

EL PROBLEMA DE LA LITIASIS RENAL BILATERAL

por el doctor

V. COMPAÑ

Cirujano de número del Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo

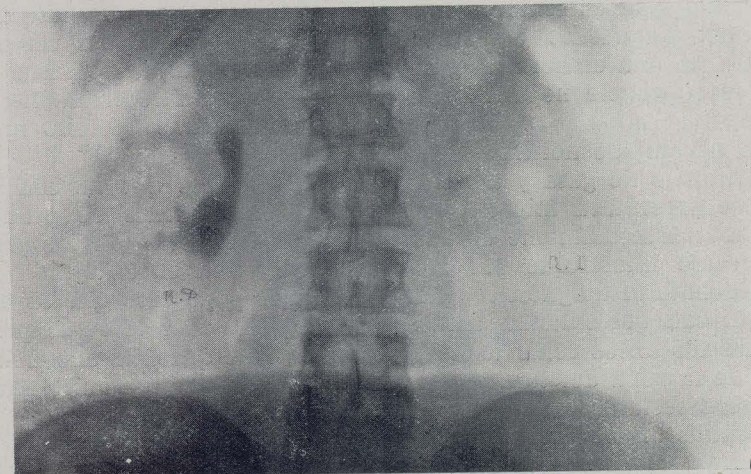
Teniendo en cuenta que la litiasis constituye uno de los grandes capítulos de la patología urinaria, y la renal en particular es de máxima importancia, todo cuanto contribuya al estudio de ella, según la experiencia personal de cada observador, ha de ofrecer utilidad para resolver los problemas que la Clínica nos presenta a menudo con sus múltiples cambiantes.

La litiasis renal y la ureteral bilateral no son rareza clínica. Los autores que menos la han encontrado, la cifran en un 10 por 100 (DZIEMBOUSKI)

nifica calculosis ni tampoco que todo cálculo pielorenal tenga necesariamente como correlativo sintomático el dolor.

Nosotros hemos podido publicar hace años una historia clínica con radiografías y piezas de autopsia de litiasis bilateral acentuadísima, hasta el punto de estar ambos riñones repletos de cálculos sin apenas manifestaciones dolorosas. Y el enfermo moría de uremia al día siguiente de su ingreso en la sala del Hospital donde se admitió de urgencia

Y el hecho se repite muchas veces cuando presu-



Litiasis renal bilateral. Nefrectomía del R. D. Uréterotomía del R. I. Curación
Cisé Dr. Pinos

y los que más, en un 20 por 100 (EISENDRATH) y aun más. Teóricamente cree LEGUEU que la lesión es bilateral siempre (por ser un hecho diatésico) y halla la bilateralidad muy frecuentemente. FEDOROFF, TANKE, ROVING, que han hecho recuentos cuidadosos recientes, hallan un 15 por 100.

Una serie de problemas de orden práctico se plantean ante la litiasis bilateral doble, que traduciendo convencimientos de nuestra experiencia trataremos de plantear y resolver según nuestra modesta opinión.

Diagnóstico: No es nuevo, pero sí muy olvidado a menudo, por razones de orden práctico muchas veces, el concepto de que una exploración radiográfica unilateral es siempre insuficiente.

No tiene valor de eliminación diagnóstica la unilateralidad del dolor, pues bien sabido es que no siempre el dolor de tipo cólico-pieloureteral sig-

nificando la existencia de un cálculo renal o ureteral (sobre todo renal) pero cumpliendo el precepto diagnóstico se exploran radiográficamente ambos lados, se hallan con sorpresa casi siempre, cálculos bilaterales.

Por lo tanto: no basta hallar un cálculo, radiográficamente, en riñón o uréter; es preciso siempre radiografiar todo el aparato urinario. Podría multiplicar los ejemplos, pero tengo la seguridad de que todos recordaréis casos demostrativos de esta afirmación.

