

OCCLUSION Y OBSTRUCCION URINARIA

Dr. R. DE SURRA CANARD

Sr. Profesor Dr. Pereira: Muchas gracias por conferirme el honor de compartir la coordinación del tema a tratarse hoy.

Mi presencia entre vosotros obedece a dos motivos: en primer lugar porque me unen a mis amigos lazos de afecto y simpatía, y es un placer aprovechar cualquier excusa para saludarles. En segundo término, porque le prometí al Dr. Lockhart repetir aquí lo que dijera en una conferencia para médicos y cirujanos en la ciudad de Tucumán, hace seis años, en relación a la "obstrucción ureteral aguda". Voy a leer el texto original de esa conferencia:

"Para poder comprender el tema de la clase de hoy, es necesario volver atrás unos años y seguir el criterio que se ha tenido en la división y nomenclatura de ciertas entidades clínicas urológicas. Así nosotros aprendimos en los tratados clásicos de la escuela francesa la existencia de enfermedades que eran designadas por los caracteres anatómicos adquiridos. Así, a la gran distensión de la pelvis renal se le llamaba hidrofrenosis y se le descubría cuando su volumen permitía reconocerla por manobras palpatorias. Con el advenimiento de la pielografía de relleno y más todavía, con la pielografía excretora, fueron puestos de manifiesto estados de dilatación de menor magnitud y las etapas iniciales de una distensión que se iniciaba. Von Lichtenberg interpreta esas pequeñas dilataciones del bacinete, no como hechos definitivos, sino como la resultancia de una pereza en la evacuación y por la similitud con el retardo evacuatorio colónico, designa esta condición como un estado de "constipación renal". La escuela norteamericana crea un capítulo importante en sus tratados de urología con el título de "Uropatías obstructivas"

en el que comprende todas aquellas alteraciones que surgen como consecuencia de un impedimento a la libre excreción de la orina. *Es decir, que al concepto de antaño de órgano vencido o destruído como expresión final de una causa que ha actuado se sustituyó el concepto de órgano perturbado en su actividad por una causa que está actuando.*

”Esbozada la noción de obstrucción de la vía urinaria como factor que engendra ectasis, es fácil comprender lo que he dado en llamar “uropatías oclusivas”. Y al decir “he dado en llamar” quiero explicar que en el afán de facilitar la comprensión de ciertas condiciones agudas de la patología urinaria, he ido progresivamente analogando los bloqueos urinarios con otras situaciones similares en otros órganos conocidos como fenómenos oclusivos. No me he ocupado de verificar si estas ideas han sido expresadas por otros autores porque toda ocurrencia interpretativa o creadora tiene siempre un predecesor pero es la primera vez que la exteriorizo oficialmente, podría decir que os ofrezco la primicia.

”Si se recorren los tratados de patología externa, no encontramos un capítulo que se ocupe del tema en su conjunto. Veremos por cierto, descripto el cuadro clínico de la oclusión intestinal. En los tratados de urología los acontecimientos que se suceden cuando se desarrolla un episodio oclusivo de un segmento del aparato urinario son descriptos desmenuzando los síntomas que traducen la consecuencia inmediata del bloqueo o subrayando el síntoma dominante. La consecuencia inmediata es que la acción terapéutica dirigida contra el fenómeno dominante, deja en la penumbra la esencia de lo que acontece. He tomado como ejemplo comparativo dos sistemas, el digestivo y el urinario, cuya disposición anatomofuncional es la de ser órganos tubulares. Los acontecimientos oclusivos desde el punto de vista de la intimidad del fenómeno son superponibles pero la magnitud de sus consecuencias es bien diferente. En el aparato digestivo, el bloqueo es de tal trascendencia que exige se investigue clínicamente su existencia, se verifique su causa etiológica y se restablezca de inmediato su circulación antes que pensar en hacer puramente medicación sintomática. En cambio, en urología, el tratamiento sintomático es suficiente por originar la oclusión

perturbaciones de menor gravedad que autorizan a postergar el diagnóstico etiológico. Ello sin embargo, no es razón para que el médico olvide la realidad de lo que acontece.

