

## URETER SUPERNUMERARIO CIEGO Y TUMOR MESENTERICO

---

Por los Dres. AGUSTIN TRABUCCO, FRANCISCO DUEÑAS,  
ARMANDO TRABUCCO y BELISARIO OTAMENDI

Traemos a consideración de ustedes un problema urológico de extrema rareza, que debido al hallazgo radiológico, con su correspondiente comprobación quirúrgica y a la explicación embriológica que hemos dado del mismo, merece especial interés.

Se trata de un paciente de 33 años de edad, de ocupación peón, que desde hace más de un año ha experimentado dolores lumbares, a veces derecho, otras veces izquierdo, de carácter más bien sordo, de duración variable, entre horas, a algunos días, que calmaban con el calor y el reposo.

Ultimamente presentó en medio de uno de estos episodios una hematuria macroscópica, con coágulos pequeños, presentando dolor en esta oportunidad del lado izquierdo, con irradiación hacia las bolsas.

Consultó a uno de nosotros, quien le pidió luego de unos días de pasado el síndrome doloroso una radiografía simple de árbol urinario y un urograma excretor, encontrándose en la radiografía simple una sombra opaca a los rayos, pequeña, situada en la fosa iliaca.

El urograma muestra que esta sombra se encuentra dentro del uréter, casi a nivel de su desembocadura, produciendo una dilatación ureteral marcada.

Fué tratado clínicamente y a los 45 días eliminó un pequeño cálculo espontáneamente.

Pasado un tiempo se sacó un nuevo urograma para comprobar el estado de función renal y el de la dilatación ureteral.

El estudio radiográfico reveló las siguientes estructuras: En la radiografía directa no se encuentra ninguna sombra anómala que llame la atención. Ambos riñones se encuentran bien colocados, los psoas se ven muy bien, no hay deformación de la columna.

El urograma de excreción muestra buena función de ambos lados, sin particularidades dignas de mención en el riñón y uréter derechos. En cambio en el uréter izquierdo podemos observar una pequeña hidronefrosis con uréterectasia en todo su trayecto especialmente en el tercio inferior, donde parece notarse un megauréter, aunque con imágenes superpuestas, que en esta radiografía no son fáciles de interpretar.

*Pielografía ascendente:* Para aclarar el diagnóstico debidamente se hace una urétero pielografía ascendente con sonda Chevasu encontrándose cistoscópicamente una vejiga normal, con dos meatos ureterales, uno de cada lado. Se procede de inmediato a la pielografía, rellenando con yoduro el 12 % y podemos observar que la sustancia opaca llena correctamente todo el uréter, pelvis y caliz del lado izquierdo, que se encuentra discretamente dilatado y que hay otra sombra paralela a él, que nace a un par de centímetros del meato ureteral, se dirige hacia arriba, llegándose hasta el promontorio sacro; esta sombra corresponde a otro uréter, pero con terminación ciega, que mediante la radiografía en oblicua permite localizarla delante del uréter verdadero.

*Intervención:* En vista de este hallazgo se propone al paciente una exploración quirúrgica a fin de determinar las relaciones de este uréter supernumerario e investigar la existencia de una blastema renal ectópico.

Se practica una incisión paramediana-infra-umbilical izquierda, se separa el recto anterior por su lado externo, se investiga el conducto deferente llegando con este reparo hasta la extremidad inferior del uréter en su zona paravesical; se explora el conducto ureteral, constatando su

