

PIELOURETERITIS QUISTICA Metaplasia glándulo - quística del urotelio

Por el Dr. HERBERT A. PAGLIERE

La pieloureteritis quística tiene una rica sinonimia: enfermedad de Morgagni, enfermedad de Cruveilhier, adenoma cístico, degeneración quística de las vías excretoras, distrofia pieloureteral o cistitis quística cuando afecta la vejiga. Creemos más adecuado el término que proponemos de metaplasia glándulo-quística del urotelio por resumir los hechos esenciales que la caracterizan.

Históricamente fue observada por primera vez por Morgagni en 1741, anotando ya la asociación con la inflamación del tracto urinario. Posteriormente Rokitansky en 1837 acredita otro caso, y Litten en 1876 describe la estructura microscópica suponiendo que los quistes se formaban por bloqueo inflamatorio de criptas mucosas y posterior retención de la secreción en su interior. Von Limbeck en 1887 y Von Brunn describen grupos de células epiteliales en el tejido conectivo de la pelvis y de los uréteres; mientras algunos mantienen su conexión con el epitelio superficial, otros aparecen aislados, los llamados luego nidos de Von Brunn, cuya teoría sobre su formación tuvo amplia difusión. En 1912 Paschkis describe la pielitis glandular, y en 1929 Joelsen hace por primera vez el diagnóstico radiológico de la afección, multiplicándose desde entonces las observaciones publicadas.

Contribución personal

Caso N° 1. — J. R., sexo masculino, edad 40 años, argentino, profesión textil. Ficha 4259 del Servicio de Urología del Policlínico de San Martín. Concorre por primera vez el 7 de febrero del corriente año, refiriendo haber tenido hematuria total hace un mes, que cede sin tratamiento aunque repitiendo en tres oportunidades, la última con coágulos. Se medica con cloromicetina, cromadren y vitamina K. Dos días después se efectúa cistoscopia que muestra vejiga normal. La uretoscopia muestra discreto edema buloso en uretra posterior. Tacto: Próstata sin particularidades. Se efectúa urografía excretora el 26-II-62 y pielografía ascendente izquierda el 14-III-62.

El análisis de orina fue negativo para gérmenes.

Caso N° 2. — E. G., sexo femenino, edad 52 años, argentina, soltera, profesión Q. D., de nuestra clientela privada.

Desde hace 10 años aproximadamente sufre hematurias a repetición. Los exámenes de laboratorio muestran glóbulos rojos: 3.780.000; glóbulos blancos: 10.000. Eritrosedimentación: 64-98-56. Examen de orina: escasos leucocitos y hematíes, algunos gérmenes tipo coli.

Se efectúa urografía por excreción que muestra una litiasis coraliforme bilateral y múltiples imágenes quísticas en tercio superior de uréter derecho.

Frecuencia: Relativamente frecuente la observación de formaciones quísti-

cas en la vejiga, en parte debido seguramente al examen endoscópico que la revela, lo es mucho menos a nivel de la pelvis y del úreter, del que afecta casi siempre el tercio superior. Persin en 1939 encuentra el 0,5 % sobre 1.590 autopsias, Weller en 10.000 autopsias del John Hopkins Hospital halla el 1,4 %. Chevassu dice que es rarísima, O'Flynn admitía que hasta 1950 sólo en 32 casos el diagnóstico había sido establecido clínicamente, y Veiga Pires en 1959 encuentra 90 casos publicados.

Etiopatogenia: Herxheimer supuso que actuaba alguna sustancia tóxica eliminada por la orina. Actualmente la mayoría de los autores coinciden en admitir un factor irritativo, frecuentemente constituido por la acción de gérmenes. Experimentalmente Giani ha producido cistitis quística traumatizando la vejiga de conejos, y es conocida la presencia casi constante de alteraciones quísticas en la extrofia vesical, lesión particularmente expuesta a la infección y al factor traumático. La asociación frecuente de litiasis y pielonefritis apoya esta teoría, y aun cuando no puede establecerse la secuencia de los factores actuantes es posible, como creen Patch y Rhea, que las alteraciones metaplásicas son más frecuentes cuando actúan la infección y la irritación asociadas.

Anatomía patológicas: Los quistes son habitualmente múltiples, palpables a través de la pared ureteral. Varían de tamaño de 1 a 5 mm, traslúcidos. Al examen microscópico constan de una capa externa de epitelio cúbico, y otra interna de epitelio plano pluriestratificado, rodeados por tejido conjuntivo y miofibrillas. La forma glandular es mucho menos frecuente que la quística, y Aiken en 1954 refiere sólo seis casos publicados. Estas glándulas metaplásicas pueden dar origen a adenocarcinomas, o ser confundidas con ellos. El caso de Aiken coincidía con un carcinoma a células escamosas, Rocchi refirió un caso asociado a epiteloma vesical y Nesbit otro de cistitis quística con carcinoma vesical.

Diagnóstico: Se presenta en la edad media de la vida, con preferencia en el sexo femenino. La hematuria, frecuente y presente en nuestros dos enfermos, ocurrió en 11 casos de los 21 investigados por Lyngsted Jepsen, apareciendo verosímilmente por ruptura de la pared quística. En 9 de estos mismos casos, o sea en casi la mitad, coexistía con litiasis. La presencia de infección no puede descartarse en muchos de los casos publicados, conocidas que son las dificultades para establecer sus límites. El examen radiológico es el que casi siempre revela la enfermedad, y aunque hay acuerdo en que la pielografía ascendente es más demostrativa que la urografía excretora, en los dos casos que presentamos esta última permitió el diagnóstico, para llegar al cual puede ser necesario establecer las características diferenciales con otros procesos, como los cálculos múltiples transparentes, la papilomatosis pieloureteral, las lesiones tuberculosas, etc.

