

SEUDO TUMOR DE URETER (ENFERMEDAD DEL URETER DERECHO)

Dres. H. Pagliere y Carlos H. Scorticati.

Un error de diagnóstico, falsa interpretación de lo que la clínica nos mostrara, por suerte para el enfermo, es el caso que queremos comentar en esta sociedad.

D. J., 45 años, de sexo masculino, residente en Posadas, Misiones, concurre a la consulta privada, relatando que hace dos meses comienza en forma paulatina con un dolor en fosa ilíaca derecha sin irradiación, que se acentuó en el transcurso de las horas con moderada febrícula, sin síntomas digestivos y catarsis normal. Fue medicado como de patología hepátobiliar, sin mejoría. Al tercer día se le realiza un urograma que revela la falta de función de riñón derecho. Se le intentó realizar una pielografía ascendente, no pudiendo hacer avanzar el cateter a través del ureter. Ante la decisión médica de intervenirlo quirúrgicamente el paciente viene a Buenos Aires.

Como antecedentes destacables expresa que hace diez años tuvo un cuadro de intenso dolor tipo cólico que comprendía hipogastrio y ambas fosas ilíaca con alta temperatura, sin náuseas ni vómitos, ni trastornos en la catarsis, el que no fue definido por el profesional que lo asistió, pero que cedió a la terapia analgésica, dieta y reposo. Dos episodios similares al anterior padeció hace siete y dos años respectivamente resolviéndose con el mismo tratamiento.

Desde hace varios años padece de gota, nunca tuvo hematuria ni tampoco fue sometido a intervención quirúrgica.

El paciente es obeso, de mediana estatura, buen estado general, dentadura en mala conservación y, señalando solamente lo positivo, encontramos: fosas lumbares normales, con un puño percusión y punto renales sensibles a la derecha, al igual que los puntos ureteral superior y medio a nivel del cual la sensibilidad es exquisita. el 25-11-64 se realiza un urograma retardado el que no opacifica el riñón derecho. Se le efectúa pielografía ascendente derecha obteniéndose un perfecto relleno pieloureteral con marcada dilatación de las vías, encontrándose en el ureter a la altura de la quinta vértebra lumbar una dilatación fusiforme de unos seis centímetros de longitud, pasando la sustancia yodada por los bordes del mismo dado que el centro está ocupado por una masa homogénea de bordes rectos y regulares que motiva la modificación relatada en el ureter. En la placa sin cateter ureteral se observa un stop en forma de copa de champagne a concavidad superior a la altura de la articulación sacroilíaca.

Con diagnóstico de tumor de ureter se interviene quirúrgicamente. Se aborda al ureter por una incisión pararectal externa, se rechaza el peritoneo por disección roma comprobándose al ejecutar esta maniobra que el apéndice en posición retrocecal ascendente, de unos ocho centímetros de longitud contactaba íntimamente con el ureter pelviano, liberado éste en una extensión de 10 cm., aparenta características normales, se realiza ureterotomía longitudinal amplia, explorándose el ureter hacia arriba y abajo sin encontrar obstáculos.

Se amplía la incisión parietal en sentido cefálico, para inspeccionar el riñón que se disecciona con dificultad por estar envuelto en marcada esclerolipomatosis. Al examen macroscópico el órgano es normal.

Convencidos de que la imagen radiográfica era debida a la impresión del apéndice sobre el ureter, y la causa de la sintomatología descrita, se afronta la incisión ureteral

con puntos seromusculares de catgut, previo cateter y se cierra la pared por planos y drenaje por contrabertura.

CONSIDERACIONES

El ureter por su largo recorrido retroperitoneal, su íntima relación con órganos retroperitoneales, en especial los grandes troncos vasculares y su yuxtaposición a múltiples órganos abdominales, de los cuales a muchos ni siquiera los separa la fina hoja peritoneal posterior, puede ser interesado por patología proveniente de algunos de ellos. Para oponerse a ello el ureter está provisto de amplia movilidad que le permite desplazamientos apreciables sin ningún compromiso propio, condición que pierde en su zona yuxtavesical, lo que le condiciona su frecuente inclusión en caso de patología vesical, ginecológica o rectosigmoidea, o cuando algún proceso periureteral, lo fija impidiendo su fuga.

Kaufman encuentra que las causas no tumorales más comunes de compresión extrínseca de ureter son los aneurismas de ilíaca o aorta abdominal, la fibrosis retroperitoneal idiopática, el ureter retrocava, los abscesos pélvicos, los quistes de ovario, el hematocalpos, y la enteritis regional y endometriosis extrínseca.

Rebaudi y Rebaudi en 1956, comunicaron a esta Sociedad una falsa imagen tumoral del ureter condicionada por un nudo de catgut que hacia cuerpo con el ureter y proveniente de una apendicectomía y ooforectomía realizada tres años antes.

