

PIELOURETERITIS QUISTICA

Dr. Socolovsky, R. - Dr. Borgnia, H. - Dr. Puscinsky, M.

Resumen

Se presentan tres casos de pieloureteritis quística; se hace una amplia revisión bibliográfica y se expone un resumen de su patogenesis. Se propone un cambio de la denominación de esta afección por no corresponderse a nomenclatura actual con la realidad observada.

La escasa frecuencia de la afección que nos ocupa, y su rara mención en la Sociedad Argentina de Urología (seis presentaciones desde 1948 a 1967), nos ha llevado a efectuar una minuciosa revisión bibliográfica, tratando de no sólo presentar aquí nuestra experiencia, sino también hacer una puesta al día sobre los datos conocidos de esta enfermedad.

Historia

Descrita por primera vez en necropsias como quistes que tapizan la mucosa ureteral (Morgagni, 1761), es recién relatada clínica y radiológicamente por Jacoby y Joelsen en 1929, sumándose Kindall en 1933.

A partir de esa fecha se sucedieron presentaciones aisladas en la literatura mundial que fueron recopiladas en una revisión estadística por los Dres. Giannoni y Englaro en 1960, los cuales encontraron 104 casos publicados.

En esta Sociedad, los Dres. García, Rocchi y Casal, en 1948; Alberto Rocchi, en 1955; Alfredo Grimaldi y Juan Goldaracena, en 1955; Ercole y Hereñú, en 1959; Herbert Pagliere, en 1962, y Carlos Scorticati, en 1967, se hacen presentes con casos encontrados en su práctica diaria.

Mencionaremos por último una estadística presentada por el Dr. Puigvert, Elizalde y Rosello que aportan once casos de esta entidad encontrados por ellos en los años 1928 a 1971.

Patogénesis

No se conoce su etiología, habiéndose formulado numerosas teorías:

Litten, en 1867: origen mecánico por destrucción glandular.

Eve, en 1889: sostiene el origen parasitario de la lesión.

Markwall, en 1898: origen congénito.

Herxheimer, en 1906: sustancias tóxicas vertidas por la orina.

Von Brunn, en 1893: atribuye la causa de la enfermedad a procesos infecciosos e inflamatorios crónicos. Hace hincapié en que los quistes podrían derivar de los nidus epiteliales observados y descritos en 1893 por él, en cuadros posinfecciosos de la vía urinaria.

Esta última teoría es la más aceptada por los diferentes autores, aunque se contradice con algunos de los casos descritos en que se observó la enfermedad en ausencia de infección urinaria.

Cuadro clínico

Sin características propias, su sintomatología es común a cualquier otra afección urinaria: cólicos renales, hematuria, infección, etcétera.

El diagnóstico es bastante simple cuando en la radiografía logran visualizarse las numerosas imágenes negativas pieloureterales. La pielografía ascendente y la endoscopia, con la visualización de quistes vesicales preferentemente sitios en el trigono y zona perimeática confirman el hallazgo.

En su evolución se han descrito todas las variables posibles: rápidamente agresiva, estabilización de las lesiones, desaparición de las mismas, etcétera.

Evidentemente el pronóstico dependerá de qué forma evolutiva se observe en cada caso particular. En las formas agresivas pueden verse lesiones bilaterales y rápida insuficiencia renal terminal.

Material y método

Desde 1975 hasta 1978 hemos tenido oportunidad de tratar a tres pacientes portadoras de esta afección cuyas historias clínicas pasamos a detallar:

Paciente Nº 1

D. de I., 75 años (femenina).

El 15/12/75 consulta por cólico renal izquierdo.

Enfermedad actual

Desde hace tres días, intenso dolor lumbar izquierdo con propagación a zona vesical, y con polaquiuria marcada. Se interna para estudio y tratamiento.

Examen físico

Dolor en hipocondrio y zona lumbar izquierda a la palpación. Moderada distensión abdominal.

Urograma excretor: se observa riñón izquierdo con cálices distorsionados y compresión piélica. Del lado derecho un riñón bajo y con cálices abiertos que hacen sospechar la presencia de quistes parenquimatosos. Análisis de sangre de rutina en límites normales. Orina: con piuria.

Pielo ascendente: del lado izquierdo se observan numerosas imágenes negativas en la luz ureteral y distorsión pielocalicular con coleccionamientos. La persistencia del cuadro doloroso y los hallazgos radiológicos nos llevó a indicar la intervención con diagnóstico de *pieloureteritis quística* y probable quiste del seno renal.