Tratamiento: El tratamiento es el de los factores causales: combatir la infección, eliminar los cálculos, o las instilaciones de nitrato de plata. Cualquiera de los tratamientos conservadores empleados obliga a un control permanente de los enfermos afectados por la posibilidad de la pérdida de la función renal de causa obstructiva o de la transformación maligna.

R E S U M E N

Se presentan dos casos diagnosticados radiológica y clínicamente de pieloureteritis quística. Se propone la designación de metaplasia glánduloquística del urotelio.

BIBLIOGRAFIA

- Aiken, D.* — Pyelitis glandularis. *Brit. J. Surg.*, 42; 412-416 (1954-55).
- Bucher, K.* — Pyeloureteritis cystica beiderseits. *Z. Urol.*, 51:693-695 (1958).
- Clarke, B. G.* — Ureteritis cystica. *J. Urol.*, 68:815-818 (1952).
- Couvelaire, R. et Reynier, J. A.* — La dégénérescence kystique de la muqueuse excréto-urinaire; maladie grave. *J. Urol. et Nephrol.*, 67:678-682 (1961).
- Chauvin, H. F. et Farnarier, J.* — Un nouveau cas de dégénérescence des voies excrétrices. *J. Urol. Med. Chir.*, 66:459 (1960).
- Fabre, et Lhez, A.* — Urétéritis kystique. *J. Urol. Med. Chir.*, 55:946-682 (1949).
- Fey, B.* — Dégénérescence kystique des muqueuses des voies excrétrices. *J. Urol. Med. Chir.*, 55:86-89 (1949).
- Fey, B.* — Dégénérescence kystique de l'uretère. *J. Urol. Med. Chir.*, 55:916-917 (1949).
- Friedman, N. and Ash, J.* — Tumors of the Urinary Bladder. *Atlas of Tumor Pathology Section VIII, Fasc. 31^a,* pág. 73 (1959).
- García, A. E.; Rocchi, A. y Casal, J.* — Pieloureteritis quística. *Rev. Arg. Urol.*, 17:773-784 (1948).
- Ghorab, M. M. A.* — Ureteritis calcinosa. *Brit. J. Urol.*, 34:33-43 (1962).
- Giannoni, R. e Englaro, G. C.* — La malattia cistica delle vie urinarie. *Arch. Ital. Urol.*, 33: 177-214 (1961).
- Grimaldi, A. A. y Goldaracena, J. A.* — Pieloureteritis quística. *Rev. Arg. Urol.*, 24:45-48 (1955).
- Loitman, B. S. and Chiat, H.* — Ureteritis Cystica and Pyelitis cystica: A review of cases and roentgenologic criteria. *Radiology* 68:345-351 (1957). *Urological Survey*, Vol. 7, 401 (1957).
- Lucke, B. and Schlumberger, H.* — Tumors of the kidney, renal pelvis and ureter. *Atlas of Tumor Pathology, Section VII, Fasc. 30,* pág. 157 (1957).
- Lyngsted Jepsen, O.* — Two cases of pyelo urethritis cystica. *Urol. Int.*, 10; 364-371 (1960).
- Maclean, J.* — Unusual conditions of the ureter and kidney (Part. 1). *Brit. J. Urol.*, 26; 127-138 (1954).
- Mc Intosh, J. F. and Worley, G.* — Adenocarcinoma arising in exstrophy of the bladder. *J. Urol.*, 73:820-829 (1955).
- Mc Nulty, M.* — Pyeloureteritis cystica. *Brit. J. Radiol.*, 30:648-652 (1957).
- Mc Arthur, J.* — Pyelo ureteritis cystica. *Brit. J. Surg.*, 48:689-690 (1961).
- Mostofi, F. K.* — Potentialities of bladder epithelium. *J. Urol.*, 71:705-714 (1954).
- Nesbit, R.* — Is cystitis cystica an innocent or a malefic lesion? *J. Urol.*, 75:443-447 (1956).
- Oeconomos, N.* — Régénérescence kystique de la muqueuse des voies excrétrices ou urétérite et cystite kystique. *J. Urol. Med. Chir.*, 56:33-46 (1950).
- O'Flynn, A.* — Ureteritis cystica. *Brit. J. Urol.*, 22:228 (1950).
- Oschner, O. and Burns, E.* — Ureteritis cystica, and Pyelitis cystica. *Urological Surv.*, 9:16 (1959).
- Rocchi, A.* — Degeneración quística de la vía de excreción. *Rev. Arg. Urol.*, 24:624-628 (1955).
- Shaw, R. E.* — Ureteritis cystica. *Brit. J. Surg.*, 44:105 (1956-57).
- Shich, J. and Shea, J.* — Pyeloureteritis cystica: Report of case with spontaneous. Rupture of ureter. *Radiology*, 74:468-470 (1960).
- Thomas, P. et Forel, J.* — Dégénérescence kystique de la muqueuse des voies excrétrices. *J. Urol. Med. Chir.*, 66:493 (1960).
- Truc, E. et Marchaz, J.* — Deux observations d'uretéro pyelite kystique. *J. Urol. Med. Chir.*, 57:693-696 (1951).
- Truc, E.; Henriot, R. et Pons, G.* — *J. Urol. Med. Chir.*, 65:945-946 (1959).
- Tuffil, S. G.* — Ureteritis cystica. A report of two cases, illustrated by ureterograms. *Brit. J. Surg.*, 41:548-549 (1953-54).
- Veiga Pires, J. A.* — Pyeloureteritis cystica: Report of two cases. *Year Book of Urol.*, pág. 154 (1960-61).