

EL SÍNTOMA DOLOR EN EL DIAGNÓSTICO DE LA LITIASIS RENAL

Dr. J. ÓRSOLA MARTÍ

La semiología clásica de la calculosis renal es bien conocida. El cálculo renal se presenta frecuentemente con un tipo de dolor característico y acompañado además de un cortejo de síntomas o signos que hacen muy presu- mible la naturaleza del proceso.

Pero al lado de estos casos existen muchos otros en los que el cuadro clínico reviste modalidades que no hacen pensar en la afección originaria, y como veremos sólo pensando en ella es posible llegar a su perfecto diagnóstico.

No nos vamos a ocupar ahora más que de los cálculos que producen toda su sintomatología sin salir del riñón; prescindiremos, pues, de la calculosis ure- teral, cuyos síntomas y cuyas consecuencias son muchas veces idénticos a los de la litiasis renal.

Cuando un cálculo, relativamente pequeño, intenta cruzar el ostium uretero- piélico y se encaja en él como un tapón, se produce un cólico nefrítico, llamado también cólico ureteral o cólico nefro-ureteral.

En realidad, la sintomatología es la misma, o muy semejante, tanto si el cálculo se enclava en la desembocadura pieloureteral como si lo hace a cualquier nivel del ureter. El cólico nefrítico, en suma, podemos considerar que es produ- cido por la distensión de las porciones del árbol urinario situadas por encima del obstáculo ocluser y por contracciones de la musculatura piélica o pielou- reteral en un esfuerzo para expulsar el cálculo o cambiarlo de sitio y desalojarlo de su posición obstructiva.

Si el cuadro clínico está muy enmascarado por los trastornos reflejos extra- urinarios no siempre es fácil pensar en un cólico nefrítico, y cuando su existen- cia es evidente no debe olvidarse que éste puede ser producido no sólo por un cálculo sino también por diversas otras afecciones del aparato urinario. Cólico nefrítico, bien diagnosticado, no quiere decir, pues, forzosamente cálculo renal o ureteral.

Los cálculos que por su mayor tamaño no pueden ya encajarse y taponar el uréter producen una sintomatología distinta de la del cólico nefrítico, que es muy variable de unos casos a otros, no sólo por sus caracteres sino también por su evolución.

A) Muchas veces las molestias son francamente atribuibles al riñón y per- miten suponer la afección originaria. Tal sucede en los individuos que aquejan dolor en región renal, derecha o izquierda, al andar, correr, saltar, montar a caballo, o ir en carruaje; es decir, en todas las circunstancias que hacen que el cálculo se mueva en su receptáculo, golpeando, podríamos decir, las paredes del mismo y produciendo obstrucciones incompletas y pasajeras, bien de la pelvis renal, bien de un cáliz si en éste está alojado el cálculo.

Este tipo de dolor renal provocado por el movimiento y que desaparece con el reposo, es casi patognomónico de la calculosis. Suele acompañarse de hema- turia macro o microscópica y con frecuencia de un estado nauseoso que son a modo de rúbrica de la enfermedad. También existen en ocasiones ligeras irra- diaciones en trayecto ureteral o hacia genitales, si bien estas irradiaciones no son tan manifiestas y claras como en el cólico nefrítico.

B) En otros casos la sintomatología dolorosa hará pensar en un proceso renal, pero nada nos permite inclinarnos más hacia la calculosis que hacia otra entidad patológica del riñón o incluso de cualquier porción del aparato urinario. Los pacientes aquejan de vez en cuando, ya haciendo ejercicio, ya en pleno reposo, molestias más o menos intensas en lomo o en hipocondrio, y han observado hematuria algún día, o saben que su orina es turbia (piuria) desde hace más o menos tiempo. Una pielonefritis, una pionefrosis, ciertas formas de tuberculosis renal, y también afecciones vésico-prostáticas, acompañadas de reflujo ureteral así como la dilatación quística de extremidad inferior del ureter, pueden producir este cuadro.

