

Servicio de Urología del Hospital J. Fernández.
Jefe: Dr. Roberto A. Rubi.

URETEROCELE O PROLAPSO URETERAL

Por el Dr. LEOPOLDO M. SERRA (h.)

El ureterocele es una dilatación quística de la porción terminal intravesical del uréter. Su presencia se debe en muchos casos a un hecho mixto, mala implantación fibrosa de la porción ureteral inferior en vejiga (aporte congénito) con una estenosis meática. El aumento de la presión hidrostática sobre una zona mal implantada con estenosis orificial hace que ésta se distienda (aporte dinámico adquirido).

Bazy subraya la coincidencia de ambas lesiones en general la dilatación ureteral más la estenosis meática, pero aclara que la esencia del cuadro lo da la dilatación pues puede acompañarse de imperforación.

Es interesante recordar los estudios practicados por R. Chwalla sobre la formación del uréter definitivo partiendo de la porción caudal del conducto de Wolff, del brote llamado yema renal.

La aparición del brote tiene lugar cuando el embrión alcanza el estado de tamaño de 4 milímetros, a los 6 mm. ya tiene un buen desarrollo y la comienza a separarse del conducto de Wolff. Al estado de 20 mm. la luz ureteral en su comunicación con la cloaca se halla cerrada por una membrana formada por dos capas de células epiteliales, una la superior o ureteral y la otra la inferior o vesical. Esta membrana persiste en casi todos los embriones hasta el estado de 25 mm. pero ha sido encontrada en embriones de 79 mm. y en un caso excepcional de 104 mm.

¿Cómo desaparece esta membrana? Desaparece por la acción secretora del metanefros.

El desarrollo del riñón comienza en época muy temprana de la vida embrionaria y atraviesa por infinidad de etapas en la que se distinguen tres grandes grupos. El pronefros o riñón primordial. El mesonefros o riñón primitivo y el metanefros o riñón definitivo. Estos tres estados se desarrollan sucesivamente en el embrión humano y el desarrollo completo de uno no tiene lugar hasta la desaparición total del precedente.

La actividad secretora del metanefros ha sido definitivamente probada dice V. Vermooten.

Boyden ha demostrado que la destrucción de los brotes de crecimiento de los conductos de Wolff en el embrión joven de pollo da como resultado la incapacidad de esos conductos para establecer conexión con la cloaca y en tales circunstancias los cuerpos Wolffianos se vuelven hidronefróticos y la cloaca no se diferencia.

Pero Brown experimentando en embriones de ratón que se caracterizaban por el desarrollo anormal de su aparato urinario ha sido terminante en el estudio de la secreción del metanefros. En estos ratones existían estrecheces congénitas en la unión uréterovesical y entre los días 15 a 16 cuando comienza la secreción

del metanefros en estos ratones se comprobaba que ya el día 17 existía una distención en la pelvis y el uréter superior, a los 18 era evidente una hidronefrosis, mientras que entre los 19 a 25 días o bien los uréteres se abrían espontáneamente en vejiga o una hidronefrosis se establecía. Por lo tanto diremos, el metanefros en su actividad secretora determina el líquido urinoso primitivo el cual al aumentar crea una presión sobre la cara superior de la membrana, se produce la isquemia de la misma, se esfacela y cae estableciéndose el curso normal. Si persiste e ntodo o en parte diversos trastornos de obstrucción se presentan: ureteroceles, válvulas del uréter, o malformaciones del uréter mural.

La historia clínica Nº 12358 del caso en cuestión que paso rápidamente a relatar es el siguiente: enfermo de 25 años, argentino, soltero, estudiante, sin antecedentes hereditarios ni personales de importancia y que concurre al servicio en marzo de este año.

La enfermedad actual comienza hace un año y medio con dolor lumbar más intenso a la izquierda sin otras manifestaciones. Ha tenido hematurias totales sin coágulos e indoloras que se repitieron varias veces. Disuria final y ardor posmiccional. El examen clínico urinario no reporta datos de interés siendo las maniobras negativas.

