

la ureterectomía; se trataba de una papilomatosis múltiple de uréter. Posteriormente, se siguió la técnica de Tomoda. Al cuarto día hizo una clásica obstrucción intestinal.

En este caso, había olvidado colocar esos puntos que lleven el asa aislada al parietocólico para evitar ese espacio y fue en esa zona donde se hizo la encarcelación. Se reoperó y evolucionó bien, con las dificultades propias de la pared. Hace 3 ó 4 días hemos empezado a ver con gran desazón la aparición de sustancia ileal en el colector urinario. Estamos ante la perspectiva de evaluar su estado general para practicar su reintervención y colocar una nueva ligadura porque sospechamos que se ha perdido la ligadura.

*Dr. Sáenz.* — Ante todo quiero felicitar a los comunicantes por su presentación que entiendo es muy interesante. Deseo preguntar si esos pacientes también habían sido irradiados.

*Dr. Scorticati.* — Los dos primeros pacientes habían recibido más de 3000 r y el radioterapeuta había considerado que no se les podía dar más rayos.

## BIBLIOGRAFIA

1. *Aguirre Mac Kay, L.*: Colostomías. Editorial del Pacífico. Impresores. Sgo. de Chile, 1955.
2. *Hodge, S. C. V.; Lehman, T. H.; Moore, R. J. y Loomis, R.*: "Use of ileal segments in urology". *J. of Urol.*, 85, 573-579, 1961.
- 2<sup>bis</sup>. *Bricker, E. M.*: Bladder substitution after pelvic evisceration. *S. Clin. North America*, 30: 1511, 1950.
3. *Jacobs, A.*: Indications for Diversion of the Urinary Stream. *Current Cancer Concepts*, Ed. Ph. Rubin, 90, 91, 1969. American Cancer Society. 219. East. 42nd. Street, N. Y.: 10017.
4. *Kursh, E. D.; Albert, D. J. y Persky, L.*: Supravesical urinary diversion: A comparison between cutaneous ureterostomy and ileal conduct. *J. Surg. Oncol.*, 2, 291-297, 1970.
5. *Lemmer, K. E. y Mehnert, S. H.*: Colostomy. Advantages of Stablishing on immediate mucocutaneous suture. *Arch. Surg.*, 68, 463, 1964.
6. *Levallois, Michel.*: *J. D'Urol.*, 73, n° 12 bis, 209-210, 1967.
7. *Paitre, F.; Lacaze, H. y Dupret, S.*: *Práctica Anatómoquirúrgica Ilustrada*, T. 2, 64-66. Ed. Salvat, 1937.
8. *Small, M. P.; Boyarsky, S. y Glenn, J. P.*: Clinical and Experimental evaluation of ileal segment urinary diversion. *Am. J. Surg.*, 115, 782-786, 1968.
9. *Soupault, R.; Mouchet, A. y Camey, M.*: *Journ. de Chir.*, T. 69, 816, 1953.
10. *Stone, J. H. y Hodges, C. V.*: Radical cistectomy for invasive bladder cancer. *J. of Urol.*, 96, 207-209, 1966.
11. *Tomoda, M.*: Technik der totalen Gastrektomie mit ersatzmagen. *Der chirurg.*, 264-168, 1952.

Hospital Rawson  
Servicio de Urología

Rev. Arg. Urol. Nefrol. Tomo 40, 1971  
Sociedad Arg. Urología, 26-8-71

## PATOLOGIA TUMORAL URINARIA INSOSPECHADA A PROPOSITO DE DOS CASOS

Por los Dres. R. BORZONE, H. A. LEVATI, E. PENHOS y A. ZEA

Comentaremos dos casos, uno hospitalario y el otro privado que en breve tiempo entre uno y otro mostraron una patología tumoral renal no sospechada al efectuar el examen anatómo-patológico.

### Caso N° 1.

C. S. de L., Historia N° 13. Serie 948. C. 15.1971.

Enferma casada, de 61 años, oriunda de la provincia de La Pampa, que ingresa al servicio el 5 de febrero del corriente año porque desde hace 2 años presenta dolores lumbares izquierdos de escasa intensidad irradiados a ingle del mismo lado.

Como antecedente de suma importancia desde igual tiempo operada por

un proceso neoplásico sigmoideo que determinó le efectuaran vaciamiento y colostomía izquierda.

Exámenes de rutina dentro de límites normales excepto la eritrosedimentación que tanto el 21/1/71 como el 10/2/71 se muestra por encima de las cifras correctas: 30 y 21 mm. en la 1ª hora respectivamente.

*Cistoscopia*: sin particularidades.

Placa simple del árbol urinario: sin particularidades. Urografía excretora: Riñón izquierdo excluido. Riñón derecho: buena arquitectura pielocalicial. Relleno vesical sin particularidades.

El 10/2/71 se le efectúa pielografía ascendente izquierda. El catéter radioopaco no progresa más de 10 cm. y se detiene inmediatamente por debajo del extremo inferior de la articulación sacroiliaca izquierda. La sustancia de contraste refluye a vejiga.

El día 16 del mismo mes se interviene:

Cirujano: Dr. H. A. Levati.

Aytes.: Lagier y Ricart.

Incisión lumbar izquierda con resección de la XII costilla. Sección de la pared muscular. Liberación de un riñón hidropio-nefrótico, blando, abollonado, de menor tamaño que el normal. Pelvis renal y uréter dilatados con contenido líquido purulento. Se efectúa nefrectomía previa ligadura aislada de los vasos del pedículo. Se libera el uréter dilatado hasta su tercio inferior comprobándose la ligadura del mismo sobre la pared posterior. Cierre por planos. Se deja drenaje.

Postoperatorio sin mayores inconvenientes. Alta el día 3/3/71.

Estudio anátomo-patológico de la pieza: (Dr. E. Penhos).

1) Uréter con dilatación quística de la luz y paredes adelgazadas. Dilatación quística ureteral con atrofia del epitelio de cubierta. Inflamación crónica.

2) Riñón con dilatación piélica y atrofia medular. En las luces de algunas cavidades existen vegetaciones friables de no más de 0,5 cm. de diámetro.

Uropionefrosis de grado avanzado con atrofia medular. Adenocarcinoma papilífero tubular localizado.

## Caso N° 2.

P. S. 56 años, casado.

Inicia el cuadro con hematuria total, de pequeños coágulos alargados y cólico renal izquierdo de mediana magnitud. El proceso dura dos días y se repite a la semana con menos intensidad: hematuria sin coágulos y sin dolor.

De estos episodios al tiempo de la consulta transcurren escasos 15 días. Se presenta a uno de nosotros (Dr. A. Zea) con el estudio radiográfico hecho donde se visualiza en las placas de contraste la falta de relleno de la pelvis renal izquierda sin repercusión calicial. En el lado derecho buena función renal. En ambos riñones la arquitectura calicial no ofrece particularidades. La placa simple del árbol urinario tampoco muestra imágenes radioopacas sospechosas.

Se interviene quirúrgicamente el 10/3/71.

Cirujano: Dr. A. Zea.

Ayte.: Dr. H. A. Levati.

Incisión lumbar izquierda verticalizada con resección de la XII costilla. Liberación del riñón de buen tamaño. Nefrectomía. A continuación se efectúa la ureterectomía hasta sacar incluso el sitio de implantación vesical. Hemostasia cuidadosa y cierre por planos dejando dos drenajes.

Postoperatorio sin inconvenientes: alta al 5º día.

Anatomía patológica: (Dr. E. Penhos). Protocolo 4671.

En pelvis renal se observa una formación semisésil del tamaño de una