

PIELOURETERITIS QUISTICA

Por los Dres. ALFREDO A. GRIMALDI y JUAN A. GOLDARACENA

En la Soc. Francesa de Urología el 20 de diciembre de 1948, B. Fey (1), refiriéndose a la degeneración quística de las vías excretorias urinarias dijo: "No se trata de una enfermedad nueva, porque, según los países, se la llama enfermedad de Cruveilhier o enfermedad de Morgagni, sino de una enfermedad por sí rara, dado que me han sido necesarios 25 años de urología para encontrar el primer caso". M. Chevassu, en la misma reunión, recuerda que él publicó en 1936 su primer caso observado en el vivo; y reconoce que la lesión es rarísima habiéndola observado sólo una vez sobre más de 10.000 urétero-pielografías retrógradas.

La pieloureteritis quística reconocida por Morgagni en 1761, asociada a la inflamación del tracto urinario, y estudiada microscópicamente por von Limbeck en 1887, tiene una substractum anatómico constituido por lesiones múltiples pequeñas, quísticas, sub-epiteliales, con epitelio cúbico o de transición, idénticas a las de la cistitis quística. Von Brunn encuentra brotes epiteliales en estas lesiones a las que denomina "cells nests".

Herheimer considera estos quistes como fases progresivas de una respuesta proliferativa a una inflamación crónica del epitelio, hecho que experimentalmente reproduce Giani en la vejiga del conejo y que Hinman y otros también confirman.

En veinte de veintiocho casos de cistitis quística, Warrick determina al E. Coli como el organismo más común.

La urografía ha hecho posible el diagnóstico de la ureteropielitis quística en el vivo, aunque los síntomas incaracterísticos, que no difieren de otros procesos inflamatorios u obstructivos del árbol urinario y la extrema rareza de la afección, explican la escasísima casuística al respecto.

El último caso que hemos encontrado de ureteritis quística en la búsqueda bibliográfica corresponde a Clarke (2) de cuyo trabajo hemos obtenido los antecedentes históricos más importantes de esta enfermedad.

Volviendo al origen del proceso se acepta la explicación expuesta por Brütt (3) quien considera que los minúsculos quistes translúcidos extendidos a lo largo no sólo de la pelvis y uréter sino también de la vejiga son debidos a una metaplasia de las células epiteliales de las mucosas respectivas, lo que da por resultado la formación de acini glandulares o quistes. Estos pueden

romperse en algunos casos y dar hematuria, siendo obvia la explicación de los fenómenos obstructivos que puedan observarse.

En el Servicio de Urología del Dr. Roberto A. Rubi, del Policlínico Fernández, hemos tenido oportunidad de estudiar el caso que exponemos muy sucintamente a continuación.

El 25 de Febrero de 1954 nos consulta O.C. de L., argentina, de 43 años, casada; Historia Clínica 8919, quien se halla con una *hematuria* total, indolora de cinco días de duración, que logramos localizar: *Hematuria supravescical derecha*.

Después de breves días sobrevino *dolor* renal derecho y la orina emitida se observó ligeramente turbia.

El estudio y el tratamiento sintomático se efectuó en forma ambulatoria, pero la per-



Figura 1. — Fotografía de la pelvis y de varios cálices mostrando las formaciones quísticas que hacen saliencia sobre la superficie de la mucosa.



Figura 2. — Un corte que muestra la mucosa pelviana con su epitelio paramalpighiano y dos formaciones quísticas de diferentes tamaños.

Coloración: Hemalumbre-eosina, Zeiss. obj. aa (sin ocular). aumento 41x.

sistencia del cuadro doloroso obligó a su internación. Entonces se pudo completar el examen, cuyos datos más importantes transcribimos a continuación.

Examen citobacterioscópico: Ligera piuria, no se observan gérmenes; Koch (directo e inoculación al cobayo): Negativo.

Urea en suero: 0.40 gramos por mil; *Glucemia* 0.74 gramos por mil.

Eritrosedimentación: 1ª hora: 4 mm.

Hemograma: normal.

Cromocistoscopia: No se observan lesiones vesicales; el índigo carmín aparece del lado izquierdo a los 4 minutos con buena proyección y concentración; siendo negativo del lado derecho.

