

URONEFROSIS BILATERAL POR COMPRESION EXTRINSECA DE CUELLO VESICAL

(Quiste dermoideo de ovario)

Por el Dr. ARTURO ROCCHI

Presentamos una enferma con una larga historia de padecimientos urinarios, provocados por la compresión a nivel del cuello vesical, de una tumoración de ovario, cuya extirpación permitió obtener una mejoría de su función renal y la desaparición de sus transtornos dolorosos y miccionales.

Refiere dos embarazos a término. Después del último parto, hace 4 años, comenzó a sentir dolores en bajo vientre, polaquiuria diurna y nocturna y ardor miccional, síntomas que anteriormente no habían llamado la atención de la enferma y que se fueron acentuando hasta decidirla al examen médico. Refieren los familiares que luego de un examen endoscópico, se le diagnosticó un cáncer inoperable de vejiga. Desde entonces calmaba sus dolores con opiáceos.

Al examen se encuentra una enferma en deficiente estado general. La presión sobre el hipogastrio es sumamente dolorosa y no permite la palpación profunda. Orinas de emisión turbias.

Los exámenes de laboratorio revelan orina con densidad de 1.005, con pus y gérmenes. Sedimento negativo para el bacilo de Koch. Urea en sangre 0,70 %.

La urografía excretoria muestra una eliminación muy escasa del medio de contraste y sólo en la película tomada a los 60 minutos de la inyección se observan en ambas zonas renales la sombra de algunas grandes cavidades dilatadas.

La endoscopia efectuada con anestesia local, solución de pantocaína, permite observar, a pesar de la escasa capacidad, una vejiga de esfuerzo, con celdas y columnas; ambos orificios ureterales ampliamente abiertos por los cuales entra y sale el líquido de relleno con las maniobras de cierre y apertura del robinete del cistoscopio, es decir un franco reflujo vasico-ureteral. En cara antero-superior del órgano, se ve una zona edematosa, deflecada y cubierta en el centro de falsas membranas, con el aspecto de una neoformación. Dudando del diagnóstico de tumor vesical por el largo tiempo de evolución, se repite, luego de una semana de tratamiento con antibióticos, el examen con anestesia general, comprobando que la imagen descrita había variado totalmente, restando sólo una zona con mode-

rado edema. Se aprovecha la anestesia para efectuar un cateterismo bilateral de uréteres y una palpación bimanual que permite apreciar por delante de la vejiga e inmediatamente detrás del pubis una masa tumoral dura, fijada, lisa, del tamaño aproximado de una naranja.

La pielografía ascendente (fig. 1) muestra marcada dilatación pielocaliceal bilateral, ambos ureteres dilatados y alargados con acodaduras.

