

variados especialistas sin que se pudiera en ocasión alguna llegar a un diagnóstico seguro.

Al cabo de ocho años de molestias los vómitos cambiaron de carácter, se hicieron fáciles y tomaron el aspecto de vómitos por hipertensión intracranial, aparecieron síntomas de un tumor de fosa posterior y el enfermo falleció, encontrándose en la autopsia un espongioblastoma unipolar bulbo protuberancial.

La historia de este enfermo tiene algunos puntos de contacto con la nuestra, en lo que respecta a los caracteres de los vómitos, y a la

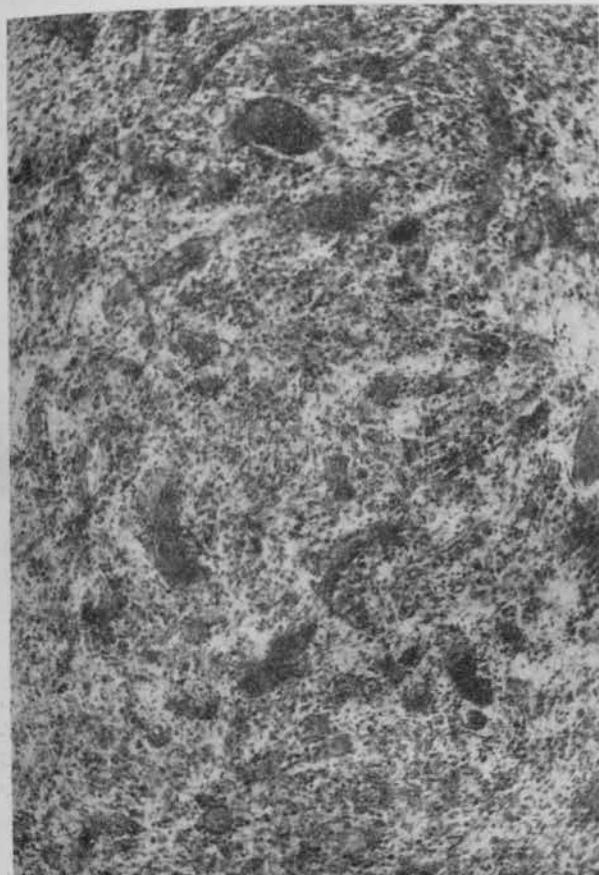


Fig. 3.

rigurosa negatividad de las restantes exploraciones, incluso las más detalladas.

En nuestro caso se injertó en el proceso una meningitis, que puso fin a la vida de la enferma; pero de no haber sido así, la intolerancia a todo género de alimentos que últimamente le afectaba hubiera indudablemente hecho que la supervivencia no hubiera podido alcanzar los ocho años del caso citado por los autores franceses.

SCHWARTZ² cita el caso de otro enfermo, que diagnosticaron de neurótico; ingresó en el hospital, y mediante un tratamiento psicoterápico los vómitos desaparecieron; pero al salir del hospital murió bruscamente y la autopsia demostró un tumor cerebral que no había dado síntoma alguno.

De todas formas es interesante señalar, para que sea tenida en cuenta, la posibilidad, excepc-

ional ciertamente, pero no por ello menos real, de que una sintomatología emética, incluso con caracteres verosímilmente neuróticos, sea condicionada por un proceso expansivo, que originándose en el bulbo cerca del neumogástrico, afecte a las fibras digestivas de su núcleo con exclusividad y sea la causa de los vómitos.

Resumiendo: Como hechos más llamativos de este caso, nos encontramos con la inexpresividad en clínica neurológica de un tumor cerebral de asiento bulbar y la necesidad de intentar ahondar cada vez más en la organicidad de los enfermos considerados como neuróticos, y que por una u otra razón se incluyen con concepto erróneo en algunos de estos cuadros nosológicos.