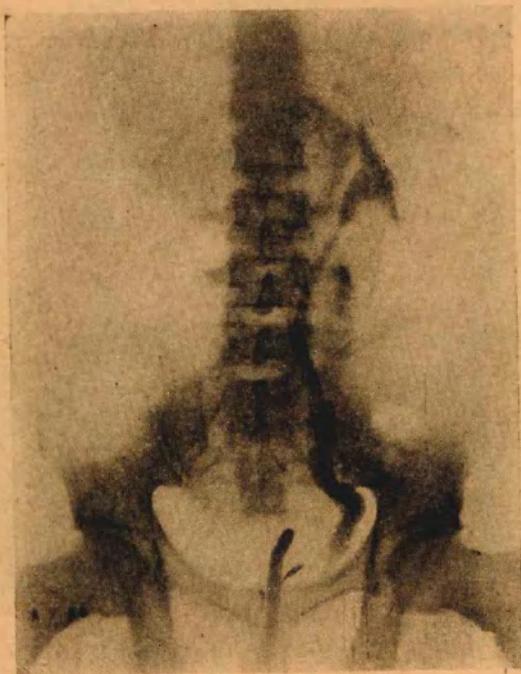
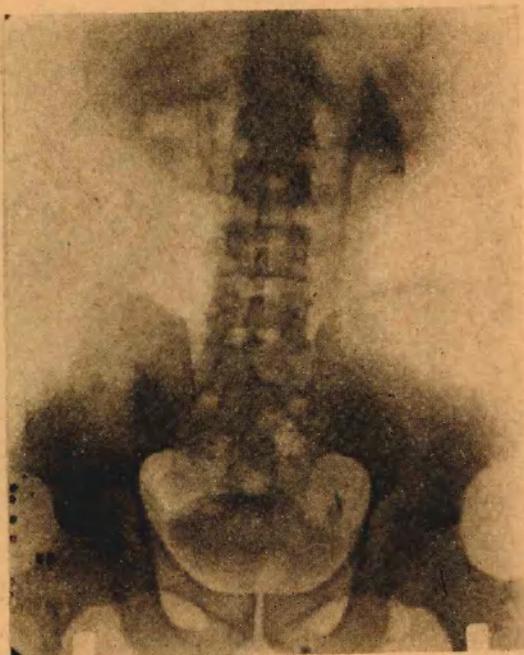
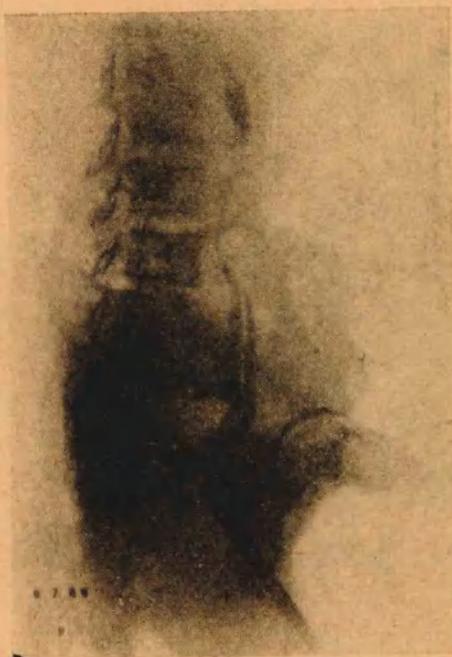


Fig. 1: Pielografía ascendente izquierda, antes de la operación.



oblicua izquierda, antes de la operación.

Fig. 2: Pielografía ascendente izquierda en 20 días de operado. Fig. 3: Pielografía de excreción a los 20 días de operado.

bifidez, pudiendo determinar que el punto de partida de ambos uréteres se encuentra prácticamente en el momento de su unión con la vejiga. Continuamos la exploración hacia arriba, pudiendo constatar que ambos tubos se hallan unidos por una misma adventicia de tipo fibroso,

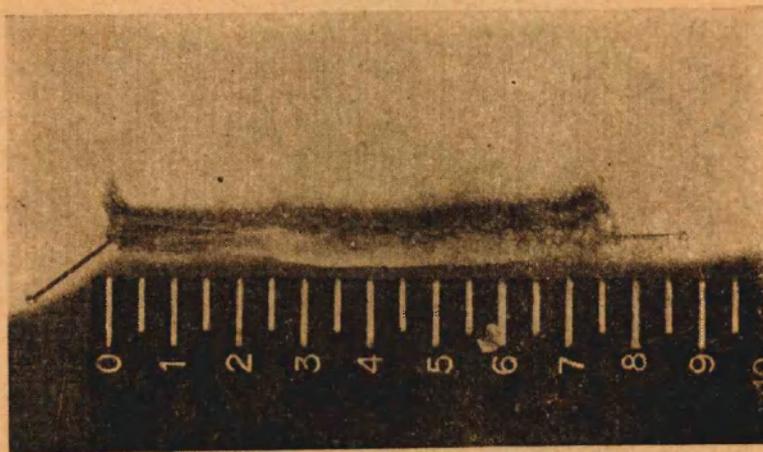


Fig. 4: Pieza operatoria. Puede notarse en la extremidad izquierda la pequeña tumoración mesonéfrica que se ha hallado en contacto con el extremo ciego del uréter.

