

TRABAJO ORIGINAL

Relato oficial por Córdoba al V Congreso
Nacional de Medicina de Rosario de 1934

Por el Doctor

PEDRO G. MINUZZI

LA LITIASIS URETERAL EN CÓRDOBA (1)

DESDE el comienzo de mi actuación como especialista, puedo declarar haber visto y documentado más de 200 enfermos con diversas manifestaciones litiásicas.

Oportunamente publiqué, en la Revista de Cirugía de Buenos Aires, en los números correspondientes a Junio y Agosto de 1928, mi trabajo de Tesis de profesorado, sobre: El Problema diagnóstico y terapéutico de la litiasis de las vías urinarias; llamando la atención en él, sobre los hechos que consideraba más importantes en éste tema de tanta trascendencia.

Presento hoy, a vuestra consideración, la estadística personal, observando durante 8 años de práctica Urológica en Córdoba.

Esta enfermedad era diagnosticada, muy de tarde en tarde, por la insuficiencia manifiesta de los exámenes radiológicos, con los clásicos localizadores, que para obtener un estudio completo del árbol urinario era menester practicar 5 clichés: dos para los riñones, dos para la porción lumbo-ilíaca de los ureteres y el último para la vejiga y segmento ureteral yuxta-vesical; pero en la práctica diaria se limitaba a radiografiar uno u otro riñón, según el lado en que el enfermo acusaba dolor, pasando desapercibidos los detenidos en el ureter.

Este hecho lo veremos confirmarse, con suma frecuencia y

(1) La documentación de este trabajo y nuestra estadística actual, aparecerá en el curso del corriente año en la Tesis de Doctorado de mi discípulo y actual Jefe de Clínica, Salvador Torresi.

explica el gran número de casos encontrados y el gran tamaño que adquieren algunos cálculos; produciendo simultáneamente destrucciones parciales o totales del tejido noble, ya sea por la dilatación o por atrofia séptica o aséptica.

La finalidad que me propongo, es simplemente aportar los resultados obtenidos por el estudio y tratamiento de una casuís-



Figura N° 1
Fotografía de la superficie externa renal, cara posterior.

tica que conceptúo importante, por su número y variedad: pues si tenemos en cuenta, que mi maestro el profesor Marión, dice en la segunda edición de su texto de Urología del año 1928, haber observado 72 casos en los últimos 16 años, contando sus enfermos de hospital y clientela privada y además por creer tener un criterio más o menos claro y fundado después de los casos vividos.

Sería inoficioso entrar en otras consideraciones dado el gran número de trabajos clásicos extranjeros y además de los trabajos argentinos de Eduardo Pagnier, Tesis de Doctorado 1911; de el Dr. Enrique Castaño, Tesis de profesorado 1923 y por último la del Dr Rodolfo Surra Canard, Tesis de Doctorado 1929 que ponen al día, en sus diferentes aspectos el tema, en sus respectivas épocas.

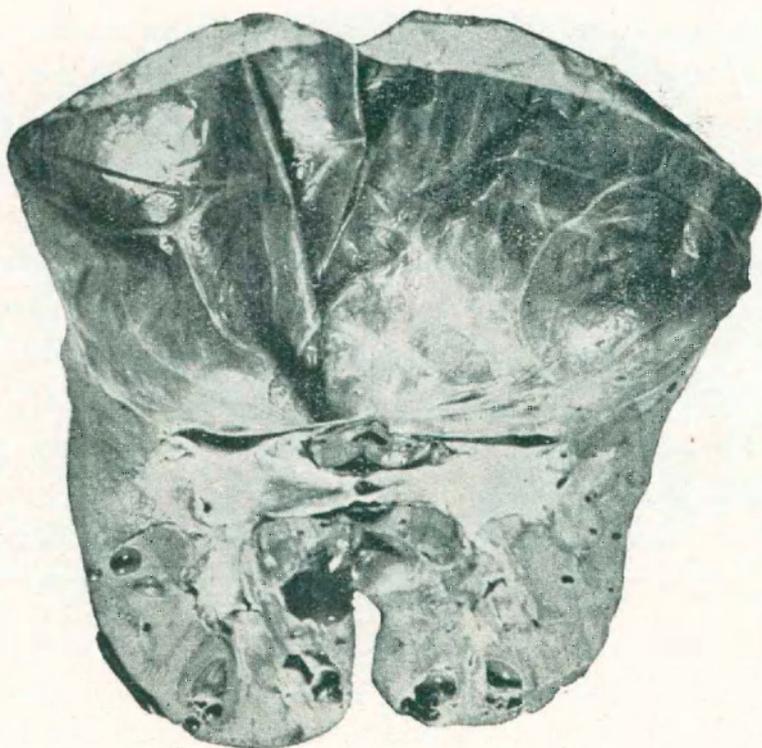


Figura Nº 2

Corte del riñón en el que se vé la extensa cavidad quística que ocupa uno de los polos; en el otro polo se conserva el tejido renal y en él se advierten frecuentes cavidades quísticas.

