

Servicio de Urología del Hospital
Alvear; Prof. Dr. JUAN SALLERAS

Por los Doctores

CONSTANTE COMOTTO y
JUAN JOSE RATTO

DILATACON CONGENTA DE VIAS URINARIAS SUPERIORES

CLÁSICAMENTE han sido denominadas dilataciones congénitas de las vías urinarias, aquellas en las que no se encuentra causa anatomopatológica capaz de producirlas (obstáculos a la orina ni alteraciones inflamatorias de las paredes) y que no solamente se las puede explicar por una mal formación primitiva de los conductos urinarios; persistencia del estado embrionario, tipo de "dilatación mal formación" y no secundaria a un obstáculo congénito de cualquier región de las vías urinarias.

Esta entidad patológica se presenta con frecuencia cada vez mayor. Las primeras observaciones fueron hallazgos de autopsia o de intervenciones quirúrgicas, pero con la entrada en la escena de la ureteropielografía, se tuvo el único medio capaz de evidenciarla y en una forma inocua y absoluta. Y de aquí que con los progresos de la técnica diagnóstica, sean cada vez más numerosos los casos observados, hasta hacer de esta afección una entidad bastante frecuente. Esta malformación puede existir en un individuo sin revelarse jamás, y sin dar lugar a trastornos de ninguna especie siendo compatible con una salud perfecta; pero cualquier afección urinaria puede instalarse sobre ella y complicarla dando lugar a un cuadro sintomatológico imposible de separar del de la afección agregada, siendo solamente posible interpretarlo por la ureteropielografía, capaz de darnos el diagnóstico sin recurrir a otros medios. Esto hace que hoy esté dicho diagnóstico al alcance de cualquier clínico.

Las dilataciones de las vías urinarias superiores pueden ser totales o parciales, es decir, afectar todo el sistema desde el meato urete-

ral hasta los cálices; o cualquiera de los segmentos, el uréter, el basinete, o los cálices, pero siempre con la condición de que no exista obstáculo evidenciable al libre curso de la orina, así las hidrofrenosis por mala implantación del uréter o por vaso normal o por acodadura del uréter, quedan excluidas de este cuadro, lo mismo que las dilataciones debidas a una atresia del ostium ureteral, causas todas estas que pueden ser de origen congénito pero primarias, es decir que la dilatación resulta una consecuencia de ellas. También, y por definición, toda dilatación secundaria a una obstrucción de carácter inflamatorio, calculosa o tumoral, queda fuera de la afección que tratamos.

Como ya lo expresáramos, los síntomas son completamente atípicos y no es posible hablar de ninguno patognomónico; es una afección que se puede sospechar ante un cuadro clínico atípico, pero nunca afirmar antes de la visualización del tractus urinario superior por la ureteropielografía.

Hemos pasado una rápida revista a la patología y a la clínica de la afección que nos ocupa, pues nuestro propósito es sólo presentar algunos casos que nos han llegado en los últimos meses, y en los cuales encontramos ciertas características sintomatológicas que nos han llamado la atención y que presentamos a la consideración de los señores colegas.

PRIMER CASO

Historia clínica número 2344. — R. de S. Casado, 28 años, argentino, 2-VI-36.

Antecedentes personales. — Sin importancia. *Familiares,* ídem.

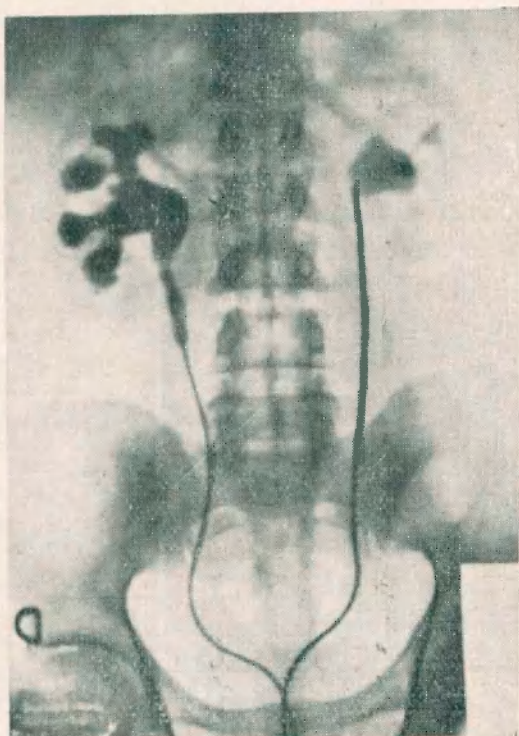
Enfermedad actual. — Comienza hacen dos meses con hematurias totales y dolores en región lumbar derecha, irradiados a ingle y muslo, con vómitos y polaquíuria. Esta sintomatología se prolonga con algunas remisiones hasta que ingresa al servicio.

