

URETER RETROCAVA? VALOR DE LA RADIOGRAFIA DE PERFIL (SIGNO DE RANDALL Y CAMPBELL)

Por los Dres. RICARDO BERNARDI y B. AGUGLIARO

Volvamos a ocuparnos del ureter retrocava, con el objeto de destacar el innegable valor que tiene la pielografía de perfil (signo de Randall y Campbell) en el diagnóstico preciso de la lesión, contra la opinión señalada por la mayoría de los autores, Creevy entre ellos, quien sostenía que: "bastaba verlo una vez, para reconocerlo siempre". El antecedente de una observación personal y el concepto sostenido por este autor y afirmado por la mayoría de los colegas, estuvieron a punto de inducirnos a un error de diagnóstico, del que nos salvó la negatividad del *pielograma de perfil* o *signo de Randall y Campbell*, al mostrar al ureter separado de la columna y no adherido a ella, como correspondería de ser retrocava.

Solamente un 25 % ha sido diagnosticado correctamente antes de la operación (1er. caso Harril en 1940).

Debemos agregar que, desde que Hochstetter, en 1893, halló en una necropsia el primer caso de ureter retrocava y, Kimbrough en 1935, en el acto quirúrgico, se han publicado sobre esta anomalía alrededor de 50 observaciones en la literatura mundial.

A pesar de que no es nuestro interés volver a referirnos a la descripción del ureter retrocava, ya que no de nosotros fué el primero en el país en relatar un caso con esta anomalía ("Ureter retrocava operado con éxito en una anomalía renal bilateral", R. Bernardi - Soc. Arg. de Urología - mayo 1951), diremos que esta afección consiste en un encarcelamiento de la vena cava inferior por el ureter retrocava, ya que no uno de nosotros fué el primero en el país en relatar un descenso a lo largo de su borde externo, cruza su cara posterior, su borde interno, luego *su cara anterior*, formando con ella una especie de "rulo", para finalmente ubicarse fuera de ella.

El estudio embriológico muestra que es una anomalía de desarrollo del aparato vascular y no del aparato urinario.

Con respecto al diagnóstico pielográfico, compartimos la opinión de Chauvin (Journal d'Urologie - V. 60 - Nº. 34 - Año 1954 - pág. 268) enunciada últimamente quien dice: "El ureter retrocava es una anomalía extremadamente rara, ciertas modificaciones de la morfología ureteral son susceptibles de dar imágenes que hacen entrever la posibilidad de esta anomalía, pero a nuestro modo de ver ese diagnóstico no debe ser mantenido sino cuando la ureteropielo-

grafía muestra el "signo de Randall y Campbell", o de lo contrario cuando una intervención permite constatar "de visu" el trayecto retrocava del ureter. Las modificaciones características del trayecto ureteral aparecen en la radiografía de frente, haciendo presumir la existencia de esta anomalía, que solamente podrá ser confirmada con una pielografía de perfil. ("Signo de Randall y Campbell".)

Pasemos a relatar el caso que nos ocupa:

H. M. de H., 38 años, casada, argentina. Domicilio: Olavarría (Buenos Aires).

Antecedentes hereditarios: Padre fallecido (neo estómago) a los 63 años, Tres hermanos, 1 fallecido (accidente) a los 23 años.

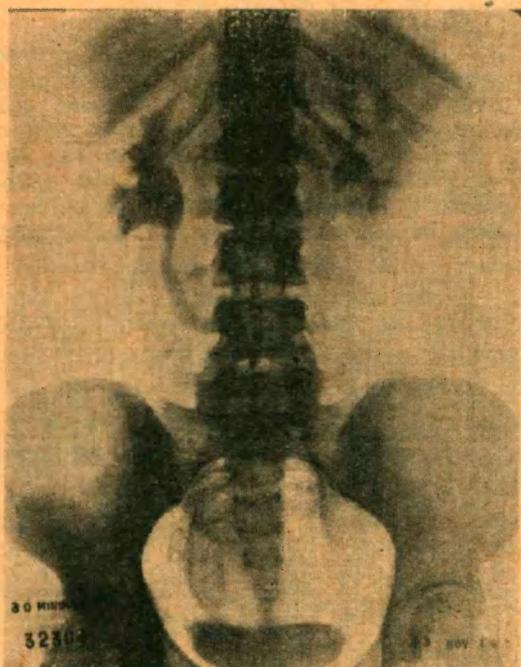


Fig. 1. — (Pielograma de frente). Uréter describiendo la S itálica típica de la posición retrocava.



Fig. 2. — (Pielograma en lateral). El uréter se encuentra separado de la columna vertebral (Signo de Randall y Campbell negativo).

Antecedentes personales: A los 9 años de edad, traumatismo sobre el periné: hematocele secundario con hematuria.