Operación: Clínica Güemes de Luján, 22/12/75.

Cirujano: Dr. Socolovsky. Ayudantes: Dres.: Borgnia y Puscinsky. Se abordó riñón por vía lumbar, se observa quiste parapiélico grande y se palpa el uréter ocupado por un rosario de tumoraciones de aspecto quístico. Se realiza nefrectomía, con cierre habitual, dejando drenaje en la lodge.

Evolución

Alta a la semana, continuó por Consultorio Externo, se observó durante un tiempo una supuración de herida por hilos, que se extrajeron en varias oportunidades.

Controles: 1/6/76, concurre por disuria. El urocultivo informa más de 100.000 colonias de Klebsiella. Se indica tratamiento de acuerdo con antibiograma, con buena respuesta.

Febrero de 1977: manifiesta nuevamente disuria y polaquiuria. Cultivo, más de 100.000 colonias de *E. coli*.

Endoscopia: pequeños quistes subepiteliales en trigono y rodeando ambos meatos. Tratamiento: con antibióticos con buena respuesta sintomática.

Agosto de 1977: urocultivo de control, más de 100.000 colonias de estreptococos plógenos, tratamiento de acuerdo con antibiograma.

Julio de 1979, urograma: se observa riñón derecho con caracteres similares a la Rx. de 1975. Endoscopia: escasos y pequeños quistes en trigono y perimeato derecho, pero neta mejoría de las lesiones con respecto a cistoscopia previa de hace 2 años.

Urocultivo: más de 100.000 colonias de *Escherichia coli*.

Paciente Nº 2

E. de R., 67 años (femenina).

El 9/76 consulta por cólico renal izquierdo.

Enfermedad actual

Comienza hace un mes con cólico renal izquierdo intenso, sin hematuria ni disuria y cede con medicación habitual. Hace una semana reinicia su sintomatología por la cual concurre. Se asocia con moderada distensión y vómitos.

Examen físico

Dolor a la palpación en zona lumbar izquierda.

Análisis

Rutina de sangre en límites normales. Orina con piuria.

Urograma excretor: riñón derecho s/p. Riñón izquierdo: ectasia pielocalicial por litiasis enclavada en zona pieloureteral, y pelvis bífida.

(Transcribimos informe radiológico, dado que lamentablemente no se encuentra este estudio en nuestro archivo.)

Se decide intervención quirúrgica con diagnóstico de litiasis pélica y uronefrosis.

Operación: Clínica Güemes de Luján, 24/9/76.

Cirujano: Dr. Socolovsky. Ayudantes: Dres. Borgnia y Puscinsky.

Lumbotomía izquierda, abordaje renal y liberación de pelvis, la cual se encuentra notablemente edematosa con engrosamiento de zona peripelvica. Se liberan la hemipelvis superior de la inferior, se abre y extrae cálculo de fosfato de $1\frac{1}{2}$ cm por 1 cm. Al explorar zona ureteropélvica se observa obstrucción total por lesiones de ureteritis quística. Se procede a palpar el uréter superior no tocándose más lesiones, por lo cual se decide extirpar la zona ureteropélvica afectada y reimplantar el uréter. Se comprobó previamente permeabilidad ureteral hasta vejiga. A continuación se amplía la comunicación de ambas hemipelvis, asegurando así un buen drenaje de la hemipelvis superior.

Evolución

Alta a la semana, continúa por consultorio externo.

11/11/76: asintomática. Urocultivo, más de 100.000 colonias de *Enterobacter*.

Urograma de control: buena función renal bilateral, anastomosis pieloureteral permeable.

Se indica tratamiento de acuerdo con antibiograma. Se solicita pielografía ascendente para completar estudio.

30/11/76, endoscopia vesical: vejiga con pequeños quistes en zona perimeática izquierda.

La Rx.: la pielografía ascendente izquierda denota imágenes negativas intracanaliculares y buena permeabilidad de la anastomosis pieloureteral.

28/12/76: asintomática. Urocultivo negativo, se deja sin tratamiento.

Concurre a nuestro pedido para control el 11/6/79: asintomática. Urocultivo de más de 100.000 colonias de *Enterobacter*. Urograma: buena función renal bilateral. Anastomosis pieloureteral permeable, sin ectasias. Se observan pequeñas imágenes negativas en uréter izquierdo, a predominio en tercio superior.

