

Instituto Municipal de Clínica Urológica
Hospital Durand - Buenos Aires
Director: Prof. Dr. Luis Figueroa Alcorta

LA RUPTURA ESPONTANEA DEL URETER

Por los Dres. L. FIGUEROA ALCORTA, O. MASSOLO y L. R. MOLINA

La ruptura espontánea del uréter es una afección rara. En la bibliografía mundial existen presentados varios casos aislados, y en un trabajo del Prof. Surraco, reúne ocho casos que hasta el año 1936 había podido observar.

El nombre de ruptura espontánea resulta exacto en algunos casos, en el sentido que se hace, en ausencia de todo traumatismo exterior o interior; pero casi siempre la litiasis pielo-ureteral es condición previa al proceso. Pero es necesario admitir que aún en éstos casos la lesión de las paredes ureterales por una arista cortante del cuerpo extraño, es cuando menos presumible.

Si así no fuera, es necesario admitir la alteración inflamatoria (tal vez necrótica), previa de la pared determinada por el cuerpo extraño casi siempre detenido a nivel de los puntos anatómicamente estrechados (extremo superior de uréter o estrechez pilviana del mismo) y estrechados además patológicamente, por los procesos flogísticos que la detención a su nivel determina.

Existe otro punto de elección para asiento de la fisura de las vías excretoras, en la ruptura espontánea del uréter, y es la inserción calicopapilar. En estos casos ha de existir siempre lógicamente el traumatismo mínimo exterior indirecto, o interior, de las maniobras pielográficas que pusieron en evidencia la lesión; y que Puigvert Gorro ha hecho una ingeniosa interpretación de las imágenes obtenidas por la difusión en las vías linfáticas de la sustancia opaca, que se hace hacia el eje del cuerpo, hacia la columna vertebral; en oposición a la pieloanalicular, que lo hace en sentido inverso, hacia afuera; con los penachos clásicos que todos conocen.

Dos casos agregamos a la bibliografía. Los dos litiásicos; uno con la constatación radiológica de las manchas correspondientes. El otro en ausencia de las mismas, tiene un pasado litiásico evidente.

¿Cuál es la sintomatología de esta afección?

A veces ruidosa por el proceso infeccioso peri-uretro-pielorrenal: a ella corresponde nuestro primer caso.

Otras silenciosa, hallazgo de la investigación diagnóstica, comprende a nuestro segundo caso.

Otras, cuando el peritoneo que cubre por delante a las vías excretoras alteradas, participa del proceso de un modo más o menos limitado: trae aparejado el síndrome que parece haber observado siempre el Prof. Surraco en los casos que menciona, y que designa como trilogía sintomática: Iniciación brusca, dolor profundo, violento, no paroxístico: contractura prolongada férrea (en madera), del hemiabdomen correspondiente. No fué observada por nosotros.

El tratamiento se deduce lógicamente.

La sintomatología de un absceso perirrenal: febril, doloroso, con afectación del estado general, obliga a intervenir: lumbotomía en uno de nuestros casos. Nefrectomía se ha realizado a veces, aunque es muy discutible.

Espectación en los casos de tolerancia con sintomatología escasa, aguardando la curación espontánea de la brecha; y la posible expulsión del cuerpo extraño por las vías naturales. Si así no ocurre, no es más que el caso común de la litiasis enclavada.

