

## TUBERCULOMA DEL URETER

---

Por los Dres. LUIS MARIA BREA y RICARDO A. ANTELO

Traemos a consideración un caso de tumor inflamatorio de extremidad distal de uréter derecho (Tuberculoma) en una mujer de 38 años que se presentó a consulta sin antecedentes previos de afección génito-urinaria.

Entre los antecedentes personales de la enferma llama la atención el hecho de padecer una amenorrea primaria, no habiendo menstruado nunca.

La enfermedad actual de la paciente comenzó hace un año y medio, manifestándose por cólicos renoureterales a repetición, con intervalos de varios meses al principio, más seguido después, y últimamente con intervalos aproximadamente de 1 mes.

En los últimos 2 meses, conjuntamente con los dolores cólicos, que nunca han sido de mucha intensidad y que ceden a los antiespasmódicos y analgésicos, la enferma manifiesta síntomas de cistitis, en algunas ocasiones con orinas turbias, comprobándose la presencia de una piuria.

Recién hace poco tiempo, la enferma accede a que se le efectúen los estudios correspondientes, efectuándosele un urograma de excreción que muestra una franca dilatación derecha, urétero-pielo-calicial, con niveles líquidos a la altura de los cálices y con las características de una obstrucción baja del uréter.

Se efectúa cistoscopia, que se repite luego en dos oportunidades más, comprobándose una vejiga sana, con intenso edema perimeático del lado derecho, que dificulta la individualización del meato.

Los demás análisis y estudios efectuados, electrocardiograma, estudio humoral sanguíneo, hemograma y eretrosedimentación son normales.

Con el objeto de aclarar la causa obstructiva baja, se intenta efectuar un cateterismo ureteral, no pudiéndose realizar por existir un obstáculo infranqueable, aproximadamente a 1 ½ cm. del meato.

En la creencia de que dicho obstáculo fuera un cálculo transparente a los rayos, se realiza una electrocoagulación perimeática dejando a la enferma durante 1 mes sin tratamiento, no obsteniéndose al cabo de este tiempo ninguna modificación de su estado vesical ni eliminando la enferma ninguna concreción calculosa, persistiendo en cambio la sintomatología cólica dolorosa.

Se resuelve efectuar una urétero-pielografía según la técnica de Chevassu, comprobándose en una de las placas la presencia de una imagen de falta de relleno del tamaño un poco mayor de una lenteja, a la altura de la obturación.

Ante la perspectiva de que dicha imagen correspondiera a una tumoración o que en su defecto se tratara de un cálculo transparente a los rayos, se decide

una intervención quirúrgica, previo examen ginecológico que no reporta datos que aclaren el diagnóstico, por no tocarse por vagina ninguna concreción que haga pensar en un cálculo.

La intervención se realiza por vía transperitoneal, efectuándose la liberación del extremo inferior del uréter, comprobándose la presencia de una estrechez en la porción inferior del órgano, y palpándose un tumor blando y pequeño por encima de la misma.

Se efectúa la resección de aproximadamente 5 cm. de uréter comprobándose mucosa macroscópicamente sana en el extremo proximal seccionado y se efectúa la reimplantación de éste en la vejiga previa abertura en pico de pato, dejando sonda de Polystan de 2 mm. de diámetro en la boca del uréter, drenando al exterior a través de la uretra. Apendicectomía y fibromectomía en cara posterior de útero.

Se deja drenaje en retroperitoneo a través de vagina, sonda vesical permanente, y drenaje peritoneal de cigarrillo.

La enfermedad evoluciona los primeros días normalmente, haciendo al 4º día un acceso febril que se puede reducir con antibióticos, cayendo la temperatura en lisis.

Se retira al 4º día la sonda de Polystan; al 7º los drenajes y al 10º día la sonda vesical; a partir de entonces durante 3 o 4 días, eliminación de orina por vagina, que cede espontáneamente continuando la enferma con su post-operatorio normal.