C) Otras veces las sensaciones dolorosas son de localización difusa. El enfermo se queja de hipocondrio o de hemiabdomen derecho o izquierdo, o simplemente siente dolores más o menos fuertes y más o menos distanciados en el vientre, dice él, y en tales casos, faltando o siendo ignorada la existencia de síntomas objetivos orientadores (piuria, hematuria), nada permitirá pensar más en aparato urinario, que en otro órgano cualquiera.

D) En otras ocasiones la localización de las sensaciones dolorosas es aún más atípica. Citemos el reflejo reno-vesicular (eyaculaciones dolorosas y hemospernia motivadas por un cálculo renal silencioso); el reflejo reno-rectal (tenemos rectal doloroso, falsas ganas de defecar); reflejo reno-vesical (polaquiuria, micción dolorosa, tenesmo vesical); reflejos reno-digestivos (náuseas, vómitos y trastornos intestinales que asemejan ya una apendicitis, ya una enteritis); y citemos también el reflejo reno-renal (dolores en el riñón opuesto al que lleva el cálculo, o sea en el riñón sano).

Como vemos, la sintomatología dolorosa en los cálculos renales puede ser muy diversa. Pero además, la litiasis renal puede ser completamente indolora o silenciosa.

El silencio renal puede existir en una fase de la enfermedad a la que precedieron dolores que se apagaron luego.

Otros cálculos tienen periodos de tolerancia o silencio absoluto casi inexplicables, y bruscamente, en muchos casos por aparición de una pielitis calculosa, se hacen intolerables.

De hecho, cualquier cálculo renal puede ser silencioso durante una fase mayor o menor de su evolución, pero al hablar ahora de cálculos indoloros, nos referimos a los que siéndolo desde el primer momento, pueden llegar incluso a destruir el órgano, sin que el paciente se entere de ello. Es decir, nos referimos a los cálculos que no producen dolor en ningún momento del curso de la enfermedad.

Tales cálculos, si bien son completamente indoloros, raramente dejan de producir, en uno u otro momento, alteraciones de la orina (hematuria, piuria), que pueden y deben servir de signos orientadores.

Con cuanto llevamos dicho se ve cuán heterogénea puede ser la sintomatología de los cálculos de riñón. Si se prescinde de los casos en que el cuadro es típico, por ejemplo, crisis de dolor lumbar y hematuria provocadas por movimiento, podemos decir que la litiasis puede presentarse con el aspecto de las más diversas enfermedades, ya del aparato urinario, ya de cualquier otro órgano o sistema.

¿Cómo se hace el diagnóstico de la litiasis renal? Muchas veces existirán síntomas de presunción o de orientación en la historia clínica del enfermo, y otras veces, muchas más, será el examen de orina (presencia de macro y micro-hematuria, piuria aséptica o no, existencia de cristales o sedimentos amorfos, que muchas veces existen sin cálculo alguno), el que nos orientará hacia aparato urinario.

Ahora bien, una vez hayamos llegado a este punto, es decir, cuando nos hayamos ya orientado hacia aparato urinario, será inútil en cada caso concreto

queremos extender planteando un diagnóstico diferencial de las posibles afecciones que pueden dar el cuadro que presenta el paciente. Será mucho mejor pensar entonces en la posibilidad de una litiasis, y, procediendo en consecuencia, recurrir a la única exploración que permite afirmar o negar la existencia de un cálculo.

Por tanto, si de la historia del paciente, del examen de su orina, de la exploración clínica rutinaria (palpación abdominal), o del examen cistoscópico surge algo que puede ser producido por un cálculo, ha de practicarse una exploración radiográfica de aparato urinario.

Para que esta exploración sea perfecta, hay que proceder con meticulosidad, y aparte de un buen aparato y buen manejo del mismo, es necesario preparar al enfermo, para que no existan gases que puedan dificultar la visión de cálculos pequeños e incluso grandes.