Radiografía simple: Negativa. *Urografía excretoria* a los 5' - 15' y 30': Vías excretorias de aspecto normal del lado izquierdo. En el lado derecho se observa una ligera dilatación de la

porción inicial del uréter y de la pelvis, cuyos contornos así como los de los cálices son irregulares y festoneados, llamando sobremanera la atención unas pequeñas imágenes lacunares, redondeadas, ubicadas dentro del uréter inicial y de los cálices medio e inferior.

Los elementos aportados por el examen físico y funcional de esta enferma aseguraban una afección unilateral derecha, cuya interpretación no podía ser categórica.

La hematuria, la piuria muy discreta, y los fenómenos dolorosos que consideramos de origen obstructivo plantearon el diagnóstico, apoyados en la imagen radiográfica, de *pieloureteritis inespecífica*, tumor papilar de las vías excretoras, litiasis transparente, e inclusive pensamos en el llamado "riñón en esponja". Pero la imposibilidad de practicar la pielografía de relleno, que hubiera sido de suma utilidad, y el sufrimiento de la enferma que reclamaba la solución de su problema doloroso que le impedía desempeñarse en la vida cotidiana, determinó nuestra conducta activa siendo sometida a la intervención quirúrgica el 27 de abril de 1954.

Operación: Cirujano Dr. Grimaldi. Ayudantes: Dres. Goldaracena y Eraso. Anestesia General: Dr. Kleiman. Incisión lumbar oblicua transmuscular derecha. Se aborda la glándula, pequeña, con discreta perinefritis y algunos quistes en su superficie. La porción inicial del uréter se halla ligeramente engrosada, palpándose dentro del mismo unos elementos nodulares, discretamente duros. Se procede a la nefreureterectomía con 10 cm. de uréter. Cierre por planos. Drenaje.

Post-operatorio sin inconvenientes. alta el 5 de Mayo de 1954; sin dolores, con orinas claras.

El contralor practicado periódicamente, el último de los cuales se efectuó hace pocos días, presenta a la enferma sin dolor, y estado general satisfactorio. El examen cromocistoscópico, normal.

Examen anatomopatológico: El Prof. Julio C. Lascano González, practicó el estudio histopatológico de la pieza operatoria; su detallado informe es el siguiente: "Examen N° 5586 - inclusión N° 6106".

"Examen macroscópico: El riñón que se estudia es de dimensiones pequeñas y ligeramente pálido; la forma y consistencia están conservadas, con una superficie finamente rugosa y una cápsula que adhiere en forma parcial. El uréter se halla ligeramente engrosado, sobre todo en su parte inicial.

Seccionado el órgano por su plano de simetría, se encuentra un parénquima sin grandes alteraciones con una proporción córtico-medular conservada y una moderada palidez de todo el conjunto.

Llama la atención especialmente el aspecto que representa la mucosa de la mayor parte de las vías excretoras comprendiendo *cálices, pelvis* y nacimiento del *uréter*. En la superficie de ésta, se encuentran *numerosas formaciones quísticas* (fig. 1) de superficie lisa y brillante, con un contenido líquido.

Examen microscópico: *Histológicamente* se pueden observar quistes de la mucosa de la vía excretora en diferentes etapas de su desarrollo (fig. 2) y se puede reconocer que éstos se forman en pleno espesor del epitelio sin intervención del tejido conjuntivo del corion: *son formaciones intraepiteliales*.

Tal como lo hacía suponer el aspecto macroscópico, no se encuentran otras alteraciones de la mucosa y observando los cortes del uréter a diferentes alturas, se comprueba que la malformación quística se detiene aproximadamente a un centímetro y medio de su nacimiento.

El parénquima renal no presenta alteraciones en su conjunto y solo se observa un comienzo de dilatación quística de los tubos colectores en una zona próxima al hilio.

Diagnóstico: Riñón con malformación quística de la vía excretora (cálices, pelvis y nacimiento del uréter) y esbozo de dilatación de algunos tubos colectores de la medular".

COMENTARIOS

Hemos tenido oportunidad de observar un caso de *uretero-pielitis quística*, afección extremadamente rara, de sintomatología inflamatoria u obstructiva incaracterística y de diagnóstico, por ello mismo, poco frecuente.

