

Sociedad Argentina de Urología

2ª Sesión científica ordinaria — 29 de Mayo de 1958

Presidente: Dr. José S. Dotta

Secretario: Dr. Raúl J. Borzone

Facultad de Medicina de Rosario.
Cátedra de Urología. Jefe: Prof. Dr. R. Ercole.

A PROPOSITO DE UNA OBSERVACION DE PIELOURETERITIS QUISTICA

Por los Dres. R. ERCOLE y R. C. HERENÚ

La pieloureteritis quística es una entidad anátomo-clínica de diagnóstico poco frecuente. Sin embargo, esta alteración del urotelio, asociada a procesos inflamatorios crónicos del riñón correspondiente, es posible que ofrezca formas mínimas que pasan desapercibidas (11), en medio del llamativo cuadro infeccioso que las ocasiona. Solamente se toman en cuenta por lo tanto, los casos en que la producción de estas formaciones quísticas tiene jerarquía propia y se manifiesta radiológicamente, a veces sólo después de un examen por ureteropielografía ascendente, que no se hace de rutina, o aparece como hallazgo biópsico o necrópsico.

Se tiende a considerar a la pieloureteritis quística como una de varias formas de reacción inespecífica no tumoral del urotelio, que en vejiga dan lugar a la cistitis granulosa, cistitis glandular, cistitis folicular, cistitis quística, cistitis enfisematosa y edema ampoloso (6).

Se ha señalado que muchas veces se asocian estas formaciones pieloureterales con un cuadro idéntico de la mucosa vesical (1, 5, 8, 10). Tal asociación, por lo demás muy fácil de comprender, dista sin embargo de ser constante (3, 4, 7, 8, 11).

En suma, se trata de una alteración urotelial que se produce en ausencia de una afección inflamatoria crónica (9), con pasaje sostenido, reiterado o

persistente, de material irritante procedente del riñón afecto. Como es lógico, siendo un proceso inespecífico, tanto se observa en infecciones litiásicas o no, banales, tuberculosas, etc., sin que la distinta etiología aporte una modificación sustancial.

El cuadro clínico generalmente depende de la afección causal y no de las formaciones quísticas, que constituyen sólo un epifenómeno. Algunas veces se ha atribuido a ellas un rol obstructivo propio, lo cual no es frecuente.

El aspecto radiológico, cuando el proceso es evidente, es lo más característico. Se aprecian numerosas faltas de relleno, redondeadas, en sacabocado, que suelen dar la impresión de burbujas suspendidas, imagen multivacuolar comparada a una formación espumosa. Desde luego, a ésto se agregan los elementos radiográficos del proceso originario, lo más comúnmente litiasis, pielonefritis o pionefrosis.

La anatomía patológica evidencia los quistes, que son submucosos, hacen prociencia hacia la luz, y se muestran llenos de una sustancia a veces cristalina, serosa, albuminoide, otras hemorrágica, lo que cambia el color según las transformaciones de la hemoglobina.

Estos quistes tienen una pared epitelial de escaso número de capas, de células cuboides, aplanadas por la tensión del contenido. Por ruptura de las paredes que los separan, suelen confluir formando quistes policíclicos de mayor tamaño. En el conjuntivo que les sirve de estroma, se aprecia un grado mayor o menor de infiltración de tipo inflamatorio.

Cuando el proceso primitivo requiere, como suele suceder, un tratamiento quirúrgico o farmacológico particular, éste deberá primar sobre toda otra consideración. En los casos en que la pieloureteritis es clínicamente dominante, se prefiere efectuar la terapia antibiótica que corresponda (2), sin echar mano a recursos locales como los que aconsejó Kindall (7). Suprimida la infección, las lesiones van a la normalización paulatina.

Historia Clínica 1102. — Ambrosina G. de F. 53 años, casada, italiana.