La supresión de gases intestinales se lograba bastante bien con Luizym, del que no disponemos hoy. Actualmente, con los doctores Manchón y Modolell, usamos el siguiente proceder:

Enema abundante por la noche, al día siguiente por la mañana otro. El paciente va entonces en ayunas a la Clínica de Radiología, y ya allí, se le da una inyección subcutánea de Pituína Llorente. A los diez o veinte minutos aparecen ganas de defecar y expulsión de gases, e inmediatamente después se realiza la placa.

Como hemos expuesto conjuntamente en una comunicación anterior (1) se logran así, y con una técnica excelente, placas perfectas y prácticamente desprovistas de sombras de origen intestinal.

No hay que olvidar que la radiografía de los cálculos renales puede ser negativa en un 2 por 100 de casos. Si clínicamente hay mucha presunción de la existencia de un cálculo, y verdaderamente éste existe, podremos hacerlo visible ya por pielografía que mostrará en una zona, la ocupada por el cálculo, menor densidad o ausencia del líquido de contraste, ya mejor mediante una neumopielografía.

Como hemos visto, para el diagnóstico de la litiasis, cuenta más la radiografía que la sintomatología y el examen clínico del enfermo.

Ahora bien: hay un caso en que no podemos confiar demasiado en la radio, y es en el cólico nefrítico. Durante el mismo es muy difícil, por los trastornos de distensión o parálisis intestinal, que a menudo se asocian al cuadro, lograr una perfecta supresión de sombras o imágenes intestinales, y además los cálculos que producen cólicos nefríticos, ya estén alojados en ostium ureteropielico, ya más a menudo en ureter, pueden ser pequeños y con frecuencia de ácido úrico, y por todo ello casi siempre la radiografía será negativa.

Por tanto, en los casos de presunto cólico nefrítico, que pueden presentarse con el aspecto de un abdomen agudo, tiene importancia considerable el criterio clínico, y aquí sí que a menudo se impone un diagnóstico diferencial que no siempre es fácil llevar a buen término, sobre todo en las crisis dolorosas de lado derecho.

Para tales casos difíciles, a veces lo que no logra la radio simple de aparato urinario, puede conseguirse de una urografía intra-venosa. Esta, a pesar de la existencia de gases, puede mostrar en algunas ocasiones dilatación de cavidades pieloureterales o ausencia de eliminación o nefrograma (densificación de la sombra renal), sin pielograma de un lado, en cuyo caso es casi seguro un proceso urinario, o por el contrario, la urografía nos mostrará normalidad de eliminación en ambos lados y entonces debe pensarse más en afección extraordinaria.

(1) I. Orsola, A. Modolell y F. Manchón "Urografía intravenosa con compresión de ureteres", *Radiológica Cancerológica* - Madrid, - T. II fasc. I 1947.

También a veces una simple cromocistoscopia podrá servir de mucho. Pero de todos modos, si, en un caso dado, las dudas persisten, creemos está justificado proceder como si la apendicitis o el abdomen agudo fuese cierto y seguro.

Para terminar, recordemos que no debe darse nunca por completo el diagnóstico de una litiasis unilateral, y no debe nunca intervenir ésta, sin conocer bien el estado anatómico y funcional del riñón opuesto.

**TRANSPULMIN**

Bronconeumonías

SOLVOCHIN

fecciones pulmonares

SOLVOCHIN - CALCIO

Neumonía crupal

KAMILLOSAN

Terapéutica de la Manzanilla

FOSVITANON

Tónico reconstituyente

GLUDERGIN

Pomada cicatrizante

SEPTOQUINA

Quinina + Sulfamida

SIMPATOL

Hipotensión

TUSSIPECT

Expectorante

PANDIGAL

Tónico cardíaco

CLAUDEN

Hemostático

TIMOFISINA

Oxitóxico

PICOROL

Dermatosis

LOBELINA REDER

Estados asfícticos

F E L S O L

Antiasmático

Laboratorios Gustavo Reder, S. A. - Madrid