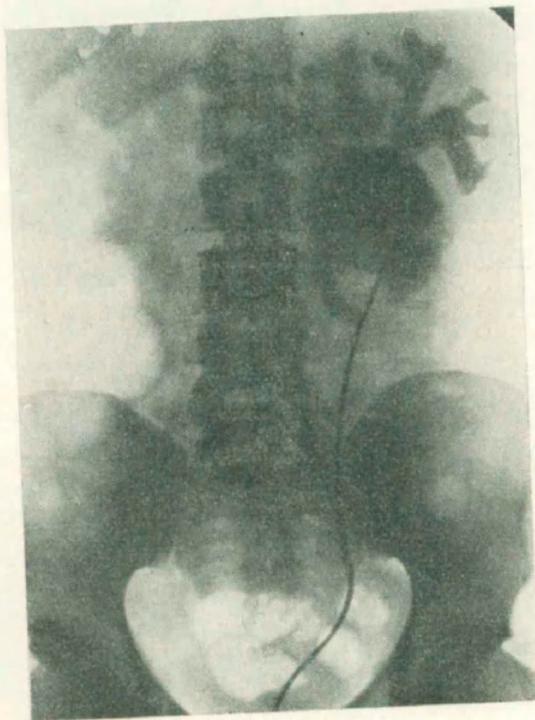
CASOS CLINICOS

1er. caso: Data del año 1939. Es visto por uno de nosotros en un sanatorio de esta Capital, con un fuerte cólico nefrítico del lado izquierdo y temperatura elevada. La palpación bimanual despierta una sensibilidad exquisita y permite constatar la ocupación de la fosa renal correspondiente por una tumoración que impresionaba como una bolsa de hidronefrosis infectada o pionefrosis. Se obtienen las radiografías que mostraremos a continuación, previo cateterismo ureteral con sonda opaca: en la N^o 1, simple: tres pequeñas manchas dentro de la zona renal correspondiente y al parecer relacionadas con otras tantas concreciones calculosas. Obtenida una pielografía por relleno N^o 2, muestra esta hermosa imagen en la que el yoduro de sodio se ha difundido en la atmósfera celulosa perirrenal: con conservación nítida las imágenes pielocaliciales, panesa dilatadas.

Se llega así a la conclusión que la tumoración antedicha depende de una colección flogística perirrenal, y se procede a una lumbotomía que da salida a una colección verdosa, piógena franca, estafilocócica. La intervención termina aquí, colocándose un drenaje y teniéndose los cuidados postoperatorios habituales. Después de dos días arroja por sus vías naturales un cálculo de un tamaño de carozo de aceituna. Con su herida operatoria perfectamente cerrada es dado de alta y concurre algunos meses después (pues había seguido perfectamente), mostrando sus orinas cristalinas, cicatriz operatoria perfecta, y se obtienen las radiografías Nos. 3 y 4, donde se vé borde de Psoas borroso, y ausencia de sombras calculosas (las demás concreciones habrán salido por el drenaje, ya que el enfermo sólo acusa la expulsión de un cálculo). En julio de 1940, dos nuevas radiografías, las Nos. 5 y 6, nos muestran en posición muy alta, entre las 10^a y 11^a costillas, una sombra alargada con ciertas digitaciones, que podrían atribuirse a un cuerpo extraño, pero los estudios de eliminación urográfica que siguieron, nos dicen tratarse de una



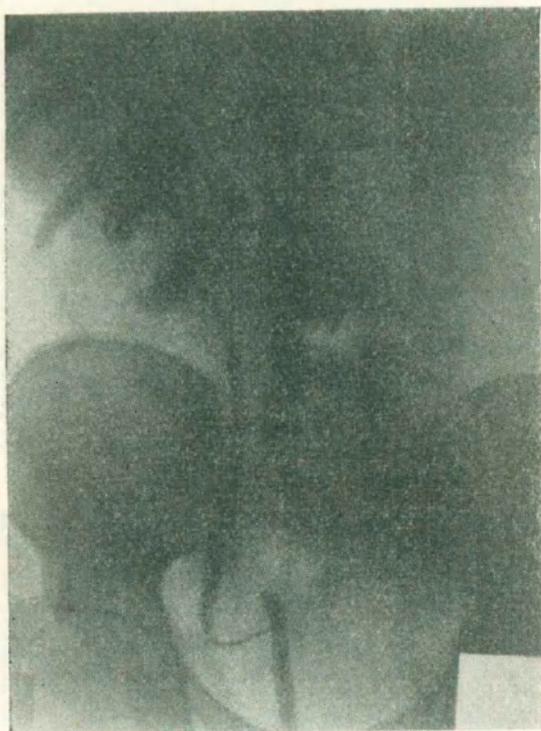
Caso 1: radiografía simple con sonda opaca (Nº 1 del texto)



Caso 1: Pielografía ascendente (Nº 2 del texto)

mancha parásita. En la radiografía Nº 7, simple, no existe más la sombra en cuestión. En las Nos. 8 y 9 buena eliminación en ambos lados y pielocalicigramas perfectos. En las radiografías Nos. 10 y 11 obtenidas un año después de la última no se vé nada anormal, y el enfermo sigue bien con sus orinas cristalinas, cinco años después de su accidente inicial.

