

CONSIDERACIONES SOBRE LA ASOCIACION DE AFECCIONES URINARIAS Y LITIASIS BILIAR

Por el Dr. OSCAR A. TITTAMANTI LESCANO

Anteriormente hemos señalado la necesidad, a nuestro entender, de considerar con detenimiento la importante vinculación que existe entre la expresión urinaria y la excreción biliar.

Marcamos así nuestra manera de pensar frente a esa frecuente asociación de patología, afecciones pieloureterales y colediscinesias, no señalada hasta entonces en la real importancia que tiene dada su frecuencia y trascendencia.

La comunicación presente, insistiendo sobre el mismo tema, lleva el objeto de comentar otra fase de esa importante e interesante vinculación, refiriéndonos a casos de nuestra observación personal, en los que se asocia la patología de la excreción urinaria con la litiasis biliar.

No hacemos en realidad de verdad sino volver a repetir la importancia que tienen las afecciones urinarias en el desarrollo y mantenimiento de gran cantidad de síntomas de progenesis digestiva, situación que quizás por muy conocida es reiteradamente subestimada.

Circunstancia por cierto muy factible cuando como causa de esa sintomatología se encuentra una litiasis biliar, a la cual con toda facilidad se imputa todo el cuadro que padece el enfermo; esperando, como lógica consecuencia, la absoluta desaparición de los síntomas con la intervención sobre el árbol biliar, y en caso de recidiva insistiendo sobre el mismo como origen único de todas las molestias.

Nuestros casos y nuestro comentario reivindica para el aparato urinario un lugar en esa sintomatología, y nos permiten afirmar que el trastorno del tránsito biliar obliga a estudiar la coexistencia de un posible y contemporáneo trastorno del tránsito urinario, para así poder encarar en forma integral la solución de los problemas de numerosos enfermos; que se encuentran en las condiciones que comentamos, y que no lograrían con otro enfoque la solución de la sintomatología que los aqueja.

La importancia fundamental de las pielouretropatías en este síndrome biliorenal surge evidente de la consideración de los casos que comentamos.

Parte de ellos son enfermos que diagnosticada su litiasis biliar, como es lógico, fueron intervenidos de la misma, no teniendo con la intervención quirúrgica la resolución de los padecimientos que los había conducido con ilusión

a la mesa de operaciones. Situación que persistió hasta que estudiados desde el punto de vista urológico se les diagnosticó la uropatía que padecían, solucionada la cual vieron desaparecer la sintomatología que los aquejaba.

Dejando meditaciones interesantes presentamos también las historias de dos enfermas que rabiéndoseles diagnosticado el cuadro bipolar que comentamos, fueron intervenidas primero de su padecimiento urinario, siendo tal su mejoría, que se mantiene hasta el presente, que no desean operarse de su padecimiento biliar, a pesar de no realizar ningún tipo de régimen ni medicación.

Con respecto al procedimiento quirúrgico que debe adoptarse con estos enfermos no somos partidarios, en absoluto, de las intervenciones por vía transperitoneal sobre el riñón, que si bien posibilitan la realización de la intervención sobre el árbol biliar como primer tiempo, hace realizar una operación incompleta sobre la afección renal, que no se soluciona, como es lógico empujando el riñón al través del peritoneo hacia arriba y colocando unos puntos para que no vuelva a descender, intervención que por cierto no puede solucionar el problema de tránsito urinario que plantea el riñón ptosado, y que es lo que se debe corregir.

La vía para abordar el riñón es indiscutiblemente la lumbar, salvo situaciones raras y padecimientos excepcionales; y la incisión la lumbotomía con resección costal que da un campo amplísimo para realizar cualquier tipo de intervención sobre el riñón, permitiendo incluso la abertura del peritoneo con exploración abdominal y realización de las intervenciones secundarias necesarias: apendicectomía, sección de adherencias, colopexia, etc.

CASOS DE OBSERVACION PERSONAL.

Caso I. — M. G. Enferma de 37 años de edad, argentina, casada. En agosto de 1947 es colecistectomizada por litiasis, extirpándosele el apéndice en el mismo acto quirúrgico.

Tiene leve mejoría, pero debe continuar con régimen y medicación. Contemporáneamente a sus trastornos digestivos ha sentido un dolor sordo lumbar con irradiación inferior; padeciendo de algunos episodios de polaquiurea. Al examen clínico se palpa el riñón.

Urografía excretora: ptosis riñón derecho.

Operación: 22-IX-950. Pieloureterolisis, enervación, nefropexia.

30-XI-950. La enferma ha aumentado 4 kilos de pesos, no sintiendo ninguna molestia, a pesar de no realizar ningún tipo de régimen.

Caso II. — A. M. Enferma de 35 años de edad, argentina. Desde hace largo tiempo padece de molestias digestivas, por las cuales se le ha extirpado la vesícula, con cálculos, y el apéndice. Sin obtener gran mejoría.

Urografía excretora: ptosis de riñón derecho.

Operación: 8-VI-950. Enervación, pieloureterolisis, incisión de Davis, nefropexia.

Resultados: Gran mejoría, no realizando ningún tipo de medicación o régimen.

Caso III. — E. B. Enferma de 45 años de edad, argentina, quehaceres domésticos. Padece de molestias digestivas de tipo biliar.

Colecistografía: vesícula excluida, en su zona de proyección visualiza sombras litiásicas.

Urografía excretora: riñón derecho ptosado.

Se le practica primero la colecistectomía, obteniendo mejoría pero no la completa desaparición de sus molestias, en octubre de 1949.