Ingres a nuestra clínica privada el 14-6-55. Hace 24 años, episodio febril con piuria, que cede en 4 ó 5 días y que se repite en cinco oportunidades hasta la fecha. Hace dos años, bruscamente cuadro de anuria, que cede espontáneamente al 5º día, llegando la tasa de urea en sangre a 3.8 g. por mil cc. Al ingresar, orinas piúricas pero un buen estado general, buen pániculo adiposo. Aparato circulatorio: soplo sistólico de insuficiencia mitral, tensión arterial 17.5/9. Aparato respiratorio normal. Abdomen prominente, depresible, nada anormal, indoloro. Examen neurológico negativo.

Aparato urogenital: Riñón derecho, se palpa su polo inferior, móvil, indoloro. Riñón izquierdo, no se palpa. Vejiga de buena capacidad. Cistoscopia: mucosa de aspecto normal, meatos ureterales bien implantados. Genitales: útero en posición intermedia, anexos no se palpan.

Exámenes de laboratorio: Sangre, rojos 4.780.000, blancos 5.000, Hb 85 %, urea 0,398 g. por mil cc. Orina, densidad 1.020, albúmina 0.63 g por mil cc., sedimento con abundante pus, escasos hematíes.

Exploración radiográfica. Radiografía directa: dos imágenes calculosas, una de aproximadamente 2 cm de diámetro, otra algo menor, ambas en proyección del polo inferior del riñón derecho. Del lado izquierdo, imagen calculosa de forma triangular, de 2 cm. de diámetro. *Urograma por excreción:* deficiente eliminación, se visualiza muy mal la vía excretora derecha, no observándose eliminación del lado izquierdo. *Urétero pielografía por relleno,* previo cateterismo ureteral: lado derecho con pielograma bien conformado, ambas imágenes litiásicas localizan en el cáliz inferior: uréter de aspecto normal, sin alteraciones. Lado izquierdo, el cálculo corresponde a la pelvis, que se aplica sobre el mismo, difundándose luego el líquido de contraste en pleno parénquima renal, en forma irregular, como corresponde a un riñón pionefrótico; el uréter, de calibre conservado, presenta una imagen arrosariada de faltas de relleno redondeadas, algunas de ellas de hasta 2 y 3 milímetros de diámetro (aspecto típico de ureteritis quística). El aspecto descrito del uréter se observa en toda la extensión visualizada, que corresponde a los 2/3 superiores. Cistograma normal.

Con el diagnóstico de litiasis renal derecha y pionefrosis izquierda con degeneración quística del uréter, aconsejamos el tratamiento quirúrgico.

1ª operación (25-6-55). Lado derecho. Lumbotomía anatómica ampliada. Discreta perinefritis crónica. Riñón grande, de buen parénquima. Uréter de aspecto normal, pelvis pequeña incluida en el seno. Pielotomía posterior y extracción de ambos calculos del caliz inferior. Un punto de sutura a la herida piélica, un tubo de drenaje. Cierre habitual. Post-operatorio normal. Alta provisoria el 8-7-55.

Reingresa el 10-XI-55. 2ª operación (18-XI-55): Lumbotomía anatómica ampliada, con resección de un cm. de la XII y de la XI costilla. Intensa perinefritis esclerolipomatosa. Liberación subcapsular del riñón. Se trata de un riñón constituido por un tejido de unos pocos mm. de espesor, que envuelve grandes cavidades ocupadas con pus de intenso olor a coli. Liberación y ligadura del pedículo. Ligadura del uréter a unos 10 cm. de la pelvis. El uréter presenta un proceso de pieloureteritis, no está dilatado. Estreptomicina local. Cierre habitual. Post-operatorio sin inconvenientes. Alta el 29-XI-55.

