

BLOQUEO URETERAL AGUDO (B. U. A.)

Sintomatología

Dr. HECTOR SCHENONE

El bloqueo ureteral agudo (B. U. A.) puede traducirse clínicamente por diferentes formas cuyos matices vamos a analizar.

Hemos agrupado los casos estudiados en cinco grupos en los cuales la característica clínica más importante es el motivo de la clasificación.

Tenemos así:

- 1º) Formas silenciosas.
- 2º) Formas dolorosas.
- 3º) Formas infecciosas.
- 4º) Formasoligoanúricas.
- 5º) Formas asociadas.

1º) Nos referiremos brevemente a la *forma silenciosa*. Corresponde este tipo a la ligadura accidental quirúrgica unilateral del uréter.

La sintomatología dolorosa si existe pasa desapercibida en el complejo doloroso postoperatorio. Con la atenuación del mismo desaparecen las molestias de la esfera lumbar si existieron.

La evolución posterior será silenciosa y meses o años después podrá verse una atrofia renal, o lo que es más frecuente, una hidronefrosis cuya evolución clínica se ha hecho silenciosa e inaparente; de ahí el nombre que le asignamos.

2º) *Formas dolorosas*.—La forma habitual del cierre ureteral es la dolorosa a forma de cólico nefrítico prolongado, rebelde a la medicación calmante habitual, que persiste como estado de mal doloroso. Al dolor del sufrimiento renoureteral tipo cólico con sus exacerbaciones y sus períodos de acalmia, se agrega en

el bloqueo el dolor estrictamente localizado, correspondiente al punto de enclavamiento del cálculo cuando, como lo es en la gran mayoría de los casos, el causante del bloqueo. Este dolor localizado es referido por los enfermos de acuerdo a la distribución metamérica del dolor en la pared abdominal anterior. Así, los enclavamientos pieloureterales son referidos como dolores intensísimos de hipocondrio derecho o izquierdo.

Los del uréter lumbar a flanco o fosas ilíacas; los del uréter pelviano a dolor suprapúbico o retropúbico.

El dolor que por la intensidad puede simular un cuadro perforativo se acompaña de defensa generalizada del hemiventre o localizada a la zona dolorosa y sin diferencias apreciables con otros tipos de defensa de causa peritoneal.

Este tipo de dolor ha llevado a diagnósticos erróneos y a intervenciones intraperitoneales con resultados negativos.

Tenemos en los casos de esta serie dos enfermos intervenidos con diagnóstico de peritonitis probablemente de origen vesicular en un caso y apendicitis en otro.

Cuando el B. U. A. es alto o medio y a izquierda, la repercusión digestiva alta con vómitos profusos y baja, con balonamiento por íleo reflejo, ha llevado por errónea interpretación del dolor a diagnóstico de cuadro de íleo.

En los bloqueos ureterales pelvianos hemos visto en dos casos la retención completa de orina acompañando al cuadro doloroso en sujetos jóvenes y sin problemas de obstrucción urinaria baja, por lo que puede invocarse el mecanismo reflejo como causa de la retención.

3º) *Formas infecciosas.*— Están en relación con pielonefritis obstructiva. Al cuadro doloroso en relación con el cierre ureteral aparecen signos y síntomas de cuadro infeccioso. La infección de las cavidades en retención aguda trae aparejada los reflujos pielovenoso, canalicular y linfáticos; el pasaje a la sangre de microbios, y como consecuencia los chuchos de la fiebre urinaria y en las formas persistentes el estado septicémico a punto de partida renocavitario.

Otro tipo de cuadro clínico que nos ha sido dado observar es el de una perinefritis a instalación rápida, siguiendo a un cuadro doloroso más o menos típico de bloqueo acompañado de cuadro infeccioso serio.

Puede verse en las enclavamientos pieloureterales y existen dentro del cuadro descrito por Surraco como roturas espontáneas de bacinete; o como consecuencia de un cierre a cualquier altura, que provocando el reflejo pielocanicular ha dado abscesos corticales múltiples con infección perirrenal.

4º) *Formas oligoanúricas.*— Son las más graves y las que plantean problemas terapéuticos más urgentes de B. U. A. bilaterales en formas sucesivas o unilaterales con riñón controlateral alterado previamente al cuadro.

Es frecuente ver estos casos al segundo o tercer día de su evolución, cuando todavía no se han instalado signos clínicos o humorales de retención nitrogenada. Después de este plazo aparecen generalmente las manifestaciones urémicas, sobre todo de la esfera digestiva, estado saburral, náuseas, anorexia, etc., y las nerviosas con ansiedad, desasosiego, etc. Estas formas pueden asociarse a cuadros infecciosos serios de tipo septicémico en cuyo caso los pacientes se tornan sumamente frágiles y hacen difícil la conducta terapéutica.

Es de destacar sobre todo, la intolerancia de este tipo de pacientes a los riesgos anestésicos, sobre todo general o raquídea.

5º) *Formas combinadas sucesivas o intermitentes.*— La asociación más frecuente es la dolorosa más cuadro infeccioso, debutando con el dolor o apareciendo después.

También hemos visto las formas dolorosas complicarse de oligoanuria en su evolución.

Una forma interesante, de la cual les voy a mostrar radiografías, es el B. U. A. intermitente, en válvula por cálculos que se enclavan y se desenclavan espontáneamente, estando la sintomatología dolorosa en relación con el cierre ureteral.

Haciendo ahora un resumen de los casos estudiados, vemos que la sintomatología fue como sigue:

- formas dolorosas,
- formas infecciosas,
- formas oligoanúricas,
- formas asociadas:
 - dolor más infección,
 - dolor más oligoanuria.

Evolución.— Del punto de vista evolutivo los B. U. A. pueden separarse en dos grupos:

- 1º) *Reversibles*: espontáneamente, pero susceptibles de volver a producirse.
- 2º) *Definitivos*: en los cuales la obstrucción tiene tales caracteres de fijeza que solamente el tratamiento instrumental o quirúrgico puede resolverlo