Estado actual. — Enfermo en buen estado general. Mucosas un poco pálidas, a la palpación renal derecha se produce dolor. La izquierda indolora, el abundante panículo adiposo impide percibir el órgano. Orina uniformemente hematúricas; el examen de sedimento revela ausencia de pus y de gérmenes, gran cantidad de hematíes.

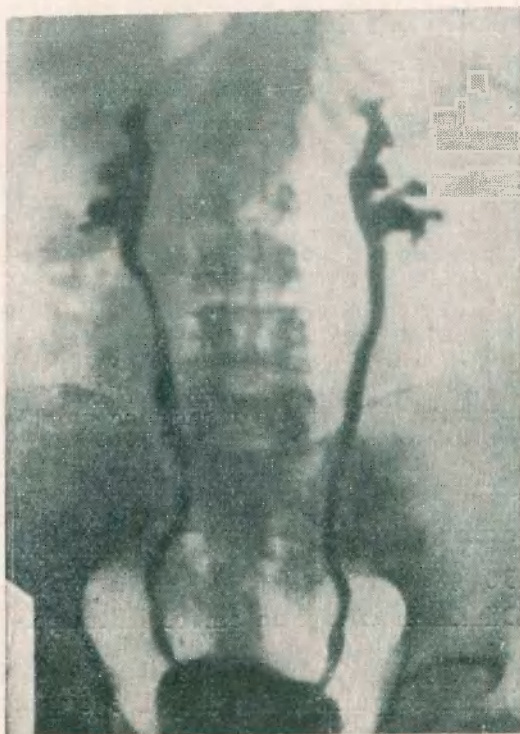
Cistoscopia. — Capacidad 300 c. c. Mucosa normal; meatos ureterales con eyaculaciones lentas y prolongadas, intervalos grandes, el derecho eyacula sangre.



Radiografía N° 1



Radiografía N° 2



Radiografía N° 3



Radiografía N° 4

Cateterismo ureteral. — Se recogen orinas límpidas a la izquierda y hematurias francas a la derecha.

Ausencia de pus en ambos lados, gran cantidad de hematias a la derecha.

Radiografía simple. — No se observan sombras calcúlosas.

Pielografía ascendente. — Dilatación urétero-pielo-calicial en ambos lados.

Evolución. — Después de la pielografía ascendente desaparecieron paulatinamente las hematurias, haciéndose las orinas casi límpidas mientras las molestias lumbares derechas fueron desapareciendo.

SEGUNDO CASO

Historia clínica número 2375. — P. V., 39 años, casado, Herrero. Ingresó 26-V-36.

Antecedentes familiares. — Sin importancia. *Personales:* niega venéreas.

Enfermedad actual. — Hacen dos años intensas hematurias totales con coágulos y dolores en la región lumbar que duran unos cinco días con algunas intermitencias para desaparecer por completo hasta que veinte días después reaparecen más intensas en la primera ocasión, durando hasta su ingreso al servicio.

Estado actual. — Sujeto en buen estado general pero intensamente anemiado, pulso 70 por minuto, algo hipotenso. Palpación lumbar negativa en ambos lados, gran timpanismo abdominal. Tiempo de sangría 5', tiempo de coagulación 8'. Recuento globular 2.200.000. Hematias glóbulos blancos 5.000.

Orinas hematurias totales con coágulos. Diuresis 1.500 c. c. Examen completo de orinas: úrea 14,20 por mil. Cloruros 12,10 gramos por mil. Glucosa no. Albúmina 0,32 grs.

