

Servicio de Clínica Génito - Urinaria del
Hospital Alvear; Prof.: JAUN SALLERAS

Por los Doctores

HECTOR D. BERRI y
ADOLFO L. SILVESTRE

DILATACION QUISTICA DE LA EXTREMIDAD INFERIOR DEL URETER IZQUIERDO CON LITIASIS INCLUIDA. ELECTROCOAGULACION. CURACION

EL caso que se presenta, si bien se observa con relativa frecuencia en los servicios de Urología, tiene como característica interesante el haber sido a prima facie confundido en el examen cistoscópico con una litiasis vesical por la forma y coloración del proceso y el desplazamiento relativo del quiste en los movimientos de lateralidad del enfermo y además por la complicación ulterior que se observó después de la electrocoagulación que exigió una intervención de urgencia.

HISTORIA CLINICA

Se trata de un enfermo de 26 años de edad, argentino, soltero, mecánico, sin antecedentes hereditarios ni personales de importancia, a excepción de una uretritis blenorragica aguda que presentó hace 8 años y que curó en dos meses sin complicación alguna. Es un discreto fumador y bebedor.

Enfermedad actual. — Manifiesta que hace un año notó por primera vez durante el transcurso de una micción, que el chorro de ella se interrumpía bruscamente, acompañado de gran dolor, y presentando más tarde una hematuria de tipo total, acompañada de dolor lumbar en ambos lados. Más tarde, estos diversos síntomas, se presentaron en repetidas ocasiones, cuando efectuaba trabajos que requerían esfuerzos violentos y durante la marcha prolongada.

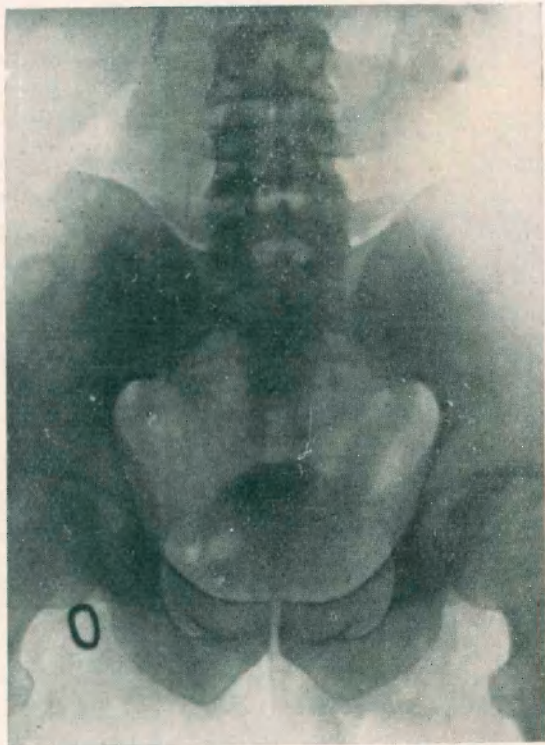
Como estos trastornos no cedieron, se internó en nuestro servicio del Hospital Alvear, ocupando la cama N° 4.

Estado actual. — Sujeto en regular estado de nutrición, con escaso panículo adiposo, ligera palidez de mucosas.

Aparato urinario. Riñones y uréteres. — A la inspección, normal; a la palpación decúbite dorsal, los riñones no se palpan. En posición de pie, se percibe



Radiografía N° 1 simple.



Radiografía N° 2 - Uroselectan 5'.



Radiografía N° 3 - Uroselectan 20'.



Radiografía N° 4 - Uroselectan 40'.

el polo inferior del riñón izquierdo. La puño percusión es positiva en ambos lados, pero principalmente del lado izquierdo. Puntos renales y ureterales negativos.

Examen radiográfico. — Radiografía N° 1: Simple R. D. Normal en posición y forma; sin sombras anormales. R. I., ídem, pero se comprueba además la presencia de dos o tres concreciones calcúlosas en el cáliz inferior.

Por delante de la primera vértebra coxígea y superpuesta a ella, pero algo lateralizada a la izquierda, se observa un cálculo de $1\frac{1}{2}$ ctm. por 1, aproximadamente, y otro mucho menor en su costado derecho.

Urografía de excreción. — Urografía N° 2. Uroselectán, 5 minutos. igual-

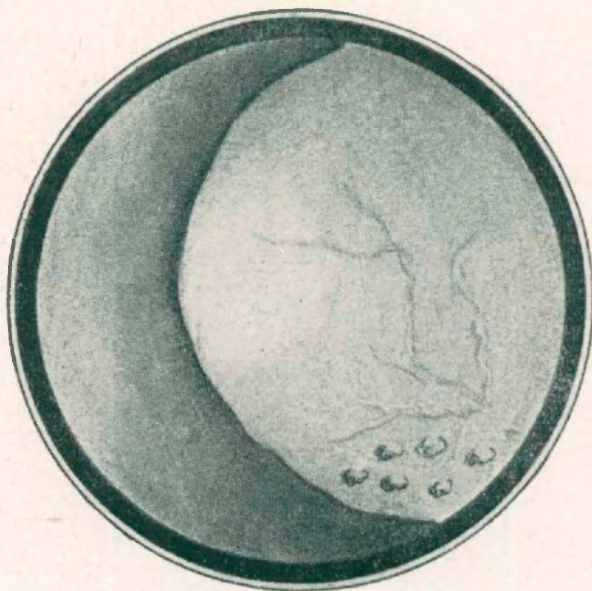


Figura N° 1

les caracteres que la radiografía simple, pero en este cliché la sombra renal izquierda está algo más descendida que la derecha; Riñón y uréter D. Buena eliminación con visualización de los cálices, y extremidad superior del uréter, observándose el resto de este conducto, pero mucho menos visible.