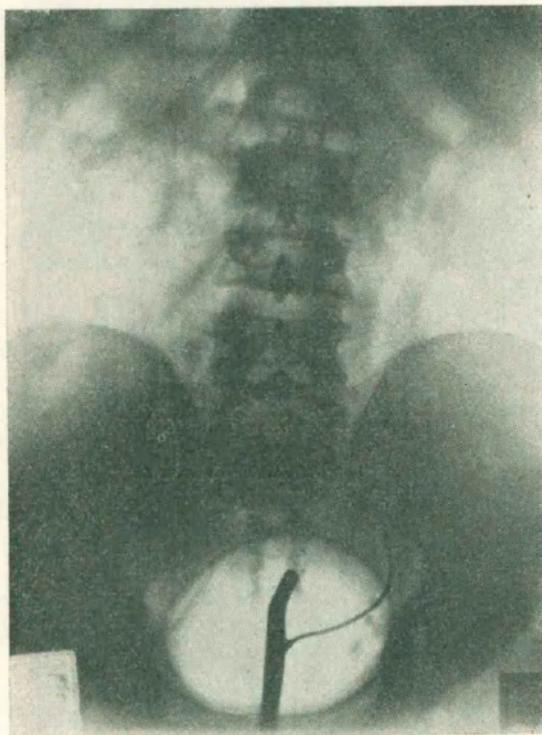
2º caso: Este caso muy interesante pertenece al Instituto Municipal de Clínica Urológica. Es un enfermo que ocupó la cama 18 y a la que ingresa con fecha 2 de noviembre de 1943. Allí se levanta la siguiente historia clínica: A. H.: sin importancia. A. P.: llama la atención



Caso II: Urétero-pielograma ascendente al comienzo (Nº 5 del texto)

lo que consigna el enfermo que dice: sufrir tres meses antes de su ingreso una descarga eléctrica intensa sobre el hombro izquierdo y que a raíz de la misma elimina dos días después en una micción un coágulo sanguíneo. Pero hay que hacer constar que el enfermo es un litíásico, y a ésto habrá que relacionar esta pequeña hematuria, pues 15 años antes según los datos anotados en su E. A. tiene un primer cólico, localizado en su fosa iliaca derecha, con irradiación a la fosa lumbar correspondiente, que cede con opiáceos y que termina con la expulsión de arenillas. Sigue bien hasta hace dos años, en que tiene otra vez un cólico, pero en esta ocasión en fosa iliaca izquierda, con irradiación hacia genitales y trastornos gástricos clátricos (náuseas, vómitos, etc.) pero sin fiebre y sin hematuria. Este episodio doloroso toma el carácter de subintrante, repitiéndose diariamente durante 27 días, y eliminando al final de los mismos, un cálculo del tamaño de una semilla de limón. Quince días antes de su ingreso a la sala.

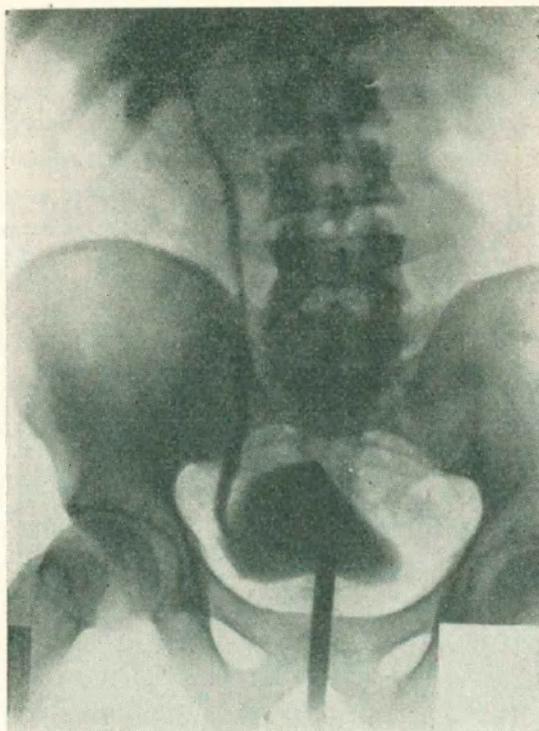
nuevo cólico del lado derecho, con las irradiaciones de siempre, hematuria total y fiebre alta: 39. 40 grados, que persiste un cierto número de días y que motiva su internación, levantándose el siguiente estado actual que expenemos de un modo resumido: Orinas uniformemente turbias, riñones no se palpan ni se despierta dolor. Puntos ureterales indoloros. Uretra viable al explorador Nº 18 sin recoger sensaciones anormales. Vejiga capacidad normal y a la endoscopia zona congestiva de pared posterior con abundantes depósitos de sales que no arrastra el lavado. Organos genitales sin particularidades. Enfermo sin fiebre con tensión arterial normal. Examen de orina normal con 17,92 de concentración úrica. No tiene pus en sedimento. Azohemia 0.50.



