

PSEUDOURETERITIS QUISTICA

Por los Dres. LUIS M. BREA, DOMINGO LUCANO
y LEOPOLDO REPETTO

Traemos a consideración de los colegas el caso de una paciente que fué conducida al quirófano con diagnóstico de pieloureteritis quística y exclusión funcional del riñón izquierdo, comprobándose al examen macroscópico de la pieza operatoria que se trataba de una uronefrosis con ureteritis crónica facetada que a la exploración radiológica daba las típicas vacuolas que nos indujeron al error.

A. M., argentina, de 50 años, soltera, presentó un cólico renal izquierdo, acompañado de fiebre alta y piuria que se prolongó por largo tiempo, es decir, un cuadro de pielonefritis izquierda. Fué tratada con antibióticos y como quedara con una lumbalgia llegó a nuestra consulta.

Como antecedentes personales dignos de mención anotamos una monoplejía derecha por poliomiелitis en la infancia y un mioma uterino que fué tratado quirúrgicamente por miomectomía.

Sometida a los exámenes de rutina, se comprueba una eritrosedimentación de 45 mm. en la primera hora, resto del examen humoral normal. Aparato cardiovascular y pulmonar normales.

La investigación del Koch fué negativa al examen directo, cultivo e inoculación al cobayo, comprobándose solamente una bacteriuria estafilocócica.

Urograma: Se observa una marcada escoliosis, secuela de su proceso poliomiелítico, exclusión funcional del lado izquierdo y el lado derecho con una discreta dilatación y retardo evacuatorio.

Uréteropielografía ascendente izquierda: Este estudio por relleno retrógrado resultó prácticamente una Chevassu por dificultad técnica, ya que fué imposible hacer progresar el catéter por la luz ureteral y las imágenes de falta de relleno, redondeadas, vacuoladas, como en sacabocado, con aspecto de burbujas de espumas, nos hicieron formular el diagnóstico presuntivo de pielorreteritis quística.

Durante el tiempo que demandó obtener el resultado de los análisis, especialmente la inoculación al cobayo, fué tratada con Ambistrin, obteniéndose la desaparición de la bacteriuria y de los escasos glóbulos de pus que tenía en orina.

En estas condiciones se le practicó una nefreureterectomía total por dos incisiones, una lumbar y otra en la fosa ilíaca, tipo Mac Burney. El post-operatorio fué normal y en diez días fué dada de alta.

La pieza operatoria al examen macroscópico comprueba, como puede observarse en la fotografía, una gran bolsa uronefrótica, y en el uréter en vez de los quistes que pensábamos encontrar, una serie de estenosis en todo lo largo del trayecto, separadas una de otras por una distancia no mayor de un centímetro y entre ellas espacios dilatados, como ahuecados, limitados por esas zonas lineales de aspecto fibroso, bien visibles. El examen histopatológico es poco elocuente y sólo nos dice tratarse de una pieloureteritis crónica inespecífica, sin alteración característica de la mucosa, uronefrosis de iguales caracteres.

Se trataría, pues, de una ureteritis crónica con estrecheces múltiples y uronefrosis, que nosotros hemos rotulado como pseudoquistica en razón de la imagen del uréteropielograma retrógrado, aunque es prudente hacer notar que en los casos publicados de pieloureteritis las imágenes quísticas son generalmente pequeñas.

La interpretación etiopatogénica no aparece clara, pero suponemos que puede admitirse que se trate de una pieloureteritis quística curada espontáneamente, o por la acción del tratamiento antibiótico y que ha dejado como secuela un uréter facetado y segmentado.



COMENTARIOS

La pieloureteritis quística es una afección infrecuente. Su conocimiento se realizó por hallazgo necrópsico y fué Morgagni en 1791 quien publicó las primeras observaciones. El primer diagnóstico clínico-radiográfico fué publicado en 1934 por Nierberbach, Cook y Goodale.

