

Revista Argentina de Urología y Nefrología  
Volúmen XXXIV - Nos 9-12 Pág. 677-681

## Ureter bifido ciego unilateral

Por los Dres. A. E. Trabucco y R. J. Borzone

Hospital Rawson  
Sala de Urología  
Jefe  
Prof. A. E. Trabucco

Según Miller y Tremblay "la duplicación ureteral es la anomalía más común del tracto urinario superior: se halla en 62 de 4.000 urogramas excretorios en una serie de niños. Ello contrasta con la rareza de la alteración que presentamos". Los autores mencionados se refieren a la malformación que vamos a mostrar, precisamente como una curiosidad anatómica muy poco frecuente.

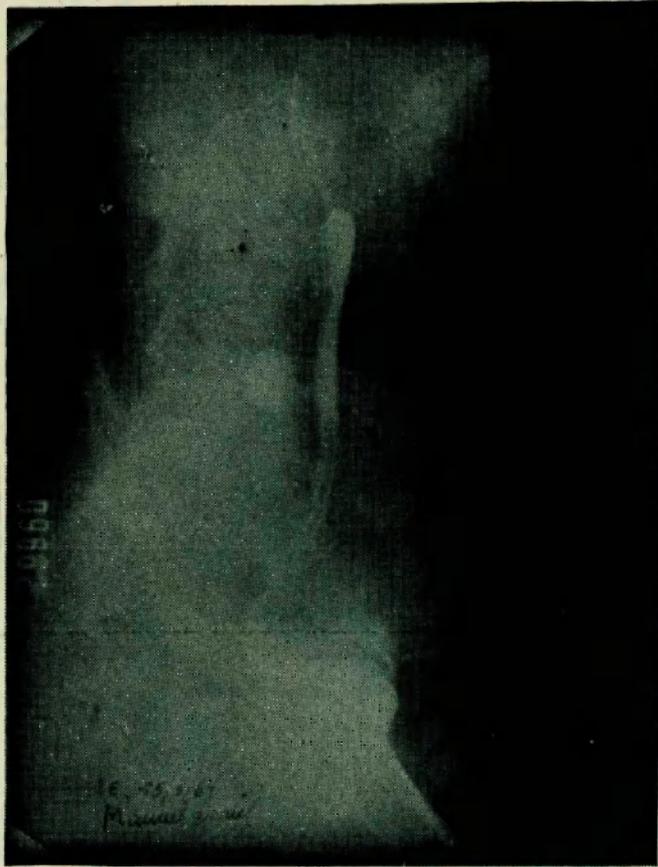
Se trata del paciente de C. E. H. C. N° 12.785: M. D. de 29 años, argentino, soltero, residente de Belle Ville (Córdoba), quien concurre a nuestro Servicio el 15-V-1964. Enfermedad actual: Hace un mes tuvo un típico cólico renal izquierdo, sin hematuria, que cedió rápidamente con antiespasmódicos, sin eliminación de concreciones ni arenillas. Queda leve molestia, muy tolerable, en flanco e hipocondrio izquierdos, por lo cual consulta. Además desea aclarar una alteración en la imagen urográfica obtenida en su lugar de residencia, que según el paciente, extrañó a los médicos que la vieron.

Antecedentes: Hace 9 años, durante su servicio militar, tuvo dolores de cintura, mayores al correr y al agitarse, que se atribuyeron a gastroptosis. Niega enfermedades venéreas. Estado actual: orinas límpidas. No se palpan riñones. Leve molestia a la palpación lumbar y del flanco izquierdos. Uretra libre. No hay residuo vesical.

Próstata sin particulares.

Examen urográfico: lo trae de Córdoba y lo llevó de regreso, por lo cual no disponemos de él. Placa directa: sin imágenes calculosas. Urograma excretor: excelente función