Riñón y uréter izquierdo. Regular eliminación en cálices con dilatación del bacinete y visualización de la extremidad superior del uréter.

Vejiga. — Se observa la substancia opaca rodeando la sombra calcúlosa ya citada a la altura de la primera vértebra coxígea.

Urograma N° 3, a los 20 minutos. Iguales caracteres que el anterior, pero se comprueba además en el uréter izquierdo en su porción pélviana una gran dilatación de ésta, y en la zona vesical la presencia de un buen relleno de substancia opaca e inscripto en ella, y cerca del polo superior de una cavidad neta-

mente separada de la anterior, y también rellena de substancia opaca, que nos muestra en su interior la presencia de la sombra calculosa.

Urograma N° 4, a los 40 minutos. Se vacía la vejiga del medio de contraste y se inyecta aire, observándose los mismos caracteres ya citados; con menor eliminación renal y además la dilatación pélvica del uréter izquierdo y el relleno por el aire de la cavidad vesical y en su interior la presencia de la otra, pero con substancia opaca y con un cálculo netamente visible.

Examen funcional. — Azohemia: 0.40 por mil.

Examen de orina. — Reacción: alcalina. Aspecto: turbio. Urea: 16,5 por

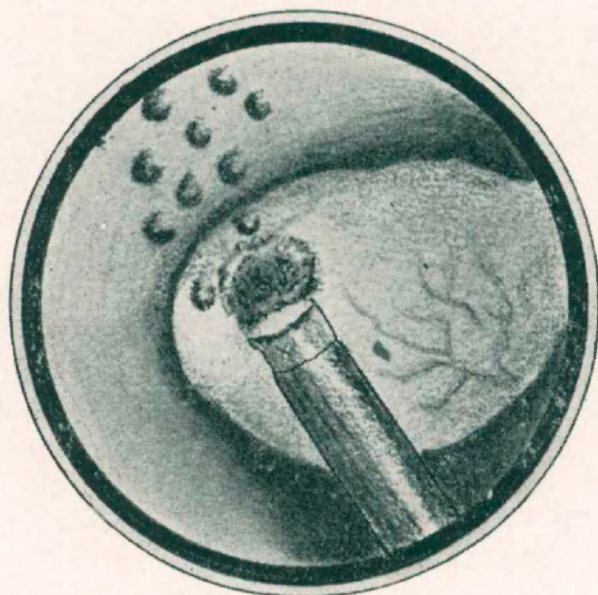


Figura N° 2

mil. Cloruros: 6 gramos por mil. Sedimento: regular cantidad de glóbulos de pus, células de descamación. Abundantes cristales de fosfatos bi-cálcicos y mono-cálcicos y microorganismos. Bacilos de Koch y signo de Colombino: negativos. Diuresis media: 1200 c. c.

Inspección, palpación y percusión: Nada de particular.

A la exploración metálica se percibe con nitidez la sensación de un cuerpo duro, en el lado izquierdo de la cavidad vesical.

Cistoscopia con 150 c. c. — Mucosa lisa con coloración algo más rosada que la normal. Meato ureteral derecho: se percibe en la zona correspondiente, pero entreabierto. Lo primero que se observa es la presencia de una tumoración en el lado izquierdo, mayor que una nuez de color blanco, de superficie lisa y regular, separada en casi todos sus lados, y que se mueve hacia el centro al lateralizarse el enfermo hacia la derecha.

Estudiado con mayor detención, se observa en la superficie de ella algunas ramificaciones vasculares, y en la parte inferior que se halla unida con la mucosa vesical, algunas vesículas de edema. No se ve el meato ureteral de este lado. Como se observará en la reproducción que se acompaña (Fig. N° 1), esa tumoración ocupaba una gran superficie en la zona vesical y únicamente no era visible ésta a las 9 horas, no así en los otros sectores vesicales.

Próstata, uretra y genitales: caracteres normales.

Otros aparatos: normales. Salvo constipación pertinaz, que obliga al enfermo a ingerir con frecuencia laxantes.

Tratamiento. 16 de junio de 1936. — En vista de haberse diagnosticado: dilatación quística de la extremidad inferior del uréter izquierdo, se efectúa una electrocoagulación por vía endoscópica, pero inconvenientes de interrupción del funcionamiento del chispero del aparato, obligó a retirar el catéter, que estaba adherido a la bolsa quística en el sitio de la fulguración. (Fig. 2).