Nuestra enferma tuvo como síntoma principal el *dolor persistente*, que consideramos ligado a fenómenos obstructivos, y que influyó marcadamente sobre su estado general. La infección urinaria en la que no se pudo determinar ningún germen, se hallaba presente y combatida con los medios habituales se atenuó, pero no fué suprimida totalmente. En cuanto a la *hematuria* que abrió el cuadro clínico duró cinco días, no se repitió y se la considera determinada por ruptura de algunos quistes intraepiteliales,

porción inicial del uréter y de la pelvis, cuyos contornos así como los de los cálices son irregulares y festoneados, llamando sobremanera la atención unas pequeñas imágenes lacunares, redondeadas, ubicadas dentro del uréter inicial y de los cálices medio e inferior.

Los elementos aportados por el examen físico y funcional de esta enferma aseguraban una afección unilateral derecha, cuya interpretación no podía ser categórica.

La hematuria, la piuria muy discreta, y los fenómenos dolorosos que consideramos de origen obstructivo plantearon el diagnóstico, apoyados en la imagen radiográfica, de *pieloureteritis inespecífica*, tumor papilar de las vías excretoras, litiasis transparente, e inclusive pensamos en el llamado "riñón en esponja". Pero la imposibilidad de practicar la pielografía de relleno, que hubiera sido de suma utilidad, y el sufrimiento de la enferma que reclamaba la solución de su problema doloroso que le impedía desempeñarse en la vida cotidiana, determinó nuestra conducta activa siendo sometida a la intervención quirúrgica el 27 de abril de 1954.

Operación: Cirujano Dr. Grimaldi. Ayudantes: Dres. Goldaracena y Eraso. Anestesia General: Dr. Kleiman. Incisión lumbar oblicua transmuscular derecha. Se aborda la glándula pequeña, con discreta perinefritis y algunos quistes en su superficie. La porción inicial del uréter se halla ligeramente engrosada, palpándose dentro del mismo unos elementos nodulares, discretamente duros. Se procede a la nefreureterectomía con 10 cm. de uréter. Cierre por planos, Drenaje.

Post-operatorio sin inconvenientes, alta el 5 de Mayo de 1954; sin dolores, con orinas claras.

El contralor practicado periódicamente, el último de los cuales se efectuó hace pocos días, presenta a la enferma sin dolor, y estado general satisfactorio. El examen cromocistoscópico, normal.

Examen anatomopatológico: El Prof. Julió C. Lascano González, practicó el estudio histopatológico de la pieza operatoria; su detallado informe es el siguiente: "Examen Nº 5586 - inclusión Nº 6106".

Examen macroscópico: El riñón que se estudia es de dimensiones pequeñas y ligeramente pálido; la forma y consistencia están conservadas, con una superficie finamente rugosa y una cápsula que adhiere en forma parcial. El uréter se halla ligeramente engrosado, sobre todo en su parte inicial.

Seccionado el órgano por su plano de simetría, se encuentra un parénquima sin grandes alteraciones con una proporción córtico-medular conservada y una moderada palidez de todo el conjunto.

Llama la atención especialmente el aspecto que representa la mucosa de la mayor parte de las vías excretoras comprendiendo *cálices, pelvis* y nacimiento del *uréter*. En la superficie de ésta, se encuentran *numerosas formaciones quísticas* (fig. 1) de superficie lisa y brillante, con un contenido líquido.

Examen microscópico: *Histológicamente* se pueden observar quistes de la mucosa de la vía excretora en diferentes etapas de su desarrollo (fig. 2) y se puede reconocer que éstos se forman en pleno espesor del epitelio sin intervención del tejido conjuntivo del corion: *son formaciones intraepiteliales*.

Tal como lo hacía suponer el aspecto macroscópico, no se encuentran otras alteraciones de la mucosa y observando los cortes del uréter a diferentes alturas, se comprueba que la malformación quística se detiene aproximadamente a un centímetro y medio de su nacimiento.

El parénquima renal no presenta alteraciones en su conjunto y solo se observa un comienzo de dilatación quística de los tubos colectores en una zona próxima al hilio.

