

DISCUSION

Dr. Steinberg. — Quiero hacer el aporte de una niña que tuvo oportunidad de intervenir por vía endoscópica hace pocos meses y que ya había sido operada por el profesor Surra Canard, también por vía endoscópica, por un papiloma muy hemorrágico de vejiga.

Esta niña nos llegó con un bloqueo vesical. Fue estudiada conjuntamente con el grupo de la Maternidad Sardá en la parte de pediatría y se pesquisó la existencia de un papiloma vesical que había recidivado, o sea, que sería una variante un poco más maligna. Se hizo la electrocoagulación, la controlé hace pocos días y hasta ahora, no ha vuelto a recidivar.

Sr. PRESIDENTE (Dr. Pagliere). — Quiero agregar una pregunta.

Quisiera saber concretamente si se investigó en la Maternidad la existencia de algún factor cancerígeno que pudo haber influido en este cuadro.

Dr. Wortley. — El comentario del doctor Steinberg se trata del aporte de la recidiva de un tumor. Agradezco el mismo. Le diré en contestación al doctor Pagliere, que no existían antecedentes cancerígenos en la criatura ni en la madre.

Rev. Arg. Urol. Nefrol.
Tomo 41. Año 1972

DIVERTICULO DE URETER

Dres. C. H. SCORTICATI y E. J. J. CARTELLI

El Divertículo de Uréter es una patología poco frecuente dentro de las anomalías renoureterales.

Quizá ello sea debido a que, como su presencia transcurre generalmente en forma asintomática, o con ligeras molestias no patognomónicas, su hallazgo es frecuentemente el resultado de estudios radiológicos efectuados sobre el aparato urinario en forma rutinaria, o por pesquisar alguna otra patología renoureteral.

A ello se suma la gran disparidad de criterios que existía en la clasificación de esta anomalía, que avala su rareza, pues muchos casos comunicados como Divertículos de Uréter son en realidad Uréteres Bífidos con Extremo Ciego; Hidrouréteres Segmentarios; Acodamientos Ureterales; etc.

En 1933, Kretschmer (citado por Rubinstein), señaló las diferencias de estas anomalías; en 1942, Richardson resume la literatura del tema, señalando a Lotsi como el primero en describirla; posteriormente, en 1944, Dodson hace una revisión de la literatura y refiere un caso personal; pero es indudablemente a Culp, a quien se debe la clasificación más ordenada y minuciosa de las anomalías ureterales.

Este autor diferenció a los Divertículos Ureterales en *Reales* o *Verdaderos*; y en *Falsos* o *Adquiridos*.

Los *Divertículos Reales* o *Verdaderos*, de origen congénito, son formaciones sacciformes extraureterales, circulares u ovoideas, que comunican con la luz ureteral por una pequeña hendidura o boca, constan de un pequeño cuello, y en su estructura contienen todas las capas histológicas del uréter; interiormente se encuentran tapizados por un epitelio de transición, pero algunas veces experimentan una metaplasia, presentándose en forma de células escamosas estratificadas.

Su etiología se debería a alteraciones del desarrollo fundamentalmente similares a las de las ramas ciegas de uréteres bifidos; como podría ser un brote múltiple del Conducto de Wolff, con absorción de la pared, separando los dos brotes; o la hendidura prematura de un brote simple ureteral, el cual normalmente se divide en dos ramas cerca del riñón para formar la pelvis renal; o también a un brote ureteral accesorio; aunque algunos autores creen que el Divertículo es consecuencia de una debilidad congénita en un punto de la pared ureteral que cede al aumentar la presión intraluminal.

Cuando son únicos, la mayoría se encuentran localizados en el tercio inferior del uréter; más precisamente en el segmento yuxtavesical; aunque algunos se observan a nivel de la articulación sacro-iliaca (como el caso nuestro); o cerca de la unión urétero-piélica.

Aparecen por igual en ambos sexos; con mayor frecuencia del lado derecho que del izquierdo; en un 5 % de los casos suelen ser bilaterales; pudiendo, en ocasiones, aparecer en forma múltiple.

El *Divertículo Falso o Adquirido*, generalmente es de forma similar al anterior (sacciforme u ovoidea); pero su pared está formada por la evaginación de la mucosa ureteral a través de la capa muscular.

Usualmente se los encuentra por encima de una obstrucción ureteral, sea de causa congénita o adquirida; intrínseca o extrínseca; que al crear una hipertensión intraluminal proximal facilitarían o provocarían la herniación de la mucosa ureteral.

