de forma, tamaño y ubicación.

El examen renal no denota en el lado derecho nada de particular, el riñón no se palpa; en el lado izquierdo el riñón es fácilmente palpable por los procedimientos clínicos bimanuales, es doloroso y por momentos hay sensación de franca renitencia. Los puntos dolorosos clásicos renopieloureterales anteriores y posteriores son todos positivos. Exquisita sensibilidad en la fosa ilíaca izquierda y sobre todo en la zona que corresponde al punto ureteral medio de Bazy.

El examen genital nada de particular. Resolvemos practicar un cateterismo ureteral izquierdo y en la cistoscopia previa que se realiza con 200 grs. de líquidos se constata: mucosa vesical sana en su mayor parte con pequeñas zonas congestivas



Al año. Idéntica imagen obtenida con uroselectan B.



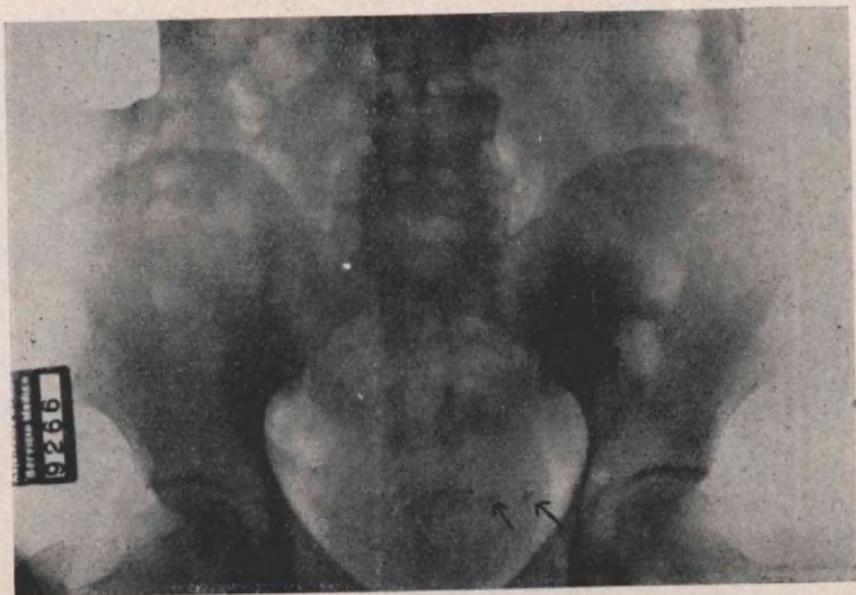
Uréteropielografía ascendente. Obsérvese la rara coincidencia: la sonda detenida a la altura de la imagen pseudocalculosa, pues el presunto cálculo se halla fuera del trayecto ureteral.

de primer grado en la región trigonal (pérdida del brillo por despulido epitelial y aumento de vascularización).

Se buscan los meatos ureterales, el derecho es puntiforme, de caracteres normales con eyaculación de orina clara; el izquierdo es lineal, francamente entreabierto, ligeramente edematoso y congestivo. De inmediato en la misma sesión intentamos el cateterismo ureteral izquierdo y no conseguimos avanzar la sonda

más de 6 cms., vanos resultan los intentos por franquear el obstáculo que ya preveíamos por las radiografías.

Intentamos efectuar una especie de uréteropielograma retrógrado con la sonda introducida hasta el nivel de su detención. Esa primera pielografía ascendente consigue visualizar bien la vía excretora uréteropielocalicial francamente dilatada y con toda sorpresa nos muestra además, por primera vez, que la presunta imagen



Primera y única radiografía simple en la que pueden verse las dos imágenes. Por dentro el cálculo ureteral, afuera la imagen pseudo-calculosa.

calculosa, aparentemente autora de todo el síndrome doloroso se halla fuera del trayecto ureteral. Y hecho curioso, la detención de la sonda coincide casi exactamente con la altura en que se halla la imagen.