Dado el gran número de casos, he creído prudente presentar las historias clínicas reducidas a los datos imprescindibles; dando preferencia a la documentación que conceptúo fundamental.

A continuación, trataré de comentar los hechos más salientes, indicar la conducta terapéutica en el orden que sigo en mi práctica diaria; terminando con las conclusiones que creo pertinentes.

DIAGNOSTICO

En todo enfermo, en que clínicamente, sospechamos la existencia de una litiasis reno-ureteral, practicamos un estudio radiológico completo en la forma que detallamos a continuación:

Es indispensable obtener la vacuidad más absoluta de las materias y de los gases intestinales, que logramos obtener: 1° Administrando un purgante de 50 gramos de aceite de ricino, con 20 gotas de tintura de beleño y belladona como antiespasmódicos y 50 gotas de alcohol de menta, como correctivo, la tarde anterior. 2° A la mañana siguiente una hora antes del examen radiológico hacemos practicar una enema de 1 litro y medio de agua jabonosa con 20 c.c. de esencia de trementina, que debe batirse continuamente mientras se inyecta para evitar que ésta penetre sola al final. Preparación que, como podrá observarse en nuestras radiografías, nos da excelentes resultados.

En los enfermos que se resisten a tomar el purgante, aconsejamos los comprimidos de Luizym, dos días antes 6-8 diarias.

Sacamos una primera radiografía simple, de todo el aparato urinario con una película de 14 por 17 pulgadas, que bien centrada, aún en los individuos grandes, alcanza muy bien.

Toda sombra en el trayecto ureteral, que se acompaña de un aumento de la del parénquima renal, del lado supuesto enfermo, comparada con la del lado opuesto, es un indicio que conceptuamos de mucho valor, pues nos indica, que este parénquima está distendido por la obstrucción ureteral.

En este estado aconsejamos el tratamiento médico simple y esperamos más o menos 1-2 semanas, según el estado más o menos doloroso.

Si no obtenemos resultados, hacemos en la clientela particular, un estudio radiológico endovenoso, que confirme en forma más gráfica y precisa la existencia real del cálculo enclavado, ya sea opaco o transparente, en este caso viéndose por contraste: (a) dán-

donos eliminación retardada, uréter distendido, por encima de la sombra sospechosa y que desciende rodeándola en los casos de obstrucción incompleta; (b) comprobándose, en otros, ausencia de eliminación por obstrucción completa e inhibición refleja, riñón "en sueño" de Marión.

En estos enfermos particulares, recién aconsejamos el cateterismo ureteral terapéutico a permanencia, haciendo en dichas cir-

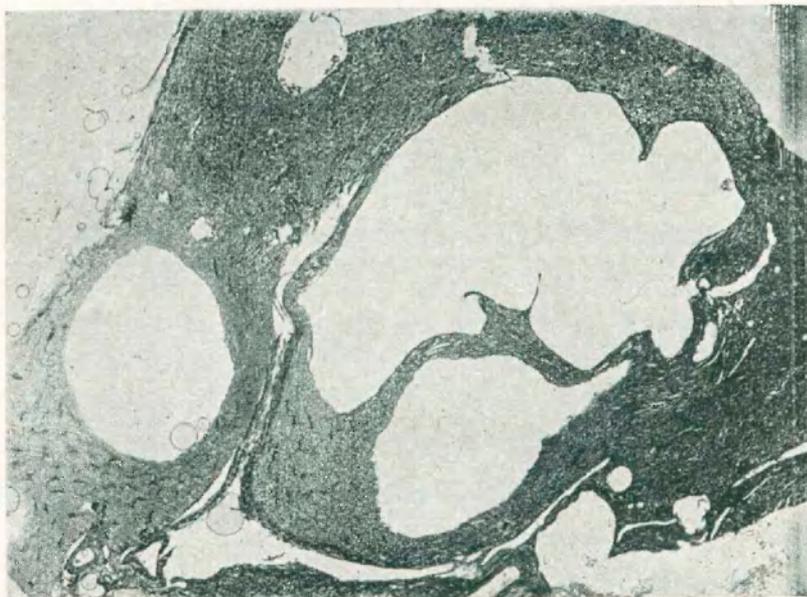


Figura N° 3
Fotografía de la zona de tejido renal con quistes medianos y pequeños.

cunstancias, una neumo-cisto-urétero-pielografía, que son absolutamente demostrativas.