Examen anatomopatológico (Dr. J. Ferrer). Pieza de nefrectomía y ureterectomía par-



Fig. 1. — Radiografía directa. Se aprecian las concreciones litiásicas de ambos lados.

cial. Riñón duro, escleroso; al corte se observa una pelvis lipomatosa, y en pleno parénquima hay formaciones calcuosas. Microscopía: Riñón, amplias zonas hialinas, degeneración hialina de los glomérulos; tubos dilatados con cilindros albuminoides en su interior y profuso infiltrado linfoide. Uréter, la luz del tubo ocupada por formaciones quísticas, algunas bilobuladas, revestidas por epitelio cúbico estratificado, biestratificado o simple según los elementos; en su interior se ve una sustancia albuminoide con células descamadas; por debajo del epitelio hay un intenso infiltrado linfoide. Diagnóstico: Pieloureteritis quística: pionefrosis.

Presentamos esta observación con el fin de contribuir a la casuística, ya que ha podido ser documentada en forma completa, haciéndose el diagnóstico previo, confirmado luego por la anatomía patológica merced a la necesidad de practicar la nefrectomía del lado afecto.

Es de hacer notar la ausencia de lesiones en el uréter opuesto y en la mucosa vesical, que era normal.

El hecho de haber sido ya tratado el tema en esta Sociedad a través de otras publicaciones (5,10), nos exime de mayor abundamiento.

RESUMEN

Se presenta una observación de pieloureteritis quística unilateral, con pionefrosis litiásica del riñón correspondiente.

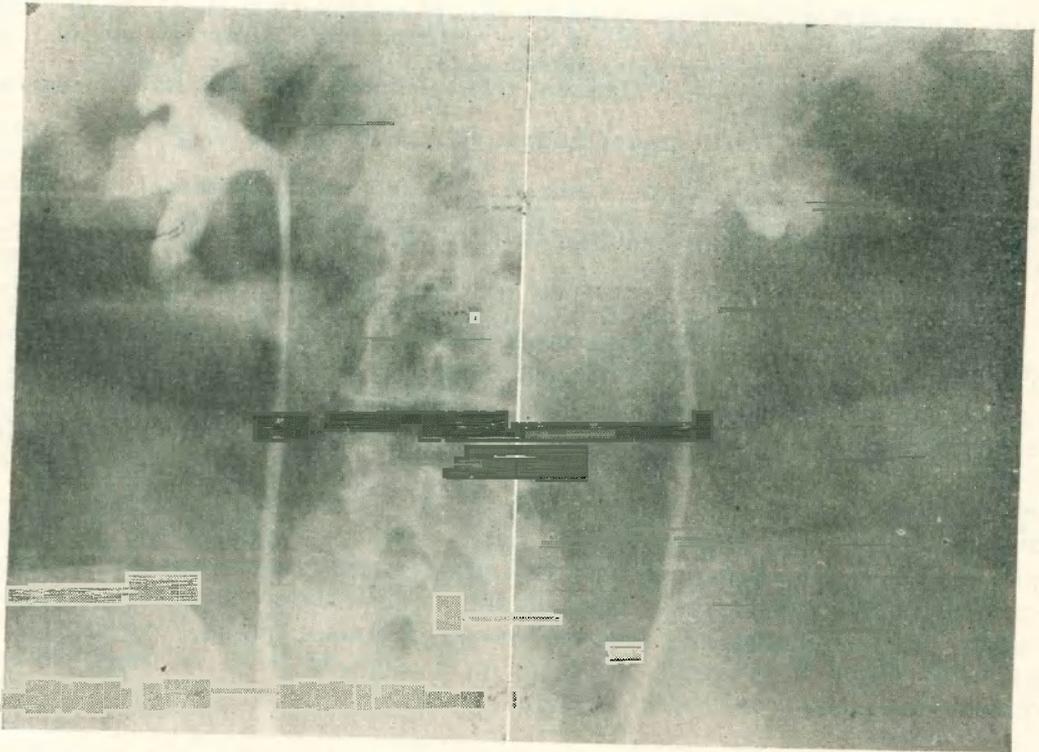


Fig. 2. — Uréteropielografía por relleno, lado derecho. Pieloureterograma sin anomalía de conformación. Dos imágenes litiásicas en cáliz infer.or.

