

Facultad de Medicina de Rosario Santa Fé,  
Cát. de Clínica Quirúrgica del Prof. Dr. A. ZENO

Por el Doctor  
RICARDO ERCOLE

## DILATACION QUÍSTICA DE LA EXTREMIDAD INFERIOR DEL URETER Y LITIASIS CONCOMITANTE

DESDE que la cistoscopia es una exploración casi sistemática en los enfermos urinarios, la casuística de la dilatación quística de la extremidad inferior de uréter se ha enriquecido con el aporte de

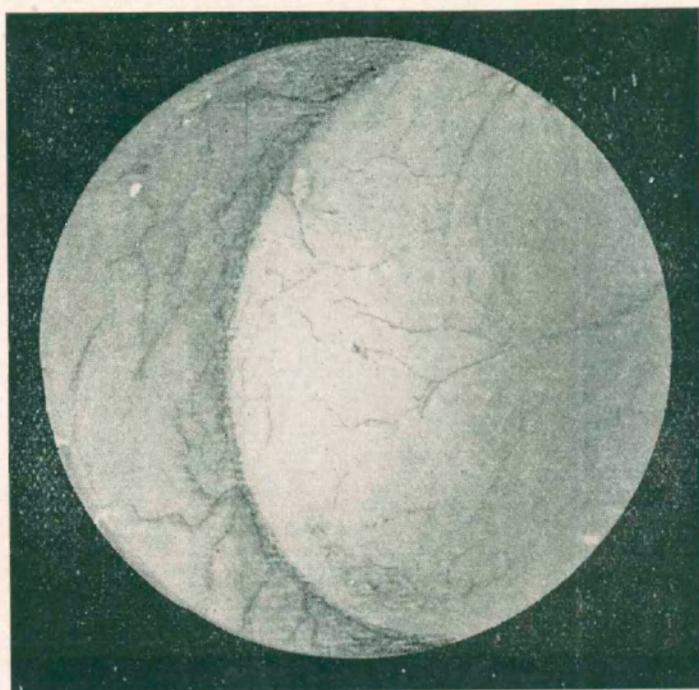


Figura 1  
Fotografía de la dilatación quística.  
(Obs. N° 1).

un gran número de casos, muchos de ellos tolerados perfectamente por el enfermo, en quien su presencia se ha puesto de manifiesto con motivo de una exploración endoscópica efectuada por otra causa. Así en nuestro país el número de las observaciones publica-

La presencia de cálculos en una dilatación quística del uréter ha sido citada como factor determinante de la dilatación, que en este caso sería adquirida, por obstrucción del cálculo a la salida de la orina.

Sin embargo, esta teoría ha tenido poca aceptación al punto que muy pocos la discuten, ya que la mayoría se inclina a pensar

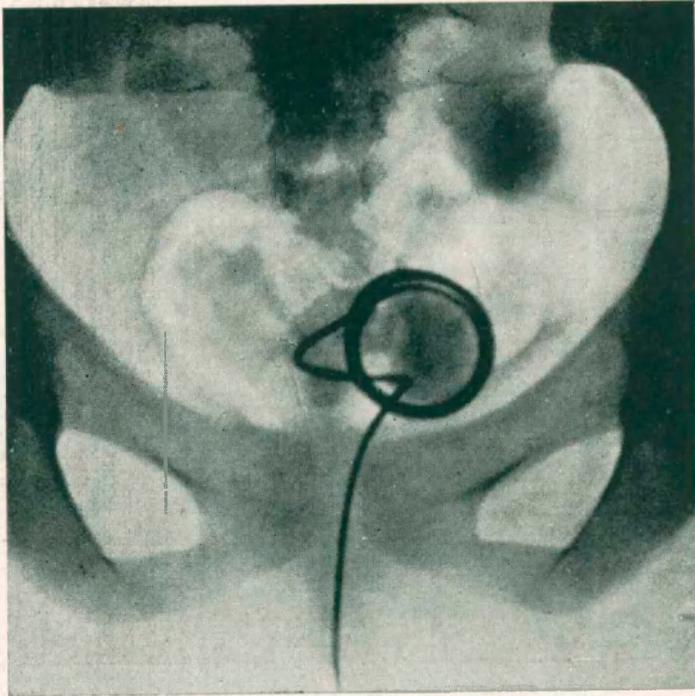


Figura 3  
La sonda ureteral arrollada dentro del  
quiste. (Obs. N° 1).

que siempre se trata de una malformación congénita. En casos como el que presentamos se debe aceptar de acuerdo con Papin que los cálculos son la consecuencia y no la causa de la dilatación quística.

Si puede ser discutible el tratamiento de los quistes que no traen alteraciones altas, nosotros no creemos así, en este caso particular la terapéutica se impone por sí sola: electrocoagulación de la bolsa quística que pone en libertad a los cálculos para eliminarse espontáneamente por las vías naturales.

OBSERVACIONES PERSONALES:

Nº 1. — Cándida G., 14 años. Enfermita que debemos agradecer al profesor Alvarez.

*Antecedentes hereditarios y personales.* — Sin importancia.