BIBLIOGRAFIA

1. M. M. MARCEL DAVID, P. MARTY, H. HECAEN y J. TALAI-RACH.—Bull. et Mém. de la Soc. Med. des Hôp. de Paris, 3, 71, 1949.
2. Citado por M. DAVID.

CALCULO URETERAL DESINTEGRABLE

Orientaciones generales en litiasis ureteral.

A. TORRA HUBERTI.

Instituto Policlínico de Barcelona. Jefe de la Sección de Urología.

Especiales orientaciones se hacen necesarias durante la asistencia de ciertos enfermos afectados de cálculos que cursan por uréteres hipotónicos en migración lenta y en particular cuando los cálculos son de pequeño o mediano calibre que, en un proceso no infectado, se mantienen evolucionando crónicamente en el tercio inferior del conducto mientras sólo ocasionan escasos dolores en su obstrucción, salvando los momentos de espasmodización que, en forma de crisis, suelen presentarse de tarde en tarde.

La mejor manera de explorar tales casos es recurriendo a la urografía excretoria, ya que la pielografía ascendente, por ser un método endoscópico instrumental, resulta demasiado arriesgado a la infección. La urografía, en cambio, constituye un procedimiento excelente de exploración, pues tratándose de un proceso obstructivo del uréter con cierre incompleto del mismo, la excreción no está abolida y permite, por tanto, recoger pieloureterogramas muy instructivos que denota la exacta localización del cálculo en un uréter de tipo hipotónico lleno de contraste y en más o menos grado de dilatación funcional. Dicha hipotonía explica la escasa sensibilidad subjetiva del paciente ante tal cuerpo extraño obstruyendo la luz de su conducto.

Asimismo, la urografía, como método visual que es del estado funcional del riñón, podrá orientar no sólo en el diagnóstico, sino también en la conducta terapéutica a seguir durante el largo curso de la enfermedad, fijando la necesidad de una terapéutica conservadora o cruenta en un determinado momento.

Muchos son los recursos de que puede disponerse en tales estados patológicos, y para resumirlos aceptaremos tres grandes grupos de tratamiento: *medicamentosos, endoscópicos y quirúrgicos*. De todos modos, siempre es conveniente adoptar una norma general que, cuando se tiene en cuenta, puede evitar mayores daños; es decir, la conveniencia de no olvidar que esta clase de cálculos ureterales, aunque bastante influyentes en la excreción urinaria, pueden presentar muchas probabilidades de expulsión espontánea mientras no entren en un período complicado de manifestaciones sintomáticas generales.

El tratamiento médico conservador, en casos de uréter hipotónico, será a base de glicerina por vía bucal, curas de carga acuosa o tisanas diuréticas, desprecio del clinostatismo, pituitrina, estrógenos, el método alemán "Darmbad Subaqualen", etc., a fin de vencer la subexcitabilidad a que está sometido el uréter, bien sea primitiva o secundaria a un peristaltismo primitivo exagerado. Sin embargo, no deben olvidarse los espasmolíticos para los casos que se intercale una fase espasmódica en el curso de la hipotonía, y así se recurrirá a la papaverina y similares administrados por diferentes vías (parenteral, bucal, rectal), preparados belladonados e incluso morfina cuando los cólicos nefríticos sean muy violentos.

Otro método conservador, también recomendable, perteneciente a la terapéutica física, consiste en la aplicación local de ondas cortas y, en su defecto, diatermia.

Si con estos procedimientos, empleados durante un tiempo muy dilatado, no se consigue mejoría en la migración del cálculo y la urografía excretaria denota un trastorno funcional del riñón en comparación con otras imágenes pieloureterográficas anteriores o la iniciación de una atrofia por inactividad a causa de la sobrecarga funcional del otro riñón, sano y compensado, se recurrirá a un tratamiento por método endoscópico.