Diagnóstico: Riñón con malformación quística de la vía excretora (cálices, pelvis y nacimiento del uréter) y esbozo de dilatación de algunos tubos colectores de la medular".

COMENTARIOS

Hemos tenido oportunidad de observar un caso de *uretero-pielitis quística*, afección extremadamente rara, de sintomatología inflamatoria u obstructiva inaracterística y de diagnóstico, por ello mismo, poco frecuente.

Nuestra enferma tuvo como síntoma principal el *dolor persistente*, que consideramos ligado a fenómenos obstructivos, y que influyó marcadamente sobre su estado general. La infección urinaria en la que no se pudo determinar ningún germen, se hallaba presente y combatida con los medios habituales se atenuó, pero no fué suprimida totalmente. En cuanto a la *hematuria* que abrió el cuadro clínico duró cinco días, no se repitió y se la considera determinada por ruptura de algunos quistes intraepiteliales,

El diagnóstico de lesión de las vías excretoras derechas fué condicionado al examen endoscópico y radiográfico. La ureteropielitis quística propiamente dicha, no fué establecida categóricamente aunque la imagen urográfica nos hizo sospechar un proceso de este tipo entre las diversas concepciones diagnósticas planteadas antes de la intervención.

El tratamiento tiende a combatir la infección citándose algún caso de éxito con el empleo de los antibióticos más conocidos (Clarke, ya citado), o la ruptura de los quistes mediante cateterismos e inyecciones de diversas sustancias en pelvis y uréter (Kindall; Kopp).

Nosotros no tuvimos éxito con la aplicación de la terapéutica antibiótica y consideramos que la curación de la enferma sólo se hallaría asegurada con la extirpación de toda la mucosa afectada (cálices, pelvis y uréter) lo que implicó la nefreureterectomía parcial.

El posterior estudio *anatomopatológico* estableció el diagnóstico definitivo de degeneración quística ureteropielocalicial.

RESUMEN

Los autores presentan un caso de ureteropielitis quística, sospechada clínicamente, que fué objeto de nefreureterectomía parcial, lo que permitió el estudio anatomopatológico detallado, de una afección de observación clínica extremadamente rara.

BIBLIOGRAFIA

- Fey, E. — "Degeneración quística de las mucosas de las vías excretorias" Jd'Urol. 55, 1949. pág: 89.
Clarke, B. G. — "Uretritis quística" J. of. Urol.. 68. S. Nov. 1952 Pág: 815.
Brütt, Z. F. — Urol. Chir. 14: 157, 1923.
-

El diagnóstico de lesión de las vías excretoras derechas fué condicionado al examen endoscópico y radiográfico. La ureteropielitis quística propiamente dicha, no fué establecida categóricamente aunque la imagen urográfica nos hizo sospechar un proceso de este tipo entre las diversas concepciones diagnósticas planteadas antes de la intervención.

El tratamiento tiende a combatir la infección citándose algún caso de éxito con el empleo de los antibióticos más conocidos (Clarke, ya citado), o la ruptura de los quistes mediante cateterismos e inyecciones de diversas sustancias en pelvis y uréter (Kindall; Kopp).

Nosotros no tuvimos éxito con la aplicación de la terapéutica antibiótica y consideramos que la curación de la enferma sólo se hallaría asegurada con la extirpación de toda la mucosa afectada (cálices, pelvis y uréter) lo que implicó la nefreureterectomía parcial.

El posterior estudio *anatomopatológico* estableció el diagnóstico definitivo de degeneración quística ureteropielocalicial.

RESUMEN

Los autores presentan un caso de ureteropielitis quística, sospechada clínicamente, que fué objeto de nefreureterectomía parcial, lo que permitió el estudio anatomopatológico detallado, de una afección de observación clínica extremadamente rara.

BIBLIOGRAFÍA

- Fey, B. — "Degeneración quística de las mucosas de las vías excretorias" *Jd'Urol.* 55, 1949. pág: 89.
 Clarke, B. G. — "Uretritis quística" *J. of. Urol.* 68, S. Nov. 1952 Pág: 815.
 Brütt, Z. F. — *Urol. Chir.* 14: 157, 1923.
-