*Enfermedad actual.* — Dice la enferma que hace 15 días tiene una hematuria total y espontánea que le dura una semana y que desaparece con un trata-

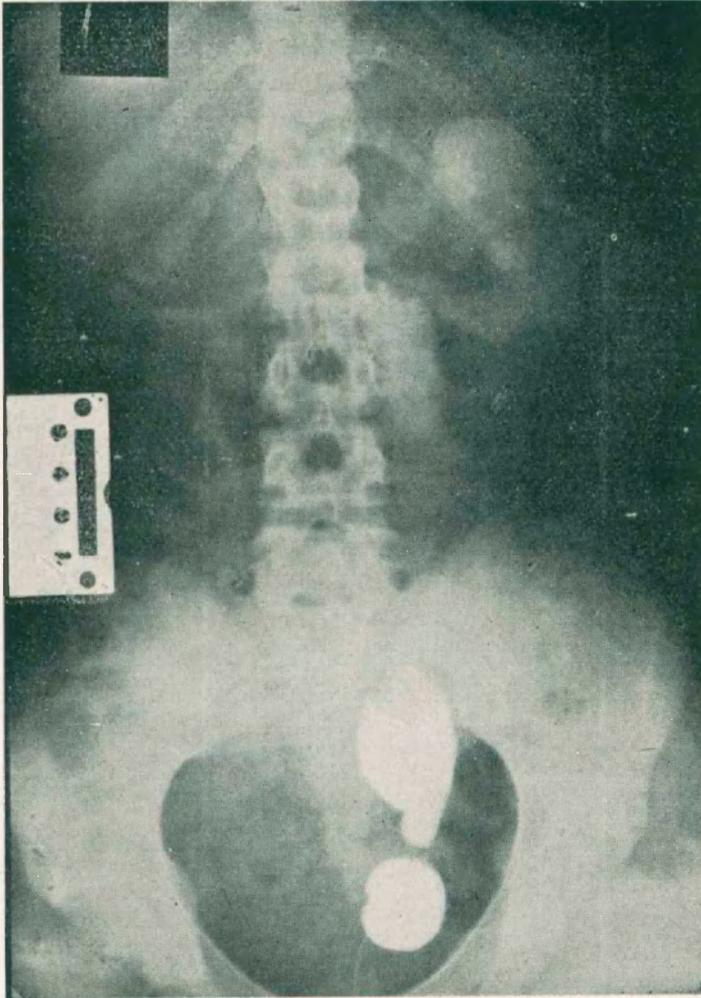


Figura 4  
Urétero-pielografía retrógrada. (Obs.  
Nº 1).

miento médico. No hay ningún antecedente urinario anterior; no ha habido dolor, ni fenómenos disúricos. Sus orinas han sido siempre claras.

Al examen se constata una chica bien constituida, en quien la exploración general es negativa. Una radiografía del árbol urinario revela en la pelvis, hacia la izquierda de la línea media, una serie de 6 cálculos facetados, que en el primer momento supusimos podrían ser de vejiga. Al efectuar una cistoscopia nos encontramos con una dilatación quística del extremo inferior del uréter izquierdo,

que calculamos del tamaño de una nuez y en la cual era posible visualizar el orificio ureteral puntiforme, que intermitentemente se lo observa eyacular. La mucosa que recubre la dilatación no se diferencia del resto de la vejiga, que es de aspecto normal. Con una sonda ureteral muy fina (N° 6) conseguimos después de un poco de trabajo franquear el meato estrecho, penetrando con facilidad dentro de la dilatación y con la certeza que ella se ha arrollado allí mismo, pues se la adivina al través de la delgada pared del quiste. Una radiografía obtenida inmediatamente revela que estamos en lo cierto. Efectuamos una urétero-pielografía retrógrada que dibuja perfectamente la dilatación, la que se encuentra unida al resto del uréter por un corto trazo delgado. El uréter y las cavidades renales están muy dilatados. Las cavidades renales derechas se han visualizado de aspecto normal en una pielografía descendente, mientras que las del lado izquierdo no se visualizan. Efectuamos una separación de orinas con el siguiente resultado: Riñón izquierdo: urea 12 grs. por mil. Sedimento: no se aprecia pus. Riñón derecho: urea 18 grs. por mil. Sedimento: no se observa pus.

En estas condiciones decidimos hacer una electrocoagulación de la bolsa quística la que efectuamos en una sola sesión sin ningún inconveniente. A la semana la enfermita orina espontáneamente los 6 calculitos, que un examen revela son de constitución oxálica.

Nos propusimos continuar la observación de esta enferma, sobre todo por la gran dilatación de las vías urinarias altas, pero desgraciadamente la paciente se consideró satisfecha con la eliminación de los cálculos, del momento que no concurre más a la consulta, por lo cual desconocemos la evolución de su enfermedad.

N° 2. — José P., 42 años. Ingresa al servicio de vías urinarias del Hospital Italiano. Hace 9 años tiene un cólico renal izquierdo. Desde hace 2 años se queja de ardor al terminar de orinar, orinas turbias e intermitentemente épocas con polaquiuria intensa.

Los antecedentes hereditarios y personales no tienen importancia. El examen general es negativo. Organos urinarios: riñones no se palpan. Uretra de buen calibre. Próstata con sus caracteres normales. Vejiga: Cistoscopia: Buena capacidad. Mucosa de aspecto normal. Correspondiendo a la implantación del orificio ureteral izquierdo hay una tumoración que se calcula del tamaño de una avellana, de superficie regular, con la mucosa que la cubre del mismo aspecto que la del resto de la vejiga. El orificio ureteral no se visualiza. Del lado derecho hay un meato puntiforme con una muy discreta dilatación quística que aumenta en los momentos de la eyaculación.

20/11/34. — Por vía endoscópica el Dr. Dotta efectúa la electrocoagulación de la bolsa quística. Al día siguiente el enfermo acusa trastornos vesicales como de cuerpo extraño, comprobándose en una nueva cistoscopia que hay un cálculo en vejiga cuyo diámetro es de 1 y  $\frac{1}{2}$  centímetros. Se extrae el cálculo por litotricia. Es un cálculo de constitución fosfática. A este enfermo por circunstancias especiales no pudo hacerse un examen pielográfico ni antes ni después de la intervención por lo que esta observación ha quedado incompleta. Es un enfermo de La Pampa y por este motivo tampoco hemos podido seguir la evolución de su enfermedad.