El examen histopatológico de la tumoración es realizado con la colaboración del Dr. Lascano González, quien remite el presente informe.

*Examen macroscópico:* Ya abierto en sentido longitudinal, llega al laboratorio el segmento final del uréter, de una longitud de poco más de 4 cm. (pieza ya fijada en formol). Su extremo inferior aparece estrechado y en ese sitio hay una formación polipóidea de cuerpo casi esférico, de unos 6 mm. de diámetro, fija a la pared por medio de un corto pedículo. La parte superior del segmento ureteral es mucho más ancha (casi el doble).

Las paredes parecen poco engrosadas y su mucosa sólo parece hallarse un poco despulida. Las secciones del pequeño pólipo demuestran que es de estructura compacta y bastante uniforme.

Para el estudio histológico, se incluyeron en parafina el tumor con la porción de pared donde se inserta y otras porciones más altas del uréter.

*Examen microscópico:* Con sorpresa se comprueba en los cortes histológicos, que todo el cuerpo del pequeño "pólipo" descrito se halla constituido por característico tejido de granulación inflamatorio en el cual, ya con pequeño aumento, es posible reconocer disposición nodular bien definida y típicos tubérculos, mucho más evidentes cuando la investigación se hace con mayor aumento. En tales condiciones se distinguen bien el manto linfocitario periférico, la gruesa capa de células epitelioides y voluminosos elementos multinucleados de Langhans.

La mucosa ureteral de la vecindad ha desaparecido, reemplazada por tejido de granulación análogo. Las lesiones parecen disminuir en intensidad a medida que se asciende. En la parte más alta del segmento reseñado son más superficiales y menos definidamente específicas.

*Diagnóstico:* Ureteritis bacilosa con estenosis de la porción final del conducto y un pequeño tuberculoma pediculado, de disposición poliposa que hace más completa la obstrucción. Las lesiones parecen disminuir de intensidad hacia las partes superiores.

Dos meses después de la operación, se efectúa control urográfico, donde se evidencia la integridad del sistema pielocalicial y una reducción de la dilatación del mismo a límites prácticamente normales.

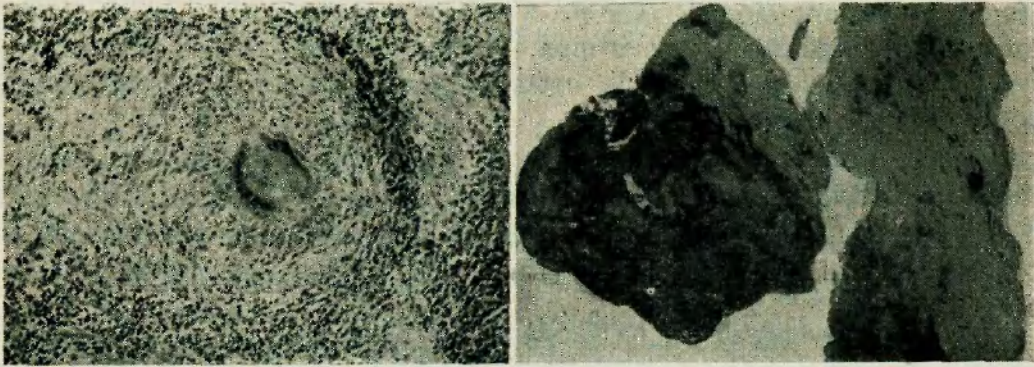


FIG. 1. — Aspecto topográfico de un corte que abarca al pequeño tuberculoma pediculado y a la porción de pared ureteral donde se fija su pedículo.  
Coloración: Hemalumbre y eosina. Aumento: 13 x (Zeiss, Microtar 35 mm.).

FIG. 2. — Uno de los típicos tubérculos de la eminencia polipoidea, fotografiado con mayor aumento.  
Coloración: Hemalumbre y eosina. Aumento: 155 x (Zeiss, Obj. apocr. 10 x, Homal I).

