

URETER RETRO-ILIACO (*)

A. PUIGVERT

Académico Numerario

En 1960, por vez primera, se cita en la literatura el nombre de «Retro-iliac uréter» por Corbus, Estrem y Hunt al publicar una observación que se puede considerar inédita de un paciente con supuesta «obstrucción *no* calculosa del uréter der. inferior» que en el acto operatorio descubrieron que la obstrucción era extrínseca por la compresión de los vasos ilíacos, situados por delante del uréter. En esta publicación figura la imagen pielográfica antes y después de la corrección operatoria sin destacar la semiología urográfica de esta anomalía.

Posteriormente, en 1969, Roger L. Mehl, ha publicado una observación similar de un monorroño en el cual, en el acto operatorio, constató el tránsito del uréter izquierdo por entre la arteria y venas ilíacas. En esta ocasión al igual que los autores antes citados, Mehl, corrigió la anomalía mediante la sección del uréter en su parte lumbar dilatada y tras la reposición del extremo caudal, pro-

cedió a la anastomosis término-terminal del uréter.

Otros autores, L. F. Greene, J. T. Priestley, S. Simon y R. H. Hempsstead y W. Dreyfuss, han observado el cruce anterior del uréter por venas anómalas, las cuales comprimirían extrínsecamente el conducto alterando su permeabilidad con la consiguiente respuesta anatomo-clínica pielorenal. En los casos reseñados por Greene y cols., eran venas pelvianas dependientes de las venas vesicales izquierdas. En el caso de W. Dreyfuss, se trataba de una pequeña vena perforante del músculo psoas der. que desaguaba en la vena cava, cruzando al uréter por delante, con la consiguiente obstrucción incompleta; tras la sección de la vena cesó la obstrucción. Esta anomalía venosa no es infrecuente y he tenido ocasión de observarla sin influir sobre el conducto ureteral.

Wabrosch al revisar su experiencia acerca el uréter retrocavo (1964), incluye un caso de uréter retro-ilíaco

(*) Comunicación a la Real Academia de Medicina de Barcelona. 13-I-70.

derecho, que descubrió al extirpar el riñón hidronefrótico. La imagen urográfica de este caso al igual que el pielograma de la publicación de Corbus, Estrem y Hunt el uréter sacro-ilíaco muestra la deformidad que la transposición vascular imprime al uréter y que no fue interpretada pre-operatoriamente.

Amar y Hunt en el tomo de Malformaciones de la «Enciclopedia de Urología», a continuación del uréter retro-cavo dedican una corta referencia al uréter retro-ilíaco resumiendo la observación de Corbus y colaboradores antes citada, siendo la única referencia de esta anomalía en un tratado general de urología.

Las anómalas relaciones entre el conducto ureteral y los vasos retro-peritoneales, en especial la vena cava, deben ser tenidas en cuenta como factor obstructivo del uréter al no descubrir cálculo, ni tumor, ni estenosis, por ser éstos los factores más frecuentes. Pero además del uréter retrocavo, cuya semiología urográfica es conocida con mayor rareza, puede observarse el cruce del uréter por detrás de la vena y arteria ilíaca primitiva e incluso de la hipogástrica, que a igual que el uréter retro-cavo provoca trastornos funcionales ureterales que repercuten en la morfología del conducto y del riñón.

La transposición retro-ilíaca del uréter presenta una semiología urográfica cuyas características facilitan la sospecha clínica y de ésta la

decisión terapéutica que al igual que el uréter retrocavo, estará su-peditada a la repercusión pielo-renal que tal anómala disposición pueda provocar.

En las observaciones recogidas en el Instituto de Urología de uréter retro-ilíaco, la semiología clínica fue anodina pero no la urografía cuya interpretación fue esclarecida operatoriamente en dos casos, y ha permitido sospechar esta transposición en casos semejantes.

Clínicamente, se trata de una malposición de efectos obstructivos a nivel del uréter lumbar inferior o más exactamente en la porción sacro-ilíaca del conducto, queda aprisionado entre los vasos ilíacos y el plano óseo pelviano. La dificultad en la evacuación ureteral que esta situación puede provocar, repercute en el riñón, pero semiología clínica es la genérica de cuantas lesiones interrumpen lenta o intermitentemente la evacuación ureteral.

En ciertos casos tal transposición ureteral puede provocar grave alteración en el riñón, como lo demuestra la observación de Wabrosch, que justificó la nefrectomía y en una de los que aquí figuran que había sido aconsejada la extirpación renal. Pero en ésta, la afectación, la conservación del riñón debe ser la meta dada la buena tolerancia pielo-renal a la obstrucción intermitente. Los fenómenos dolorosos renales, raros en esta malposición, la infección, piuria, microhematuria, etc., no tie-

nen caracteres indicativos; las últimas agravan el pronóstico de la malformación y obligan a su corrección, con lo cual al cesar la infección, el riñón será conservado si sus condiciones funcionales lo permiten.