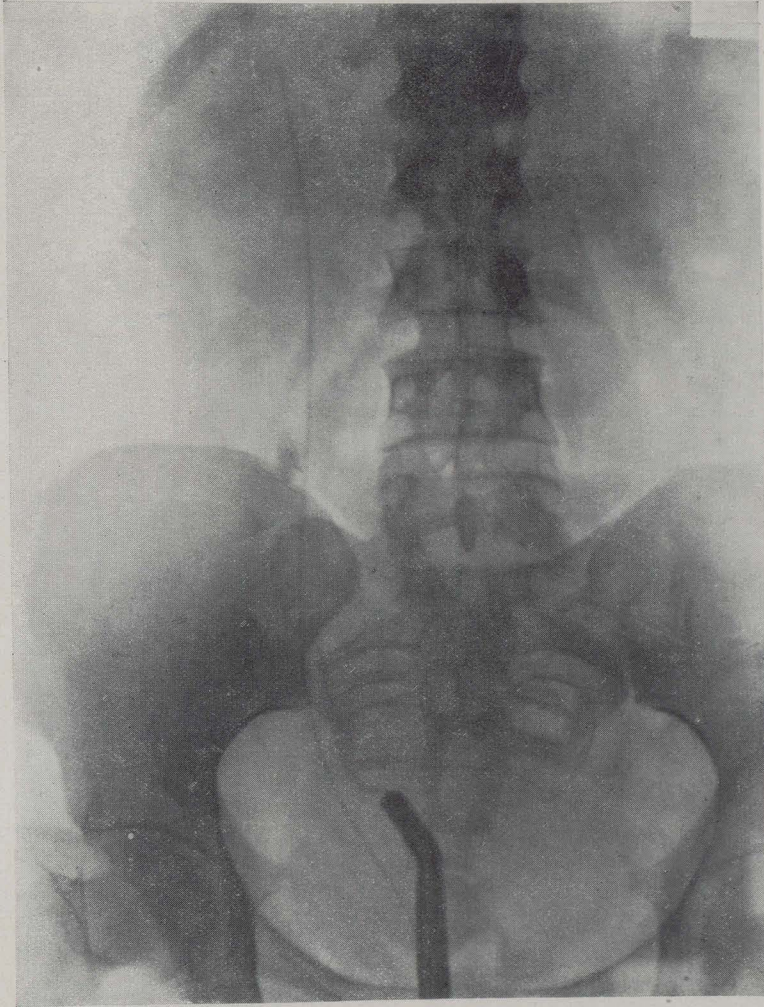
Por lo que respecta a la patología de la calculosis, la bilateralidad plantea también un interesante problema: la cuestión de la tolerancia renal para el cálculo, y por lo tanto, la de la expectación terapéutica.

No hay duda que muchos cálculos, habiendo pasado inadvertidos por haber hecho solamente una

exploración unilateral, no han producido mayores trastornos siendo bien tolerados, de tal modo que comparando los riesgos de su permanencia en el órgano y los de la intervención, tal vez éstos sean mayores que aquéllos. De modo que se demuestra con ello cierta estabilización en el sentido de que un cálculo puede permanecer dejando bastante indeme el riñón si ciertas condiciones de inmovilidad,

pecta al estado general, a la supervivencia, pero no a la inocuidad local. En el caso de no existir trastornos subjetivos acentuados, que hacen desconocer una piuria p. ej. no por eso hay menos peligro de esclerosis lenta del órgano, con perinefritis esclerolipomatosas que trascienden al estado general con trastornos cardio-vasculares, etc.

No cito detalles de historias clínicas que son nu-



Litiasis bilateral. Cálculo ureteral emigrado después de la nefrectomía del otro riñón. Uréterolitomía. Curación. Clisé Departamento Rayos X H. S. Cruz y S. Pablo

y no interrupción del drenaje pieloureteral tienen lugar.

FEDOROFF, los urólogos de la clínica YONG, etc., se muestran conservadores y no creen que diagnóstico y terapéutica quirúrgica deban ser correlativos. Es decir: que el hecho de diagnosticar un cálculo renal bilateral no indica necesariamente intervención si no hay ninguna razón que a ello obligue. Estas razones son los dolores intolerables o persistentes, las hemorragias, la infección.

Nosotros creemos que cuando un cálculo existe en el riñón produce siempre trastornos y no se puede hablar de tolerancia mas que en lo que res-

merosas pero el hecho es absolutamente probado. Actualmente veo un enfermo colega, con cálculos renales a quien he conseguido limpiar su riñón de infección con cateterismo (que no siempre lo consiguen) pero está en evolución una esclerosis renal, con hipertensión, ligera azoemia, etc.