Conviene insistir en que sólo se recurrirá a este procedimiento cuando fracasen las fuerzas curativas naturales del organismo, y conviene recordar que no debe precipitarse esta decisión, ya que tales manejos instrumentales, muy útiles en determinados casos, no están exentos de importantes peligros o complicaciones (infección pielonefrítica aguda, cierre completo del uréter, hemorragia) que pueden obligar a una urgente operación quirúrgica para salvar al riñón correspondiente, secundariamente perjudicado con estas maniobras y resistente a los efectos

desinfectantes de los más acreditados antibióticos.

Muy variadas son las técnicas a que se puede recurrir con este proceder endoscópico; pero conviene apartarse de las más agresivas para emplear las más útiles e inofensivas, sin olvidar que, durante ellas, el enfermo debe estar sometido a un tratamiento general de antibióticos.

Entre las técnicas más recomendables citaremos el simple cateterismo del uréter, para intentar movilizar y modificar la posición del cálculo, así como conseguir un giro del mismo que facilite su expulsión, una vez desanclado de la mucosa ureteral; la sonda ureteral permanente por dos o tres días para descongestionar y corregir el espasmo ureteral que aprisiona el cuerpo extraño; la introducción de varios catéteres dejados permanentes por un plazo parecido y que al retirarlos se hace previo giro de los mismos alrededor de su eje para envolver el cálculo en su salida; la lubricación del uréter con glicerina o solución de glicerina caliente, aceite o yodipina que se deja por encima del cálculo y se continúa inyectando mientras se retira el catéter; la novocainización de la mucosa ureteral, con o sin adrenalina, para relajar el espasmo, siguiendo la misma técnica; la aplicación del catéter-asa de Zeis; el uso del desenclavador de Giongo y finalmente la electrotomía del techo del ostium ureteral para liberar los cálculos intramurales y procurar buscar la relajación de la musculatura ureteral en su tercio inferior para los cálculos yuxtapvesicales. Para los intramurales se puede asimismo emplear la pinza endoscópica de Gottstein a fin de extraerlos de una pieza o por partes, y en este último caso, si no se logra sacarlo del todo en diversas tentativas, no es raro que el resto salga espontáneamente unas horas más tarde.

Otras técnicas no son aconsejables, por no ser soportadas por los enfermos, especialmente si pertenecen al sexo masculino, y además por la probabilidad de que surjan las complicaciones ya mencionadas.

Así, pues, no son de emplear los diferentes modelos de dilatadores ureterales (JOSEPH, BOEHRINGER, JAHR) que ensanchan el ostium y trozo de uréter que está por debajo del cálculo yuxtapvesical; el método endoscópico de Lichtenstern, consistente en introducir bolitas olivares de metal, de mayor calibre cada vez, hasta llegar a ponerse en contacto con el citado cálculo para perseguir la misma finalidad; el empleo de bujías de calibre progresivo; el uso de catéter de Woodruff o de Garceau o la sonda ureteral desplegable de Gensuville; las bujías tunelizadas de Ylliewitz; el catéter especial de Bumpus o las olivas tunelizadas y de calibre progresivo de Dourmaschkin. Todos estos instrumentos endoscópicos, y aun algunos más que no se mencionan para no alargar demasiado la relación de unos aparatos que de

antemano se consideran como prácticamente inadecuados, se han recomendado para aquellos casos en que no ha sido posible pasar un catéter ureteral corriente por encima del cálculo enclavado en el tercio inferior del uréter.

Ya hemos relatado—e insistimos otra vez por su importancia—que pueden dar origen a hemorragias de este congestionado trayecto, a inflamaciones que, por hinchazón, convierten en completo un cierre ureteral antes incompleto y a agudizaciones de una infección latente que por su carácter pielonefrítico agudo llegan a ser peligrosas cuando tras dichos intentos de dilatación no se logra pasar el catéter que debe dejarse permanente a fin de asegurar el drenaje de la pelvis.

En cuanto a los recursos quirúrgicos, los hay de pequeña y de gran cirugía.

