

BLOQUEO URETERAL AGUDO

Tratamiento

Dr. J. LOCKHART

El urólogo debe hacer un cuidadoso balance frente a las diversas circunstancias que rodean el síndrome del B. U. A.

En principio debe tratar el obstáculo que interfiere el libre funcionamiento canalicular pero ese criterio puede resultar demasiado simplista frente a los elementos que intrinchan el cuadro clínico y que ya se ha analizado en la fisiopatología y en el estudio de los síntomas.

En un primer momento la conducta será el empleo de los diversos *espasmolíticos*: nitrito de amilo, eficaz cuando existe el espasmo puro, depropánex, papaverina, novocaína intravenosa, bloqueo del simpático lumbar, etc. Muchos B. U. A. ceden con el tratamiento médico aunque existe la posibilidad de la reaparición del cuadro si el obstáculo persiste. Cuando perdura el síndrome clínico en sus formas dolorosas sin repercusión infecciosa y sin mayores alteraciones humorales o si se constituye la oligoanuria se debe recurrir al *cateterismo ureteral* del lado bloqueado y el resultado puede ser espectacular: puede igualmente recurrirse al uso de espasmolíticos locales por la sonda al mismo tiempo que se emplean por las otras vías.

Puede suceder que el cateterismo fracase por diversos motivos y en ese caso la expectativa no puede prolongarse sea porque el sufrimiento es muy intenso o bien por lo que es fundamental en cuanto a las consecuencias que el régimen de hipertensión endourinaria y la injuria distensiva aguda traen consigo sobre el parénquima noble.

Es indispensable plantear la desgravitación de ese aparato urinario cuando los fenómenos a nivel del nefrón o del intersticio son todavía reversibles y cuando no se han establecido los mecanismos de reabsorción con todas sus consecuencias.

Lo mismo sucede si el síndrome oligoanúrico se hace progresivo y con mayor razón si se establece el cuadro infeccioso, con los chuchos de frío tan característicos y si se constituye finalmente el cuadro humoral de retención nitrogenada con acidosis, etc.

La desgravitación puede observarse en muchos casos en que la causa del bloqueo está bien establecida y sobre todo bien localizada, actuando directamente sobre ella, extrayendo el cuerpo extraño, cálculo, etc., por *ureterotomía*.

Algunas veces, sin embargo, ese diagnóstico no es tan exacto y por otra parte no se puede correr el riesgo de una búsqueda que hace perder horas fundamentales para el porvenir del enfermo.

Tal cosa sucede cuando la anuria lleva más de 3 ó 4 días o cuando la uremia progresa rápidamente. Pero existe una circunstancia que hay que definirla bien: cuando instalado el cuadro infeccioso se sospecha la participación parenquimatosa con posibles abscesos corticales y aun con perinefritis. En estos casos sobre todo está indicada la *pielostomía* como primera etapa a veces salvadora en el curso de un B. U. A.

Luego de ella se observan mejorías extraordinarias y a veces una vez desgravitado el aparato urinario ceden las circunstancias que rodean o complican el B. U. A. y sus etapas irán desde los espasmolíticos, pasando por el cateterismo ureteral y recurriendo a la intervención quirúrgica, extirpación del obstáculo o pielostomía de derivación en un primer tiempo, sobre todo en los casos graves, infectados, con oligoanuria y con repercusión humoral importante.