

UROLOGIA

Uréter retrocava

A propósito de una observación con corrección plástica exitosa

Dres. FABIAN MENDY NORIEGA, RUBI PEREIRA,
GABRIEL BENQUET y JORGE PEREYRA BONASSO *

El uréter retrocava es una anomalía *congénita*, topográfica y morfológica, del uréter, debida a una embriogénesis defectuosa de la *vena cava inferior*. La causa primitiva es venosa, pero la consecuencia anatómica y la expresión patológica, cuando ésta existe, son urinarias.

Se trata de una afección *rara* y cuyo diagnóstico es fundamentalmente radiológico; por ello, como anotan Hughes y col. (23), los avances más importantes en su conocimiento han seguido a los perfeccionamientos en las técnicas radiográficas: urétero-pielografía retrógrada, urografía de excreción y sus variantes, cávo-grafía.

El primer caso fue descrito hace sólo 80 años por Hochstetter (22) y constituyó un hallazgo necrópsico. Luego, durante cerca de medio siglo, se publicaron algunas docenas de observaciones, halladas en el curso de autopsias o disecciones, menos frecuentemente durante operaciones por hidronefrosis. Harrill (20), en 1940, realizó el primer diagnóstico preoperatorio.

En las últimas décadas han aparecido numerosas publicaciones, que han contribuido al conocimiento de esta afección, a plantear su diagnóstico en casos de hidronefrosis derecha en personas jóvenes, y a practicar su corrección quirúrgica plástica en etapas precoces de la enfermedad.

El número de casos publicados hasta la fecha es de unos 200, en la mitad de los cuales, aproximadamente, el diagnóstico fue hecho antes de la operación. Existen aún casos diagnosticados y que, por no determinar trastornos de entidad, no han sido operados.

La literatura de nuestro país no cuenta hasta la fecha con ningún caso, aunque Hughes y col. (23) publicaron una observación en el extranjero en 1960. Praderi y col. (31) se refieren a este caso en su trabajo sobre malformaciones congénitas de la vena cava inferior e ilíacas.

El objeto del presente trabajo es aportar una observación en la cual se realizó el diagnóstico preoperatorio en forma completa y se efectuó exitosamente la corrección quirúrgica plástica.

CASO CLINICO

Mujer de 19 años con historia de dolores lumbares derechos de un año y medio de duración, a veces

intensos; desde hace 6 meses presenta *hematuria* total en varias oportunidades; desde hace 3 meses nota *enturbiamiento* de sus orinas.

El examen físico muestra signos de Guyon y Giordano positivos a derecha. El examen de orina confirma la existencia de moderada piuria.

El resto del estudio clínico y de laboratorio no revela otras anomalías.

Tratándose de una mujer joven que no ha tenido embarazos se plantea en primer término litiasis o hidronefrosis.

La *radiografía simple* no evidencia cálculos.

La *urografía de excreción* (Fig. 1) muestra dilatación de las cavidades renales derechas (cálices y pelvis) y de la parte alta del uréter lumbar, con detención brusca de la imagen de éste al nivel del borde superior de L₄; en este punto se constituye un pliegue, que sugiere la posibilidad de una causa de compresión extrínseca.

La *urografía por perfusión* (Figs. 2 y 3), al permitir mejor visualización del uréter, muestra una imagen característica de uréter retrocava: el canal se incurva en ángulo recto hacia adentro, llegando cerca de la línea media; luego desciende verticalmente un corto espacio (el que corresponde a la altura del cuerpo vertebral L₄), y vuelve a acodarse fuertemente hacia afuera, de tal modo que, a nivel del borde superior del sacro, ha recobrado su topografía habitual.

La Fig. 3 muestra el conjunto de los signos urográficos que han sido descritos por varios autores en la proyección frontal del uréter retrocava y que son los siguientes:

1. El uréter lumbar alto, dilatado, al acodarse hacia adentro, toma la forma de un gancho o J invertida.
2. El conjunto formado por la porción horizontal (a nivel del borde superior de L₄) y la porción descendente hasta el sacro, tiene la forma de una hoz.
3. El uréter lumbar en su totalidad, con sus tres inflexiones, se aproxima bastante a la forma de una S.

A pesar de que este conjunto de signos es casi patognomónico de uréter retrocava, se decide confirmar el diagnóstico mediante la asociación de otros dos procedimientos radiológicos que establecen con precisión matemática el diagnóstico: la *ureteropielografía retrógrada* (Fig. 4) y la *cavografía*; este estudio combinado debe practicarse en distintas incidencias, de las cuales la más demostrativa es el perfil.

La serie cavográfica con uréter contrastado muestra los siguientes signos:

(a) En proyección frontal (Fig. 5) se ve la incurvación del uréter de fuera adentro, de tal modo que, en un corto espacio, es primero externo y luego interno respecto a la cava.

* Trabajo de los Servicios de Urología y Radiología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas.

Presentado el 7 de noviembre de 1973.