Se interviene con diagnóstico de tumor prevesical. Incisión mediana infra-

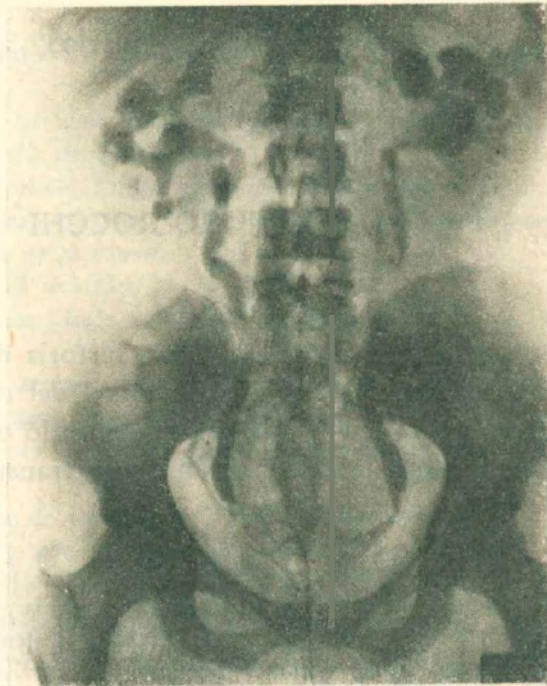


Figura 1

umbilical: inmediatamente por debajo de la fascia transversalis se encuentra el peritoneo íntimamente adherido a la cara superior del pubis, se abre y luego de rechazar el epiplón mayor también adherido al plano óseo, se descubre un tumor de color gris azulado, consistencia pastosa, con el aspecto de un quiste dermoideo. Se ligan y seccionan numerosas adherencias, sección de la trompa derecha que aparece adherida a un asa delgada. Extraída la tumoración quedan la cara anterior de la vejiga y el cuello de la misma, envueltos en una verdadera coraza fibrosa. Considerando a esta última, más que a la compresión del quiste, como causa al obstáculo en la evacuación urinaria, se trata de liberar, maniobra en la cual se



Figura 2

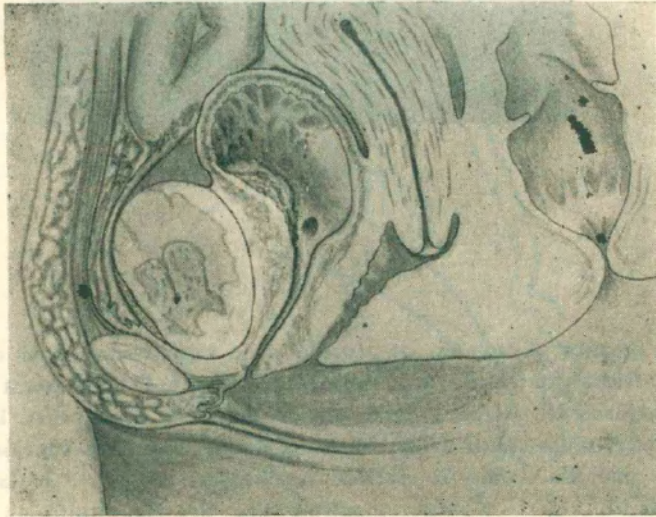


Figura 3

encuentra la pared vesical de consistencia friable y se cae en la cavidad del órgano. Sutura de vejiga en dos planos de catgut simple. Sonda de Pezzer por uretra. Postoperatorio: ileo que cede con las medidas habituales. Se retira la sonda uretral a los 30 días.

El examen anatomopatológico que debemos al Prof. Monserrat dice: "quiste epidermoideo de ovario, contenido grasoso, retirado el cual se observa la pared interna del quiste con algunos pelos". (Fig. 2).