Se practica una cistoscopia que muestra una orina limpia, una buena capacidad con 250 cc. de líquido de contraste y una mucosa rosada normal. En hemivejiga izquierda una formación abollonada que ocupa el meato izquierdo en donde éste desemboca y del tamaño de un carozo de durazno. El índigo carmín muestra buena eliminación a los 5 y 6 minutos por los meatos derecho e izquierdo respectivamente.

El estudio radiográfico: la radiografía simple del árbol urinario muestra observando con detenimiento una sombra opaca del tamaño de un poroto chico a la altura de la última vértebra coxígea bien encuadrada en los límites vesicales. El urograma excretor determina un buen sistema pielocalicial bilateral que evacua la sustancia de contraste en los tiempos clásicos normalmente, pero sobre la delimitación vesical en el urograma se observa una imagen anular transparente que bordea una sombra opaca de contraste no uniforme y del tamaño de una moneda de 10 centavos en franca comunicación con el uréter izquierdo. Esta imagen en otro urograma excretor se observa de menor tamaño coincidiendo con momentos de repleción de la bolsa quística.

Con análisis de sangre y orina normales como cardiovasculares es intervenido a cielo abierto con diagnóstico de ureteroceles izquierdo con litiasis.

Como dice Dotta en su trabajo, "Ureteroceles, técnica para su corrección quirúrgica", el ureterocel puede ser tratado por dilatación endoscópica del meato ureteral estrecho, por incisión endoscópica con tijera e electrobisturí con resección de la bolsa quística y por último la extirpación a cielo abierto transvesical con sutura mucomucosa ureterovesical. Compartimos la opinión de las ventajas y los inconvenientes de las distintas técnicas y la necesidad de adecuarse a cada caso en particular y previendo la complicación más importante, el reflujo vesico-ureteral.

En nuestro caso se resolvió practicar una intervención transvesical, con resección de la bolsa quística, extracción del cálculo y sutura mucomucosa. Tanto el cálculo como la porción resecada es analizada en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital, informando el protocolo histopatológico que se trata de un fragmento de mucosa ureteral con reacción inflamatoria inespecífica y la litiasis de 1 centímetro de diámetro formada por cristales de oxalato de calcio y amonio.

COMENTARIOS

El informe anatomopatológico indicando fragmento de mucosa ureteral nos hizo comprender que estábamos en presencia de un prolapso ureteral. Repitiendo palabras de M. Campbell el prolapso ureteral o la simple eversión de la mucosa vesical están generalmente inducidos por el pasaje de una piedra que se recubre solamente de la capa mucosa en su pasaje a través del orificio. Raramente los otros tejidos que componen la pared ureteral participan del proceso. Sintetizando termina diciendo que el prolapso está recubierto de mucosa ureteral mientras el ureteroceles se recubre de mucosa vesical.

El cálculo retenido a nivel del meato, lentamente por las contracciones normales y anormales del uréter fue creando un estado inflamatorio que determinó el empuje de la pared vesical y la salida en vejiga del cálculo con su cubierta de mucosa ureteral, posteriormente la rémora urinaria y nuevas precipitaciones y concreciones de oxalato de calcio y amonio fueron determinando el tamaño definitivo como así también el aumento del prolapso y la aparición de los primeros síntomas clínicos.

BIBLIOGRAFÍA

- Campbell, Meredith:* Surg., Gynec., and Obst. 93, 705. 1951.
Cendron, Jean: Journal d'Urologie 61, 191.
Dodson, A.: Cirugia Urolog. 417. 1957.
Dotta, José: Revista Arg. de Urología V., XXVII - 94. 1958.
Díaz Castro, H.: Revista Arg. de Urología. Año VII, N° 11 y 12, 624. 1939.
Berri, H. D.; Silvestre, A. L.: Rev. Arg. de Urolog. Año V, N° 7 y 8, 390. 1936.
R. Chwalla: Zts. chr. f. Anat. v. entwick. 1937.
V. Vermooten: J. of Urol., 456. 1939.
Boyden: J. Exp. Zool. 1924.
Brown: Amer. J. Anat. 1931.