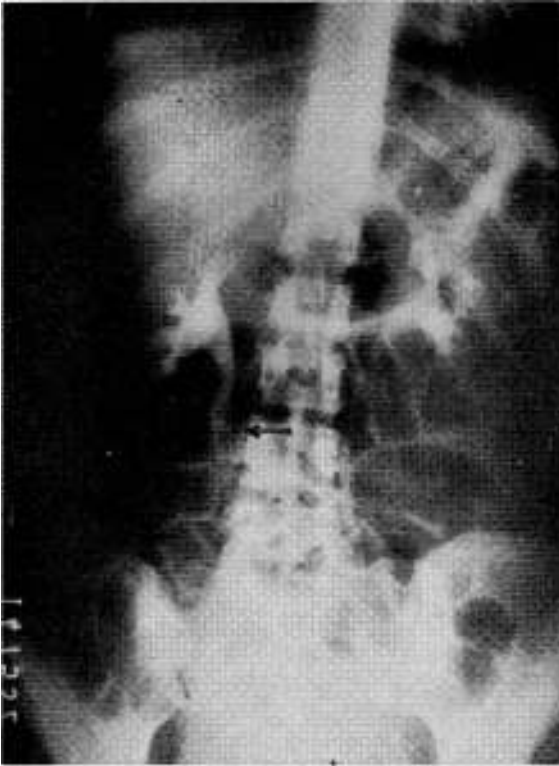


FIG. 1.—Urografía de excreción. Dilatación de las cavidades renales derechas y de la parte alta del uréter lumbar; la imagen de éste termina bruscamente con formación de un pliegue (flecha).

(b) En proyección oblicua (Fig. 6) se observa cómo el codo ureteral se proyecta sobre el cuerpo de L₄, del cual no puede desprenderse, siendo lo normal que el uréter esté netamente separado, en incidencia oblicua, de los cuerpos vertebrales lumbares: signo de Randall y Campbell (32).

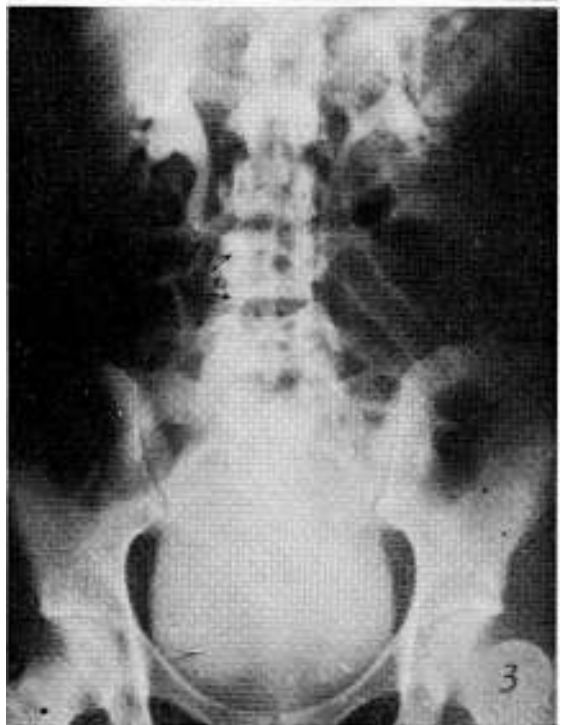
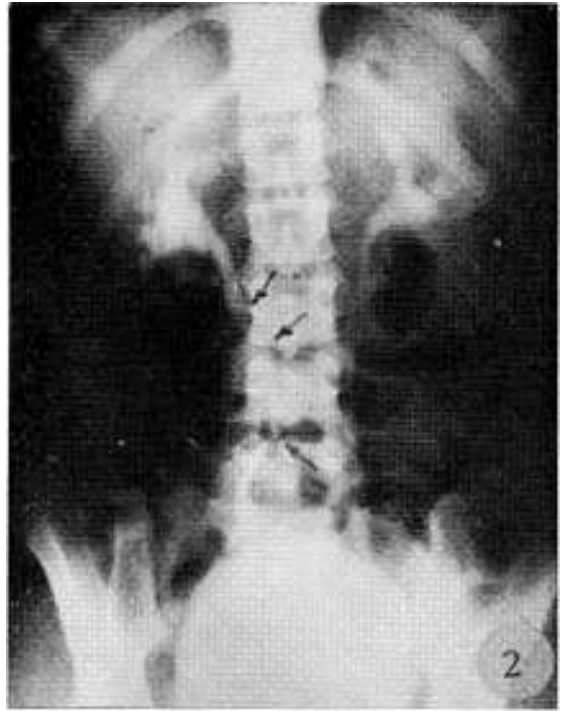
(c) En el perfil (Fig. 7) se observa claramente el trayecto en bayoneta del uréter, que es un aspecto muy característico de esta afección; el conducto urinario pasa rápidamente de la posición retrocava a la precava, imprimiendo una muesca en la cara posterior de la vena.

El conjunto de estas imágenes, de valor patognomónico, muestra cómo la designación de "uréter circuncava" es la que mejor expresa la realidad de las relaciones anatómicas entre ambos elementos.

Operación: 30/IV/73. (Dres. Mendy, Pereira, Sarasúa y Pereyra). Uréter derecho cateterizado. Posición intermedia (60°).