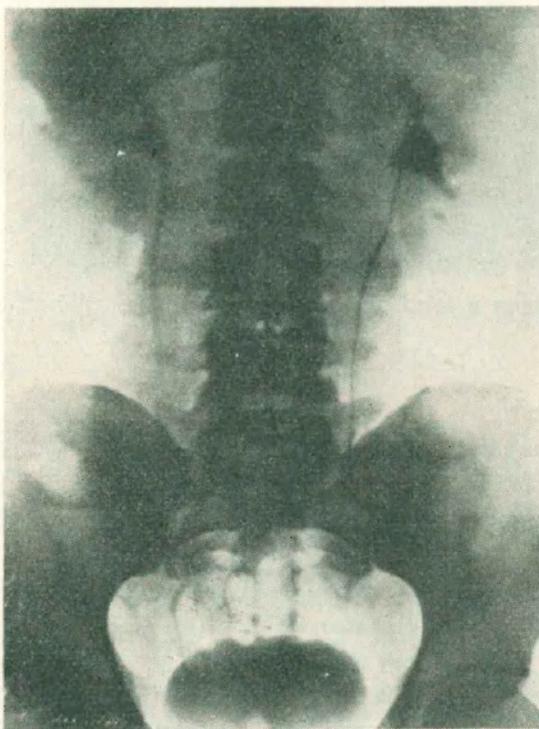
Caso II: Neumo-urétero-pielograma al comienzo (Nº 7 del texto)

Glicemia 0.94. Cloro plasmático 5.50. Cloro globular 2.40. Reserva alcalina 65 e.c. de CO_2 %. Tiempo de coagulación 8' 26". Tiempo de sangría 2'. En el examen bacteriológico de sedimento urinario gran cantidad de estafilococos. En el recuento globular el análisis revela 14.000 blancos, neturofilia del 72 %.

Entramos ahora a ocuparnos del estudio radiológico completo que hemos realizado en este enfermo: Nº 1, siluetas renales algo globulosas, poco nítidas. Espina bífida de 1ª sacra. Hilera de flebolitos en excavación pelviana, más numerosos y de mayor tamaño lado D. Nos. 2, 3 y 4 urogramas excretorios, retardo en la eliminación del lado D. donde el medio de contraste se dispone en una serie de manchas que corresponde a otras tantas cavidades. Pielocaliciograma izquierdo normal. Franca ptosis renal izquierda en la posición de pie, no así a la D., lo que dice de un proceso crónico perirrenal en ese lado. Nº 5 uretropielograma D. con sonda de



Caso II: Pielo-urétero-grafía al final: cierre de la brecha (Nº 3 del texto)



Caso II: Urografía excretora al final: perfecto funcionalismo en ambos lados (Nº 11 del texto)