Conocida es la utilidad que puede prestar la anestesia de los esplácnicos e incluso la anestesia paravertebral para facilitar la expulsión de cálculos que, atascados en un uréter de tipo espasmódico, quedan liberados de espasmos y dolores con dichas anestesias.

La intervención quirúrgica más apropiada para los casos asépticos o casi asépticos es la ureterolitotomía extraperitoneal. No obstante, cuando existe una importante infección con graves perjuicios del parénquima renal, mal estado general y anuria o amenaza de anuria, convenía proceder en dos tiempos, recurriendo primero a la colocación de una fistula transrenal a través de la pelvis, generalmente ectasiada, y una vez salvada la situación y repuesto el enfermo, proceder a la ureterolitotomía extraperitoneal, haciendo la incisión del uréter por un segmento cercano al sitio donde radica el cálculo, pero eligiendo un lugar que no haya sido traumatizado por el mismo y por tanto lejos de posibles ulceraciones por decúbito de la mucosa y de la incipiente inflamación esclerosa del trácto ureteral que lo contiene. No estará de más añadir que si la tal inflamación estuviera convertida en una verdadera callosidad que estenosara firmemente el uréter, lo mejor sería proceder a la resección del pequeño trozo calloso para luego implantar el pulido conducto en un sector de la vejiga vecina al de su normal desembocadura.

Dicha operación se efectuará preferentemente por vía inguino-abdominal o por la vía pararectal de Barlett, es decir, siguiendo el borde lateral del músculo recto del abdomen, aun cuando existen cirujanos que prefieren la vía paravesical o traslátero-vesical, entrando por vía hipogástrica después de elegir la incisión en la línea media o con preferencia la incisión de Pfannestiel sin seccionar, posteriormente, el músculo recto, o haciéndolo como aconsejan otros autores en el caso de necesitar un más amplio y relajado campo operatorio.

Existen otras vías quirúrgicas de entrada, de

mayor o menor aceptación, para operar los cálculos ureterales yuxtavesicales.

Actualmente una de las más preferidas es la vía vaginal para las mujeres que ya han tenido hijos y en las que el cálculo es palpable desde la vagina; es una vía menor traumatizante que la abdominal y en la que son raras las fistulas y estenosis ureterales consecutivas.

Una mayor especialización se necesita para emplear la vía parasacra de Goetze, donde el uréter debe ir a buscarse cerca del promontorio, por ser el sitio más superficial en esta vía posterior. Alcanzado en este nivel, se podrá explo-

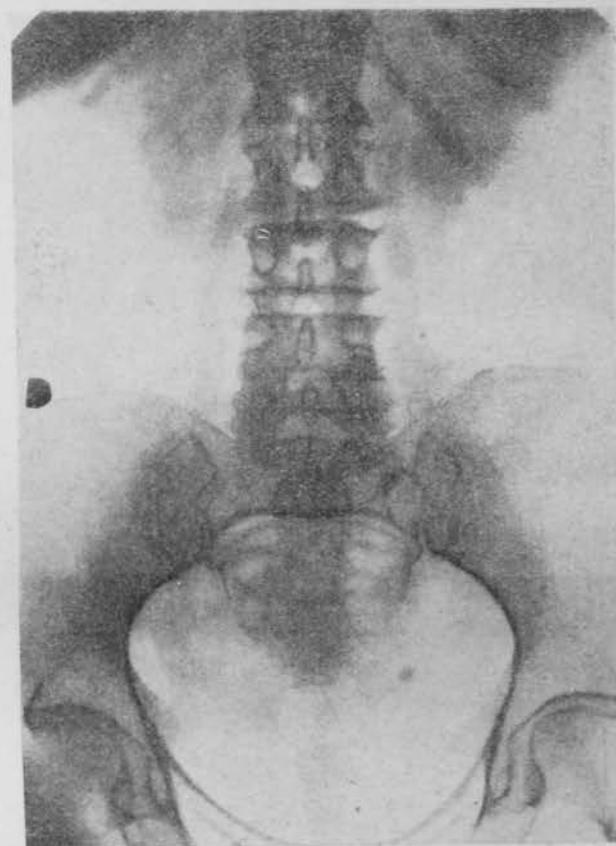


Fig. 1.