Lumbotomía derecha con resección de 12ª costilla. El uréter está dilatado a derecha de la cava, siendo en cambio de calibre normal más abajo en su porción precava.

La liberación de la porción retrocava se realiza fácilmente, no existiendo a ese nivel adherencias firmes ni vasos venosos que unan a ambos elementos. Se libera la pelvis renal hasta el sinus (Fig. 8) y luego se secciona el uréter cerca de la unión pielo-ureteral. Se efectúa la transposición del uréter, llevando a éste por delante de la cava, y se reseca un trozo del cabo distal para suprimir la longitud exce-



FIGS. 2 y 3.—Urografía por perfusión a los 20 y 30 minutos. Se observan las tres incurvaciones del uréter lumbar (flechas), las dos primeras casi en ángulo recto. El conjunto tiene una forma de S. Se aprecia en ambas figuras que el uréter lumbar alto (tercio superior) y el bajo (tercio inferior) están en la misma línea, lo que es muy característico del uréter retrocava.



FIG. 4.—Urétero - pielografía retrógrada. Se notan los dos ángulos superiores casi rectos y la proximidad del uréter a la línea media.

siva del mismo. Se practica luego sutura cabo a cabo sobre tubo de polietileno que, al mismo tiempo que actúa como tutor, drena las cavidades renales al ser extraído por el borde externo del riñón (Fig. 9).

La sutura se efectúa con gastergut cromado 00 a puntos separados. Fijación del riñón a la Deming (Fig. 10).

El *postoperatorio* transcurrió sin incidentes. Las orinas fueron hematóricas durante una semana, tanto las miccionales como las del tubo de nefrostomía y tutor; éste se retiró a los catorce días.

Al mes de la operación la paciente se halla bien, sin molestias y con orinas claras.

Los controles urográficos, practicados al mes (Fig. 11) y a los 3 meses (Fig. 12), evidencian la excelente recuperación renal.

Anatomía patológica: (Dr. Mautone). — El fragmento de uréter muestra un proceso inflamatorio crónico, fibroproductivo, de su pared, con infiltración leucocitaria a polinucleares en la mucosa.

CONSIDERACIONES GENERALES

I) Etiopatogenia.

Esta anomalía ha sido descrita más frecuentemente en el sexo *masculino*, pero el número relativamente restringido de los casos publicados no permite asignar a este dato valor estadístico definitivo.

A pesar de su carácter congénito, no da, en general, manifestaciones en los primeros años, observándose sobre todo *entre 20 y 40 años*;

existen, sin embargo, casos con síntomas clínicos en niños, como los descritos por Cendron y Reis (8), y otros hallados incidentalmente en ancianos y que habían permanecido asintomáticos. Se acompaña no raramente de *otras malformaciones*, sobre todo vasculares (doble cava, coartación de aorta, dextroposición aórtica) o urinarias (riñón único, riñón en herradura, ectopia pelviana del riñón adelfo, megaréter primitivo).

El *mecanismo* por el cual produce sus síntomas es la obstrucción urinaria, que puede tener varios orígenes: compresión entre la cava y la pared lumbar (psoas), pliegue sobre un vaso lumbar aferente a la cava, litiasis ureteral secundaria. Pueden asociarse varios de estos factores, o agravarse por ptosis renal.

Igualmente, la infección urinaria, cuando existe, o la compresión prolongada, pueden determinar el desarrollo de una estrictura de la pared ureteral por fibrosis.

II) Embriología.

Este capítulo ha sido tratado por numerosos autores y complementado por estudios de anatomía comparada en varios mamíferos: Darrach (11), Huntington y Mc Clure (24), Graves y Davidoff (17), Mc Clure y Butler (26), Butler (6) y Grünwald (19). Se sabe así que, en el embrión y el feto humano, existen *tres grupos de venas* de cada lado que participan en la constitución de la vena cava inferior: venas postcardinal, subcardinal y supracardinal (Fig. 13).

Estas venas se anastomosan entre sí y, en medio de ellas, sube el metanefros (riñón definitivo) desde la pelvis hasta la región lumbar durante el quinto mes de la vida fetal.

