

Por el Doctor

G. LAGLEYZE

DILATACION QUISTICA DE EXTREMIDAD INFERIOR DE URETER DERECHO

A los numerosos casos publicados en el país por los doctores Montenegro, Bengolea, Castaño, Ahumada, Astraldi, Landívar, Salleras, Von Der Becke, R. Ercole y otros, he de agregar este caso por dos motivos.

I. — Por haber tenido la rara coincidencia que fuera uno de los primeros enfermos atendidos en el servicio de Génito-Urinarias a mi cargo del Hospital Militar de Campo de Mayo, de reciente creación y bien sentida necesidad.

II. — Por las bien demostrativas urétero-pielografías obtenidas por la urografía excretora antes y después del tratamiento.

Se trata de una dilatación quística de la extremidad inferior del uréter derecho, secundario a una estenosis congénita del meato ureteral, cuyo diagnóstico se debe al examen cistoscópico, si bien presumíamos que se trataba de un cálculo o tumoración que obstruyendo el cuello vesical provocaba la micción en forma intermitente.

La radiografía simple del aparato urinario resultó negativa, no así la urografía excretora que habiéndola practicado para precisar las complicaciones secundarias a la estenosis del meato ureteral, la considero tan gráfica, que sólo con ella podemos basarnos en el diagnóstico de dilatación quística de extremidad inferior de uréter, prescindiendo de la cistoscopia.

Se trata del siguiente caso:

S. A., argentino, 20 años, del Ac. 2. Campo de Mayo.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — De la infancia, sin importancia. 1ª Blenorragia a los 16 años, 2ª Blenorragia a los 10 años, tratadas y curadas con lavajes uretro-vesicales de Permanganato de Potasio y de oxicianuro de Mercurio.

Enfermedad actual. — Desde hace un año nota que en la mitad de sus micciones, el chorro se interrumpe continuando luego; al final ligero tenesmo.

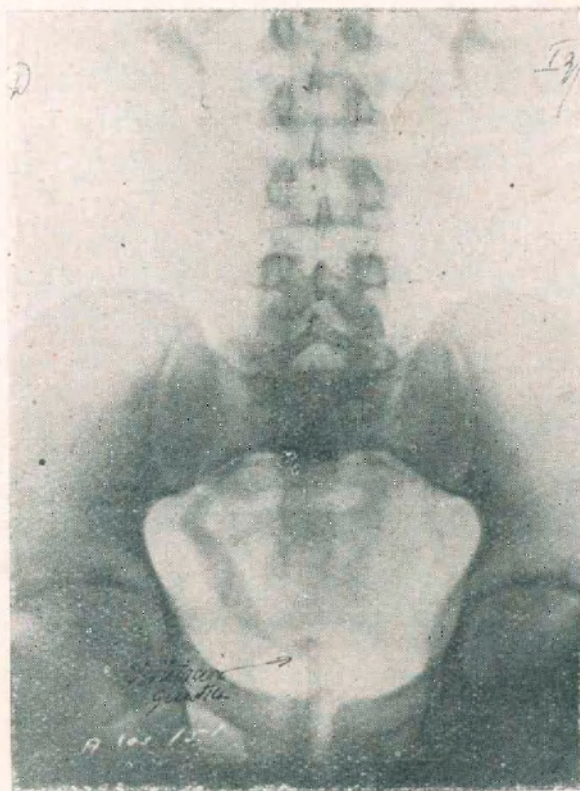
18-IV-38. — *Estado actual.* — Enfermo con buen estado general, lengua húmeda algo saburral, apirético, buen apetito.

Micciones normales tanto de día como de noche, pero se interrumpen durante el chorro para continuar después.

Orinas claras en el primer y segundo vaso.

Uretra libre al explorador N° 18.

Vejiga, no retiene. Riñones no se palpan, no hay puntos dolorosos.