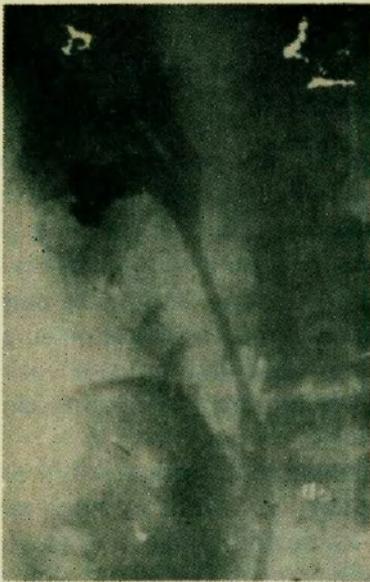
Van Keerbargen en 1960, en el Congreso Francés de Urología presentó una nueva entidad urológica "la enfermedad del ureter derecho" caracterizada por la aparición de cólicos y algias nefríticos derechos, motivadas por la existencia de bridas ureterales a nivel de la quinta vértebra lumbar, o más abajo, hasta el borde inferior del hueso ilíaco. El sostiene la etiología malformativa de estas adherencias motivadas por deshechos embrionarios de la vena cardinał posterior.

En todos sus casos los pacientes lucían una cicatriz de apendicectomía, realizada por la existencia de los dolores relatados que sin embargo no se modificaron luego de la operación; este motivo indujo a Van Keerbargen a pensar en el origen congénito del problema.

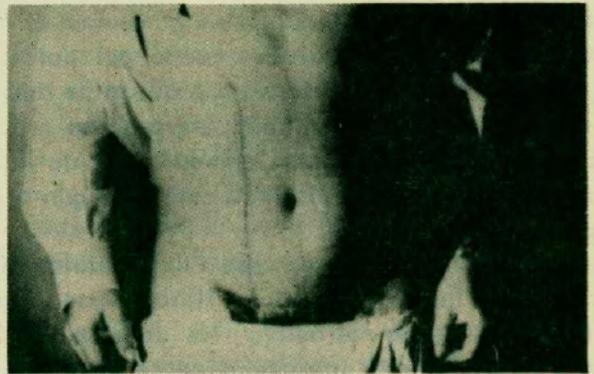
Sin embargo posteriormente Moonen y De Grootte presentan ocho casos más de enfermedad del ureter derecho, el diagnóstico fue radiográfico y en cuatro de ellos que se intervinieron quirúrgicamente, se encontró que tres tenían una apendicitis retrocecal enfriada (con demostración histológica) y el cuarto bridas periureterales, en un paciente que se le había efectuado una apendicectomía retrocecal.

Estos autores creen que la etiología del síndrome es adquirida e inflamatoria y que sus causas habituales son la apendicitis retrocecal, tiflitis, enteritis regional y a veces anexitis y que su presencia solamente en ureter derecho disminuye la posibilidad de un origen disgenético, pues también a la izquierda existe una vena cardinal posterior. Por otra parte, es reconocida la participación del ureter en algunos casos de apendicitis aguda en los que por ureteritis de vecindad han condicionado hematurias confundiendo el cuadro (Speed, Packard).

Creemos que nuestro caso corresponde a la llamada enfermedad del ureter derecho con que subtitulamos esta comunicación y que el íntimo contacto apéndice ureteral hicieron que se comprometiera el tránsito ureteral y que la hiperpresión de la ureteropielografía retrograda dibujara el contorno del apéndice haciéndonos creer estar en presencia de un tumor ureteral.



Uretrografa a
presión simplificado



BIBLIOGRAFIA

- Ginsburg, G. L. y Oppenheimer, G. D. - Urologic complications of regional ileites. *The J. of Urol.* 59, 948/53. 1948.
- Kaufman J. J. - Unusual causes of extrinsic ureteral obstruction. Part I and Part II. *The J. of Urol.* 87, N° 3, 1962. p. 319/27 y 328/337.
- Moonen W. A. and De Groot F. - *Urol Internat.* Vol. 15, 129-141, N° 3, 1963.
- Ormond J. K. - Bilateral ureteral obstruction due to envelopment and compression by inflammatory retroperitoneal process. *The J. of Urol.*; 59: 1072/79. 1943.
- Packard G. B. - Genitourinary symptoms in acute apendicitis. *ColoMed.* 26, 172. 1928.
- Rebaudi L. y Rebaudi A. S. - Una falsa imagen tumoral del ureter. *Rev. Arg. de Urol.* 25 N° 5-8, p. 179, 1965.
- Speed K. - Haematuria in apendicitis. *Surg. Clinics of Chicago* 1. 1097, 1917.
- Vankeerbergen G. - La maladie de l'uretère droit (disease of the right-ureter). *J. Int. Coll Surg.* 35.801/812, 1961.