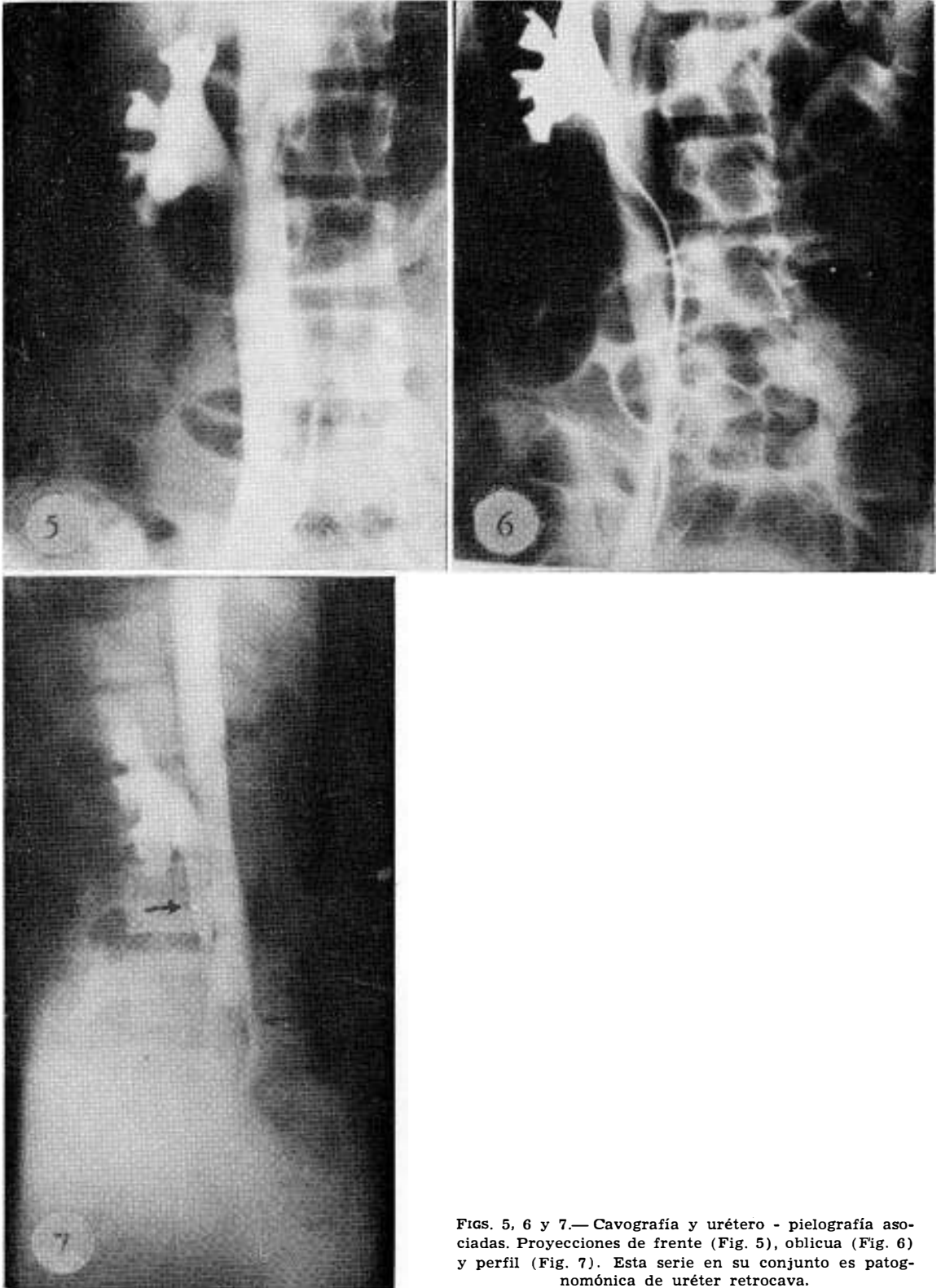
Luego ocurren modificaciones que simplifican este sistema venoso anastomótico, quedando la *vena supracardinal derecha*, que es dorsal respecto al correspondiente uréter, como el principal constituyente de la vena cava inferior. La vena postcardinal de cada lado desaparece, en tanto que las subcardinales originan las venas genitales (espermáticas o utero-ováricas).

Cuando el uréter y la cava se han desarrollado normalmente, el canal urinario es externo respecto a la cava, estando en un plano levemente posterior en la zona del pedículo renal, y anterior en el cruce de los vasos ilíacos. Si, en el curso de las modificaciones antedichas, persiste la *vena postcardinal*, que es ventral respecto al uréter, se constituye el uréter retrocava.

Existen varias formas de esta anomalía, de acuerdo a la variable evolución de las venas cardinales; dentro de ellas podemos citar:

—*doble vena cava derecha* por persistencia de dos cardinales de ese lado, pudiendo el uréter correspondiente pasar entre ellas o por detrás de ambas.

—*vena cava bilateral* con uréter derecho retrocava; sólo existe una observación, correspondiente a Gladstone (15), con ambos uréteres en posición retrocava, pero se trataba de un feto acardiaco en un parto de trillizos.



FIGS. 5, 6 y 7.— Cavografía y urétero - pielografía asociadas. Proyecciones de frente (Fig. 5), oblicua (Fig. 6) y perfil (Fig. 7). Esta serie en su conjunto es patognomónica de uréter retrocava.



FIG. 8.—Exposición del campo operatorio. El riñón está situado abajo y a la izquierda. El uréter está levantado por dos sondas Nélaton, una por fuera y otra por dentro de la cava, objetivando el trayecto retrocava del canal urinario.

—*uréter izquierdo retrocava* en caso de transposición visceral (*situs inversus*).

La *anatomía comparada* nos enseña que el uréter retrocava es bastante común en varias clases de mamíferos, como el gato y el conejo, cuyo desarrollo venoso embrionario es parecido al humano. Así, Darrach (11), en el examen de varios centenares de especímenes de gato, halló esta anomalía en el 9 % de los casos.