En cambio en la clientela hospitalaria, hacemos la neumopielografía, inmediatamente, por ser éste un procedimiento del cual tenemos mucha experiencia y ser terminante en su imágenes y al mismo tiempo más económico, no habiendo tenido en ocho años de experiencia ningún accidente que lamentar.

Es sumamente importante solicitar al radiólogo la obtención de radiografías con rayos blandos, que consigan visualizar las imágenes de los parénquimas.

TRATAMIENTO

Aconsejamos siempre en primer término el tratamiento médico en la siguiente forma:

1º — Gran ingestión de líquidos, siempre que no haya serias contraindicaciones (hipertensión marcada, etc.).

2º — Resistir al máximo los deseos de orinar.

3º — Baños de asiento o fomentaciones calientes.

4º — Antiespasmódicos a altas dosis: Extracto belladona hasta 0.08 - 0.10 gr. en las 24 horas, o sinó los productos: Antiespasmína Croveri en gotas; Spalmagine Roche; Eupaco Merck hasta el límite de tolerancia. Midriasis y taquicardia.

5º — Sulfato de quinina a la dosis de 0.30 gr. cada 6 horas o inyecciones de Pituitrina, como estimulantes de la musculatura lisa pieloureteral.

6º — Efectuar las micciones siempre en un recipiente limpio, para poder recoger el cálculo, en el caso de ser eliminado, para poder practicar su examen químico.

Todas estas indicaciones, las mantenemos, con pequeños intervalos por un plazo de 2, 3 y 4 semanas, permitiendo al enfermo, la deambulacion, salvo el caso de estados dolorosos.

Si al cabo de este plazo no se ha producido la expulsión del cálculo, o una nueva radiografía no demuestra su progreso o el enfermo no acusa tenesmo vésico-rectal, sumamente frecuente al llegar a la porción intramural, sintoma que suele preceder a la expulsión, aconsejamos pasar al tratamiento, que llamamos instrumental, que lo efectuamos en la siguiente forma:

1º — Cateterismo ureteral con la sonda de más grueso calibre que podamos hacer penetrar y si es posible franquear al cálculo.

Según las circunstancias, la dejamos algunas horas o hasta 3-4 días.

2° — Inyectamos: Solución de nitrato de plata al 1 % con el objeto de actuar sobre la mucosa congestionada o infectada, que contribuye a paralizar la musculatura lisa que la rodea (Ley de Stokes), siendo ésta uno de los principales factores con que debemos contar, para obtener la eliminación del cálculo.

3° — Antes de retirarla, cualquiera sea el tiempo que haya permanecido, inyectamos la mayor cantidad posible, ya sea de aceite gomenolado, glicerina pura o boricada al 20 %, estando bien templados a baño-maría.

4° — Indicamos mantener todo el tratamiento médico antes detallado y sobre todo, insistimos con las inyecciones de Pituitrina, 1-2-3 por día.

5° — Si el cálculo no ha sido expulsado en las 24 ó 48 horas siguientes generalmente éste se enclava y produce en muchos, un cuadro de fiebre de retención séptica, que suele en algunos enfermos adquirir caracteres alarmantes, por los escalofríos y las altas temperaturas; hechos de los cuales conviene prevenir al paciente con anterioridad.

6° — En estas circunstancias, si hay tenesmo vésico-rectal, anunciador de una posible, próxima expulsión, combatimos los síntomas, con arsénico (endovenoso) en dosis pequeñas: 0.15 - 0.30 gr. diariamente. Grandes enemas de suero fisiológico, en los que tienen vómitos reflejos; bolsas de hielo, etc. Pero si no existen prodromos que justifiquen la expectación, volvemos a cateterizar en posición de Trendelenburg franca, como aconseja Marión, tratando de colocar una de mayor calibre, desplazamos el cálculo, se vacía la orina séptica retenida, la fiebre cae y el dolor si existe, desaparece. Dejamos nuevamente a permanencia durante un tiempo 6-7 días, haciendo lavados bicotidianos con solución de nitrato de plata al 1 ‰ por lo menos; y sobre todo, cuando la sonda no funciona y hay amenazas de cólicos. Al cabo de los cuales volvemos a inyectar sustancias lubricantes antes de retirarla.