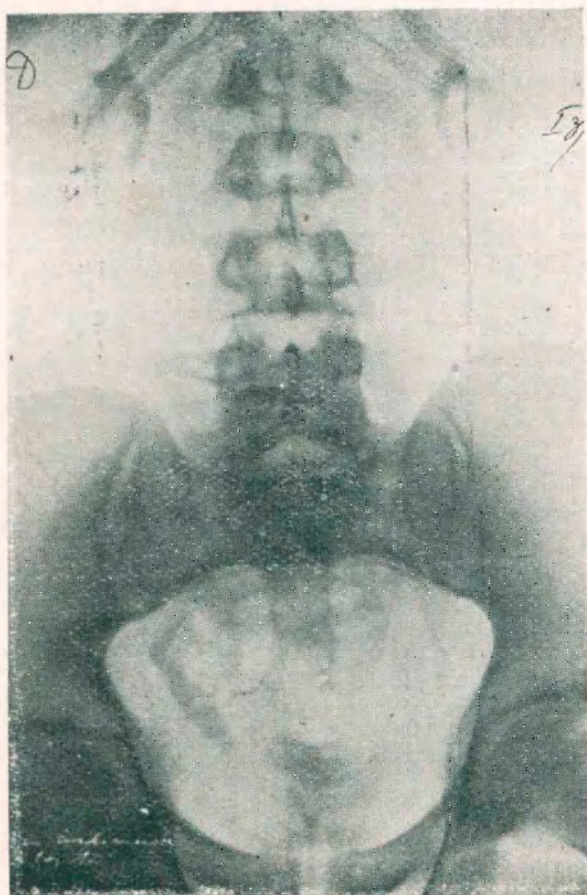
Próstata, normal. Organos genitales: se palpa una ligera induración a nivel de la cola del epididimo izquierdo.

Al examen uretro-cistoscópico con el Mac-Carthy; se aprecia vejiga con buena capacidad, de paredes normales, lo mismo que el cuello vesical en todo su contorno, meato ureteral I 2 eyacula rítmicamente, el meato ureteral del lado derecho no se visualiza; en cambio en su lugar y ocupando el triángulo de Lieutaud en parte, se observa una tumoración de pedículo ancho, de paredes lisas que modifican su volumen por momentos, esta tumoración sólo se abarca en varios campos cistoscópicos y esta revestida por la mucosa vesical.

Se practica una cromocistoscopia con índigo carmín, 5 c. c. endovenoso al 0,50 %; del lado izquierdo se observa su eliminación a los 4' y 30'', pasan 10' no observándose eliminación del lado derecho.

Radiografía simple N° 13.393, de su aparato urinario: no se observa nada de particular.

Urografía excretora con Per-Abrodil simple, 20 c. c., endovenoso, lentamente en 1'30" se inyecta, tolerándolo sin sensación subjetiva alguna; se deja una sonda Nelaton para que la opacidad del globo vesical no impida la observación de la eliminación del Perabrodil en el trayecto inferior de ambos uréteres:



se obtienen luego dos exposiciones a los 5' y 15' en inspiración de acuerdo a la técnica de M. H. Paillard, en la primera no se observa nada de particular, pero en la segunda exposición se aprecian los cálices y pelvis y extremidades superiores de ambos uréteres normales como en la primera radiografía, pero en la segunda se visualiza además el uréter pelviano derecho con una dilatación fusiforme, luego le sigue un trazo fino (porción intramural) y a continuación la opacificación de la dilatación quística; esta imagen puede considerarse como patognomónica de estas lesiones, ignoro si otras lesiones las reproducen.

26-15-38. — Procedo a la destrucción de la misma por vía endoscópica y por electrocoagulación previa anestesia uretro-vesical de novocaína al 0.50 % que dejo actuar durante 20' y empleando un uretro-cistoscopio Mac-Carthy, se elec-

trocoagula empezando por la parte más acuminada y cara anterior en un trazo vertical hasta su base, sin inconveniente alguno y tolerándolo perfectamente bien; se indica como medicación interna de tres a cuatro comprimidos de sulfanilamida de 0.50 cada uno.

27-IV-38. — Orinas claras.

28-IV-38. — Las orinas se enturbian, micciones frecuentes cada hora, que se modifican rápidamente con dos o tres instilaciones de nitrato de plata al 0.50 por ciento (vesicales).

1-V-38. — Manifiesta que tiene una pequeña hematuria terminal que desaparece en dos o tres micciones.

30-V-38. — Se le practica una urografía excretora de control con Perabrodil simple, y a los 15' se observa la dilatación fusiforme del uréter pélvico, no así la opacificación de la dilatación quística que ha desaparecido.

Una cistoscopia efectuada el mismo día, permite apreciar en el lugar de la tumoración un amplio cráter rodeado por un rodete mucoso y en el fondo las eyaculaciones de orina del riñón derecho. En la fecha es dado de alta, curado.