Debe anotarse, sin embargo, que no se ha observado dilatación del aparato urinario alto en los diversos mamíferos estudiados, portadores de uréter retrocava (Graves y Davidoff)



FIG. 9.—Se ha practicado la transposición del uréter y se procede a su reanastomosis.

(17), lo que podría deberse a que, en los cuadrúpedos, la cava se separa del uréter por el peso de su contenido, lo que evita la compresión del canal urinario. Se ha sugerido también que el tiempo de duración de la anomalía podría contribuir a la aparición progresiva de la obstrucción y dilatación, lo que intervinería preponderantemente en el hombre, que vive más que los mamíferos inferiores.

SINTOMATOLOGIA

Los síntomas *clínicos* son los observados comúnmente en las hidronefrosis:

El dolor lumbar es de variable intensidad, pudiendo ser sordo, gravativo, o llegar al cólico nefrítico.

La hematuria, macro o microscópica, es casi constante.



FIG. 10.—Aspecto final. Uréter con tubo de polietileno tutor saliendo por el borde externo del riñón.

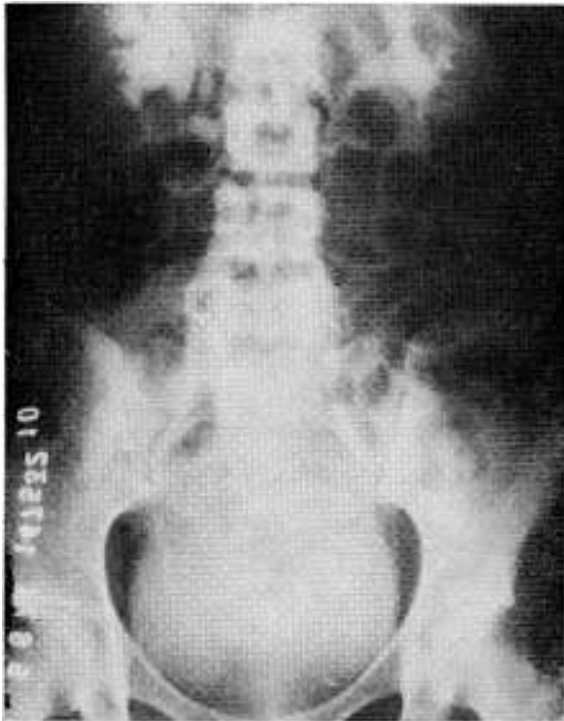


FIG. 11.—Urografía de excreción a mes de la operación. Placa de los 10 minutos.

La piuria, la fiebre, los síntomas vesicales, son muy frecuentes, traduciendo la pielonefritis que complica a la obstrucción.

Estos síntomas preceden habitualmente en meses o años al diagnóstico exacto de la afección, siendo común que los pacientes hayan sido previamente tratados como portadores de múltiples otras enfermedades, urinarias o extra-urinarias (vesiculares, apendiculares lumbarago).

Hay algunos casos, raros, asociados con hipertensión, que pueden ser debida a la perturbación funcional y circulatoria renal, aunque puede tratarse de simple coincidencia.

Los signos *radiológicos* llevan al diagnóstico de probabilidad o certeza.

La urografía de excreción y sus variantes (urografía por perfusión, tomografía asociada) pueden hacer presumir el diagnóstico cuando está conservada la función renal y puede visualizarse con suficiente claridad el trayecto desviado del uréter.

En casos de defectuosa función renal, la urétero-pielografía retrógrada y, sobre todo, la asociación de ésta con la cavografía, mostrará los signos característicos que mencionamos más arriba.

TRATAMIENTO

Puede ser de tres tipos:

1. *Abstención* y *vigilancia* periódica en los casos asintomáticos y presentando escasa dilatación. Estas situaciones son excepcionales, dado que el estudio radiológico que las evi-

dencia es indicado, en general, por sintomatología de cierta entidad, y ésta es la expresión de una urétero-hidronefrosis de grado variable.

2. La *cirugía conservadora* tiene indicación en la mayoría de los casos: transposición urétero-cava, mediante sección de la vía excretora y reanastomosis término-terminal.

La sección de la vía urinaria puede efectuarse al nivel de la pelvis o el uréter, pudiendo researse una parte variable de ésta. En algunos casos se ha dejado un trozo de uréter adherido a la cara posterior de la cava, lo que ocurre en casos antiguos o con infección pieloureteral sobregregada importante.

Para evitar la incongruencia de los cabos es conveniente practicar la sutura en la zona dilatada del uréter distal. El riesgo de esta sutura es la estenosis ulterior, por lo que debe ser cuidadosamente realizada.

