

Serv. de Urología del Hosp. Fernández;
Jefe Prof. Dr. ENRIQUE CASTAÑO

Por el Doctor
ENRIQUE CASTAÑO

SOBRE UN CASO INTERESANTE DE DILATACIÓN QUÍSTICA DEL EXTREMO INFERIOR DEL URETER

NO quiero entrar en consideraciones respecto a las dilataciones quísticas del extremo inferior del uréter, pues han sido motivos en otros trabajos presentados en esta Sociedad. El interés del presente caso estriba no sólo en el tamaño de la dilatación sino también en el estudio funcional del lado afectado que se ha podido practicar antes y después del tratamiento.

HISTORIA CLINICA:

D. F. Soltera. 20 años de edad.

No tiene antecedentes personales de importancia.

Enfermedad actual. — Hace dos meses se inicia un dolor lumbar derecho, que se irradiaba a veces a lo largo del uréter, acompañado de escalofríos y elevación de temperatura. A los dos días oliguria marcada y luego hematuria que persiste durante 48 horas y que vuelve a repetirse un mes y medio después en iguales condiciones, siempre precedida de la misma sintomatología que la crisis anterior.

Quince días después vuelven a aparecer los dolores del riñón, siendo remitida al Servicio para su estudio.

Estado actual. — Enferma delgada, pesa 47 kilos, de color pálido. Aparato respiratorio y circulatorio normal. Al examen del abdomen nada anormal. La palpación renal revela del lado derecho un riñón aumentado de volumen, algo sensible y descendido. Puntos ureterales, costo muscular positivo. Riñón izquierdo no se palpa, no hay puntos dolorosos.

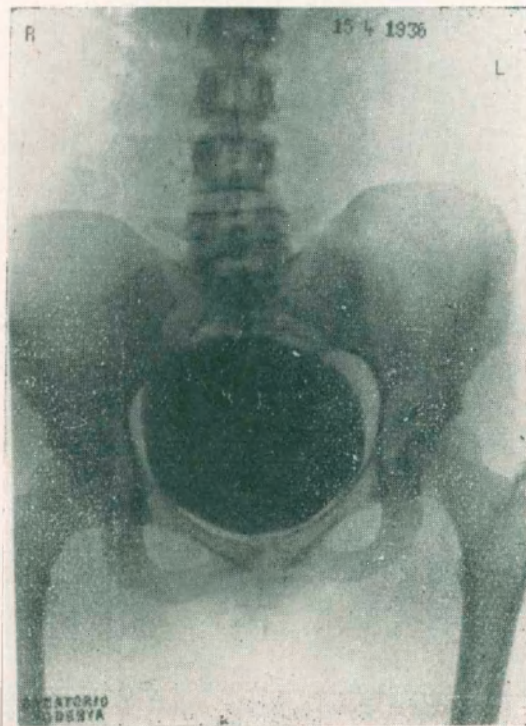
Cistoscopia. — Orina turbia, sin sedimento. Capacidad 200 c. c. Llama la atención desde el primer momento un enorme tumor que ocupa el lado derecho, implantado en el trigono y que tiene la forma de un huevo de gallina, posiblemente más grande aun, y que es posible recorrer con el cistoscopio en toda su superficie, recubierto por la mucosa vesical y no pulsátil, el orificio ureteral de-

recho no se alcanza a ver. Del lado izquierdo orificio ureteral bien implantado de aspecto normal. Eyaculaciones rítmicas, orina transparente. Mucosa vesical normal, salvo en el trigono y cerca del cuello vesical donde se encuentra congestionada. Con la palpación de la región hipogástrica se moviliza el tumor.

Se practica una inyección de índigo-carmin para localizar el uréter derecho y no se consigue, apareciendo del lado izquierdo a los $3\frac{1}{2}$ minutos.

Para llegar al diagnóstico preciso de dilatación quística y no de un fibro mioma vesical, se hace una cistografía que ustedes pueden ver, que sólo nos demuestra la presencia del tumor.

Se hace un uroselectán que es normal del lado izquierdo y del lado derecho

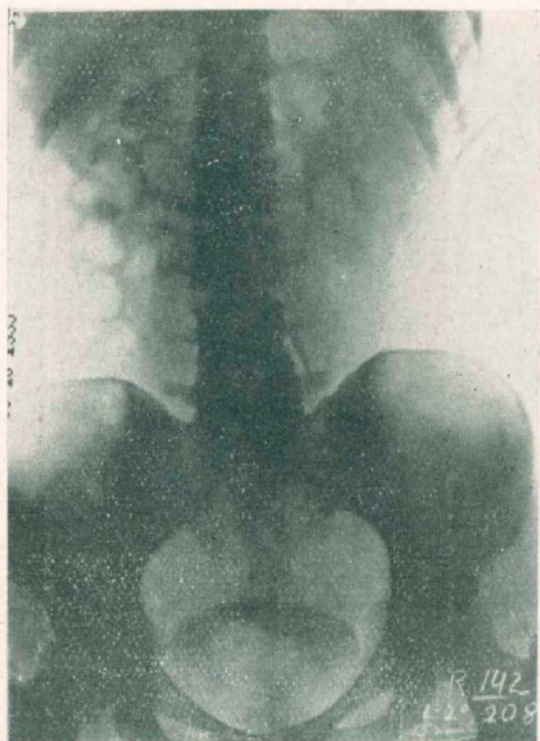


retardado, que permite ver algunas dilataciones caliciales, pero no se llena la presunta dilatación quística como era de presumir, apareciendo en la vejiga con el uroselectán eliminado una imagen parecida a la cistografía, lo que hace dudar si realmente se trataba de una dilatación.