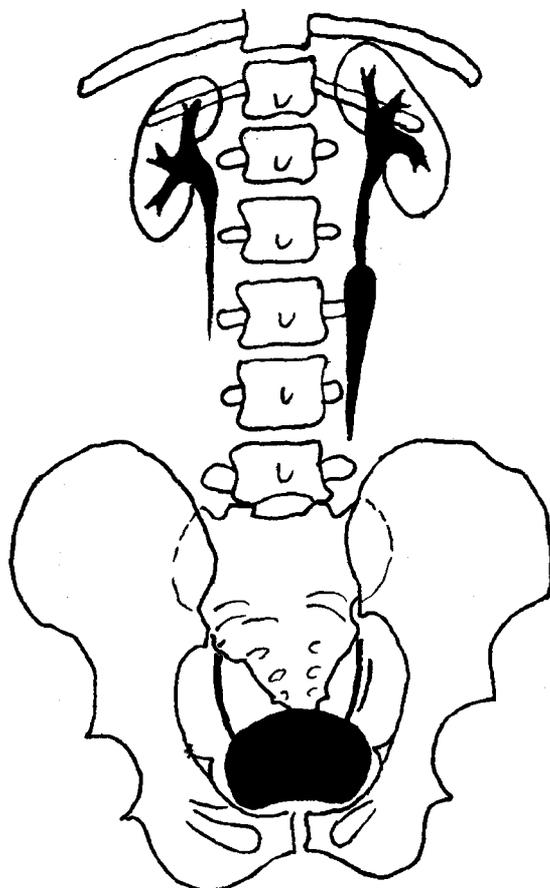
bilateral desde los 5 minutos. A los 30 minutos, lado derecho, sin alteraciones; lado izquierdo, imagen pielocalicial normal, con los primeros 5 centímetros del uréter de calibre normal y luego brusco ensanchamiento piriforme, que va disminuyendo hacia abajo. En la zona pelviana, por encima de la vejiga, se ve el uréter inferior de calibre normal y junto a él parece verse, en un corto trayecto una segunda imagen, menor casi paralela, a medio centímetro por fuera. (Fig. 1).



Con este estudio radiológico pensamos en una anomalía ureteral, que sólo puede explicarse por bifidez ureteral, cuya rama ciega se ha llenado de abajo a arriba, por ascenso de la sustancia opaca desde un tronco común, antes de evacuarse a la vejiga. Dicho mecanismo, según la imagen, obliga a pensar en un antiperistaltismo real, pues no hay una columna continua de sustancia opaca, sino que hay zonas de sístole y diástole. Se procede entonces a efectuar un cateterismo ureteral izquierdo: la cistoscopia no revela anomalías: orificios ureterales normales en aspecto y posición. Dicho cateterismo es fácil hasta los 15 centímetros. Las placas con relleno muestran que el catéter está en el uréter ciego, que se llena muy bien y el resto de sustancia opaca refluye, llena el tronco común y llega hasta la pelvis renal y cálices por el uréter principal o funcionando. Ello se logra con sucesivas placas, tomadas con cantidades crecientes de sustancia opaca. Las incidencias laterales muestran la relación entre ambos uréteres y la muesca que el fondo ciego hace sobre el uréter principal en su cara anterolateral interna. En esa zona el uréter funcionando está comprimido, sin ectasia por encima; pero dicha situación explica la producción de disquinesia y el cólico consiguiente. Confirmado el diagnóstico presuntivo, se aconsejó al paciente la intervención quirúrgica para extirpar el uréter ciego aberrante; pero el paciente, que estaba asintomáti-

## URETER BIFIDO CIEGO UNILATERAL

co en ese momento desistió de la misma y regresó a su domicilio en Córdoba. Presentamos el caso, como curiosidad anatómica, ya que no hemos encontrado ninguno similar en la literatura urológica nacional.



UROGRAMA 30 m.

## Consideraciones .-

Las malformaciones ureterales son relativamente frecuentes, tanto en exceso: uréteres bifidos o dobles (doble aparato excretor con un o dos orificios ureterovesicales), con desembocadura vesical o ectópica; como en defecto: agenesia o aplasia, coincidentes éstas con falla del metanefros correspondiente. Dichas anomalías ureterales se explican por trastornos en la gemación del brote ureteral de Kuppfer, originado en el conducto mesonefrótico de Wolff, coincidentes con alteraciones embriológicas del metanefros que deben drenar.

La malformación que presentamos, mucho menos frecuente que las antes mencionadas, se origina en un brote supernumerario de Kuppfer, que termina en fondo de saco ciego cerca del riñón correspondiente, sin blastema renal al cual unirse.

Revisando la literatura urológica sobre esta malformación, puesta al día por Culp en 1947 y por Miller y Tremblay en 1964, vemos que, en 1947 Culp separa, de 39 casos señalados como "divertículos ureterales", 14 ureteres bifidos ciegos, indicando los autores de las comunicaciones y afirma que algunos casos similares se describieran ya ba-

jo la correcta denominación de uréter bífido ciego, sin decir cuántos fueron. Miller y Tremblay afirman que desde 1947 hasta 1964 se han presentado 30 casos de esa malformación a los cuáles ellos agregan uno más.