He operado enfermos con cálculos que habían infectado muy poco y a pesar de su evolución casi aséptica (prácticamente la litiasis aséptica no existe) existía perinefritis. (Recientemente uno con siete u ocho años de permanencia del cálculo).

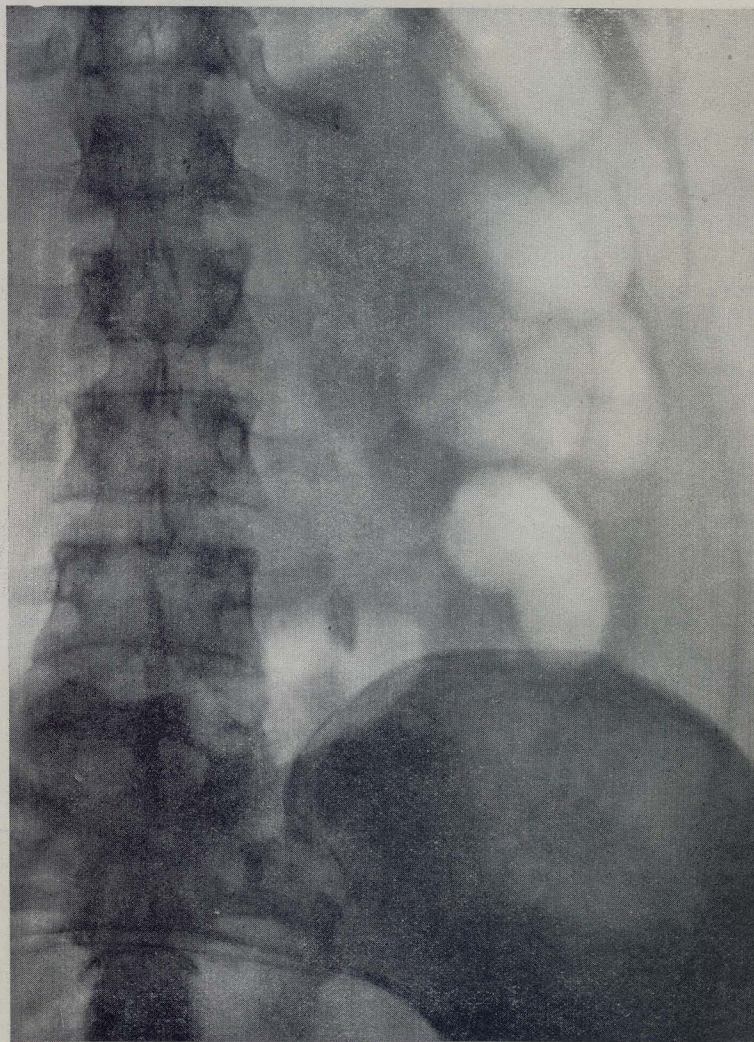
Por lo tanto, no hemos de pensar en la inocuidad del cálculo y en los casos de bilateralidad, en prin-

cipio, debe tenderse a la supresión de los cálculos de ambos riñones aunque las intervenciones sean distanciadas.

Cuando existe infección el problema creo que no tiene discusión. La infección acentuada, será progresiva sobre todo si existen dilataciones pielíticas o caliciformes que crean bolsas uropurulentas conduciendo a la pionefrosis. El caso más serio es el de bilateralidad con lesiones destructivas tales, en

pielonefritis y aconsejamos la intervención por estar ya infectado el riñón y ser cada vez operable en peores condiciones. La enferma fué operada y curada por nuestro compañero.

Una de nuestras enfermas que citamos, fué operada precozmente porque estaba muy infectada y con retención uropiúrica, para evitar mayores lesiones y peores o imposibles condiciones de operabilidad.



Clisé Dr. Pinós

un lado, que exigen la nefrectomía. Debe operarse o ser conservador en el riñón restante?

Un riñón único calculoso representa un grave peligro porque el trastorno infectivo (esclerosante o supurativo) será progresivo la mayoría de las veces, sin defensa posible, puesto que la función está encomendada a él solamente.

La indicación operatoria precoz la creemos fundamentada. Recientemente nos pidió nuestra opinión una enferma nefrectomizada por un joven y distinguido urólogo por una pionefrosis, y portadora de un cálculo en el riñón restante con ligera

Una modalidad evolutiva de ciertos cálculos, que hemos observado, ha sido la emigración ureteral con peligro de obstrucción y anuria en riñón único.