11-I-950. Enervación, pieloureterolisis, nefropexia.

Resultado: La enferma se restablece por completo realizando alimentación libre y variada, sin ningún padecimiento.

Caso IV. — M. R. Enferma de 46 años de edad, argentina, casada. Ha sido colecistectomizada hace varios años por litiasis biliar, notando sólo una leve mejoría, habiendo continuado siempre bajo asistencia médica y con régimen alimentario.

Urografía excretora y pielografía: ptosis riñón derecho; la enferma desilusionada de su primera intervención no desea operarse de su riñón.

Caso V. — A. D. Enferma de 46 años de edad, desde hace largo tiempo padece de molestias digestivas.

Colecistografía: vesícula excluida.

Urografía excretora: Enorme uronefrosis derecha.

Operación: 8-IX-950. Nefroureterectomía. Durante la operación se abre peritóneo y se comprueba vesícula litíásica.

Resultados: Extraordinaria mejoría, realizando alimentación libre.

Caso VI. — J. R. Enferma de 54 años de edad, argentina. Padece de molestias digestivas, por las cuales se interna en el Hospital Ferroviario de Mar del Plata.

Colecistografía: litiasis biliar.

Urografía excretora: ptosis de riñón derecho.

Operación: Enervación, pieloureterolisis, incisión de Davis, nefrocolopexia. Se abre el peritoneo y se comprueba que la vesícula está llena de cálculos.

Resultados: desaparición de todas las molestias digestivas.

COMENTARIOS

La asociación de afecciones pielorenoureterales con afecciones biliares es una situación frecuente de patología: tanto en su aspecto de afecciones biliares orgánicas cuanto funcionales.

Ello obliga a investigar cuidadosamente esa situación; dado que existe una estrecha relación entre ambas y una recíproca acción desfavorable.

Si no se ha investigado cuidadosamente esa situación no se tiene derecho a pensar que todos los síntomas digestivos que presente un enfermo con bilio-patía se deban a la misma, y tampoco se debe indicar una intervención quirúrgica por el mismo sin haber despistado el posible cuadro bipolar biliorenal.

DISCUSIÓN

Dr. Rebaudi. — Hace muchos años en esta misma sociedad presenté un trabajo sobre la importancia que tiene el hígado en las litiasis renal. El año pasado en el Congreso Internacional de Cirugía volví a insistir sobre lo mismo. Claro, que la litiasis de la vesícula biliar no es nada más que una parte de las afecciones biliares, pero no sólo de las funciones hepáticas. El hígado tiene para mí importancia y sólo para no ser cargoso y no repetir lo dicho ya muchas veces, diré que las vitaminas que son inculpadas de la hipoavitaminosis, se sintetizan en el hígado.

Estoy muy de acuerdo con el Dr. Tittamanti, y aunque en nuestro país no se haya dicho mucho sobre este asunto, en el extranjero, especialmente en Italia, Estados Unidos y Alemania se ha hablado mucho sobre este tema.

Sr. Presidente (Dr. Irazu). — No estamos de acuerdo con el temperamento del Dr. Tittamanti en el sentido de explorar un peritoneo cuando se está operando un riñón. No sabemos si el Dr. ha tenido alguna complicación, pero posiblemente hubiera podido hacer un diagnóstico de una litiasis sin ir a explorar la vesícula por el peritoneo. Lo que no sucede en un año puede ocurrir en un día. Hemos visto varios procesos de esta naturaleza en donde el diagnóstico diferencial entre litiasis hepática y litiasis renal se hace muchas veces difícil, pero con las pruebas radiológicas hemos conseguido diferenciarlas sin tener que hacer las maniobras a que se ha referido el Dr. Tettamanti.

Dr. Tettamanti. — Agradezco estas dos contribuciones de los Dres. Rebaudi e Irazu al pequeño comentario que he hecho sobre esta solución de patología, pero al respecto quiero

comentar que nosotros nos referimos a la relación que existe entre expresión biliar y hepática, o sea a la parte *pectora* biliar y a la parte *pectora* renal, que están intensamente relacionadas. Tanto es así, que en una comunicación anterior también hemos presentado algunos casos de *coriacinosis*, en los que se decía que era un caso de neurosis vegetativa de causas desconocidas, vale decir, que no todo está escrito sobre esos procesos por el momento.

Con respecto al peritoneo, no estamos de acuerdo en que sea peligroso, creo que es más peligroso que los enfermos no solucionen su problema. Nosotros que trabajamos en una ciudad pequeña, donde los enfermos están continuamente con sus pequeños síntomas sobre nosotros, vemos a veces algunos casos que quizá de otra manera nos pasaría desapercibidos. Hemos tenido una cantidad enorme de litiasis renales y las hemos seguido por un tiempo bastante prolongado después de la operación. Enfermos que casi siempre tenían síntomas de tipo digestivo y a los que le hacíamos una pielografía nos demostraba que la opinión estaba perfectamente equivocada; el tránsito urinario estaba perfectamente establecido, pero el enfermo seguía igual que antes desde el punto de vista de su sintomatología. Tuvimos que pensar que anteriormente la linfatisis era una enfermedad que tenía sus sintomatologías pero que no era un cuadro aislado. Indiscutiblemente, si hacemos nefropexia tenemos la obligación de diagnosticarla antes y solucionarlo en el acto quirúrgico. Pensamos que era mejor solución abrir el peritoneo y solucionarle el problema a la enferma que el riesgo que consideramos leve actualmente con los bacteriostáticos que poseemos, de la afección peritoneal.