Hacemos levantar al paciente y esperamos los resultados durante algunos días y si el cálculo no ha sido eliminado o se produce nuevamente el cuadro de retención, indicamos el tratamiento quirúrgico.

Hemos practicado 7 tratamientos médicos simples, con éxito, y 25 cateterismos ureterales terapéuticos, 21 casos con éxito franco y sólo 4 casos fracasaron, cifras que hablan elocuentemente de la bondad de estos procedimientos.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Hemos practicado veinte intervenciones quirúrgicas repartidas en la siguiente forma: Una ureterotomía por vía intra - peritoneal, en el caso N° 39, en el que coexistía una afección genital y que consideramos un método de excepción.

La intervención resulta sencilla pero el peligro de infección peritoneal reconocemos que es grande, a pesar de que nuestra enferma curó.

Dos ureterotomías anteriores extraperitoneales según la técnica de Judd, en los casos N° 17 y 58; en el primero hicimos la incisión mediana y en el segundo la incisión paramediana: y a pesar de que nuestra experiencia es muy escasa, tenemos la impresión de que es una operación buena y de fácil ejecución. Nuestros enfermos curaron bien y hacemos constar que no suturamos el uréter en ninguno de los dos.

En cambio hemos practicado quince ureterotomías siguiendo la vía lateral extraperitoneal, aconsejada por Marión, que nos ha dado excelentes resultados; dejamos siempre el uréter sin suturar y hemos drenado con tubo de goma fino y blando o con ruberdam y gasa yodoformada que dejamos durante 3 días.

Todos nuestros enfermos han curado perfectamente bien y recordamos en especial el caso N° 50, donde la incisión del uréter fué de 3 ctms. y medio más o menos, pues el cálculo no descendió, a pesar de la anestesia raquídea y del Trendelenburg marcado. La enferma fué controlada con una pielografía endovenosa habiéndose obtenido una restitución ad integrum, anatómica y funcional del uréter.

Hemos practicado dos uréteronefrectomías, una en el caso N° 62, de riñón atrófico y otra en el enfermo que hemos perdido, el caso N° 22, en el cual existía una endo-meso y periuretritis retractil infra calculosa, y que en el post-operatorio, hizo una gangrena bronco pulmonar.

Las intervenciones las efectuamos con anestesia raquídea con solución al 5 % de Novocaína - Suprarenina de Meister - Lucius, precedida de una inyección de Eucodal y Cafeína, en el lecho del enfermo, y de una inyección de Efedrina o Adrenalina de 1 c.c. al 1^o/₁₀₀ en la mesa de operaciones: exceptuando esta última en los enfermos con tensión máxima alta. En los rarísimos casos que esta anestesia es insuficiente o falla, hacemos éter con el aparato de Ombredanne.

Sistemáticamente tratamos de seguir el consejo del Profesor Silvio Rolando, de Génova, en los casos de cálculos ureterales del tercio inferior, que no están fijos, coincidiendo con un uréter dilatado y previa compresión del mismo, para impedir la fuga del cálculo hacia el bacinete, desplazarlo hacia la región lumbar o ilíaca, efectuando la ureterotomía en dichos segmentos, por ser de extrema facilidad, rapidez y a la vez disminuye el traumatismo siempre mayor, por ser más laboriosa la ureterotomía pelviana o yuxta-vesical; casos en que quizás esté más indicada la operación de Judd.

Creemos oportuno recalcar que condicionamos la posición del enfermo en la cama, según que la ureterotomía haya sido hecha sobre la pared externa o anterior del uréter: en el primer caso el enfermo lo colocamos recostado sobre el lado sano: en el segundo en decúbito dorsal.

Generalmente a los 8 días de operado, hacemos el primer cateterismo ureteral con instilación de nitrato de plata al 1 % que repetimos cada 3 días en la primera semana y después cada 7 días hasta la clarificación total de la orina.