También pueden aparecer secundariamente a lesiones traumáticas u operaciones sobre el uréter (litotomías; plásticas; etc.); o como resaltan algunos autores, posteriores a procesos infecciosos crónicos; que en el caso de las Diverticulosis Múltiple, sería causa más importante que el factor obstructivo en su aparición.

Sintomatológicamente, la presencia de un Divertículo de Uréter suele transcurrir en forma solapada; pudiendo encontrar en la anamnesis dolor a distribución abdominal; episodios de cólico renal; disuria; polaquiuria; hematuria; escalofríos; náuseas; vómitos; y en los exámenes de orina frecuentemente piuria.

El diagnóstico preciso se basa fundamentalmente en el estudio radiológico presuntivo, siendo necesario, casi diríamos de rigor, la uretero-pielografía ascendente, con placas en posiciones oblicuas para ponerlo de manifiesto; consiguiéndose en ocasiones la entrada del catéter dentro del Divertículo.

La Radiocinetografía permitirá la observación del reflujo uretero-diverticular; la dinámica del sistema excretor y del divertículo en sí.

La persistencia de la sustancia de contraste dentro de la cavidad diverticular, cuando ésta ya ha sido eliminada totalmente del sistema excretor permitirá asegurar la incapacidad evacuatoria del Divertículo.

Radiológicamente es imposible diferenciar un Divertículo Verdadero de un Divertículo Adquirido; para ello hace falta el estudio histo-anátomo-patológico; pero sí cabe hacer el distinguo con el Uréter Bífido con Extremo Ciego; el Hidroureter Segmentario; y el Acodamiento Ureteral.

El Uréter Bífido con Extremo Ciego se presenta generalmente como un tubo largo, angosto, usualmente cerca de la unión urétero-vesical, y se adosa al uréter normal por un ángulo agudo.

El Hidroureter Segmentario, también llamado por Moore Megalo-Ureter localizado, se debería a una estrechez congénita o estenosis del orificio ureteral, de aspecto circular, ovoide o fusiforme, que tiene el uréter drenando dentro de la extremidad superior de su porción intravesical; carece de una

boca u orificio independiente, y presenta todas las capas histológicas del uréter.

El Acodamiento Ureteral, suele encontrárselo comúnmente a nivel del cruce del uréter con los vasos ilíacos, aparentando tratarse de un Divertículo; pero ciertos artificios de técnica radiológica (cambios de posiciones del enfermo; urétero-pielografía ascendente; etc.) permiten su diferenciación.

Las complicaciones de esta patología comprenden las derivadas de la rémora urinaria.

La uroectasia puede significar el compromiso de la evacuación del sistema en el que desemboca el divertículo, pudiendo acarrear procesos de hidronefrosis; pionefrosis; pielonefritis; litiasis uretero-piélica o diverticular; sin dejar de destacar de que el mismo Divertículo puede "per se" ser causa de obstrucción, pues al estar distendidos pueden llegar a comprimir el uréter (el segundo caso comunicado por Richardson tenía una capacidad de 3.500 l.).

El tratamiento dependerá fundamentalmente del grado de padecimiento renal que sufra el paciente, motivado por el éstasis urinario; o de las molestias que el divertículo pueda acarrearle.

Ante un hallazgo casual, sin ectasia uretero-piélica, y sin infección, preferimos contemporizar y realizar cultivos periódicos de orina para controlar la infección, y urogramas excretorios a fin de poder evaluar el drenaje ureteral.

Ante casos de infecciones reiteradas y difíciles de controlar; o ante casos de ectasia uretero-piélica que puedan poner en compromiso el parénquima renal; o ante severos trastornos dolorosos, estimamos prudente la exploración quirúrgica; y de ser posible la diverticulectomía y corrección del factor obstructivo si existiera; la anastomosis o reimplante ureteral; o cualquier tipo de intervención plástica necesaria a fin de facilitar la exéresis del divertículo, y la normalización del avenamiento renal.

Nuestro paciente es el Sr. M. P.; argentino; casado; de 73 años de edad.

Nos consulta por primera vez el 19 de abril de 1971, por presentar un cuadro de hematuria desde hacía dos días, sin poder precisar si es total o parcial; ritmo miccional: 4-5/2; en ocasiones disuria; la orina emitida no ofrece particularidades; ligero esfuerzo miccional; residuo 50 cm³; nunca tuvo episodio de retención aguda de orina.