rar en una extensión de unos 12 cm., que es la distancia que le separa del óstium o entrada en la vejiga. Fácilmente se comprende las ventajas de este difícil método quirúrgico al dominar de arriba abajo el tercio inferior del conducto (localización preferente de los cálculos enclavados) durante el acto operatorio y al disponer de una excelente vía de drenaje de la región (extraperitoneal y posterior) en el curso postoperatorio.

De menor resonancia es la manera como proceden otros autores por vía hipogástrica y transvesical para atacar y liberar los cálculos intramurales después de desbridar el techo del óstium, que los mantiene atascados. Asimismo se ha aplicado dicha técnica para los yuxtavesicales a fin de conseguir la relajación del uréter y, posteriormente, la expulsión retardada y espontánea del cálculo. La práctica posible de

la electrotomía del meato ureteral por vía endoscópica limita la utilidad de tal actuación quirúrgica.

A título de recuerdo histórico citaremos otras vías de acceso a los referidos cálculos que prácticamente se han abandonado por motivos fáciles de comprender: perineal, transrectal, transperitoneal, isquio-rectal y sacra.

En el caso especial y poco corriente de existir dos cálculos yuxtapvesicales, uno en cada uréter, se aconsejará abordar los dos en el mismo acto operatorio recurriendo a la vía hipogástrica y a la extraperitonización de la vejiga, siguiendo los consejos de Voelcker, con lo cual se

situ" y eliminarse por la vejiga en forma de cristales o arenillas de una manera espontánea o casi espontánea ante la agradable sorpresa del médico.

Como modelo de uno de tales cálculos citaremos el caso de una enferma que operamos de pielolitotomía a fines de 1944 con el objeto de extraer un cálculo de oxalato cálcico que contenía la pelvis espasmodizada de su riñón derecho. Recientemente se presentó de nuevo a la consulta con un cuadro clínico de repetidos y fuertes cólicos nefriticos del lado izquierdo, que en sospecha de ser debidos a otro cálculo fué confirmado por la radiografía simple al localizarlo en el tercio inferior del uréter (fig. 1). La vejiga se presentaba normal a la cistoscopia y no había ni siquiera el aspecto edematoso del

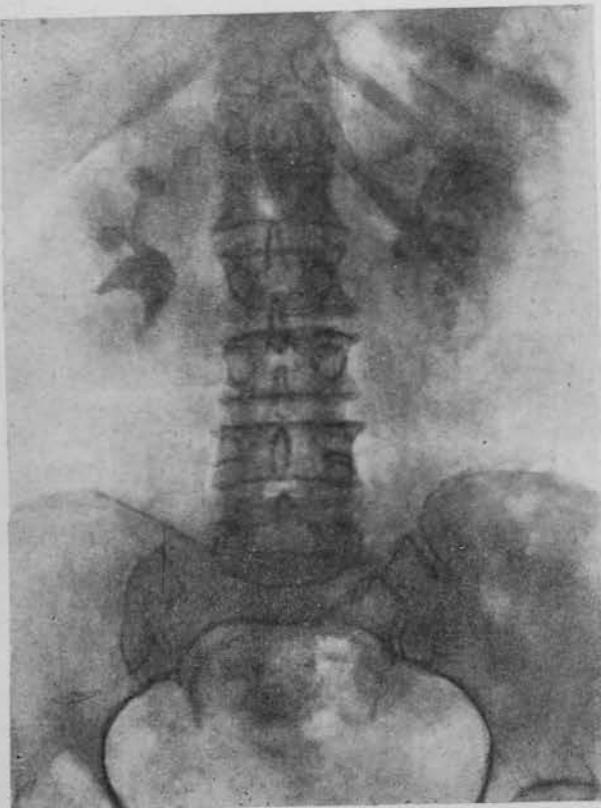


Fig. 2.

conseguirá poner al descubierto ambos tractos ureterales para la ureterolitotomía. Menos recomendable es efectuar la ureterolitotomía del lado más conservado fisiológicamente y después la electrotomía del techo orificial del otro.