La fig. 3 muestra en un corte esquemático, las relaciones del tumor con

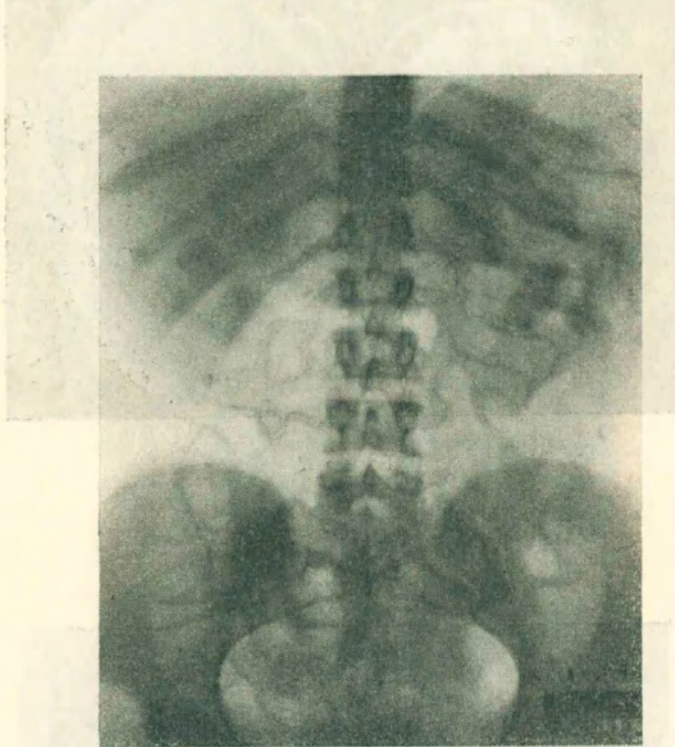


Figura 4

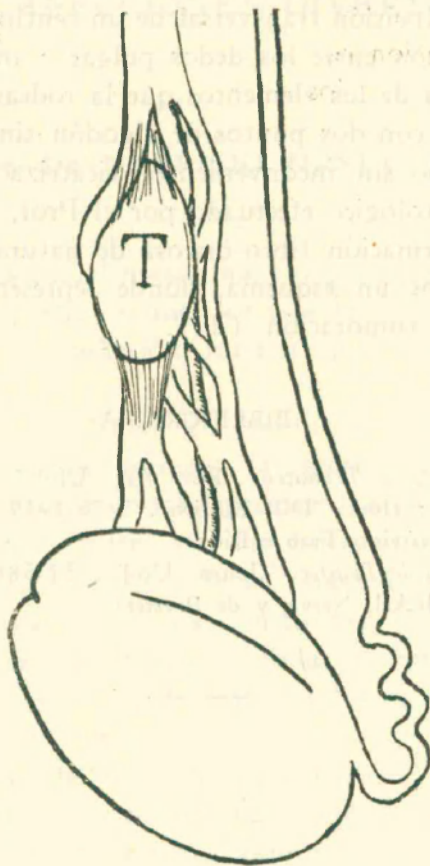
la vejiga y órganos adyacentes, de acuerdo a lo encontrado en el acto quirúrgico.

La enferma controlada posteriormente, orina cada dos horas sin molestias; apreciable mejoría del estado general que le permiten desempeñar las tareas de la casa y cooperar en las tareas de la chacra en donde reside. La función renal muestra una discreta mejoría, como lo revelan las urografías (fig. 4), la cifra de urea en sangre de 0,50 ‰; la orina mantiene una densidad uniforme de 1.007. El residuo vesical es de 200 cc., difícil de apreciar en su justo valor por la orina que se agrega de ambos uréteres dilatados.

TUBERCULOMA DEL CORDON ESPERMATICO

Por los Dres. ALBERTO ROCCHI y ALFONSO CABELLO

Existe una extensa bibliografía referente a los tumores del cordón espermático. No ocurre lo mismo con las formaciones tubercu-



losas de la apariencia tumoral y la misma localización; cuyo hallazgo, raro, plantea interesantes problemas de diagnóstico diferencial. En la literatura mundial sólo encontramos cinco referencias, de las cuales una

corresponde a Figueroa Alcorta y Trabucco, la otra a Ferreira, Trab e Itoiz en nuestro país.

Se trata de un enfermo de 40 años de edad, argentino, casado, de profesión chófer, que concurre a la consulta porque desde hace unos meses nota la presencia de un pequeño bulto, indoloro, en el lado izquierdo de las bolsas.

Al examen local se encuentra una tumoración del tamaño de una oliva, dura, indolora, localizada entre los elementos del compartimiento anterior del cordón espermático, encontrándose en el posterior el deferente libre y de caracteres normales. El resto del aparato genital no presenta nada de particular.

La baciloscopia del sedimento urinario es negativa. El resto de los exámenes de laboratorio no ofrece datos de interés.

Se interviene con diagnóstico de tumor del cordón :anestesia local infiltrativa. Incisión transversal de un centímetro que permite, fijando la tumoración entre los dedos pulgar e índice de la mano izquierda, despegarla de los elementos que la rodean: venas y arteria espermáticas. Cierre con dos puntos de algodón sin drenaje.

Postoperatorio sin inconvenientes, cicatrización normal. El examen anatómo-patológico efectuado por el Prof. Monserrat demuestra tratarse de una formación fibro-caseosa de naturaleza bacilar.

Acompañamos un esquema, donde representamos las relaciones topográficas de la tumoración (T.).

BIBLIOGRAFIA

- Figueroa Alcorta y Trabucco.* "Rev. Arg. Urol.", V-72-1936.
Ferreira, Trab e Itoiz. "Día. Médico", 5-75-1939.
Legueo (cit. Ferreira, Trab e Itoiz).
Heckel, Norris, de Peyster. "Journ. Urol.", 52-586-1944.
Schulte (cit. Heckel, Nervis y de Peyster).
-