Sedimento. Abundantes hematias. No hay glóbulos de pus, ni gérmenes. Azoemia 0,30 por mil. Vejiga 250 c. c. de capacidad.

Cistoscopia. — Mucosa de caracteres normales. Cuello normal. Uréteres normales, eyaculaciones lentas y espaciadas con intervalos largos. Hematurias francas en ambos lados.

Cateterismo ureteral. — Prueba funcional (30'). Riñón derecho: 20 c. c.; úrea, 6,15 por mil; cloruros, 8,40 por mil. Riñón izquierdo: 20 c. c.; úrea, 7,50 por mil; cloruros, 9,20 por mil. Abundantes hematias. Ausencia de glóbulos de pus.

La inoculación al cobayo resulta negativa.

Radiografía simple. — Nada de particular.

Pielografía ascendente. — I. Na. al 30 %.

Ambas glándulas en buena posición. Dilatación calicial en ambos lados, pelvis y uréteres normales.

Evolución y tratamiento. — Se administra coaguleno, dos ampollas diarias desde el ingreso, pero a los cuatro días las hematurias continúan aunque menos

intensas. Después de la pielografía se hace trasfusión de 500 c. c. de sangre que trae gran shock con temperatura de 39°. Desde ese momento las hematurias desaparecen paulatinamente en tres días y un nuevo recuento globular da 3.200.000 hematíes. Desde los primeros días se administran extracto hepático. El enfermo se da de alta con sus orinas sin sangre y sin molestias.

TERCER CASO

Historia clínica número 2.306. — Y. M. de P. 42 años, argentina, casada. Ingresó 24-III-36. Alta 24-IV-36.

Antecedentes familiares y personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Desde hace unos 10 días y en forma intermitente dolores lumbares con predominio derecho acompañados de hematurias intensas, síntomas que duraban unos días y desaparecían a veces por años. Desde hace ocho meses se repiten con más frecuencia las mismas molestias hasta que decide internarse.

Palpación renal negativa. Puntos renoureterales indoloros. Orinas hemáticas francas. Diuresis media 1.600 c. c. Sedimento abundante, hematíes, ausencia de pus y de gérmenes.

Cistoscopia. — Capacidad vesical 360 c. c. Mucosa sin particularidades. Meatos ureterales eyaculan lenta y prolongados, hematuria del lado derecho.

Radiografía simple. — Sin particularidades.

Pielografía. — Ascendente I. Na. 30 %; dilatación de vías urinarias superiores en ambos lados más marcado en los uréteres.

Cistografía. — Ausencia de reflujos uretero-vesical.

Evolución. — Las hematurias desaparecen paulatinamente a los pocos días del ingreso al servicio, por lo que la enferma lo abandona espontáneamente.

CUARTO CASO

Historia clínica número 9000. — Consultorio externo.

Antecedentes familiares y personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Hacen dos años hematuria intensa indolora sin coágulos, que dura 24 horas y desaparece espontáneamente. Hace tres meses reaparece la hematuria más intensa que la primera vez durando también 24 horas, para volver a presentarse hace 20 días y persistir una semana.

Estado actual. — Palpación renal negativa, orinas límpidas. Examen químico. Urea 14,60 por mil. Cloruros 12,20 por mil. Albúmina y glucosa no contiene. Sedimento: ausencia de hematíes y de píocitos. Tacto rectal negativo. Uretra: normal. Vejiga: capacidad 250 c. c.

Cistoscopia. — Mucosas con caracteres normales. Meatos ureterales normales. Eyaculaciones más espaciadas y lentas.

Cateterismo ureteral: examen funcional y de orina por separado sin particularidades.

Radiografía simple. — Nada de particular.

Pielografía ascendente. — I. Na. 30 $\%$. Dilatación bilateral de pelvis y cálices, el uréter no se visualiza mayormente. Tiempo de evacuación piélica a los 10 minutos, restos de sustancia opaca en la cavidad piélica derecha, ausencia en la izquierda.