El examen físico es muy dificultoso por tratarse de un enfermo que se encuentra muy molesto; examen urológico general: s/p.

Tacto: se comprueba la existencia de un pólipo rectal en hora 12; y una glándula prostática de características adenomatosa.

En esta oportunidad se le indica tratamiento médico, y se le solicitan los análisis de rutina y un urograma excretor.

Los exámenes de laboratorio se encuentran dentro de límites normales, excepto una glucemia de 146 mg %, que es tratada por el médico clínico que lo asiste.

El estudio radiológico no revela la presencia de imágenes litiásicas en la Rx. simple; el urograma excretor muestra una buena eliminación renal bilateral de la sustancia de contraste, sin alteraciones marcadas de las estructuras pielo-caliciales; ambos ureteres drenan bien, observándose en uréter derecho, a nivel de la articulación sacro-iliaca, una formación ovoidea de tamaño aproximado a una aceituna; que únicamente no se visualiza en la placa en posición de pie; la imagen vesical corresponde a una vejiga de esfuerzo, observándose una doble imagen de contraste y una sobreelevación del piso vesical.

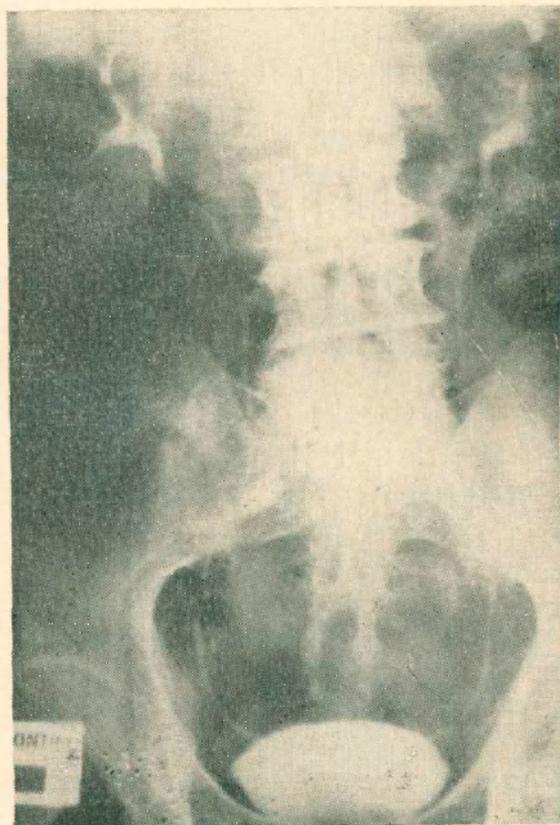
A fin de aclarar esta imagen ureteral, se le practica una uretero-pielo-

grafía ascendente derecha, que confirma la configuración ovoidea sacciforme extraureteral, de un Divertículo de Uréter.

El estudio electrocardiográfico del paciente revelaba un bloqueo completo de rama derecha, y un hemibloqueo de la división anterior de la rama izquierda; que aumentaban el riesgo de cualquier intento de intervención quirúrgica; en este caso la adenomectomía.

Por estas razones se le instauró un tratamiento médico, siendo controlado periódicamente, no variando su cuadro urológico.

En diciembre de 1971 presentó un Síndrome Pilórico, presumiblemente por Ca. de Estómago, encontrándose en dicha oportunidad una masa palpable en epigastrio, siendo internado en el Instituto Nacional de la Salud, donde fue tratado, falleciendo en enero del corriente año a causa de su neoplasia.



Comentario

Presentamos un caso de Divertículo de Uréter, que conceptuamos de extrema rareza; existen en la literatura mundial urológica consultada menos de 30 casos comunicados; no habiendo encontrado en la literatura nacional ningún relato al respecto; únicamente hemos hallado 4 casos de Uréteres Bífidos con extremo Ciego presentados por García y col.; Minuzzi; Trabucco Agustín y col.; y Trabucco Armando y Borzone; al mismo tiempo hemos tratado de actualizar la Bibliografía al respecto.

Queremos dejar expresa constancia de nuestro agradecimiento al Prof. Dr. Juan Manuel Guzmán por su desinteresada colaboración en la realización de este trabajo.

