

SERVICIO DE UROLOGIA DEL HOSPITAL ESPAÑOL**JEFE: PROF. DR. JOSE CASAL.****U R E T E R O C E L E .***Dr. J. M. Casal, Dr. J. J. Solari, Dr. Alberto Muzio.*

Esta afección congénita, conocida también como dilatación quística de la extremidad inferior del uréter, quiste uréterovesical, etc., no es una entidad patológica infrecuente. De acuerdo a la bibliografía consultada representa aproximadamente el 4 por ciento de la patología infantil asociada con piuria crónica.

Consiste en una dilatación del extremo inferior del uréter cubierta exteriormente por mucosa vesical y en su cara interna por mucosa ureteral. Entre ambas se encuentran escasas fibras musculares y tejido conectivo dispersados.

Esta entidad común en los niños es habitualmente unilateral aunque con cierta frecuencia es bilateral y de tamaño desigual. No hay prevalencia por el sexo y la edad de diagnóstico dependerá básicamente de la sintomatología.

ETIOLOGIA

Salvo remotas excepciones, el ureteroceles debe ser considerado de etiología congénita. Se acepta que un meato ureteral congénitamente estrecho induce a la formación del uréteroceles. Chuwalla propone la teoría de falta de reabsorción completa de la membrana ureteral inferior del embrión de 12 a 30 mm. Anormal dirección del uréter intramural fue invocada como causa. Anormal grosor de la capa muscular de Waldeyer también (Campbell, M.) Entre las causas adquiridas tenemos: ureteritis crónica, infecciones crónicas, litiasis, etc..

CLASIFICACION

1. Simple:
 - a) Unilateral.
 - b) Bilateral.
 - c) Duplicación ipsilateral sin fusión (2 meatos).
 - d) Duplicación ipsilateral con fusión (1 meato).
 - e) Con compresión de un uréter duplicado.
 - f) Con compresión de un uréter contralateral.
2. Prolapsado:
 - a) en uretra femenina.
 - b) externo.
 - c) uretra prostática
3. Desembocadura ectópica:
 - a) en uretra.

- b) Divertículo vesical.
- c) Quiste vesical sin comunicación con su luz.

SINTOMATOLOGIA

El uréteroceles por sí mismo, salvo que haga protrusión cervical o al exterior no da sintomatología propia. Sus complicaciones: infección persistente, polaquiuria, micción imperiosa, pseudo incontinencia, retención de orina, son las causas más frecuentes de la consulta. Es habitual que la consulta sea motivada por signos de obstrucción urinaria. Fiebre, piuria persistente y polaquiuria son las causas más comunes.

En los casos bilaterales con evolución prolongada la insuficiencia renal crónica ha sido motivo de consulta. Por supuesto que el uréterocel que aparece haciendo protrusión por uretra es de diagnóstico evidente.

DIAGNOSTICO

El examen físico puede brindar excelentes datos: globo vesical, palpación renal patológica o cualquier signo de malformación urológica puede asociarse al diagnóstico. La urografía excretora brinda datos de insustituible valor: imagen de falta de relleno vesical, dilatación "en cabeza de cobra" del extremo inferior del ureter. La patología uréteropielica concomitante, etc..

La cistoscopia puede certificar el diagnóstico pero no siempre es terminante. Desde el cuadro típico de la dilatación ureteral que se vacía rítmicamente con el peristaltismo ureteral hasta el colapso total y falta de visualización del uréterocel existen varios grados. Inclusive una distensión vesical puede evertir el uréterocel y fingir el cuadro de pseudo divertículo. Exclusión funcional del riñón (asociada a imágenes vesicales señaladas).

TRATAMIENTO

El mismo debe ser quirúrgico.

- A) Endoscópico:
 - a) Meatotomía: Deja como secuela habitual un reflujo vésico-ureteral.
 - b) Resección endoscópica del uréterocel.
 - c) Dilatación de un meato ureteral estenosado. (actualmente en desuso).
- B) Cielo abierto:
 - 1. con riñón funcional:
 - a. Resección del uréterocel y reimplantación ureteral.
 - b. Nefroureterectomía parcial en casos de sistema doble completo.
 - 2. sin riñón funcional:
 - Resección del uréterocel y nefroureterectomía total.