A los 15 años: Apendicectomía.

A los 26 años: Reumatismo poliarticular agudo.

A los 35 años: Histerectomía subtotal.

Sufre de colecistitis; giardiasis; anginas a repetición.

Embarazos 4, partos 3.

Enfermedad actual: Hace 6 años episodio doloroso lumbar del lado derecho con hematuria que duró 3 días, atribuidos por el médico que atendió a la enferma a la ingestión de urotropina.

No tuvo ningún otro episodio hasta hace 1½ año, en que sufrió una crisis dolorosa del lado derecho con irradiación a la región dorsal y a las piernas, decaimiento general, fiebre 37 a 38 grados. Fue medicada con analgésicos que no la mejoraron, por lo que decidió internarse. En esa ocasión le propusieron una nefrectomía que la enferma no aceptó. A pesar de la medicación la paciente continuó con dolores y temperatura, en forma intermitente.

Desde hace 2 meses nota ciertos dolores en el lado izquierdo. Con este cuadro se internó en nuestro Servicio el 7 de mayo de 1955.

Examen somático general: Negativo.

Cistoscopia (10-V-55): Mucosa normal; uréter izquierdo aplanado y agrandado; derecho puntiforme haciéndose muy difícil el cateterismo; eliminación clara por los dos meatos; indico-carmín a los 7 minutos, por ambos.

Examen urográfico: Las radiografías de frente muestran con nota nitidez una típico uréter retrocava: su obstrucción a nivel de la 3ª lumbar; su franca desviación hacia la línea media formando la característica "S" itálica inconfundible, según los autores, y de tanto valor: "que basta haberla visto una vez para reconocerlo siempre". Sin embargo, la uréteropielografía en posición lateral mostró al supuesto uréter retrocava en un plano muy anterior al de la columna y solamente en contacto con la misma a nivel del promontorio en un punto en que la vena cava no existe ya (nace de las ilíacas primitivas a nivel del cuerpo de la 5ª lumbar) demostrando así que se hallaba en una posición anterior o normal con respecto al vaso.

Con el diagnóstico de obstrucción del uréter derecho a nivel del promontorio y de causa desconocida intervinimos a la enferma dudando ya de su etiología vascular.

Operación (27-V-55): Anestesia general con gases.

Incisión de Young sobre el lado derecho; separación del fondo de saco peritoneal lateral hacia la parte media, reconociéndose el uréter adherido a la serosa, el que se presenta dilatado en su tercio superior a partir de una zona acodada por bridas transversales, que lo fijan a la cara lateral derecha del promontorio por delante y por dentro de la vena cava inferior, en el punto de bifurcación de las 2 ilíacas primitivas; se seccionan las bridas, llevando al uréter a su posición anatómica, comprobándose por debajo de esa estenosis extrínseca que los caracteres del órgano son normales; pexia transparenquimatosa con un punto de catgut pasado por el polo superior; cierre de la herida por planos; catéter ureteral en permanencia.

Como conclusión debemos decir, conjuntamente con Chauvin, Couvelaire y Dufour que en la actualidad no es posible afirmar el diagnóstico de ureter retrocava, si además del pielograma de frente, no efectuamos *uno de perfil*, con el objeto de poder visualizar el ureter contra la columna en una posición posterior, retrovascular, inconfundible, diferenciándolo de otras situaciones producidas por afecciones adquiridas, vinculadas a los órganos vecinos.

La interpretación que podamos hacer de nuestra falsa imagen retrocava, es que el ureter se desvió con motivo del hematocele pelviano o mejor aún de la *histerectomía* subtotal que le practicaron hace 3 años, ya que todos bien sabemos la estrecha vecindad que mantiene el ureter con el útero y el cuidado que debe tenerse durante el acto quirúrgico, con el objeto de no lesionarlo.

No sería difícil que la perimetritis preoperatoria, o la ligadura lateral, pinzamiento, o un hematoma post-operatorio, hubieran causado obstrucción y su franco desplazamiento hacia la línea media, *simulando en la radiografía de frente* un ureter retrocava.

Con respecto a la evolución post-operatoria, debemos agregar que fué desgraciada: La obstrucción de la sonda ureteral dejada en permanencia le produjo una pielonefritis ascendente muy intensa y pertinaz y al intentar su reposición por otro cateter se perforó el ureter como se puede observar nítidamente en las últimas radiografías debiéndosele practicar la nefrectomía.

BIBLIOGRAFIA

Bernardi R.: Sociedad Argentina de Urología, mayo 1951.

Chauvain: Journal d'Urologie, vol. 59, 254.

Chauvain: Journal d'Urologie, vol. 60, 268.

Dufour y Sesboue: Journal d'Urologie, vol. 58, 433.

Trabucco A., Borzone R. y Márquez J.: Revista Argentina de Urología, 1954, 161.