La historia clínica era ésta: Cálculo coraliforme con esclero-pionefrosis y perinefritis en un lado, y cálculo pequeño en el otro. Nefrectomía (cuya pieza os presento). Aplazamiento de la intervención del otro riñón para seis meses después. A los cinco meses cólicos intensos del riñón único y la radiografía demuestra un cálculo en el uréter lumbar, cerca del segmento iliaco. Anuria de 20 horas.

Intento la extracción con la sonda ureteral de

cálculos y no lo consigo volviendo los cólicos y anuria que afortunadamente un cateterismo uretral solventa. *Ureterotomía*, extracción del cálculo; curación por primam. La enferma sigue bien.

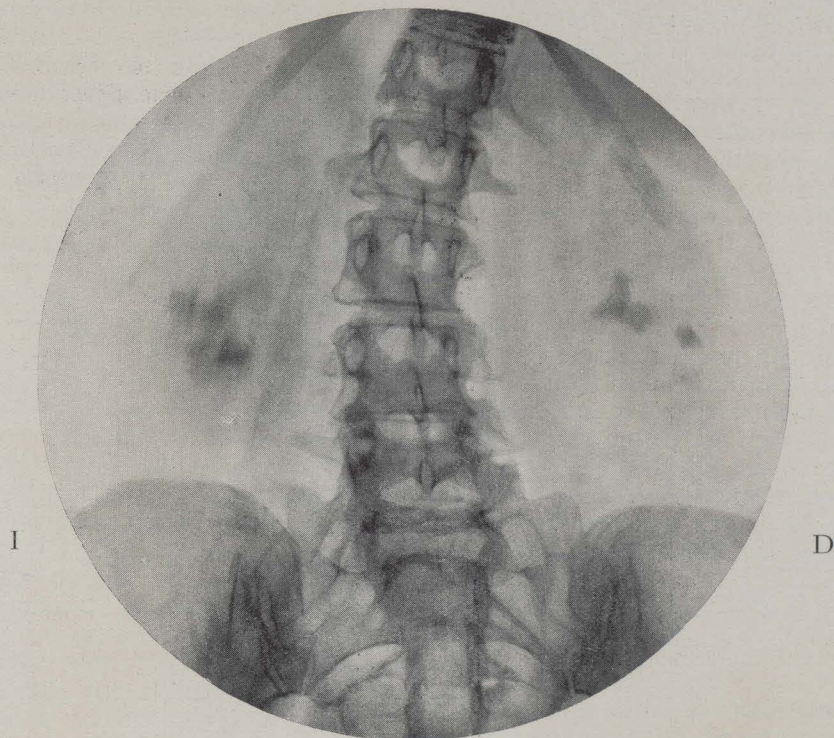
De modo que no se puede fijar una pauta general en las determinaciones a tomar pero hay que vigilar los enfermos muy de cerca y tener en cuenta la no inocuidad absoluta del cálculo.

Momento operatorio. — Esto trae de por la mano a considerar la fijación del momento operatorio del

cálculos de ellos o nefrotomías puntiformes complementarias etc., etc., es mejor y debe hacerse siempre, operar el segundo riñón en otra sesión.

Nuestro criterio es ecléctico en este asunto. En un caso operamos al cabo de seis meses, en otro a los tres meses escasos y éste por cierto más grave que el anterior (siguiendo el criterio de precocidad por ser único e infectado). En otro, aconsejamos operar a cinco meses. Todos ellos fueron bien.

La primera condición es la reposición completa



Litiasis bilateral. Nefrectomía del R. D. por pionefrosis. Pielonefrotomía del R. I. 3 meses después. Curación. Caso de los Dres. Corachán y Compañ. Clisé Dres. Comas y Prió

segundo cálculo en el caso de doble intervención y también la determinación del riñón que primero debe operarse.

También las opiniones están divididas en este respecto. LUCKER RAD aconseja practicarla lo más tardíamente posible. WATSON, mi amigo BOECKEL de Strasburgo, etc., de dos a tres semanas. Papin ocho semanas, MARION lo mismo opera en la misma sesión los dos riñones que separa las intervenciones algunas semanas etc., etc.