CASO DE OBSERVACION PERSONAL.

R. C. - Historia Clínica Nero. 30. 132.
sexo femenino.

Edad: 1 año y 6 meses.

Nacida de parto eutócico a los 8 meses de embarazo.

Ictericia fisiológica post-parto.

Anginas a repetición.

Vacunas recibidas: BCG - Triple. Sabin.

Enfermedad actual: Comienza en noviembre de 1972 con síndrome febril de 39 a 40 °C. El tratamiento antibióticoterápico instituido no fué efectivo y los repetidos urocultivos señalaban la presencia de más de 100.000 colonias de Escherichia Coli.

En enero de 1973 se agrega disuria y ardor miccional. Exámen físico: Paciente en regular estado general. Nutrición adecuada, febril (38,5 °C). Tórax sin particularidades. Taquicárdica. Se palpa riñón izquierdo muy aumentado de tamaño, consistencia disminuida, renitente y doloroso. Móvil. Genitales normales. Orina turbia.

Análisis: hemocultivo negativo.

Urocultivo: más de 100.000 colonias de Escherichia Coli.
(gentamicina, polimixima B, ácido malidíxico).

Eritrosedimentación: 20 mm. 1a. hora.

40 mm 2da. hora.

G. R.: 3.400.000

H. A.: 8,7 por ciento.

Hto.: 31 por ciento.

Hipocromía.

G. Blancos: 11.400.

Plaquetas: sin particularidades.

R. de Widal: negativa.

R. de Huddleson: negativa.

R. de Mantoux: negativa.

R. de Paul-Bunnell: negativa.

RX:

Simple: sin particularidades.

Urografía excretora: exclusión renal izquierda. Falta de relleno vesical de gran tamaño.
Urograma derecho normal.

Operación:

Se interviene el 11/4/73, con anestesia general.

Incisión mediana infraumbilical. Se encuentra una enorme vejiga que llegaba hasta el hipocondrio izquierdo, con una pared de cerca de 1 cm de espesor. En la hemivejiga izquierda un uréteroceles del tamaño de una ciruela, de paredes gruesas, llegaba hasta el borde cervical.

Meato ureteral derecho normal. Resección del uréteroceles. Meato ureteral izquierdo amplio, en el que se puede introducir el dedo índice. Disección del meato y liberación de la porción extravesical del uréter en una extensión de cinco centímetros. Cierre de la brecha vesical. Hemostasia del borde de inserción del uréteroceles.

Cistostomía. Drenaje prevesical. Cierre parietal. Lumbotomía izquierda. Se encuentra un voluminoso riñón izquierdo, con sistema excretor doble y megauréter en ambos uréteres, que se unen a nivel del 1/3 inferior. Nefroureterectomía total izquierda. Drenaje de la celda renal. Cierre por planos.



DIV. QUIRURGICA

Laboratorios Bagó S.A.

se complace en comunicar
al cuerpo médico argentino
la creación de su

División Quirúrgica

que tendrá
como objetivo fundamental el de
apuntalar la labor del médico
en su constante lucha contra las
enfermedades, mediante la
atención de sus necesidades de
material médico quirúrgico,
de diagnóstico y tratamiento.

División Quirúrgica

Laboratorios Bagó S.A. Bernardo de Irigoyen 248 -1072 Buenos Aires Tel.38-9081

Representante y Distribuidor exclusivo de:

SHRIMPSON & FLETCHER LTD., WILLIAMS SKIDMORE & CO., THE PARAGON RAZOR CO. - INGLATERRA.

Anatomía Patológica: Ficha 39,912.
Dr. J. M. Monserrat.

Sistema doble pielocalicial. Hidronefrosis avanzada con intensa atrofia cortical. Pielonefritis crónica inespecífica.