muy firme, que obliga a separarlo con tijera. Al continuar su liberación hacia arriba, constatamos que el órgano situado en su situación anterior, termina en fondo de saco ciego, pero que en su extremidad se vislumbra una pequeña imagen del tamaño de un grano de mijo, color amari-



Fig. 5: Corte transversal del uréter y de la tumoración mesonéfrica.

lento, situado dentro de su misma adventicia. Procedemos a reseca cuidadosamente este tubo ureteral supernumerario juntamente con el pequeño tumorcito situado en su extremidad ciega, ligando con cuidado la desembocadura ureteral al ras del órgano restante. Se cierra la pared por planos. Postoperatorio normal.

*Radiografía de excreción:* Al mes de operado se le saca una radiografía de excreción que nos muestra al uréter izquierdo en donde existe una falta de relleno, interpuesto en su trayecto

en una extensión de 10 cm aproximadamente y una muesca yuxtavesical, deformando al uréter y a la vejiga, correspondiendo sin lugar a duda a procesos de reparación.

*Anatomía patológica.* — La pieza extraída es de forma tubular de 8 cm de largo por



Fig. 6: Pared del uréter.

8 mm de ancho de color rosado, de superficie lisa y se encuentra rodeada por tejido laxo de tipo adventicial.

Este tubo abierto por un lado, termina en fondo ciego por el otro. En el límite superior,

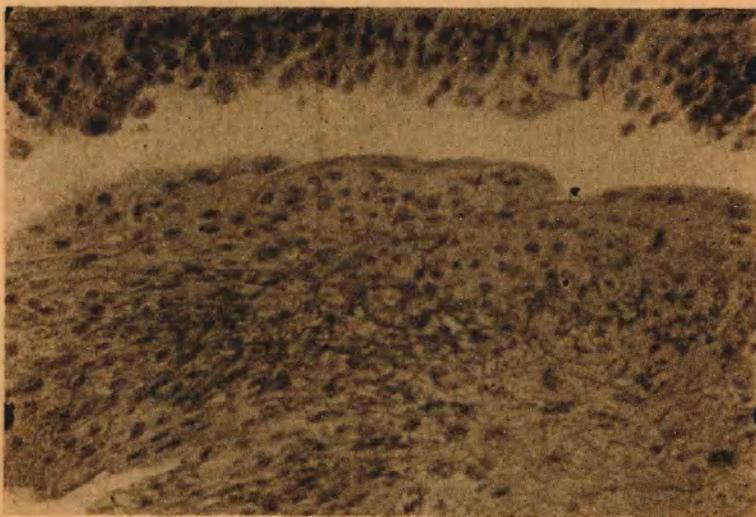


Fig. 7: Epitelio del uréter.

es decir, en el extremo ciego, se observa en medio de un tejido celular en forma de vaina a una pequeña tumoración del tamaño de un grano de mijo, redondeada, de color amarillento, que tiene contacto de vecindad con la terminación ciega del uréter. No se observan vasos apreciables y la irrigación parece estar sostenida por el sistema adventicial.

La preparación anatomopatológica seguida con las técnicas habituales y coloreadas con hematoxilina eosina y tricrómico de Masson arrojan los siguientes resultados:

*Uréter*: Está formado por una pared conjuntiva muscular, cuyos haces musculares, si bien compactos y por grupos, se encuentran separados entre ellos por grandes puentes de tejido conjuntivo que se tiñen selectivamente con el verde luz.



Fig. 8: Estructura histológica de la tumoración mesonéfrica. Obsérvase el epitelio ciliado y secretante.