BIBLIOGRAFIA

- Bercu, G. y col.: Le Facteur Familial dans les Malformations Reno-Ureterales. Journal Belge de Radiologie. 53/1970. fasc. VI-454/459.
- Campbell, M. F.: Diverticulum of the Ureter. Am. J. Surg. 36/385. 1936.
- Campbell, M. F. y Harrison, J. H.: Urology. W. B. Saunders. Philad. 1970.
- Culp, O. S.: Ureteral Diverticulum: Classification of the literature and report of an authentic case. J. of Urol. Nov/47. 58 N° 5. 309/321.
- Dodson, A. I.: Ureteral Diverticula with large stone and undeveloped kidney. J. of Urol. 52-526. 1944.
- García, A. y col.: Uréter Bifido con un extremo Ciego. Rev. Arg. de Urol. Vol. 38. 1-5. 66/70. (Temas Libres: 10° Cong. Arg. de Urol.).
- Herbut, P. A.: Patología Urológica. Saivat. Barcelona. 1959.
- Mc Graw, A. B. y Culp, O. S.: Diverticulum of the Uréter; report of another authentic case. J. Urol. 67/262. 1952.
- Minuzzi, P. G.: Anomalias Reno-Ureterales. El Ateneo. Bs. As. 1940.
- Norman C. H. (Jr.) y Dubowy, J.: Múltiple Ureteral Diverticula. J. of Urol. 96/152. 1966.
- Richardson, E. H.: Diverticulum of the Ureter. J. of Urol. 47/535. 1942.
- Rubenstein, A. B. y col.: Differentiation of a bifid Ureter from Ureteral Diverticula. Illinois Med. J. 134/1. 33/35. July 1968.
- Scarcello, N. S. y Kumar, S.: Múltiple Ureteral Diverticula. J. of Urol. Jul. 1971. 106.
- Trabucco, Agustín y col.: Uréter Supernumerario Ciego y Tumor Mesentérico. Rev. Arg. de Urol. Vol. 25. Nos. 9-12. 254/260.
- Trabucco, Armando y Borzone, R. J.: Uréter Bifido Ciego Unilateral. Rev. Arg. de Urol. y Nefrol. Vol. 34. 9/12. 677/681.
- Wildbolz, H.: Tratado de Urología. Pubul. Barcelona. 1936.
- Williams, J. L. y Goodwin, W. E.: Congenital Multiple Diverticula of the Ureter. Brit. J. Urol. 37/299. 1965.

DISCUSION

Dr. Fazio. — Me hubiera agradado objetivar mejor esa imagen tal vez con una radiografía por goteo para poder demostrar así la conexión de esa formación con el uréter.

Dr. Steinberg. — Yo quería decir algo similar.

Pienso que es muy difícil con el estudio radiográfico que traen los comunicantes poder afirmar que se trata de un divertículo ureteral. Es posible que a través de una pielografía ascendente se pudo haber objetivado mucho mejor esa imagen y precisado la misma, sobre todo tratándose de una malformación realmente rara. No sé si en nuestro ambiente ha sido publicado alguna vez el caso de un divertículo ureteral, pero a través de muchos servicios que he visitado no tengo experiencia acerca de esta malformación.

Considero que pudo haberse completado el estudio para asegurar que se trataba de un divertículo ureteral, realmente.

Dr. Scorticati. — Quisiera pedirle a los colegas preopinantes que se acerquen a las placas radiográficas. Estimo que la imagen que se puede apreciar no da lugar a dudas.

Dr. Cartelli. — Nosotros mencionamos que para hacer el diagnóstico preciso es de rigor la pielografía descendente en posición oblicua, que en este enfermo se trató de hacer, pero el equipo de que se disponía era muy malo. Tomamos simplemente una ascendente.

En cuanto a divertículos ureterales, no sé que se haya publicado ninguno en la República Argentina.

Sr. PRESIDENTE (Dr. Pagliere). — Yo celebro esta disidencia que entiendo que siempre enriquece la presentación de los trabajos. Le rogaría a cualquiera de los miembros de la Sociedad que tenga alguna objeción que formular a alguno de los trabajos presentados, las dé a conocer porque es lo que más interés presta a estas reuniones.

Dr. Guzmán. — Considero en esta discusión los dos bandos pueden tener razón. Como dijo el comunicante falta el dato de la anatomía patológica, que es lo único que podría suministrar realmente un diagnóstico de certeza.

El trabajo ofrece el gran mérito de ocuparse de un tema de casuística muy escasa.

Dr. Borzone. — A pedido de los autores voy a dar mi opinión.

Como dice el doctor Guzmán no se puede afirmar si es verdadero o falso, pero es una imagen diverticular. Entiendo que en ese sentido, no hay ninguna duda.