”Recuerdo que Chutro, en clase, explicaba la diferencia que existía entre obstrucción y oclusión, refiriéndose al aparato digestivo, era que en lo primero había impedimento para la circulación de sólidos y líquidos y que en lo segundo, se agregaba la imposibilidad de circulación de los gases. El diccionario dice que oclusión viene etimológicamente del latín “occludere” que significa cierre total y referido a la luz de una tubería implica el impedimento absoluto del tránsito de líquidos por su interior.

”Dije hace un momento que el aparato urinario es en esencia, un sistema tubular desde el glomérulo hasta el meato de la uretra, pero un sistema tubular complejo en relación a cada una de las funciones de sus distintos segmentos. Por ello, la anatomía, la fisiología, la patología, lo dividen en segmentos que convienen según sea la finalidad didáctica. En relación a la patología oclusiva urinaria, se debe dividir al sistema en tres segmentos: el parénquima, la vía excretora superior que comprende la unidad calicielouretérica y la vía excretora inferior que comprende desde el cuello de la vejiga hasta el meato de la uretra.

”La expresión clínica de los fenómenos oclusivos se exterioriza bajo tres modalidades muy diferentes. A nivel del parénquima por una anuria; a nivel de la vía excretora superior por una crisis dolorosa; y a nivel de la vía excretora inferior por la imposibilidad de evacuar la orina, es decir por una retención completa. En síntesis, pertenecen a las uropatías oclusivas tres cuadros clínicos: la anuria por bloqueo tubular, el cólico nefrítico y la retención de orina.

”La anuria por bloqueo del sistema tubular del parénquima es una entidad que ha ingresado en la patología a partir del empleo corriente de algunos derivados sulfamídicos, de aquellos derivados creados para buscar con ello mayor acción terapéutica y mayor tolerancia clínica, como los tiazoles, las piridinas, las merazinas, la diazina y que pueden precipitar bajo forma de cristales que llenan la totalidad del tubo renal, de todos los tubos y de ambos riñones. Nosotros, los urólogos estamos quizás más vinculados a este tipo de anuria porque somos los llamados

para solucionar la situación y, en cambio, somos quienes vemos el cuadro con menos frecuencia en enfermos que nosotros medicamos.

”El bloqueo u oclusión de la vía excretora calipielouretérica se manifiesta en la clínica por una crisis dolorosa, el cólico nefrítico que todos conocemos. Su síntoma dominante, el dolor, ha hecho que se lo estudie en los tratados clásicos entre las manifestaciones dolorosas. Es evidente que el sufrimiento del paciente, siendo el hecho dominante dentro de su condición clínica, exige de inmediato una acción terapéutica que lo calme, lo neutralice o lo haga desaparecer.

”La clínica ofrece cólicos nefríticos solitarios que se instalan caprichosamente, que calman con medicación opiácea, y que no repiten sino esporádicamente al tiempo, pero también ofrece, y con mucha frecuencia, episodios subintrantes en los cuales la calma del dolor es transitoria y tampoco absoluta y que se reintensifica a poco de haber pasado la acción medicamentosa. En esas condiciones, si se tiene presente que la realidad es más un bloqueo que un dolor, en vez de prolongar la penuria del paciente buscando en las dosis masivas o en la asociación medicamentosa la curación, se irá a restablecer el tránsito de la vía urinaria con un cateterismo feliz. Señalo este criterio terapéutico porque el urólogo es habitualmente resistido por los enfermos y por los clínicos cuando propone un sondaje del riñón.

”No es la oportunidad de pasar en revista todas las afecciones urológicas que pueden exteriorizarse por un cólico nefrítico pero sí es necesario recordar dos series de hechos que justifican se interprete a esta manifestación de dolor como un bloqueo y, en ese sentido, como una condición aguda.