La semiología urográfica puede esclarecer el factor obstructivo, al mostrar en la imagen ureteral el lugar de la obstrucción y de ello establecer el diagnóstico etiológico de especial interés, dado que en muchos de estos casos el tratamiento operatorio no está obligado. Serán las complicaciones desencadenadas y sostenidas por la malformación las que justificarán la intervención. Las alteraciones morfológicas (dilatación urétero-piélica), sin afectación renal no justifican de por sí la intervención quirúrgica correctora de la anómala situación del uréter.

La etiopatogenia del uréter retro-ilíaco está en el enigma de la embriogénesis; qué decir tiene cuanto más inexplicable es la presencia de vasos anómalos a nivel lumbar o pelviano que cruzan y comprimen el uréter cuya razón está en problemas genéticos. Estas alteraciones embriogénicas son de difícil explicación y acaso alguna se justifique con la genética del uréter retro-cavo. Sólo quiero destacar que la transposición retro-ilíaca ha sido observada de preferencia con el uréter derecho a semejanza que el uréter retro-cavo.

Mi experiencia en esta anomalía se fundamenta en: dos descubrimientos operatoriamente, en otra

que la radiografía simultánea vículo-ureteral estableció este diagnóstico y en los 2 restantes que la semiología radiográfica comparativa con las anteriores observaciones, facilitó el diagnóstico clínico de esta rara anomalía. El resumen de esta casuística es el siguiente:

En abril de 1957, atendí un paciente de 33 años, cuya historia clínica se resumía a crisis dolorosas abdominales de predominio derecho, de irregular aparición con irradiación lumbo-sacra, que cedían con espasmolíticos y eran acompañadas de estreñimiento que alternaban con despeños diarreicos; todo ello con pérdida de peso que fue atribuido al síndrome doloroso y funcional intestinal. Ante la negatividad de la exploración digestiva, le practicaron una pielografía derecha que descubrió gran ureterohidronefrosis a partir del uréter sacro-ilíaco, por lo cual fue propuesta la extirpación del riñón que se consideró inoperante y a cuya patología morfológica fue atribuido el dolor abdominal. El paciente no aceptó la nefrectomía y dada la morfología pielográfica le propuse la resección del uréter pelviano, estenosado al cual atribuí la ureterohidronefrosis sin esclarecer la etiopatogenia de la obstrucción y con ello conservar el riñón.

La sorpresa fue operatoria al descubrir que la obstrucción ureteral era debida al tránsito del uréter por detrás de los vasos ilíacos, arteria y vena a cuyo nivel el conducto era comprimido sobre la pared ósea pel-

viana, dificultando la evacuación ureteral, dando lugar a la dilatación del uréter lumbar y pelvis renal. Extirpando el uréter pelviano se practicó una operación de Boari con perfecto resultado. Otra y mayor sorpresa fue observar ciertas placas que traslucían en el peritoneo pelviano despegado de la fosa ilíaca y abierta la cavidad, el peritoneo y asas intestinales aparecieron sembradas de placas amarronadas y de consistencia elástica. El examen histológico de una de las placas peritoneales reveló ser un sarcoma disseminado en la serosa.

Tras la curación de la operación ureteral, fue sometido a tratamiento radioterapéutico, y a los 2 años escasos de la operación, el paciente falleció por caquexia. La ureterectomía resolvió inútilmente el problema urológico que no era causal de la semiología clínica del enfermo.

Esta observación, al margen de la letal enfermedad, me dejó confuso acerca la transposición uretero-vascular observada y sus consecuencias. Si bien la corrección ureteral mejoró la función renal, la técnica operatoria de este caso pudo ser más simple; la ureterotomía transversa lumbar seguida de la reposición antero-vascular del segmento ureteral inferior y así restablecer la continuidad ureteral mediante sutura término-terminal en la parte dilatada, donde el riesgo de estenosis cicatrizal secundaria es mínima.

En la 2.ª observación el error diagnóstico fue debido a coincidir la

transposición urétero-ilíaca der. en un paciente anteriormente nefrectomizado del lado izquierdo, por tbs. Los exámenes urográficos con anterioridad a la nefrectomía izquierda, revelaron la dilatación del extremo inferior del uréter lumbar derecho, lo que en sucesivos exámenes aumentó la dilatación sin progresión en la porción estenosada del uréter. Los antecedentes tuberculosos decidieron la ureterectomía pelviana que fue completada con la plastia túbulo-vesical de Boari con excelente resultado. La operación descubrió la transposición retro-ilíaca del uréter y el examen del uréter pelviano extirpado no reveló signos de tuberculosis, lo cual excluyó el diagnóstico clínico de estenosis tuberculosa.