Hemos presentado en la forma más suscita posible nuestras observaciones, recalcando solamente aquello que hemos creído de interés. Todos estos enfermos han sido observados en poco menos de seis meses y todos han presentado como característica común y predominante, a veces como único síntoma, hematurias profusas, algunas de ellas hasta el punto de poner en peligro la vida de los enfermos, como el caso de la segunda observación. Este hecho nos llamó la atención y nos ha movido a agrupar esta serie de casos, presentándolos en conjunto. En todas las observaciones nos hemos encontrado con vejigas de gran capacidad (todas de más de 250 c. c.) y con la particularidad de que las eyaculaciones ureterales eran siempre lentas, espaciadas y prolongadas. El tipo de mal formación ha sido variado, unas abarcando todo el árbol urinario superior, otros sólo la pelvis y los cálices. En todos los enfermos el estado general era excelente, salvo la anemia provocada por las hematurias en uno de ellos: en los tres primeros las hematurias desaparecieron a los pocos días del ingreso al servicio; en otro (observación segunda) después de transfundirse 500 c. c. de sangre, y en los otros dos después de la pielografía ascendente, quizás por la acción cáustica de la solución inyectada, de acuerdo a la clásica observación de Brasch en la clínica de Mayo.

Pero repetimos que consideramos como carácter sugestivo la presencia de las hematurias en todos nuestros enfermos, que no pretendemos explicar y sí sólo presentar como un hecho de observación digno de ser estudiado.

Discusión

Dr. Rebaudi. — *Pregunta al Dr. Comotto si entre los antecedentes de la enferma se ha recabado especialmente la existencia de algún proceso infeccioso de la madre durante su período de gestación, pues los autores alemanes, particularmente, asignan gran importancia en la patogenia de las dilataciones llamadas congénitas, a los procesos infecciosos del parato urinario del feto durante su gestación, infecciones que serían la causa real de las dilataciones sin*

causa aparente, observadas a veces en edad avanzada de la vida, con las manifestaciones clínicas más diversas.

Dr. Salleras. — Expresa que los casos presentados por el Dr. Comotto son tan sólo una parte de las numerosas observaciones de dilataciones parciales o totales de las vías urinarias observadas en el servicio del Hospital Alvear, habiendo sido publicadas un buen número de las mismas. Dice que el Dr. González ha estudiado los casos del servicio, investigando cuidadosamente los posibles procesos infecciosos durante la gestación, y le ha llamado poderosamente la atención la coincidencia de la observación de lesiones o alteraciones de la columna vertebral en tales casos, y quizás no sea indiferente en el proceso, la existencia de lesiones de mielitis o radiculitis, que jugarían un papel preponderante en la patogenia del mismo. Últimamente han observado un caso evidente, en un sujeto en cuyos antecedentes existía una parálisis infantil.

La sintomatología de la dilatación congénita es de las más variadas. Han observado casos que simulaban clínicamente una pionefrosis, otros de hematurias a repetición, y menciona especialmente un caso de cistitis tan intensa, que impidiendo en absoluto toda maniobra endovesical, le obligó a practicar una doble lumbotomía, con la sospecha de una tuberculosis renal, a pesar de las investigaciones de laboratorio negativas. Durante la intervención pudieron comprobar que se trataba de una gran dilatación ureteropielica bilateral, y al poco tiempo, con la aparición del uroselectán, les fué posible visualizar y estudiar radiológicamente la lesión.

Por último menciona de paso la observación, repetida muchas veces, de la desaparición de la hematuria a raíz de la pielografía, y menciona la opinión reciente de Brausch, que dice haberlo observado reiteradas veces a raíz de la instilación en pelvis de cualquier substancia medicamentosa (nitrato de plata, protargol, etc.), o después de la inyección de una substancia de contraste para la pielografía.

Dr. Matta. — Refiere que hace algunos años publicó una observación de dilatación quística de la extremidad inferior del uréter, y en esa oportunidad tuvo la colaboración del Dr. Bacigalupo, quien le proporcionó tres casos de dilatación congénita de las vías urina-

rias superiores observadas en autopsias de niños, casos en que realmente podrían atribuirse las lesiones a procesos sufridos durante la vida intra-uterina.

Dr. Comotto. — En el presente trabajo, que no tiene otra pretensión que contribuir a la casuística, hemos querido tan sólo destacar el síntoma hematuria, que por sus caracteres podría inducir en el examen clínico a más de un error. Las distintas patogenias, deliberadamente, no han sido motivo de consideraciones especiales en el presente trabajo.