Evolución:

Muy buena. Alta 25/4/73. Urocultivos repetidos negativos. Excelente desarrollo psicossomático.

Conclusión:

Presentamos a vuestra consideración un caso de uréteroceles izquierdo asociado con duplicación ureteral incompleta y destrucción total del parénquima renal. La terapéutica quirúrgica radical fue seguida de muy buena evolución y curación de la paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. **Castaño, E.:** Dos nuevas observaciones de dilatación quística del extremo inferior del uréter tratados y curados por electrocoagulación. Rev. Arg. Urol. 1: 27, 1932.
2. **Salleras, J. y Di Lela, P.:** Dilatación quística de la extremidad inferior del uréter. Rev. Arg. Urol. 2: 212, 1933.
3. **Von Der Becke, A.:** Sobre dilatación quística de la extremidad inferior del ureter. Rev. Arg. Urol.. 2: 279, 1933.
4. **Castaño, E., Grimberg, J. Bertolasi, A.:** Dilatación quística del extremo inferior del uréter. 4: 411, 1935. Rev. Arg. Urol..
5. **Ercole, R.:** Dilatación quística de la extremidad inferior del uréter y litiasis concomitante. 5: 126, 1936.. Rev. Arg. Urol..
6. **Castaño, E.:** Sobre un caso interesante de dilatación quística de la extremidad inferior del uréter. 5: 240, 1936, Rev. Arg. Urol..
7. **Berri, H. D., Silvestre, A.:** Dilatación quística de la extremidad inferior del uréter izquierdo con litiasis incluida. Electrocoagulación. Curación 5: 390, 1936. Rev. Arg. Urol..
8. **Lagleyze, G.:** Dilatación quística de la extremidad inferior del uréter derecho. 7: 93, 1938, Rev. Arg. Urol..
9. **Rubi, R.:** Dilatación quística y litiasis de la extremidad inferior del uréter. 7: 179, 1938. Rev. Arg. Urol..
10. **Diaz Castro, R.:** Uréteroceles en sistema restantes en nefrectomizada por TBC, 8: 624, 1939.

11. **Rubi, R.A.:** Dilatación quística de la extremidad inferior del uréter de forma pseudotumoral. 10: 338, 1941. Rev. Arg. Urol..
12. **Sandro, R. E.:** Dilatación quística de ambas extremidades del uréter con cálculo en una de ellas. 12: 136, 1943. Rev. Arg. Urol..
13. **Figuro Alcorta, L y Molina, L. R.:** Dilatación quística de ambas extremidades inferiores de los uréteres. Rev. Arg. Urol.. 12: 273, 1943.

*

1. **Campbell, M. F.:** Ureterocele. J. Urol. 45: 598, 1941.
2. **Campbell, M. F.:** Ureterocele a study of ninety-four instances in eighty infants and children, Surg. Gynec and Obst. 93: 705, 1951.
3. **Immett, J. L. Alvarez Ierena, J. J., Mac Donald, J. R. and Logan, G. B.:** Ureterocele with prolapse through urethra. J. Urol. 51: 19 , 1944.
4. **Gross, R. E., Bill, A. A. Jr., Chat Worthy, H. W. Jr.:** Ureterocele in infancy and childhood. Pediatrics 5: 68, 1950.
5. **Mertz, H. O., Hendricks, J. Ganet, R. A.:** Cystic ureterovesical protinsion. J. Urol. 61: 506, 1949.
6. **Orr, L. M., Glanton, J. B.:** Prolapsing ureterocele. J. Urol. 70: 180, 1953
7. **Petillo, D.:** Ureterocele, duncal significance and process of formation, report of four cases. Surg. Gynec. and Obst. 40: 811, 1925.
8. **Thompson, G. J., Greene, L. F.:** Ureterocele, a clinical study and report of thirty-seven cases. J. Urol. 47: 800, 1942.
9. **Hutch, J. A. and Chisholm, E. R.:** Surgical repair of ureterocele. J. Urol. 96: 445, 1966.