Endoscopia: se observan lesiones quísticas, pequeñas y poco numerosas en zona de perimeato izquierdo (comparativamente con el estado anterior las lesiones son menos extendidas, de menor volumen y escaso número).

Paciente Nº 3

A. de C., 51 años (femenina).

El 6/2/78 consulta por lumbalgia izquierda.

Enfermedad actual

Desde hace un año nota hematuria, sin disuria ni coágulos, cuando realiza esfuerzos. Trae análisis desde hace 3 años atrás con piuria persistente, y relata que fue tratada con antibióticos. Se decide internación para estudio y tratamiento.

Antecedentes personales

Varios episodios de cistitis en su juventud.

Examen físico

Dolor y aumento de tensión a la palpación en fosa lumbar izquierda. Se palpa riñón izquierdo, aumentado de tamaño y muy doloroso.

ECG: isquemia miocárdica de cara lateral.

Urograma excretor: 10/2/78, riñón derecho s/p. Retardo funcional del riñón izquierdo. Se observan en placas a la hora cálices "en bolas".

Urograma por infusión: a las 17 hs. de iniciado el estudio se logra una buena imagen de repleción de la pelvis renal izquierda, la cual presenta una obstrucción neta a nivel de la zona ureteropélvica.

Piello ascendente: uréter izquierdo obstruido a 1 cm del meato. Inyectando a presión se observan imágenes negativas en el interior del uréter. Análisis de rutina de sangre en límites normales. Orina con piuria.

Se decide intervención quirúrgica con diagnóstico de: hidronefrosis por obstrucción ureteropélvica, probable ureteritis quística.

Operación: Clínica Güemes de Luján, 27/2/78.

Cirujano: Dr. Socolovsky. Ayudantes: Dres. Borgnia y Puscinsky.

Lumbotomía izquierda, abordaje renal clásico. Se observa un órgano aumentado de tamaño, con escaso parénquima conservado, y grandes cavidades. Obstrucción total de zona ureteropélvica por pequeñas masas de sensación quística a la palpación, que se encuentran también en el uréter superior explorado. Se realiza nefrectomía y extirpación del uréter superior.

Evolución

Alta a la semana, continúa por consultorio externo.

27/3/78: herida bien, orina sin disuria.

20/11/78: concurre por lumbalgia bilateral, se descubre en Rx. de columna una imagen de litiasis vesicular, se niega a intervenir.

Citada para control de su afección, concurre:

22/5/79: asintomática de la vía urinaria, urocultivo negativo.

Urograma excretor: buena función renal derecha, no se observan lesiones pieloureterales.

Endoscopia: no se observan lesiones quísticas.

En los enfermos que acabamos de presentar hemos tenido una serie de coincidencias evolutivas y clínicas que queremos hacer constar:

a) sexo femenino en los tres; b) edad posmenopáusica; c) lado izquierdo de la lesión predominante; d) infección urinaria siempre presente a la primera consulta; e) lesiones quísticas intraureterales con afectación primordial en ambos orificios ureterales; f) en los dos casos de lesiones vesicales quísticas los controles alejados evidenciaron neta mejoría de las mismas; g) a pesar del tiempo transcurrido desde la intervención, y sin realizar tratamiento, se mantienen asintomáticas, y sin progreso lesional, aun los dos casos con bacteriuria persistente, y llama la atención que las dos pacientes con urocultivos actuales positivos de más de 100.000 colonias, son las que tienen afección vesical quística demostrada.

Conclusiones

Por las historias clínicas presentadas y estudiando la evolución de estas pacientes, pensamos que nos ha tocado en suerte tratar tres enfermos portadores de *enfermedad quística de la vía urinaria* de manifiesta benignidad y de evolutividad muy lenta, a pesar de que las lesiones encontradas eran numerosas, oclusivas y extensas. Pero los tres casos mejoraron luego del tratamiento quirúrgico con que extirpó la lesión principal, y uno de ellos aparentemente sanó, aunque evidentemente ignoramos por qué.

