

PAPILOMA PRIMITIVO DEL URETER. — SU DIAGNOSTICO PIELOGRAFICO

Por el Dr. ENRIQUE CASTAÑO

El diagnóstico pielográfico de los papilomas del uréter data recién del año 1931. **Chevassu** en su trabajo sobre "Tumor papilomatoso del uréter demostrado por el urétero-pielograma retrógrado" dice que anteriormente a esa fecha no hay ningún caso publicado. Fuera de ese caso de **Chevassu** no he encontrado ningún otro urétero-pielograma que haya permitido el diagnóstico de un pólipo ureteral.

Todos los casos publicados de tumores del uréter diagnosticados antes de la operación han sido hechos por medio del cateterismo ureteral. Obstáculo al pasaje del catéter y hematuria profusa al chocar la punta del catéter con el pólipo. Este signo también lo hemos observado en nuestro enfermo.

La sintomatología de los papilomas del uréter, se confunde generalmente con la de los tumores renales.

El principal síntoma es la hematuria y algunas veces dolor. Esta viene sin causa alguna y puede ser tan profusa que aparenta ser sangre pura; otras veces viene *intimamente, mezclada con la orina.*

El cólico ureteral suele observarse; nuestro enfermo lo ha presentado repetidas veces, localizado el dolor en la región apendicular, justamente donde se encontraba el papiloma.

La historia clínica es la siguiente:

N. N. — 68 años. — Desde hace un año, hematuria casi continua, con muy ligeras intermitencias, que a pesar de eso ha descuidado hasta la fecha.

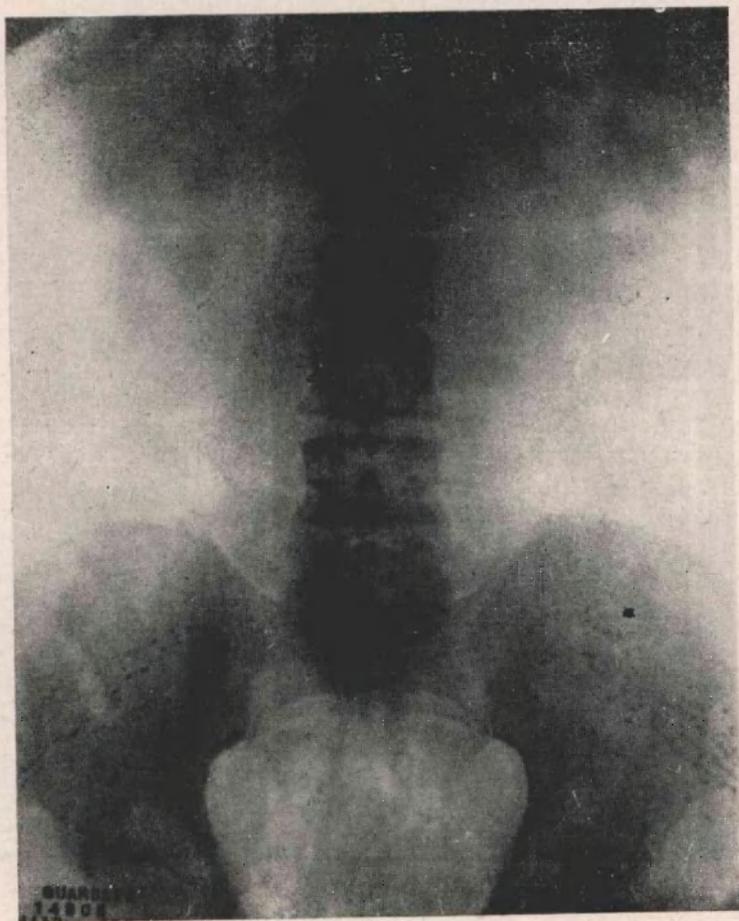


Fig. 1

Estado actual. — Aparato respiratorio normal. Corazón normal. Tensión arterial 19 máxima, 10 $\frac{1}{2}$ mínima. Abdomen globuloso, gran panículo adiposo que no permite la palpación renal.

Cistoscopia. — Capacidad 200 c.c. — Ligeró signo de Marion. Por el orificio ureteral derecho se ve una eyaculación sanguinolenta. Por el meato ureteral izquierdo, eyaculación normal y transparente.

Se le saca una radiografía simple que no revela nada de particular. Se decide practicar una pielografía. Al introducir el catéter unos 10 centímetros se detiene y es imposible franquear el obstáculo, y se ve salir por la sonda sangre pura, lo que nos hizo pensar en la posibilidad de un pólipo ureteral. Sin mover la sonda inyectamos 12 centímetros cúbicos de Umbrenal Shering, y al revelar la placa vemos la imagen que aquí presentamos, donde puede verse una dilatación ureteral y en medio una imagen lagunar que no