CONCLUSIONES

Nuestra casuística: 1° coincide con los tratadistas clásicos en la mayor frecuencia de la litiasis ureteral en el hombre: (42 casos) que en la mujer: (20 casos).

2° En cuanto se refiere, a la constitución química de los cálculos tenemos:

Fosfáticos	31 casos
Oxálicos	27 ..
Mixta - oxálica - fosfática	2 ..
y Uro - oxálica	2 ..

Hay casi equivalencia de litiasis oxálica y fosfática y no un predominio de oxálicos como dan los tratadistas.

3° Según el sitio de enclavamiento se clasifican:

24	yuxta vesicales.
20	porción pelviana.
15	.. lumbar.
5	.. ilíaca.

4° En cuanto al lado de presentarse la litiasis, hay un ligero predominio por el lado izquierdo (34 casos) sobre (28 casos) del derecho.

5° Creemos haber confirmado con los resultados quirúrgicos obtenidos, la benignidad de las ureterotomías.

6° Es interesante hacer notar que 8 enfermos, con cálculos ureterales del lado derecho, simulaban cuadros apendiculares, siendo 3 de ellos, intervenidos de urgencia. Conviene recordar, que algunos autores, han descripto formas de apendicitis con hematuria, que seguramente a nuestro entender, fueron cólicos nefríticos atípicos; es indispensable en estos casos dudosos practicar un examen radiológico e interpretar correctamente el sedimento urinario; presencia de hematíes y de las diferentes clases de cristales, según las diátesis.

7° Cuatro casos atípicos de litiasis ureteral, simulaban cuadros, de obstrucción intestinal, que desaparecieron con el cateterismo ureteral terapéutico, efectuado en posición de Trendelenburg.

Recordar al respecto enfermos que se laparatomizan, sin encontrar la causa aparente y, por lo tanto, necesidad de pensar ante dichos cuadros, antes de intervenir en la posibilidad de un cálculo ureteral enclavado, causante de la parés intestinal refleja.

8° Cuatro casos de litiasis ureterales oxálicas, en tuberculosos clínicamente curados, con fenómenos de cistitis, por la oxaluria y con presencia de pus, por infección generalmente coli-bacilar, simulaban Tuberculosis renal, inexistentes.

9° Aunque, por las dificultades, de nuestro medio, para tener noticias exactas del pasado de los enfermos, tenemos la satisfacción halagadora, de declarar, grosso modo, que los casos que han sido dados de alta oportunamente, que han continuado las prescripciones del régimen alimenticio y medicamentoso indicados y que controlamos de vez en cuando, se mantienen en perfectas condiciones, y sin indicios aparentes de recidiva.

Ultimamente un caso de litiasis ureteral fosfática infectada, que hechó al olvido la necesidad de concurrir periódicamente a efectuar sus cauterizaciones de nitrato de plata al 1 %, lo hemos visto recidivar.

10° Necesidad indispensable de radiografiar en forma completa el aparato urinario previa preparación conveniente del enfermo, todos los casos de cólicos nefríticos, y en especial aquellos de tipo prolongado, que se terminan *sin expulsión del cálculos*.

11° Para poder afirmar con absoluta seguridad la existencia real de un cálculo ureteral, para diferenciarla de las sombras pseudo calculosas que existen en gran número, en la pequeña pelvis y sobre todo en la mujer, es imprescindible practicar: 1° la neumo-cisto-urétero-pielografía, que en la litiasis es de una presión gráfica irrefutable y que tiene el gran mérito de ser inocua, cuando se la practica, con toda técnica y ser al mismo tiempo la más económica sobre todo para clientela hospitalaria; 2° la pielografía endovenosa al Per-Abrodil o Uroselectán B, realmente inocua en todo sentido, que sólo tiene el inconveniente del costo, por lo tanto, de aplicación más común en la clientela privada, y con la cual se ponen en evidencia hasta los cálculos de uratos y de ácido úrico, que son transparentes a los Rayo X y que se manifiestan por contraste.

12° Es digno de hacer notar, que en nuestra numerosa casuística, tanto de litiasis ureteral como de litiasis en general, solamente contamos un solo caso de anuria y de tipo reflejo, que cede al 3er. día; hecho que atribuimos al mejor conocimiento y al más oportuno tratamiento médico y dietético de valor fundamental y que es necesario divulgar e insistir, en especial, en actos Congressales, como éste, para el mejor conocimiento del Médico práctico y del Cirujano General.