La experiencia vivida al tratar estos enfermos nos hace pensar que debe estudiarse siempre la posibilidad de efectuar tratamientos quirúrgicos conservadores, como en nuestro segundo caso, y combatir siempre la infección urinaria asociada. No existe un tratamiento específico de los quistes (aunque se han descrito

terapéuticas mecánicas por rotura de los quistes al pasaje de un catéter ureteral grueso, o líquidos cauterizantes diluidos), por lo cual nosotros no lo hemos intentado, y por ello, cabe destacar más aun la mejoría del cuadro lesional vesical en las dos pacientes que tenían cistitis quística asociada a las otras localizaciones.

También, y para concluir, queremos mencionar que los términos de pieloureteritis quística, ureteritis quística, cistitis quística, etcétera, no designan en realidad más que la localización de una afección que evidentemente es más generalizada. Por ello pensamos que el nombre apropiado sería *enfermedad quística de la vía urinaria*.

Rev. Arg. de Urología y Nefrología
Vol. 51 - Nº 1 - Año 1985

PROLACTINOMA EN UN VARON RECUPERACION DE LA FUNCION SEXUAL LUEGO DE 8 AÑOS DE HIPOGONADISMO

Dra. Kulczycki, Ana - Dr. Molocznik, I. - Dra. Varela, Josefina - Dr. Caputi, E. - Dra. Artese, Rosa - Dr. Damilano, S.

El empleo del radioinmunoensayo como método habitual para el diagnóstico permitió observar que algunos varones con impotencia eran portadores de hiperprolactinemia.

Motiva la presentación de este caso, la recuperación sexual lograda en un hombre de 45 años que consultó por impotencia e hipogonadismo de 8 años de evolución y que al ser estudiado resultó ser portador de un adenoma hipofisario con actividad prolactínica.

La radiografía de silla turca mostró aumento del diámetro anteroposterior; la tomografía lineal reveló que el dorso estaba afinado y el piso destruido, con invasión del seno esfenoidal; la arteriografía señaló una apertura del sifón carotídeo y una elevación de la porción C1 —cerebral anterior— del lado izquierdo y de la bifurcación carotídea.

La tomografía computada cerebral mostró una lesión expansiva selar con extensión supraselar y al seno esfenoidal. La campimetría fue normal.

Los valores de prolactina (PRL) se encontraban elevados en sangre (1.650 ng/ml) y en líquido cefalorraquídeo (104 ng/ml); el ritmo estaba alterado (14 hs.: 1.100 ng/ml; 22 hs.: 1.200 ng/ml) y las pruebas dinámicas señalaban la autonomía funcional del tumor (PRL-TRH: 0': 455 ng/ml, 20': 950 ng/ml), (PRL-MCP: 0': 271 ng/ml; 60': 232 ng/ml). Los sectores somatotrófico y tiroideo

eran normales, mientras que el gonadal y el suprarrenal estaban deprimidos.

El enfermo se operó por vía transepto-esfenoidal (anatomía patológica: adenoma cromóforo). La persistencia de la hiperprolactinemia hizo necesario utilizar sucesivamente la cobaltoterapia (4.500 rads) y el tratamiento con bromocriptina (10 mg diarios) para obtener la normalización de las cifras de PRL (3 ng/ml, luego de 3 meses de tratamiento medicamentoso).

La testosterona seguía disminuida; por ello fue necesario estimular al paciente con gonadotrofina coriónica (5.000 U, 3 veces por semana). Luego de 2 semanas de tratamiento comenzó a experimentar mejoría clínica (crecimiento del vello y aumento de la consistencia testicular) y humorales (normalización de la testosterona) y recuperó la potencia sexual.

La hiperprolactinemia provocaría hipogonadismo en el varón, ejerciendo su influencia sobre el sistema nervioso central, o disminuyendo la producción hipotalámica y/o hipofisaria de LH-RH y LH, respectivamente; o inhibiendo la acción de la LH sobre la célula de Leydig; o bloqueando a la enzima alfa-5-reductasa, que transforma a la testosterona en dihidrotestosterona. La gónada de nuestro enfermo respondió al estímulo únicamente cuando los niveles de PRL fueron normales.