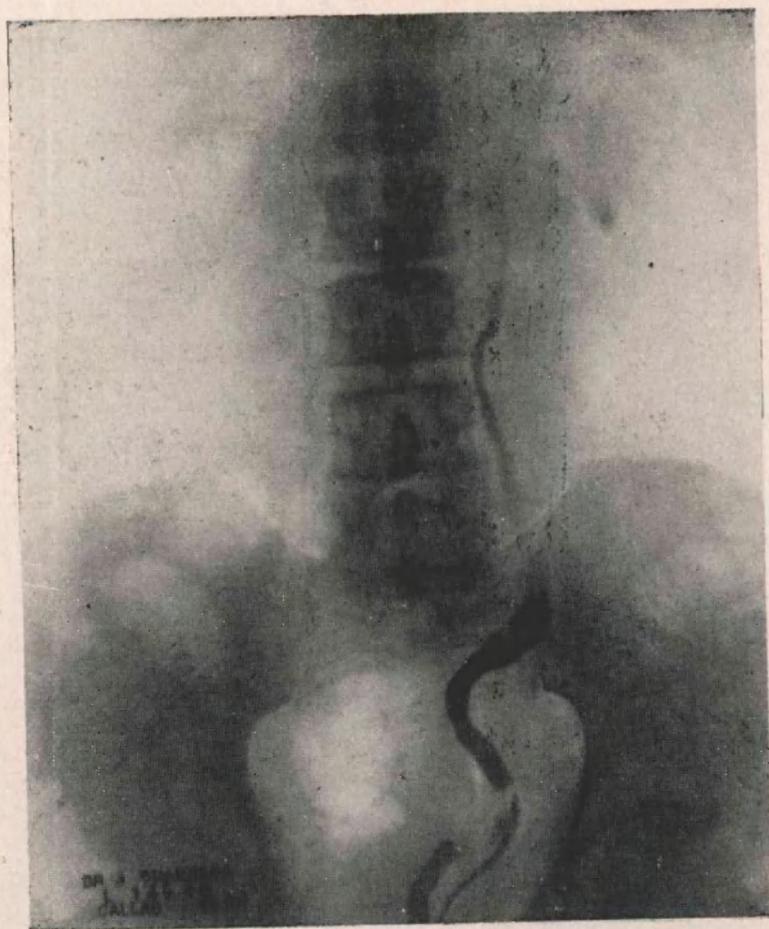


Fig. 2

podrá ser sino un pólipo ureteral. Como posiblemente la inyección no habrá sido en cantidad suficiente, no se ha llenado la pelvis renal, lo que en el primer momento nos hizo pensar que quizás también existiría un papiloma de pelvis, asociación muy frecuente, pero que no modificaba la intervención quirúrgica.

Examen funcional del riñón. — Urea en suero, 0,27 por mil. Glucemia 1 gr. 17 por mil. Reserva alcalina, 68,5 volúmenes al CO_2 por ciento. Dosaje de cloro en plasma 3 gr. 51.

El dosaje de urea en orina sólo daba una concentración de 10 gr. por mil.

Se inicia el tratamiento con suero glucosado hipertónico 100 grs. endovenoso con XX unidades insulina. Suero fisiológico y glucosado subcutáneo y por la tarde se repite el suero glucosado hipertónico con insulina, 2 inyecciones diarias de Ecilarina endovenosas. La orina aumenta a 600 c.c. en las 24 horas con una concentración de 14 gr. por mil en urea.



Fig. 4

El dosaje de urea nos da 1 gr. 82 por mil. Se le hace enema drástico y pituitina consiguiendo evacuar bien el vientre. El enfermo se encuentra tranquilo. Como la tensión se mantiene en 18 de máxima y 10 de mínima se le hace 300 grs. de sangría y se sigue con el mismo tratamiento.

Al día siguiente nueva sangría de 400 grs.; la tensión baja a 15 y 18 $\frac{1}{2}$; la diuresis llega a 1300 c.c.

Al día siguiente la diuresis llega a 2000 c.c. con una concentración de urea de 27 gr. 70 por mil. La urea en sangre baja a 1,50 por mil; el estado general mejora notablemente, se le da un purgante que le hace mover el vientre abundantemente. El enfermo tolera bien los líquidos y algo de alimento.

Cuando ya considerábamos que había pasado el temporal, estando sentado tomando un alimento, tiene una embolia que lo mata en pocos minutos en cianosis pronunciada.

Este caso desgraciado por el accidente que lo lleva a la muerte, una vez que se había conseguido salvar la insuficiencia renal, es de gran enseñanza para nosotros. La insuficiencia renal es realmente inexplicable, pues sólo en 4 días la concentración del riñón izquierdo sube de 10 gr. por mil a 27 gr. 70, lo que indica que no había lesión renal constituida y que explicaba el buen examen funcional previo a la operación.

Respecto a la embolia no es tan raro; desgraciadamente hemos tenido algunos casos, y en nuestro enfermo, siendo un arterial con un aneurisma de la iliaca que ha sido manoseada para desprender el uréter, puede explicar el desprendimiento de un coágulo y la causa de la embolia.

Hacemos notar el éxito del tratamiento instituido basado en las pruebas sanguíneas, y sobre todo el empleo de la escilarina en inyección endovenosa cada 8 horas, que ya nos ha dado óptimo resultado en otros casos.