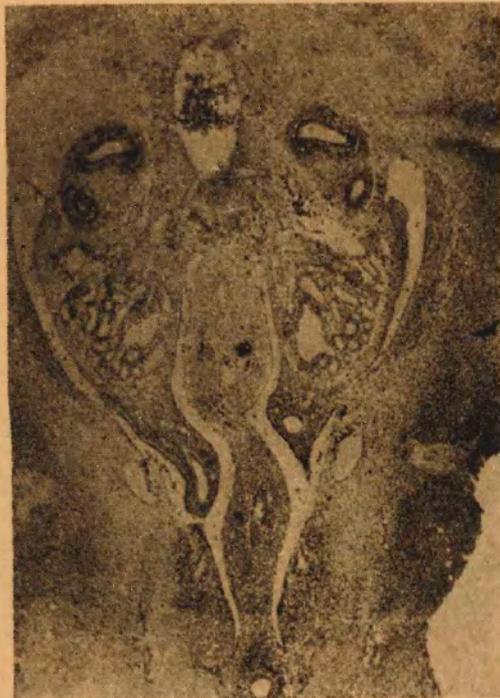


Fig. 9: Región meso-metanéfrica de un embrión de conejo de 13 días de evolución.

Por dentro de la pared muscular existe un tejido en cierto modo laxo, perteneciente a la submucosa, cuyo espesor es bien apreciable. Sostiene a la submucosa al epitelio, que es netamente paramalpighiano a varias capas de células, pudiéndose distinguir los 3 estratos clásicos de este

tipo de tejido es decir, células basales, células de la capa media en raqueta y algunas células muy grandes tapizantes, como las de Virchow que se encuentran en la vejiga.

El pequeño tumor que se encontraba en el extremo del uréter, tiene histológicamente las características de un tumor quístico, cuyo contenido amorfo está limitado por una pared formada por tejido conjuntivo, del tipo adulto, que está tapizado en su interior por un epitelio cilíndrico de una sola capa de células de tipo ciliado. Estas células tienen distinto grado de función, encontrándose con núcleo basal y con protoplasma oscuro y otras en cambio con protoplasma claro y cargadas de secreción.

Esta tumoración quística se encuentra tabicada en distintas direcciones, estando estos tabiques formados de la misma manera y por los mismos elementos que hemos descrito más arriba.

### CONSIDERACIONES

La extraordinaria rareza de un uréter ciego, aunque sea supernumerario, se encuentra acentuada en este caso con la presencia de un pequeñísimo tumor benigno y residual que no puede pertenecer nada más que a un cuerpo de Wolff que se ha mantenido durante el transcurso de la vida del paciente sin involucionar en forma completa como debiera de haber sucedido.

La presencia de estos cuerpos es más rara aún que el tipo de uréter a terminación ciega y recordamos solamente en este momento un caso presentado por Krauss L. W. y Straus R. (1935), que se trataba de un quiste al parecer metanefrógeno, según la interpretación de los autores, con hipertrofia compensadora del riñón del otro lado, asociado con anomalías de otros órganos, como corazón, hígado, vejiga, etc. Nuestro caso con respecto a la masa tumoral quística, la interpretamos de distinta manera, pues creemos que nada tiene que ver con la blastema renal metanéfrica.

Creemos que se trata en realidad de un residuo wolffiano mesonéfrico. Mal podía ser metanéfrico porque el riñón se ha desarrollado en forma normal, respondiendo a un uréter.

Podríamos tener dudas sobre el origen de este quiste si no hubiese existido el riñón, pero su existencia nos obliga a pensar de que no es el metanefros el productor de esta malformación, sino que es en realidad un residuo wolffiano.

Este concepto lo apoyamos no sólo por la situación interna y anterior al uréter funcionante, sino también por la misma estructura histológica de tipo de células ciliadas secretantes muy parecidas a las epididimarias, células que no pueden tener otro origen que el mesonefros.

Con respecto a la terminación ciega de un uréter supernumerario son pocos los casos descritos, pudiendo citar uno de Herbst (1928), muy similar a nuestro caso; de Harlin, Atkinson y Fort (1951), el caso de Gualberto y Olivera (1952), el de Kretschmer (1933), el de Sisk y Kundert (1936), los 8 casos de Engel (1939), el de Hanley (1945), los 2 de Evers (1949), el de Crenshaw (1940), el de Kadar (1947) y el de Balderi (1937). En total 13 casos que hemos podido encontrar en la literatura extranjera.