De acuerdo al grado de infección y dilatación existentes, se dejará tubo tutor sólo (que puede cumplir, además, función de drenaje

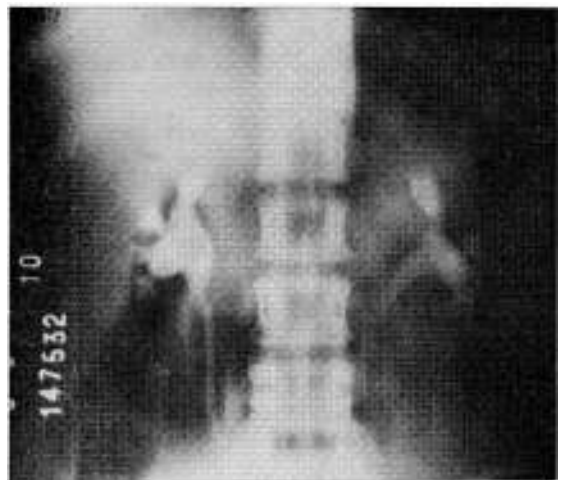
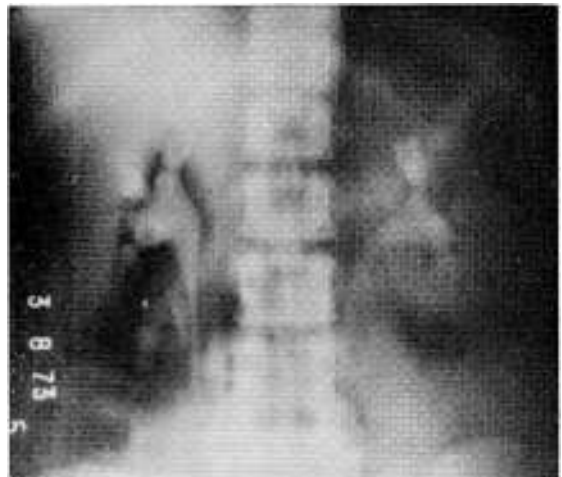


FIG. 12.—Urografía de excreción, con tomografía, a los tres meses de la intervención. Placas de los 5 y 10 minutos.

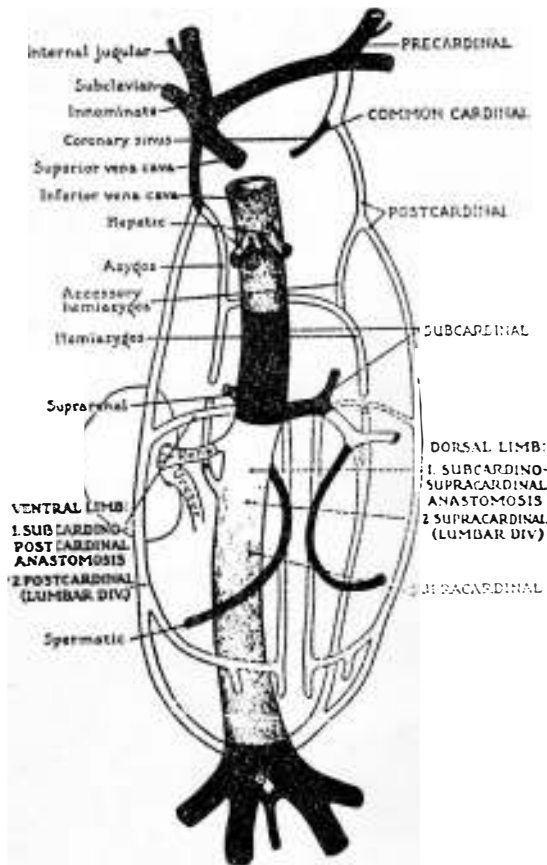


FIG. 13.— Disposición del sistema venoso cardinal primitivo y sus relaciones con el uréter derecho. Esquema tomado de Pick y Anson (30). En la mitad inferior de la figura se observan las seis venas cardinales, que recogen la sangre venosa del abdomen y los miembros inferiores, siendo la más gruesa la supracardinal derecha, que originará el sector postrenal de la vena cava inferior; es dorsal respecto a las otras dos cardinales de ese lado y al uréter.

transpiélico o transrenal), o se le asociará drenaje complementario mediante sonda de piel o nefrostomía.

Hay casos especiales en que, en lugar de actuar sobre la vía excretora, convendrá seccionar la vena cava para efectuar la transposición del uréter; esta indicación puede surgir en caso de riñón único o de doble vena cava en que pueda sacrificarse sin riesgo una de ellas. La sección de la cava puede efectuarse con ligadura de ambos cabos, como lo practicó Cathro (7), o seguirse de reanastomosis venosa como hizo Goodwin (16).

3. **Nefrectomía.** Tiene indicación en los casos muy evolucionados, con destrucción del parénquima renal, cuando existe un riñón contralateral normal.

RESUMEN

Se presenta un caso de uréter retrocava diagnosticado en forma completa y tratado exitosamente mediante operación plástica correctora.

Los autores reseñan las características embriológicas y etiopatogénicas de esta rara anomalía, cuya causa primitiva es venosa, aunque sus consecuencias aparecen en el aparato urinario (hidronefrosis).

Los síntomas clínicos y los signos radiológicos son analizados; dentro de éstos, la asociación del contraste ureteral con la cavografía permite un diagnóstico de certeza.