Las operaciones dejarán de ser conservadoras para los casos antiguos, infectados y dilatados, en los que el uréter y pelvis renal forman como un saco urino-purulento donde la hipopresión de su contenido ha llegado a atrofiar el parénquima renal hasta convertirlo en una verdadera cáscara. Sólo la nefroureterectomía es posible en procesos tan avanzados y ricos en lesiones secundarias.

Conocidas las diferentes actuaciones a que el operador tiene que recurrir en la mayoría de cálculos latentes del uréter, no estará de más recordar una variedad rara de estos cálculos, que caracterizados por su blandura, friabilidad y falta de cristalización, pueden disgregarse "in

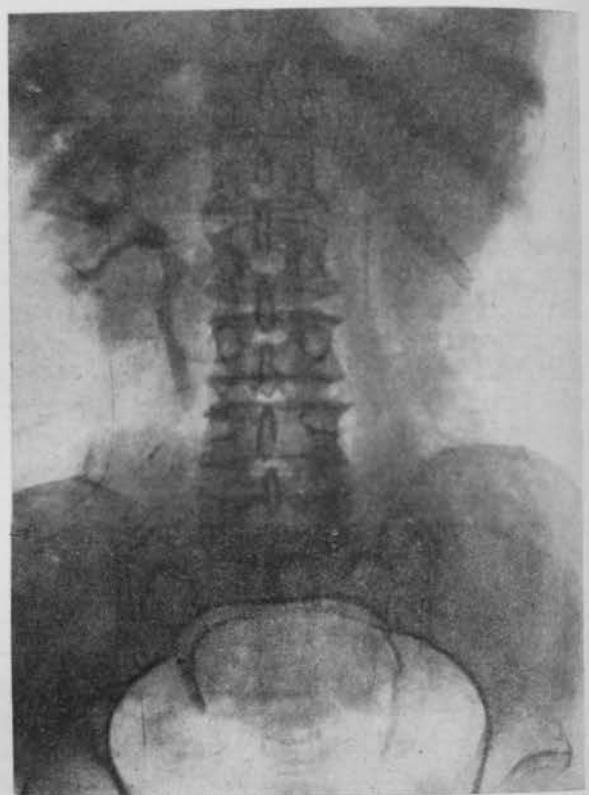


Fig. 3.

óstium correspondiente, tan frecuente en esta clase de enfermos. Fracasaba un intento de cateterismo ureteral izquierdo al no pasar la sonda al poco de ser introducida en el óstium. Establecido un tratamiento médico con glicerina y un espasmolítico, pronto se nos hizo saber que la enferma había experimentado gran mejoría en sus dolores y molestias al eliminar visibles sales calcáreas en la orina recogida en cada micción. Antes del mes quedaba completamente restablecida y la urografía excretoria confirmaba la absoluta eliminación del cálculo en cuestión, así como una perfecta imagen nefropiográfica del riñón operado años antes (fig. 2).

En varios sentidos se manifiesta interesante el caso citado.

Llama primero la atención cómo un cálculo ureteral de lenta migración pueda desintegrarse de una manera espontánea o casi espontánea con un discreto tratamiento conservador, eliminándose no de una sola pieza como acostumbra sino convertido en migajas calcáreas (verdadera cristaluria) que demuestran su friabilidad.

Esta característica física incluye el cálculo observado en el grupo de los fosfáticos (aun careciendo de examen químico), ya que la desintegración no es posible en concrementos de otros grupos.