En la Sociedad Argentina de Urología, García, Rocchi y Casal publican en 1948 el primer caso clínico; posteriormente Rocchi, Grimaldi y Goldaracena y últimamente en 1958 Ercole y Hereñú hacen nuevas aportaciones casuísticas poniendo al día la entidad anátomo-clínica que nos ocupa.

Anatomía patológica: La pelvis, el uréter y la vejiga muestran incrustaciones en la pared o haciendo proyección en la luz de la cavidad formaciones vesiculares del tamaño de un milímetro, hasta dos centímetros; pueden ser sessiles o pediculados; pueden estar hacinados o aislados; su apariencia es incolora o translúcida y pudiendo presentar tonos diferentes; verde, amarillo, marrón, gris, probablemente según el grado de transformación de la hemoglobina; su contenido es seroso, albuminoide o hemorrágico.

Histológicamente están constituidos por una cápsula fibrosa, rica en capilares, donde se asienta una capa epitelial de células cuboides, aplanadas por el líquido en tensión, dispuestas en escasas hileras. En el tejido conjuntivo se observa un infiltrado de células inflamatorias cuya abundancia depende de la intensidad y de la duración de la causa que lo origina.

Patogenia: Existen distintas teorías que procuran explicar las formaciones quísticas: a) la teoría glandular: por obstrucción de los conductos excretorios

de las glándulas de la mucosa ureteral, invalidada porque está demostrado que el uréter normal no posee glándulas; b) origen parasitario, nunca se encuentran formas vivas de parásitos en el interior de los quistes; c) por desarrollo de las glándulas heterotípicas; d) por degeneración quística de los nidos epiteliales de von Brunn. Este autor sostiene que en ciertos casos de inflamaciones crónicas el epitelio prolifera hacia la submucosa y a medida que crece pierde su conexión original formando un islote; posteriormente se produce la degeneración de las células centrales del islote, dando lugar al comienzo de la formación quística.

Los procesos inflamatorios crónicos del riñón, de cualquier naturaleza (li-tiásico, tuberculoso, inespecífico) provocan por pasaje sostenido, reiterado o persistente de material irritante, una reacción del epitelio, dando como consecuencia la formación de quistes. En este sentido la pieloureteritis quística es una de las formas de reacción inespecífica, no tumoral del epitelio urinario. Hinman, llegando más lejos, agrupa en el mismo cuadro nosográfico a la cistitis granulosa, cistitis glandular, cistitis folicular, cistitis quística, cistitis enfisematosa, cistitis y edema ampoloso.

Diagnóstico: Se hace por: a) urograma de excreción; b) pielograma retrógrado, c) cistoscopia.

Las radiografías muestran numerosas faltas de relleno, redondeadas, en sacabocado; dan el aspecto de burbujas suspendidas, de formación de espuma. Estos signos radiográficos pueden aparecer solos, pero lo común es que acompañen a los signos radiológicos de la enfermedad causal.

Cistoscopia: Cuando simultáneamente la ureteritis quística va acompañada de cistitis quística, se muestran imágenes quísticas de tamaño y número variable, ubicados en cualquier lugar de la cavidad vesical, aunque de preferencia asienten alrededor de los orificios ureterales, trigono y contorno cervical.

Tratamiento: Siendo la pieloureteritis quística secundaria a otro proceso, el tratamiento es el de la enfermedad causal. Cuando la pieloureteritis quística predomina en el cuadro clínico, se efectúa la terapia antibiótica o bacteriostática, que generalmente va seguida de éxito.

En resumen, por todo lo expuesto, en nuestro caso pensamos que se trataba de una pieloureteritis quística, cuya causa fué el proceso inflamatorio crónico que determinó la uronefrosis, agravada a su vez por el proceso ureteral, estableciéndose un círculo vicioso. El tratamiento antibiótico instituido en ocasión del episodio de pielonefritis y durante el preoperatorio, mientras se aguardaba el resultado de la inoculación, bien pudo haber provocado la curación de los quistes, dejando como secuela anillos fibrosos de estenosis.