Chevassú: dilatación ureteral discreta y refracción ureteral superior que permite la difusión de la substancia de contraste en el perinefro, dando una imagen muy semejante al caso anterior. Hidronefrosis D. discreta. Nº 6 radiografía simple obtenida tres días después, no hay rastros de yoduro. Nº 7 uretero-pieloneumografía D. con sonda de Chevassú: el aire sale del tubo urinario y se dispone en el perinefro en la misma forma que lo hacía la solución de yoduro. Nº 8 nueva uretero-pielografía D.: imagen similar a la Nº 6. Nos. 9 y 10, cinco días después nueva uretero-pielografía en dos ángulos, vale decir estereoscópica. Se ve igual imagen a las anteriores aunque se aprecia ya la disminución de la cantidad de yoduro filtrado a través de la brecha ureteral. Examinando con el estereoscopio se aprecia que el tubo ureteral pasa por delante de la substancia opaca difundida, haciendo una pequeña curva de concavidad posterior. Nos. 11 y 12, algunos días después nuevas urografías excretoras: ahora mejor eliminación D. que Izq., hidronefrosis de aquel lado. Nº 13 algunos días después nuevo urétero-pielograma ascendente: fistula ureteral cerrada, no abandona el yoduro la luz del tubo urinario. A todo esto y a pesar de todas estas maniobras el enfermo no tiene el menor repunte térmico, y un estado general magnífico, que nos hace darle de alta 45 días después de su ingreso.

Tenemos pues dos casos similares: en los dos se revela el proceso mediante estudios pielográficos con sonda uretral en el 1º; con sonda Chevassu, en el 2º. En el 1º encontramos antes de toda maniobra un proceso supurado infeccioso perito-uretro-renal, que nos lleva a una lumbotomía. En el 2º completa apirexia y absoluta defensa en el sujeto que nos mantiene en la expectación. En los dos, sin embargo, el mismo proceso que exige una lesión necrobiótica del tubo uretral, que pudo haber sido completada por el aumento de presión intra-canalicular originada en nuestras maniobras endoscópico-radiológicas.

Dos respuestas distintas, en distintos organismos afectados con la misma lesión, y ambos diatésicos, calculosos: pero en los dos felizmente se obtuvo igual "*restitutio ad integrum*".

BIBLIOGRAFIA

- M. Goidin. — Journal d'Urologie 1936. Absceso periureteral y nefrectomía por ruptura ureteral ocasionada por un cálculo.
- Luis A. Surraco (en colaboración): H. Díaz Castro y E. Baune Carrere. Revista Médica Latino-Americana, 1936.
- A. Puigvert Gorro: Rotura calcilar y reflujo pielocanalicular. Revista Argentina de Urología, 1943.

DISCUSIÓN

Dr. Ercole. — *A propósito de esta comunicación, quiero recordar que hace ya varios años, he presentado justamente a esta misma Sociedad, una observación muy interesante por su rareza, de una perforación espontánea del uréter en peritoneo libre. En aquella misma oportunidad, yo hacía mención*

de otra observación en que intervine, en que también se trataba de una perforación espontánea del uréter. Por un cálculo enclavado en el extremo superior del uréter y que había originado un derrame uro-hemático en la atmósfera peri-renal.

Asimismo quiero recordar otra observación muy interesante, de una pseudo-hidronefrosis espontánea, que fué publicada hace varios años en "El Día Médico" y que yo interpretaba como determinada por un reflujo pielo-sinusal por aumento de la tensión endo-pélvica, motivada en ese caso, por un cálculo enclavado en el uréter.

No quiero más que agregar estas tres observaciones a la interesante comunicación de los doctores Figueroa Alcorta, Massolo y Molina.

Dr. Rebaudi. — Quisiera agregar, por mi parte, un caso de mi experiencia personal. Se trataba del padre de un colega, que tenía un adenoma de próstata, divertículos vesicales y un divertículo de uraco y además, una litiasis pielo-ureteral del lado izquierdo. Tenía dos cálculos de pelvis renal y un cálculo en el uréter.

Considerando el caso como un renal primero, dado que estaba con sonda permanente, hice la ureterotomía izquierda y saqué el cálculo. Después se hizo una talla, se intervino la próstata, se hizo la adenomectomía, se abrieron los divertículos, se hizo una entrada amplia, de manera que no se retuviese pus y no consideré necesaria la intervención de los divertículos. El enfermo curó bien de su adenomectomía y de su uréterotomía.

Un día tuvo un cólico nefrítico del lado izquierdo y descendió un cálculo chico y las cosas pasaron. El enfermo no quería saber nada de intervenciones ni exámenes urológicos. Al poco tiempo, se hizo en la herida, una especie de absceso, se bombeó la herida y se abrió y por esa abertura salió un cálculo que había perforado el uréter. Cerró espontáneamente la herida, curó bien el enfermo y al poco tiempo, hizo un nuevo cólico y eliminó otro cálculo.