Al día siguiente el enfermo acusa interrupción brusca del chorro de micción, lo que se atribuye al cálculo que había emigrado de la bolsa quística, observándose luego una hematuria intensa que obligó, en virtud de aumentar el tenesmo vesical, a efectuar un lavaje hemostático con sonda metálica, dando salida a abundantes coágulos.

Ese día y el siguiente continúa la hematuria con mucha intensidad y tenesmo, por lo que se resuelve efectuar a las 22 horas una talla hipogástrica. Cirujano: Dr. H. Berri. Ayudante: Dr. Adolfo L. Silvestre.

Eteronarcosis. Talla según técnica clásica; abierta la vejiga y colocado el separador vesical se comprueba que ella está ocupada en su totalidad por coágulos; se retiran éstos y se extrae el cálculo que se hallaba en el bajo fondo vesical.

Como la dilatación quística estaba abierta y libre en el interior de la vejiga, se extirpan las paredes de dicha bolsa y se electrocoagulan los bordes incididos.

Se sutura la vejiga, disminuyendo la abertura operatoria y se coloca sonda de Pezzer acodada, suspendiendo este órgano a la pared abdominal. Se drena el Retzius y se sutura la pared en dos planos.

El cálculo, según informe del Laboratorio del Servicio por el Dr. Cademartori, es de un centímetro y medio de largo por un centímetro de ancho, de color blanco, de superficie lisa y de consistencia exclusivamente fosfática.

Post-operatorio. — El enfermo acusa un buen post-operatorio; las orinas se mantienen turbias, pero sin sangre, y la temperatura oscila entre 37" y 38" durante unos 15 días con gran supuración vesical; siendo en la actualidad ligeramente turbias.

A los 23 días, la vejiga está cerrada y se le coloca derivación ureteral, la que es retirada en la fecha.

COMENTARIOS.

Como observamos, se trata de una litiasis renal y ureteral izquierda, ésta última por probable migración del cálculo que se ha detenido en la extremidad inferior del uréter, ocasionando una di-

latación quística a la manera que Bazy invoca en su formación y que es el siguiente. Detenido el cálculo detrás del meato ureteral por ser éste el punto más estrecho y no permitiendo el pasaje de él, o por no tener la dilatación necesaria o por ser éste demasiado grande provoca por las contracciones normales o exageradas del uréter el empuje de la pared vesical que introduciéndose en el interior de ella ocasiona una salida en la vejiga del cálculo envuelto por la mucosa vesical. Además, como este último aumenta progresivamente de tamaño por la precipitación y formación de nuevas concreciones fosfáticas ocasiona el aumento progresivo de la dilatación quística hasta que éste llega a ocasionar por su tamaño la obstrucción y la estranguria consiguiente.

Creemos que no se trata de una dilatación congénita por la falta de otras anomalías del aparato urinario, tan frecuentes para autores como Kaillé, Boistron, Ogle, Beoch y Spooone y que según Lavandera ha observado en 32 casos sobre 60 y además por la presencia no solamente del cálculo en la bolsa quística sino principalmente por existir otro ubicado en el caliz inferior. Si bien podría pensarse en una dilatación congénita por meato estrecho que ha ocasionado por la retención e infección la precipitación de las sales y por ello la litiasis debemos pensar que autores como Walker dicen que ésto no es causa suficiente para producirla, pues meatos puntiformes que no permiten el paso de los catéteres más finos no han producido el ureterocele y que es necesario además otro factor primordial en su producción que es la insuficiencia de los medios de unión uréterovesicales favorables al descenso de la porción intramural hacia la cavidad vesical.

Debemos admitir más bien que ha sido como lo invoca Bazy, el cálculo que ha producido estas lesiones y que al pasar a la bolsa quística ha aumentado de tamaño por las nuevas capas, obstruyendo la abertura del meato ureteral. No es una dilatación intramural del uréter que es intermitente y que se produce durante las contracciones ureterales y desaparece con el reposo, aunque no es difícil que en el presente caso se haya iniciado así para llegar a la dilatación que actualmente presenta.

Además, en el prolapso ureteral el tumor está tapizado por la mucosa ureteral mientras que en la dilatación quística está exclusivamente recubierto en su superficie externa por la mucosa vesical.

La infección que presentó este enfermo antes de la intervención se explica por tratarse de un constipado habitual que presentaba una retención de orina en su vía de excreción izquierda que ha ocasionado por vía enterorrenal, la infección que se reagravó después del etincelage por la reacción de la mucosa a la fulguración.

La cauterización es el tratamiento de elección en este proceso que fué efectuada por primera vez con termocauterío en 1906 por Woofyi en 1908 por vía enduretral; y por electrocoagulación por Blum en 1920 y por O'Agosto en 1922 en Italia con éxito satisfactorio.

El peligro de las hemorragias y estenosis y que según Romaine se suele observar por este método no son causales a nuestro juicio para aceptar la vía transvesical.

CONCLUSIONES.

La presencia de un cuerpo redondeado en la sede del meato ureteral debe hacer pensar en un ureteroceles, diagnóstico que debe corroborarse por un urograma de excreción y con clichés sucesivos y agregando en la técnica el vaciamiento vesical con o sin la inyección de aire en su interior.