Fig. 3. — Uréteropielografía por relleno, lado izquierdo. El cálculo es piélico. Imagen de pionefrosis. Ureteritis quística.

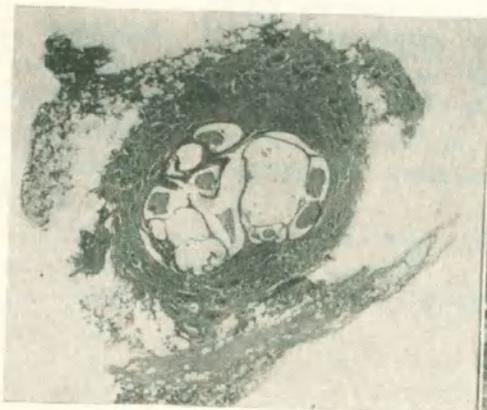


Fig. 4. — Corte transversal del uréter. Fotomicrografía, 10 X. Espesamiento de la pared. La luz está ocupada por numerosas formaciones quísticas de variado tamaño, con contenido.

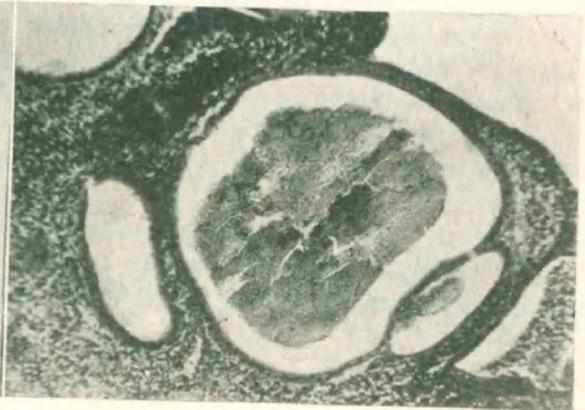


Fig. 5. — Corte transversal del uréter, vista parcial enfocando algunos quistes. Fotomicrografía, 100 X. Cavidades de tamaño variado tapizadas por epitelio estratificado con pocas capas de células cuboides, aplanadas. Contenido albuminoso, con detritus celulares. Intenso infiltrado linfoide en la pared vecina.

BIBLIOGRAFIA

1. *Arduino, L. J.* — "A case of pyelitis and cystitis cystica". *J. Urol.* 55:149, 1946.
 2. *Clarke, B. G.* — "Ureteritis cystica: treatment with sulfadiazine, penicillin and aureomycin. Report of a case". *J. Urol.* 68:815, 1952.
 3. *Dermot O'Flynn, J.* — "Unilateral pyeloureteritis cystica with stone formation". *Brit. J. Urol.* 22:228, 1950.
 4. *Dévos, R.* — "Uretéro-pyéélite kystique (cystitis cystica)". *J. Belge d'Urol.* 19:34, 1950.
 5. *García, A. E.; Rocchi, A.; Casal, J.* — "Pieloureteritis quística. Consideraciones acerca de un caso clínico". *Rev. Arg. Urol.* 17:773, 1948.
 6. *Hinman, F.; Johnson, C. M.; Mc Corkle, J. H.* — "Pyelitis and ureteritis cystica". *J. Urol.* 35:174, 1936.
 7. *Kindall, L.* — "Pyelitis cystica and ureteritis cystica". *J. Urol.* 29:645, 1933.
 8. *Kopp, J. H.* — "Pyelitis, ureteritis and cystitis cystica". *J. Urol.* 56:28, 1946.
 9. *Oeconomus, N.* — "Dégénérescence kystique de la muqueuse des voies excrétrices ou urétérite et cystite kystique". *J. d'Urol.* 56:33, 1950.
 10. *Rocchi, A.* — "Degeneración quística de la vía de excreción". *Rev. Arg. Urol.* 24:624, 1955.
 11. *Truc, E.; Marchal, J.* — "Deux observations d'uretéro-pyéélite kystique". *J. d'Urol.* 57:693, 1951.
-