Creemos que esta diversidad es explicable porque depende de las particularidades de cada caso y hasta del operador mismo.

Dos cálculos, sencillos, únicos, situados en la pelvis (se puede saber por radiografía y mejor aun por pneumopielografía) que rápidamente pueden ser extraídos por pielotomía, pueden ser operados en la misma sesión. En cambio si la primera operación ha de ser laboriosa, si hay que hacer pielotomía con exploración de cálices y extracción de

del enfermo, después de la primera intervención. La orina debe ser vigilada.

En la enferma en que el cálculo emigró y se produjeron inhibiciones con anuria pasajera, operamos en cuanto éstas aparecieron.

En otra enferma nefrotomizada primero; nefrectomizada después a los cuatro meses (del mismo lado) por fístula reno-lumbar persistente y pionefrosis, operamos en cuanto se repuso de la nefrectomía porque el otro riñón calculoso estaba infectado y temíamos que progresase la infección y se produjesen también lesiones destructivas renales como en el extirpado. Se practicó pielotomía ampliada, y punciones nefrocaliciformes y se extrajeron los cálculos. La enferma curó de la intervención y periódicamente se han practicado lavados pielíticos con sonda ureteral mejorando la infección.

De modo que la operación simultánea debe ser la excepción si se tiene en cuenta que pocas veces se da el caso sencillo que señalábamos. Casi siempre

un lado está más lesionado o hay más cálculos y muchas veces hay que nefrectomizar uno de los dos riñones afectos. La recidivas son frecuentes.

La estadística de FEDOROFF en cuanto a recidivas calculosas es elevada, lo mismo que la de PAPIN, según DZIEMBOUSKI. La mortalidad post-operatoria, sobre todo si hay que nefrectomizar, también lo es. El mismo FEDOROFF que ha practicado 55 operaciones en 33 enfermos, ha tenido 33 por 100 de mortalidad. Nosotros en cuatro enfermos seguidos no hemos tenido mortalidad.

Lado que debe operarse primero: DZIEMBOUSKI, en una reciente comunicación a la Sociedad de cirujanos de París, cree que debe intervenir en primer lugar sobre el lado menos lesionado, y no intervenir primero en el más atacado sino cuando constituye un peligro inmediato que haga necesaria una nefrectomía o una nefrostomía.

No participamos de esta opinión más que en el segundo extremo.

No hay duda que cuando un riñón tiene lesiones de tal monta que presumamos la necesidad de una nefrectomía como en nuestro primer caso en que la pielografía nos demostró una pionefrosis y el cálculo era muy grueso, lo lógico es operar para suprimir las lesiones más peligrosas, sobre todo teniendo en cuenta que el otro riñón estaba, en nuestro caso, con escasas lesiones, un cálculo pequeño y una excelente capacidad funcional. Sería ilógico y un seguro de fracaso seguir la conducta inversa. Pero cuando aparentemente las lesiones son parecidas,

siempre es mejor comenzar por el más lesionado; que siendo el que ha de sufrir el traumatismo, se inferiorizará funcionalmente y el otro riñón siendo mejor ayudará a soportar la evolución post-operatoria en mejores condiciones. Cuando son parecidos los cálculos y las capacidades funcionales, será mejor comenzar por el que dé más síntomas, sobre todo dolorosos o infectivos. Si simultáneamente existe un cálculo ureteral, debe primero extraerse éste por los peligros de fistulas y anurias reflejos que traería consigo.

Sólo hemos querido dar una ligera nota acerca del problema clínico, sin tener la pretensión de profundizarlo, porque lo creemos muy importante y lo juzgamos un serio problema de la cirugía Urológica.

RÉSUMÉ

La lithiase rénale bilaterale ne constitue pas une rareté clinique, vu que dans les statistiques de différents auteurs on la trouve dans une proportion de 12 ou 22 pour cent. A propos de quelques cas personnels l'Auteur discute et répond le problème d'ordre pratique et confirme l'existence de la lithiase rénale bilatérale.

SUMMARY

The bilateral renal lithiasis is not, of course, a clinical rarity, for in the statistics of several authors it is mentioned in a proportion of 10 to 20 per hundred. Referring to some personal cases, the Author resolves the problems of practical order and confirms the existence of the bilateral renal lithiasis.