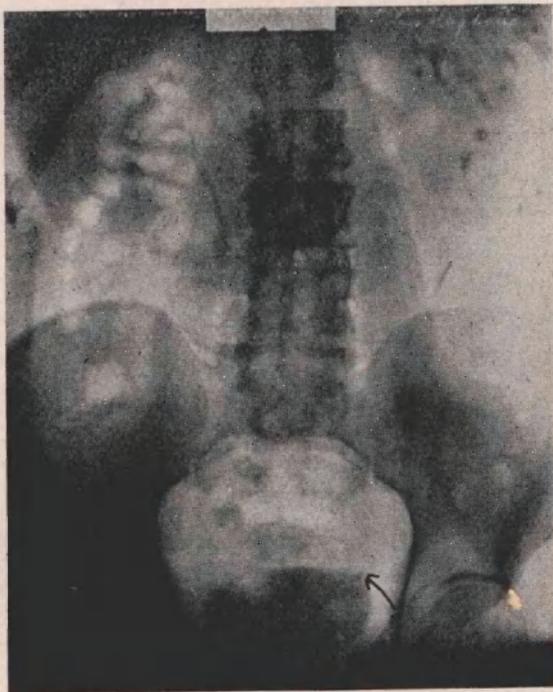
Ante semejante revelación que nos deja por momentos perplejos, pedimos una nueva radiografía simple de la región pelviana y ya con más atención tratamos de individualizar la causa del obstáculo ureteral, y observamos por primera vez en la radiografía simple una imagen no muy típica de contornos irregulares, poco visible y de opacidad poco o nada uniforme situada por dentro de la imagen pseudo-calculosa y que corresponde más o menos al sitio de detención de la sonda.

El cuadro doloroso del enfermo se repite, el estado general es deficiente, febril, oligúrico, y resolvemos intentar un nuevo cateterismo ureteral y con más

fortuna conseguimos después de varios intentos franquear el obstáculo, introduciendo la sonda 25 centímetros.

La dejamos en permanencia 48 horas en el curso de las cuales nos vemos obligados a calmar los dolores del enfermo con repetidas inyecciones de eucodal y espasmalgina.

Aprovechamos el cateterismo para inyectar glicerina cada 3 ó 4 horas. Al



Urograma excretor después de expulsado el cálculo. Vías normales. Persistencia de la imagenseudocalculosa.

cabo de 48 horas retiramos el catéter y con gran felicidad para el enfermo a las pocas horas expulsa el cálculo.

El reposo, la alimentación adecuada, la desinfección urinaria por vía oral y parenteral mejoran rápidamente al enfermo que recupera en poco tiempo su buen estado general. Las orinas se hacen transparentes al cabo de 20 días, no acusando ya el enfermo el más mínimo dolor.

Un nuevo urograma excretor muestra ya la vía uréteropielocalicial libre, desaparición completa del estado de dilatación y siempre presente la imagenseudocalculosa ubicada en el mismo sitio.

CONSIDERACIONES

En el enfermo al que nos referimos, los síntomas clínicos hacían pensar en una litiasis ureteral baja, confirmada al parecer por las radiografías, las que no permitían ver ninguna otra sombra sospechosa; sin embargo, bastó que uno de los médicos quisiera confirmar rigurosamente la existencia del cálculo para que se comprobara que la presunta sombra era ajena al aparato urinario, y la persistencia en la observación mostrara la presencia de un cálculo hasta entonces no visualizado.

Ha habido la extraña coincidencia de una sombra pseudo-calculosa con la falta de visualización del cálculo verdadero, coincidencia que pudo introducir confusión al no extremarse los exámenes que hoy permite la técnica urológica. Hace más rara la coincidencia el hecho de que las sombras se hallaran frente una de la otra.

Dejamos de lado la consideración de la frecuencia de los cálculos transparentes a los rayos X y la frecuencia y modalidades de las sombras pseudo-calculosas, lo mismo que los medios para descubrir y tratar las anomalías que representan, para referir el caso con el objeto de retemplar el espíritu crítico confirmando una vez más que en Medicina las exploraciones deben ser todo lo completas que se pueda.