

SOBRE UN CASO DE DILATACION QUISTICA DE EXTREMIDAD INFERIOR DEL URETER Y LITIASIS

Por el Dr. R. E. SANDRO

Hace nueve años que hice en esta Sociedad un relato similar, me refería entonces a una dilatación quística de ambas extremidades del uréter con cálculo enclavado en una de ellas. Afección urológica de relativa frecuencia en las afecciones de la especialidad hace que deba pensarse en ella cuando nos hallamos delante de cuadros que por piurias, fiebre, dolor, discretas hematurias macro o más frecuentes microscópicas o grados variables de retención ureteropielocalicial, expresión urográfica del sufrimiento renal concomitante. Esto en cuanto al diagnóstico, pero si distraigo de nuevo vuestra atención, es para ratificar lo que en aquella ocasión dije en cuanto al tratamiento.

El caso que motiva esta comunicación es aparente y corrobora esa manera de pensar. Se trata de un paciente de la clientela privada remitido por un distinguido colega clínico a quien llama la atención un análisis de orina que realizado a X X da en el examen microscópico 4 ó 5 hematíes por campo.

Este análisis fué dispuesto a raíz de que dicho paciente desde hacía cuatro meses presentaba con relativa frecuencia dolores en ambas fosas lumbares en ocasiones preferentemente izquierdas e irradiadas hacia el muslo correspondiente. Examinado clínicamente pude comprobar orinas ligeramente turbias, poliuria diurna y nocturna 3 ó 4 veces, en ocasiones micción imperiosa. Riñones no palpables aunque discretamente sensible a la maniobra en lado izquierdo. Próstata discretamente aumentada de volumen, bien delimitada con conservación del surco medio y de consistencia adenomatosa. Uretra con estrechez ancha. Vejiga con residuo vesical de 50 cc.

Practicada una cistoscopia se halló mucosa congestiva sobre todo a nivel del trigono, orificios ureterales visibles en el lado derecho. Al ir en busca del izquierdo encontramos a su nivel un levantamiento de la mucosa que bombeaba dentro del área vesical y que intermitentemente cambiaba de forma para luego de aumentar, disminuir de volumen.

Existía también a ese nivel una imagen pseudopoliposa. Con el diagnóstico presuntivo de dilatación quística, para corroborarlo radiográficamente y sobre todo teniendo en cuenta su hematuria microscópica, hicimos practicar un estudio urográfico simple y excretor.

En la radiografía simple aparece una sombra calculosa del tamaño del

carozo de una aceituna pequeña, que se encuentra como suspendida dentro del área vesical.

El urograma excretorio a los 5 minutos aparte de mostrarnos un doble sistema excretor hace aparente un uréter izquierdo dilatado en su porción terminal; en vejiga ya rellena por la substancia de contraste se presenta el cálculo situado dentro de la cavidad quística de paredes espesadas.

Con el diagnóstico de dilatación quística de la extremidad inferior del uréter con cálculo en su cavidad, procedí a efectuar por vía endoscópica una ureterocistoneostomía, escarificando profundamente a objeto de abatir la pared quística que daba la impresión de presentar singular grosor.

A los 12 días de la intervención endoscópica se presenta una abundante hematuria, y concomitantemente los dolores lumbares comenzaron a ceder.

Coincidiendo con mis vacaciones no vi al enfermo por 20 días, al cabo de los cuales lo examino y me manifiesta presentar fenómenos de micción interrumpida; halagado por esa sintomatología practico una cistoscopia que muestra el cálculo libre en la cavidad vesical, el nuevo meato ureteral izquierdo se encuentra ampliamente abierto y de aspecto crateriforme.

Esperé 10 días confiado en que el cálculo fuera expulsado espontáneamente al cabo de los cuales y por presentar el enfermo molestias vesicales, más que nada atribuibles al hecho de saberse portador de un cálculo en vejiga, procedí a efectuar una litotricia que se efectuó en buenas condiciones consiguiendo en una toma indirecta aprisionar el cálculo y disgregarlo.

A los 2 meses he hecho practicar las radiografías de comprobación que ya muestran la desaparición del éstasis de la porción terminal del uréter izquierdo.

Distinguidos urólogos: terminando este relato quiero como dije en mis primeras palabras certificar con este caso como con otros dos más que también tuve la suerte de tratar en la misma forma, que es a mi modo de ver la vía endoscópica la mejor a utilizar en el tratamiento de estas malformaciones del uréter, ya que aparte de ser la menos traumática, da resultados satisfactorios en el mayor número de casos.