Culp establece una diferencia entre divertículo de uréter y ureter bífido ciego, definiendo éste último como "cualquier estructura hueca, cuya luz se une a la del uréter con un ángulo neto, cuya pared presenta las mismas capas histológicas que el ureter y cuyo largo es más de dos veces mayor que su diámetro máximo". En ese mismo trabajo reconoce que, embriológicamente, el origen es el mismo en ambas anomalías, pero anatómicamente su definición precisa es más aceptable y señala mejor la diferencia de aspecto. Ranky y otros, en cambio, disienten con Culp, pues para ellos ambas malformaciones se originan, presumiblemente como un intento abortivo de duplicación ureteral y no hay por qué hacer diferencias entre ambas. Estamos psicológicamente con Culp, ya que aunque podemos incluir los uréteres bífidos en un rubro general de "divertículos ureterales congénitos", la idea de bifidez exige un cierto trayecto longitudinal como lo exige Culp, en tanto que nuestra idea de divertículo es generalmente la de una formación sacciforme cuyas dimensiones son equivalentes en los tres planos espaciales. De lo que no cabe duda es que todos son evaginaciones parietales del órgano, con todas sus capas y así se diferencian de los escasos divertículos adquiridos, secundarios a estenosis congénitas o adquiridas: litiásicas, traumáticas o quirúrgicas en que falta la pared muscular o está muy reducida por atrofia.

La clínica de los ureteres bífidos ciegos puede ser totalmente negativa y hallárselos casualmente en necropsia o por estudios radiológicos motivados por otra patología urinaria agregada: litiasis, infección, neoplasia. Otros, como el caso nuestro, dan sintomatología dolorosa, del tipo de un cólico nefrítico. Dicha sintomatología dolorosa, puede producirse por disquinesia del uréter principal en la zona de bifurcación o bien por la distensión del ureter ciego que a su vez puede comprimir el ureter principal y exacerbar el cólico. Lenaghan estudió la urodinámica en niños con uréter bífido (no ciego) y demostró que la peristalsis en ellos es asincrónica, con propagación hacia abajo en una rama y hacia arriba en la otra. Si ello sucede así en dos uréteres funcionantes, con mayor facilidad se producirá en un uréter ciego que no tiene flujo descendente. En nuestro caso se demostró que es así: la existencia de peristaltismo hacia arriba por el urograma excretor, que relleno perfectamente la rama ciega sin verse la unión con el uréter principal y la existencia de antiperistaltismo en este último por la pielografía ascendente, ya que el cateter, ubicado en el uréter ciego lo relleno primero y luego la sustancia opaca refluyó al principal, ascendiendo hasta los cálices en la primera inyección por antiperistaltismo, ya que no se visualiza en esa placa todo el uréter principal, a pesar del reflujo a vejiga de la sustancia opaca.

Esta comprobación del antiperistaltismo no la hubiéramos logrado si hubiéramos hecho el relleno a lo Chevassu, ya que ambos ureteres se hubiesen llenado simultáneamente por simple acción hidrostática.

El diagnóstico es fundamentalmente radiológico, comenzando por el urograma que hace sospechar la malformación y completándolo con la ureteropielografía ascendente. La terapéutica, si produce sintomatología persistente o recidivante o con infección agregada, es la resección del conducto anómalo. En un caso en que el uréter principal era el patológico, Swenson lo resecó, anastomosando la pelvis al uréter ciego que era normal.

## RESUMEN

Presentamos un caso de uréter bífido ciego izquierdo, que creemos es el primero en la casuística nacional. Se hacen consideraciones etiopatogénicas y fisiopatológicas así como de diagnóstico.

## BIBLIOGRAFIA

- Culp, O. S.: Ureteral diverticulum. *J. Urol.* 58: 309, nov. 1947.
- Pratt, J. G.: Gahagan, H. Q. & Fischman, J. L.: Ureteral diverticulum. *J. Urol.* 58: 322, nov. 1947.
- Rank, W. B., Mellinger, G. T. & Spiro, E.: Ureteral diverticula. *J. Urol.* 83: 566, may 1960.
- Dolan, P. A. & Kirkpatrick, W. E.: Multiple ureteral diverticula. *J. Urol.* 83: 570, may 1960.
- Lenaghan, D.: Bifid ureters in children: An anatomical, physiological and clinical study. *J. Urol.* 87: 808, june 1962.
- Swenson, O. & Ratner, I.A.: Pyelouretostomy for symptomatic ureteral duplications in children. *J. Urol.* 88: 184, aug. 1962.
- Miller, E. V. & Tremblay, R. E.: Symptomatic blindly ending bifid ureter. *J. Urol.* 92: 109, aug. 1964.