'SUPRADYN' Roche

11 vitaminas + 5 minerales + 5 oligoelementos

Polivitamínico potente

Composición

Cada gragea de 'SUPRADYN' contiene:

11 vitaminas		5 minerales	
Vitamina A	25.000 U.I.	Calcio	50 mg
Vitamina B ₁	20 mg	Fósforo	25,8 mg
Vitamina B ₂	5 mg	Magnesio	36,2 mg
Vitamina B ₆	10 mg	Hierro	10 mg
Vitamina B ₁₂	5 μ	Manganeso	0,5 mg
Nicotinamida	50 mg		
Pantotenato de calcio	11,6 mg	5 oligoelementos	
Vitamina C	150 mg	Cobre	1 mg
Vitamina D	500 U.I.	Zinc	0,5 mg
Vitamina E	10 mg	Molibdeno	0,1 mg
Biotina (vitamina H)	0,25 mg	Cobalto	0,1 mg
		Boro	0,1 mg

Propiedades

'SUPRADYN' Roche suministra cantidades abundantes de vitaminas específicas, de minerales importantes y de oligoelementos que el organismo requiere para combatir las enfermedades agudas y durante la convalecencia hasta el restablecimiento completo.

Indicaciones

- Restricciones alimentarias o desequilibrios de la nutrición.
- Trastornos digestivos intensos.
- Procesos patológicos graves o de larga duración (infecciones severas y crónicas).
- Crecimiento rápido, pubertad, embarazo y lactancia.
- Prácticas deportivas, esfuerzos físicos y mentales.
- Posoperatorio. Convalecencia.

Posología

1 gragea o más por día.

Presentación

Grageas, frascos con 10 y 30

'BACTRIM' Roche 'BACTRIM' Fuerte Roche

Cotrimoxazol

Quimioterápico bactericida antiinfeccioso de amplio espectro

Composición	COMPRIMIDOS FUERTE	COMPRIMIDOS	JARABE	AMPOLLA
principios activos	mg	mg	c/5 ml = mg	IM 3 ml = mg
Sulfametoxazol	800	400	200	800
Trimetoprima	160	80	40	160

Propiedades

- Doble bloqueo metabólico en la misma cadena de reacciones del microorganismo.
- Efecto intensamente bactericida.
- Rápida difusión en todos los tejidos y líquidos orgánicos.
- Amplio espectro antibacteriano.
- Excelente tolerancia.

Indicaciones

- Infecciones agudas y crónicas de las vías respiratorias, genitourinarias, gastrointestinales y dermatológicas.
- Procesos sépticos en general.

Posología

ADULTOS

COMPRIMIDOS	BACTRIM			BACTRIM FUERTE		
	media	máxima	tratamiento prolongado	media	máxima	tratamiento prolongado
por la mañana	2	3	1	1	1½	½
al anochecer	2	3	1	1	1½	½

NIÑOS

JARABE	BACTRIM		
cucharaditas	6 semanas 5 meses	6 meses 5 años	6-11 años
por la mañana	½	1	2
al anochecer	½	1	2

SOLUCION LISTA PARA INYECTAR PARA ADMINISTRACION INTRAMUSCULAR

AMPOLLAS	adultos y niños > 12 años		6-12 años
	media	máxima	media
por la mañana	1	1½	½
al anochecer	1	1½	½

En infecciones agudas suministrar 'BACTRIM' no menos de cinco días o bien hasta que el enfermo se revele libre de síntomas.

La posología para niños corresponde aproximadamente a 6 mg de trimetoprima y 30 mg de sulfametoxazol por kg de peso por día.

La dosis media intramuscular no debe administrarse más de 5 días seguidos; la dosis máxima, no más de 3 días seguidos. Cuando se requiera continuar el tratamiento, puede utilizarse la vía oral.

Acciones colaterales y secundarias: En las dosis indicadas, 'BACTRIM' Roche es bien tolerado. Ocasionalmente pueden presentarse náuseas, vómitos y reacciones alérgicas cutáneas.

En pacientes de edad avanzada se han observado alteraciones hematológicas leves, asintomáticas y reversibles con la suspensión del medicamento. En pacientes con insuficiencia renal se deben reducir las dosis y prolongar los intervalos entre cada toma.

En tratamientos prolongados se aconseja controlar regularmente la fórmula sanguínea.

Se debe suspender el tratamiento si aparece exantema.

Contraindicaciones: Afecciones graves del parénquima hepático, discrasias sanguíneas, insuficiencia renal severa, hipersensibilidad a las sulfamidas o trimetoprima, embarazo, prematuros y recién nacidos durante las primeras semanas de vida.

Presentaciones

Comprimidos, envases con 12 y 20.

Comprimidos Fuerte, envases con 6 y 10.

Jarabe, frascos con 60 y 100 ml.

Ampollas IM (3 ml), caja con 5.

'BACTRIM' = marca registrada.