*Conclusiones:* Nos encontramos en presencia de un tuberculoma de uréter implantado sobre una porción estrechada del órgano y contribuyendo a producir una obturación de la luz del mismo con recuperación integral anatómica funcional después de la intervención.

Llama la atención la absoluta falta de lesión pielocalicial que nos hace pensar en una lesión primitiva del uréter o secundaria a una lesión alta pero con remisión absoluta y espontánea.

En la bibliografía nacional y extranjera que hemos podido revisar no encontramos ninguna publicación que haga referencia a un caso similar, siendo ésta la primera observación en la literatura de acuerdo a los datos de que hemos dispuesto.

#### DISCUSION

*Dr. T. Delporte.* — En el Congreso de Bruselas de 1954 tuvimos oportunidad de presentar una observación muy semejante a la que mencionan los comunicantes.

Era un joven de 38 años, con ciertos antecedentes vesicales (hematuria), y a la cistoscopia se encontró un proceso vegetante en las vecindades del orificio ureteral. Sospechando la existencia de una neoplasia, lo intervenimos a cielo abierto. Al urograma por excreción llamaba la atención una hidronefrosis sobre todo con dilatación de la extremidad inferior del uréter y stop a nivel del meato.

En la intervención practicamos un descenso del uréter según técnica de Puigvert y con gran sorpresa, la pieza operatoria nos reveló un proceso tuberculoso. El post-operatorio se desarrolló sin incidencias. A este paciente lo vemos periódicamente; todos los años le hacemos un urograma por excreción que muestran la completa indemnidad del riñón afecto.

Sin embargo, un año después de la operación, estando en Brasil, en la ciudad de San Pablo a donde había concurrido a una reunión de aviadores —el enfermo es piloto de aviación— tuvo una intensa hematuria y rápidamente se trasladó a Rosario. Los urogramas practicados han demostrado una indemnidad absoluta y la investigación repetida del bacilo de Koch también fué negativa. Los últimos análisis de orina han demostrado que no hay piuria; ha hecho un tratamiento prolongado y sostenido con los antibióticos clásicos para solucionar el problema de su lesión tuberculosa.

*Dr. T. Schiappapietra.* — Deseo preguntar a los comunicantes si interpretan el proceso como un tuberculoma primitivo o una estenosis tuberculosa en uréter con su proliferación secundaria. A través de sus manifestaciones, no hacen juicio al respecto.

Quiero saber también si después fué factible una cateterización del uréter. Aunque la orina no hubiera sido tuberculizante no es una prueba categórica porque si hubo una lesión en uréter la orina puede ser tuberculinizada por un tiempo.

*Dr. L. M. Brea.* — Agradezco al Dr. Delporte su contribución. No sé si en ese caso existía una tumoración de tipo tuberculoso como en este caso.

*Dr. Delporte.* — Existía un proceso tumoral en el meato que nos hizo pensar en un proceso primitivo. En el estudio anatomopatológico de la pieza nos llamó la atención la enfermedad.

*Dr. L. M. Brea.* — A la palpación se apreciaba un tumor más pequeño que un grano de maíz. Al abrirlo comprobamos se trataba de un pólipo. La sorpresa consistió en el hallazgo de un proceso tuberculoso.

En respuesta a la pregunta del Dr. Schiappapietra, no podemos decir si es una lesión primitiva o secundaria del uréter. Lo más lógico es pensar que la lesión sea secundaria, aunque no haya elementos para afirmar que ha existido un proceso tuberculoso alto. Los exámenes posteriores a la intervención fueron negativos en lo que se refiere al bacilo de Koch. Con respecto a la posibilidad de cateterizar el uréter después de la reimplantación ureteral, no lo hemos intentado. Posiblemente, no lo realicemos porque no siempre resulta fácil cateterizar un uréter reimplantado en vejiga.