El tratamiento corriente es la cirugía conservadora (transposición del uréter), aunque en casos incipientes está justificada la abstención con control periódico; cuando la afección está muy evolucionada sólo cabe la nefrectomía.

RÉSUMÉ

Présentation d'un cas d'uretère rétrocave diagnostiqué in extenso et traité avec succès par une opération plastique de correction.

Compte-rendu des caractéristiques embryologiques et étiopathogéniques de cette anomalie d'exception, dont la cause primitive est veineuse quand bien même ses conséquences apparaissent dans l'appareil urinaire (hydronéphrose).

Énumération des symptômes cliniques et des signes radiologiques, et parmi ceux-ci l'association du contraste uretéral avec la cavographie conduit à la certitude diagnostique.

Le traitement courant est la chirurgie de conservation (transposition de l'uretère), bien que l'abstention avec contrôle périodique soit justifiée dans les cas naissants. Quand l'affection est très évoluée il n'y a d'autre solution que la néphrectomie.

SUMMARY

A case of retrocava ureter was treated successfully by corrective plastic surgery. This is a rare disease, venous in origin, though its consequences are found in the urinary tract (hydronephrosis). Embryological and etiopathogenic characteristics, clinical symptoms and radiological signs are discussed in this paper. Association of ureteral contrast with cavography provides certainty in diagnosis. Treatment usually consists in: preservative surgery (transposition of ureter) although in incipient cases abstention with periodic control is justified; when evolution is advanced nephrectomy is the only possible solution.

BIBLIOGRAFIA

1. ANTOPOL, W. and YELIN, G. Postcaval ureter. *Urol. Cut. Rev.*, 43: 746, 1939.
2. BALLANGER, R. A propos de 4 cas d'uretérés rétrocaves. *J. Urol. Néphrol.*, 71: 635, 1965.
3. BATESON, E. and ATKINSON, D. Circumcaval ureter: A new classification. *Clin. Radiol.*, 20: 170, 1969.
4. BITKER, M. Réflexions sur l'uretère rétro-cave (sur 3 observations et une revue de la littérature). *J. Urol. Néphrol.*, 71: 851, 1965.
5. BITKER, M. et ROUJAS, F. Uretère rétro-cave. *Encycl. M. Chirurg.*, 18: 158, 1966.
6. BUTLER, E. The relative role played by the embryonic veins in the development of the mammalian vena cava posterior. *Am. J. Anat.*, 39: 267, 1927.
7. CATHRO, A. Section of the inferior vena cava for retrocaval ureter. A new method of treatment. *J. Urol.*, 67: 464, 1952.