En la literatura del país no hemos hallado ninguno y desearíamos tener conocimiento si es que existe y quién lo publicó.

La interpretación patogénica del uréter doble por todos conocida y no se necesita insistir sobre las bases embriológicas de la duplicidad ureteral, pero lo que no está bien explicado es la razón por qué en una duplicidad ureteral como la de nuestro caso un uréter es normal, drenando el metanefros y el otro en cambio termina en fondo ciego.

Creemos que la explicación la podremos tener a la vista observando la Fig. 9, donde representa un embrión de conejo de 13 días de evolución,

pudiéndose ver ambos cuerpos mesonéfricos con sus correspondientes tubos de Wolff situados por delante y en contacto con los metanefros de ambos lados. Si el brote ureteral de Kupfer, al dividirse prematuramente, sufriese uno de ellos una desviación patológica, tomar contacto con el tejido mesonéfrico, vencer su cápsula y adherirse a los tubos uriníferos mesonefróticos, podría explicar perfectamente esta anomalía. En ese caso, al haber encontrado esa rama ureteral anómala al objetivo a que estaba determinada, es decir, el drenaje de orina, es muy probable que en nuestro caso existiera en la edad embrionaria esa situación, con el crecimiento del embrión y al atrofiarse el mesonefros no quedaba otra solución al uréter que su clausura justo en el sitio en que estaba en contacto con el cuerpo de Wolff; es probable también que en los pocos casos de uréter ciego, si se hubiese explorado cuidadosamente su extremidad libre, se hubiese también encontrado algún resto mesonefrótico que habría coincidido con nuestro caso.

## BIBLIOGRAFÍA

- Herbst R. N.* — Case of double right kidney ureter one ending blindly, calculus. pyonephrosis of upper pelvis. *J. Clin. North America* 8: 611-614, June 1928.
- Kretschmer, H. L.* — Duplication of ureteres at their distal ends one pair ending blindly; so called diverticula or ureteres. *J. of Urology* 30: 61-73, July 1933.
- Krauss, L. W. y Straus, R.* — Retroperitoneal cyst arising in persistent metanephros with congenital absence of right kidney and ureter. *J. of Urology* 34:97-105, August 1935.
- Sisk, I. R. and Kundert, P.* — Duplication of double ureter ending blindly. *Tr. Am. A. Genito Urinary Surg.* 29: 7-13, 1936. & *J. Urol.* 38:261-266, Sept. 1937.
- Balderi, G.* — Chronic septic incomplete vesical retemption due to rary anomaly of right urinary tract (congenital dilatated suplementary ureter with no outlet) case. *Arch. Ital. di Urolog.* 14: 86-96, Jan, 1937.
- Engel, W. J.* — Partial duplication of ureter with branch ending blindly: 2 cases, one of wich simulated acute surgical abdomen. *J. Urol.* 42: 674-683, Nov. 1939.
- Crenshaw, J. L.* — Ureter with extravesimal orifice supernumerary ureter ending blindly: crossed ureteral ectopia, stones in extrapelvic cystocele; 11 cases. *J. Urol.* 43: 82-101, Jan. 1940.
- Evers, E.* — Rare anomaly: accesory blind ureter (2 cases). *Acta radiologic.* 25: 121-126. 1944.
- Hanley, H. G.* — Blind ending duplication. *Brit. Jour. Urol.* 17:50-54, June 1945.
- Kadar, L.* — Fissured ureter with patologic branch ending in cul-de-sac as cause of indefinite abdominal symptoms. *Acta Urol.* 1: 197-207, 1947.
- Harlin, H. C., Atkinson, Fort, C. A. y Bennet, W.* — *Urol. and Cutan. Rev.* 55:83-85, Feb. 1951.
- Gualberto, L. y de Olivera W. C.* — Branch with blind terminus in bifid ureter. *An. Fac. Med. Univers. Sao Paulo* 26: 23-43, July 1952.