En vista de este resultado y por consejo del Dr. Astraldi con quien habíamos examinado la enferma, se resuelve practicar una punción del tumor. Para esto tomamos una aguja larga de punción raquídea, que es llevada al interior de la vejiga por la uretra, dentro de un tubito de goma abierto en toda su extensión para que permitiera poderlo retirar, luego se introduce el cistoscopio y se llena bien la vejiga con 250 c.c. y bajo el control del cistoscopio, con un poco de dificultad práctico la punción, notando ser un tumor blando y veo salir por la aguja abundante líquido con aspecto de orina que es confirmado luego en el

examen químico: el total de líquido extraído era de 40 c.c. y el tumor sólo queda reducido a la mitad de su tamaño. El análisis del líquido da un porcentaje de 12 gr. 50 de urea por mil y 10 gr. por mil de cloruros.

Hecho el diagnóstico y antes de la electrocoagulación hacemos un estudio funcional. Primero, para tratar de ver el ureter derecho, cateterizamos el riñón izquierdo y hacemos una inyección de indigocarmin que aparece a los $3\frac{1}{2}$ minutos por la sonda y con el cistoscopio no se pudo ver eliminación del lado derecho en 25 minutos. La prueba de sulfofenolftaleína da por sonda del lado iz-



quierdo 35% y en orina vesical sólo un 10%. Dosaje de urea en suero 0,26 por mil.

28 de Noviembre 1935. — Bajo anestesia epidural se practica una electrocoagulación. Se hacen dos puntos profundos como a un centímetro de la base del tumor y otros en la parte superior.

Durante tres días orina sanguinolenta. Se hacen instilaciones de nitrato de plata diarias.

A los 20 días una cistoscopia revela la presencia de las escaras que no han caído, aunque el tumor se ha reducido de tamaño.

A los 40 días la cistoscopia revela que el tumor ha quedado reducido a un muñón, pero no se ve el orificio ureteral.

Se la manda al campo y vuelve a los tres meses.

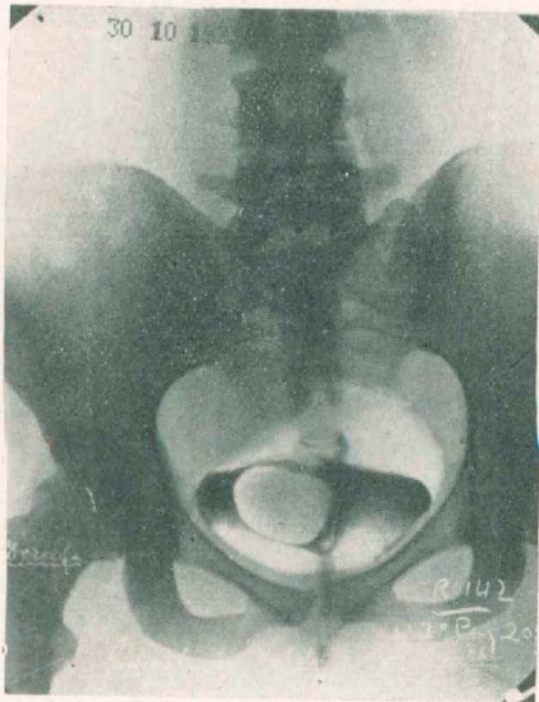
No hay síntomas vesicales. La cistoscopia permite ver un orificio ureteral

en su lugar normal, perfectamente cateterizable en toda su extensión, recogién- dose orina turbia de ese riñón. De la dilatación sólo queda encima del meato ure- teral un repliegue como de $\frac{1}{2}$ centímetro. En esos días hace una crisis dolo- rosa del riñón con temperatura, que cede a la cytotropina endovenosa.

A los 15 días la orina es transparente.

El indigocarmín aparece a los $4\frac{1}{2}$ minutos del lado derecho y $3\frac{1}{2}$ del la- do izquierdo.

La sulfofenolftaleína 20% del derecho y 31% del izquierdo.



Este caso es interesante, como digo, por las dudas que había en el diagnóstico, por el gran tamaño del quiste y por las reper- cusiones que trajo sobre el funcionalismo renal, que mejora una vez desaparecido el tumor.

La enferma aumentó 5 kilos. Pulso, estado general, muy bueno.