8. CENDRON, J. et REIS, C. L'uretère rétrocave chez l'enfant: A propos de 4 cas. *J. Urol. Néphrol.*, 78: 365, 1972.
9. CONSIDINE, J. Retrocaval ureter: A review of the literature with a report on two new cases followed for fifteen years and two years respectively. *Br. J. Urol.*, 65: 212, 1951.
10. CREEVY, C. Recognition and surgical correction of retrocaval ureter: a case report. *J. Urol.*, 60: 26, 1948.
11. DARRACH, W. Variations in the postcava and its tributaries as observed in 605 examples of the domestic cat. *Am. J. Anat.*, 6: 30, 1907.
12. DE CARLO, J. Postcaval uréter. *J. Urol.*, 45: 827, 1941.
13. DERBES, V. and DIAL, W. Postcaval ureter: two cases. *J. Urol.* 36: 226, 1936.
14. DIAL, W. Retrocaval ureter and right aorta. *Anat. Rec.*, 65: 239, 1936.
15. GLADSTONE, R. Acardiac fetus (acephalus omphalositicus). *J. Anat. and Physiol.*, 40: 71, 1905.
16. GOODWIN, W., BURKE, D. and MULLER, N. Retrocaval ureter. *Surg. Gynec. Obstet.*, 104: 337, 1957.
17. GRAVES, R. and DAVIDOFF, L. Anomalous relationship of the right ureter to the inferior vena cava. *J. Urol.*, 8: 75, 1922.
18. GREENE, L. and KEARNS, W. Circumcaval ureter: Report of a case with a consideration of the preoperative diagnosis and successful plastic repair. *J. Urol.*, 55: 52, 1946.
19. GRÜNWARD, P. Die Entwicklung der Vena cava caudalis beim Menschen. *Jahrb. Morph. mikr. Anat.*, 43: 275, 1938.
20. HARRILL, H. Retrocaval ureter. Report of a case with operative correction of the defect. *J. Urol.*, 44: 450, 1940.
21. HESLIN, J. and MAMONAS, Ch. Retrocaval ureter: report of four cases and review of literature. *J. Urol.*, 65: 212, 1951.
22. HOCHSTETTER, F. Beiträge zur Entwicklungsgeschichte des Venensystems der Amnioten. III. Säuger. *Morphol. Jahrb.*, 20: 543, 1893.
23. HUGHES, F., BARCIA, A., CORTES, R. et NOGUEIRA, A. Considérations sur l'uretère rétrocave: A propos d'un nouveau cas. *J. Urol.*, 66: 299, 1960.
24. HUNTINGTON, G. and MC CLURE, F. The development of the veins in the domestic cat. *Anat. Rec.*, 20: 1, 1920.
25. JACOBSON, V. Postcaval ureter: two cases in man. *Arch. Path. Lab. Med.*, 3: 203, 1927.
26. MC CLURE, C. and BUTLER, E. The development of the vena cava inferior in man. *Am. J. Anat.*, 35: 331, 1925.
27. MC ELHINNEY, P. and DORSEY, J. Retrocaval ureter. Case report. *J. Urol.*, 59: 497, 1948.
28. NOURSE, M. and MOODY, H. Postcaval ureter. Report of a surgical case. *J. Urol.*, 56: 525, 1946.
29. PARAMO, P., DE LA PEÑA, A. et LEIVA, O. Diagnostic par phlébographie spermatique de l'uretère rétrocave chez l'homme. *J. Urol. Néphrol.*, 75: 187, 1965.
30. PICK, J. and ANSON, B. Retrocaval ureter. Report of a case, with a discussion of its clinical significance. *J. Urol.*, 43: 672, 1940.
31. PRADERI, R., ORMAECHEA, C., ARCOS PEREZ, M., VIOLA, J., YANNICELLI, E. y POLLERO, H. Malformaciones congénitas de las venas cava inferior e ilíacas. Sus manifestaciones clínicas. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 33: 476, 1962.
32. RANDALL, A. and CAMPBELL, E. Anomalous relationship of the right ureter to the vena cava. *J. Urol.*, 34: 565, 1935.
33. REVOL, M. Un cas d'uretère rétro-cave avec lithiase. *J. Urol. Néphrol.*, 72: 749, 1966.
34. ROGNON, L. et PILLET, J. La cavographie dans le diagnostic préopératoire de l'uretère rétrocave. *J. Urol.*, 71: 936, 1965.
35. ROSSI, N. Uréter retrocava. A propósito de un caso, asociado a una cardiopatía congénita. *IX Congr. Arg. Urol.*, 396, 1966.
36. SHIH, H. Postcaval ureter. *J. Urol.*, 38: 61, 1937.
37. SHOWN, T. and MOORE, C. Retrocaval ureter: four cases. *J. Urol.*, 105: 497, 1971.
38. VILAR, J. y MALLO, N. Uréter retrocava. *Rev. Arg. Urol.*, 26: 92, 1957.
39. WALRISCH, C. Contribution á l'étude de la clinique et du traitement de l'uretère rétrocave. *J. Urol. Neuhrol.*, 72: 647, 1969.
40. WILSON, C. and HERZLICH, J. Postcaval ureter. *J. Urol.*, 51: 14, 1944.
41. WREN, J. A case of retrocaval ureter. *Anat. Rec.*, 68: 389, 1937.
42. YOUNGER, E., CHACON, E. et ANLLO, V. Deux cas d'uretère rétro-cave. Traitement conservateur: anastomose urétéro-urétérale précave. *J. Urol.*, 66: 385, 1960.

DISCUSION

DR. MÉROLA.—Yo le preguntaría simplemente un detalle. Por lo que yo entiendo seccionan la unión pieloureteral, cierran la unión pieloureteral e implantan el uréter en la cara anterior de la pelvis. Eso entendí, yo, verdad, ¿habré entendido mal?

DR. PRADERI.—Por la importante documentación radiológica y por el buen resultado terapéutico felicito al Dr. Mendy. Es interesante porque la frontera de la urología con la cirugía es el espesor de la pared ureteral o cava.

El problema técnico, dejando de lado lo que estamos hablando, es el respeto a la cava; yo personalmente lo he perdido. He hecho con ella varias cosas: por ejemplo, en la anastomosis mesentérico cava, se corta la vena cava, se liga el cabo inferior, se da vuelta el superior y se anastomosa con la mesentérica. No pasa absolutamente nada.

Cuando se hace la ligadura de la cava en un tromboembolismo pese a que tienen venas enfermas por debajo, en muchos casos no pasa nada lo mismo cuando se hace un filtro de la cava que se puede trombosar. Hace poco, a una enferma con un tumor de fosa ilíaca izquierda, le reseamos la ilíaca externa, interna, primitiva y la femoral común; y no le dejamos ninguna vena; además le sacamos los ganglios.

Hay enfermos que tienen agenesia de la cava inferior, no tienen ninguna cava inferior y sin embargo hacen várices en miembro inferior o no hacen.

Un cirujano vascular en vez de cortar el uréter, seguro le cortaría la vena cava. Haría lo que decía Mendy, cortaría la cava, ligaría las colaterales para darle un poco más de juego y haría la anastomosis de la cava, que yo creo que es de menos riesgo la anastomosis de la cava que la anastomosis del uréter, porque la anastomosis del uréter por mejor que se haga corre el peligro de estenosarse; en cambio la sutura terminoterminal de la cava con la presión venosa que es mínima, no puede implicar mayor riesgo. La sutura venosa dentro del abdomen excepcionalmente hacen hemorragia postoperatoria porque la presión es muy baja.