La 3.ª observación es semejante a la anterior: paciente nefrectomizado izquierda por tbs. cuyo ureteropielograma der. era sugestivo de estenosis tbs. En sucesivos controles ha sido descartada esta supuesta estenosis tbs. del uréter pelviano derecho dado que la imagen ureteral ha continuado con ligeras variantes. Substituido el diagnóstico de estenosis tbs. del uréter pelviano por el de transposición ilíaca del uréter me he abstenido por el momento de toda maniobra quirúrgica y la evolución ha confirmado la tolerancia por el momento a la obstrucción.

La 4.ª observación corresponde a un monorreno congénito al cual por hemospermia le practicaron en otro centro varias exploraciones urográficas y, ante la incertidumbre diag-

nóstica le fue propuesta una operación exploradora del uréter que no aceptó. Examinado detenidamente fue esclarecida la causa de la hemospermia y la pielografía reveló la alteración del ureter lumbar, lo cual permitió el diagnóstico probable de uréter retro-ilíaco. Fue desaconsejada toda intervención y sólo se recomendó el control periódico.

Finalmente en la 5.^a observación he tenido la oportunidad de coincidir el examen arteriográfico con la ureteropielografía, la cual de forma objetiva e incuestionable ha confirmado la semiología radiográfica de la transposición urétero-ilíaca. Se trata de una enferma que a partir del tercer día de una histerectomía total aquejó dolor lumbar izquierdo con escalofríos y fiebre. Al mes de la operación, una pielografía descendente reveló ureteropieloectasia bilateral más acusada en el lado izquierdo con hiperfución de este riñón, razón por la cual fue propuesta su extirpación que la enferma no aceptó. Examinada mediante arteriografía renal por vía femoral, el pielograma secundario derecho coincidente con la sonda en la arteria ilíaca evidenció la compresión arterial sobre el uréter derecho. Independientemente se descubrió que la obstrucción incompleta del uréter izquierdo era debida a la sutura de la peritonización de la anterior operación, lesión que fue corregida operatoriamente, conservando este riñón.

La coincidencia de estos casos me

ha sugerido esbozar con esta corta experiencia, la síntesis semiológica de tan excepcional transposición ureteral.

La semiología clínica de esta malformación, es la común de la obstrucción incompleta del uréter que cuando se manifiesta, lo es por las complicaciones de la retención renal (dolor, infección, piuria, etc.). La exploración clínica manual y la endoscopia son anodinas salvo que exista insuficiencia renal grave.

La única información para el diagnóstico de esta rara malformación la aporta el ureteropielograma, que suele revelar alteraciones que pueden considerarse indicativas del uréter retro-ilíaco. El ureterograma cuando se obtiene completo, recuerda ciertas uretrografías por relleno en las cuales la dilatación fusiforme del extremo bulbar que se continúa en la curvatura fina de la uretra posterior.

Es a destacar la dilatación ureteral lumbar a partir de la articulación sacro-ilíaca, el desplazamiento a la línea media del «bulbo» ureteral y la disminución ascendentes de la dilatación del uréter. Inicialmente la repercusión pielo-calicial suele ser mínima y en repetidas exploraciones se pueden observar variaciones en la distensión urétero-piélica. Si además se obtiene la imagen del uréter pelviano tortuoso, con modificaciones en su forma, por los movimientos peristálticos detalle éste que permite descartar el uréter aprisionado por la fibrosis constrictiva retro-pe-

ritoneal, lesión que puede ser confundida con el uréter retro-ilíaco.

El examen histológico del uréter en los dos casos operados no reveló alteración patológica, incluso en el paciente nefrectomizado por tbs.

La más importante confusión con esta afección, es con la fibrosis retroperitoneal sacra, lesión que si no sobrepasa la línea innominada comprime el uréter a dicho nivel y lo desplaza a la línea media vertebral dando lugar a una imagen de dilatación supra-ilíaca semejante a la observada con la anomalía que aquí se

estudia pero con la diferencia que la imagen del uréter pelviano es inmovible al comparar sucesivos ureterogramas.

La rareza de esta malposición ureteral y la ambigüedad en su conocimiento, que puede motivar en alguna ocasión la exploración quirúrgica y la experiencia de los dos casos que erróneamente motivaron una intervención que felizmente no fue mutilante, justifica esta presentación con el deseo que la experiencia de casos semejantes, ratifique o rectifique la síntesis diagnóstica expuesta.