El antecedente de un cálculo anterior operado del otro riñón en la misma paciente constituye un ejemplo de la frecuencia de la litiasis bilateral en los enfermos y un aviso a favor del tratamiento quirúrgico conservador para los casos que deben operarse cuando no caen en el irremisible capítulo de la cirugía radical. En materia de litiasis unilateral la tendencia debe ser, por tanto, hacia la cirugía conservadora, con miras al futuro y a la gran frecuencia de la bilateralidad de las lesiones, con sus peligrosas complicaciones de anuria, insuficiencia renal, supuración, etc.

La diferente composición química de los cálculos, uno de oxalato cálcico y otro de fosfatos, está a favor del concepto relativo a la

autonomía en la elaboración química de los dos riñones, y aun de un mismo riñón, cuando se encuentran en éste concrementos de distinta naturaleza química. Naturalmente, uno debe referirse sólo a los cálculos primitivos o de organismo que se hallan en tractos urinarios asépticos y de ninguna manera a los secundarios o de órganos, donde el ambiente infeccioso que los rodea ocasiona un desequilibrio coloidal (discoloiduria) con predominio de los coloides lábiles sobre los estables, que facilitan la floculación de los cristaloides alcalinos en plenas vías excretoras.

Por último, y a título de curiosidad solamente, se hace observar, por añadidura, la distinta imagen pielográfica que presenta el riñón de recho con su pelvis bien desplegada después de unos años de su pielolitotomía (fig. 2) y la que presentaba la misma pelvis poco antes de la operación de 1944, en que aparecía espasmodizada sobre el cálculo que contenía (fig. 3).

REVISIONES TERAPEUTICAS

EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS VARICES ESOFÁGICAS CON HEMORRAGIAS

A) *Métodos de urgencia. B) Anastomosis de las venas porta y cava (*)*.

ROBERT R. LINTON, M. D.

Departamento de Cirugía del Hospital General de Massachusetts, Boston, Massachusetts (Estados Unidos).

La hipertensión portal y las varices esofágicas surgen espontáneamente como consecuencia de la dificultad con que tropieza la sangre portal para volver a la red venosa general. El lugar de la obstrucción portal aparece unas veces en el hígado (tipo intrahepático resultante de la cirrosis portal) y otras en la propia vena porta (tipo extrahepático), como puede verse en el llamado síndrome de Banti (cuadro sinóptico I). El impedimento circulatorio aparece en el primer caso como resultado de cicatrices en el parénquima del hígado. Se presenta con la máxima frecuencia en los casos de cirrosis alcohólica e igualmente en otras formas tóxicas de cirrosis, siendo ésta la forma más corriente. La trombosis de las venas hepáticas es la otra causa menos común del tipo intrahepático de obstrucción. El lugar de la obstrucción portal en el tipo extrahepático, puede tener origen en la obliteración congénita de la vena porta o brota como consecuencia de una tromboflebitis de la red venosa portal, cuya etiolo-

gia es unas veces traumática y otras infecciosa o idiopática. En algunos de los casos tratados se encontró la modalidad combinada de los tipos intrahepático y extrahepático. En este grupo de enfer-

CUADRO I TIPOS Y ETIOLOGIA DEL NUCLEO DE OBSTRUCCION PORTAL

(Hospital General de Massachusetts)

I. *Intrahepático.*

- A. Cirrosis portal (tipo Laennec).
 - 1. Con transformación cavernomatosa de la vena porta.
 - 2. Sin transformación cavernomatosa de la vena porta.
- B. Trombosis de las venas hepáticas.

II. *Extrahepático* (síndrome de Banti).

- A. Obliteración congénita de la vena porta con transformación cavernomatosa.
- B. Trombosis adquirida de la vena porta o de sus tributarias.
 - 1. Infecciosa.
 - 2. Traumática.
 - 3. Espontánea.

III. *Tipo combinado.*

Cirrosis portal con trombosis de la vena porta.

(*) Conferencia pronunciada en el VI Curso Médico-Quirúrgico de Patología del Aparato Digestivo, Hospital Provincial de Madrid. Noviembre de 1953.