”A nivel del sitio de la oclusión la causa etiológica primitiva no origina de por sí un cierre absoluto de la vía excretora, factores agregados de diversa índole transforman el fenómeno obstructivo en fenómeno oclusivo. Y por encima del sitio del bloqueo sobreviene una distensión y presión retrógrada aguda.

”Así, en las obstrucciones extrínsecas por bridas o acodaduras, el aumento brusco de la tensión de la orina supraestructural obedece a factores que se agregan circunstancialmente (hiperquinesia, edema de la mucosa, etc.); en la litiasis o cuerpos extraños, la hipertensión es la consecuencia del edema traumático

de la mucosa y de la hiperquinesia expulsiva que el cuerpo extraño solicita. En los trastornos funcionales la hipertonia es el fruto ya sea del aumento de la intensidad de cada sístole excretora con hipertonia persistente del período diastólico, ya sea, por aumento del número de contracciones peristálticas en la unidad de tiempo.

La radiología, durante el episodio agudo y más aún en los episodios agudos persistentes, subintrantes, muestra la perturbación funcional del parénquima. El cateterismo que logra salvar el obstáculo revela la retención de orina y su tensión y la poliuria que sigue el restablecimiento de la conductibilidad de la vía excretora ofrece la idea de un dique que abre sus compuertas, no siendo este acontecimiento producido únicamente por la sola evacuación de la orina retenida. Se debe recordar además, que la hipertensión brusca de la orina dentro de la vía excretora puede dar origen a su extravasado en determinadas circunstancias. En efecto, al realizar pielografías de relleno cuando se imprime al émbolo de la jeringa una presión desmedida, se provoca a la par que un dolor agudo de cólico, un reflujo o extravasado del líquido de contraste que puede adoptar el tipo pielocanalicular-pielointersticial o el pielovenoso y si existe un estado séptico de la vía urinaria ocluída la clínica verifica que el cólico nefrítico es acompañado de un estado febril.

”En síntesis, interpretado así el fenómeno doloroso, se debe tener en cuenta que el paciente es un ocluído, que esa oclusión hace daño a la vía excretora del lado comprometido y que puede instalarse una anuria secretoria del lado opuesto, con lo cual la terapéutica debe tener como objetivo principal restablecer el libre tránsito de la orina en la brevedad posible.

”Y nos queda para terminar, referirnos a la retención de orina como expresión de oclusión del segmento inferior del aparato urinario. Su sintomatología y su terapéutica son demasiado conocidas para insistir sobre ellos y sólo me he de detener sobre su etiopatogenia de una manera esquemática.”

En resumen: se debe enfocar la patología urológica aguda por oclusión uretérica, no a través del signo dominante de su exteriorización clínica, sino en base a la realidad del acontecimiento fisiopatológico. De esa manera se dejará establecido de una manera categórica que la oclusión de toda vía excretora uri-

naria, engendra un daño al parénquima y al sistema, de una magnitud variable que impone como conducta la liberación del bloqueo.

En 1952, estando en Los Angeles, presencié una intervención de carácter urgente, ejecutada por el Dr. Belt por un cálculo impactado esa tarde en el uréter lumbar, cálculo no viable por sus dimensiones.

DISCUSION

Dr. R. DE SERRA CANARD.—Quiero felicitar al Dr. Lorenzo por su exhaustivo y bien documentado relato y a los colegas por las interesantes contribuciones.

Descaría me permitieran una observación dirigida a lo que se ha llamado hoy "reflujos". Entiendo que reflujo, para el caso que nos ocupa, es el retorno, en sentido contrario, de un líquido, que fluye dentro de una tubería, normalmente, en un determinado sentido.

Por consiguiente el término reflujo corresponde únicamente al retorno aguas arriba de la orina en la vía canalicular: reflujo canalicular. En cambio, cuando la orina se vierte en el sistema venoso, arterial, linfático, o en los espacios intersticiales o subcapsular, se debe hablar de "extravasados". Tiene importancia porque si bien el reflujo puede tener una significación patológica relativa, en cambio el "extravasado" implica siempre un desgarro, rotura y daño manifiesto.