

Servicio de Clínica Génito-Urinaria del Hosp.
Ramos Mejía. Jefe Dr. GILBERTO ELIZALDE

Por el Doctor
ROBERTO A. RUBI

DILATACION QUISTICA Y LITIASIS DE LA EXTREMIDAD INFERIOR DEL URETER

LA coincidencia de la dilatación quística de la extremidad inferior del uréter y de una litiásis incluida no es de observación frecuente, razón que nos induce a presentar este caso a consideración de nuestros colegas y hacer breves consideración sobre el mismo.

HISTORIA CLINICA

Trátase de un enfermo de 40 años, que concurre a mi consultorio el 16 de diciembre de 1932, por una cistitis intensa, tratada ya en varias ocasiones.

Las diversas medicaciones empleadas le proporcionaban una mejoría de corta duración pues sus crisis se repetían con frecuencia, separadas por cortos intervalos de acalmia, durante los cuales el enfermo observaba siempre sus orinas turbias.

Como antecedentes dignos de mención debemos recordar una blenorragia adquirida a los 18 años, correctamente tratada y de la que le quedó como secuela una gota matinal intermitente; es además un constipado crónico con trastornos de dispepsia hiposténica.

Orinas turbias en ambos casos. Uretra permeable a un explorador N° 18, presenta una estrechez amplia medio-peneana; no hay residuo vesical.

Genitales externos: normales.

Al tacto rectal: próstata aumentada de tamaño, de consistencia más bien blanda; da secreción abundante al masaje.

Además trae a la consulta una radiografía simple que no demuestra anomalía alguna, excepción hecha de dos pequeñas sombras pélvicas en la zona correspondiente al uréter derecho, que fueron interpretados como calculosas por otro colega, que le efectuó tres cateterismos ureterales, a fin de facilitar la migración de las mismas.

Nos limitamos a corregir los síntomas inflamatorias próstato-vesicales y un mes más tarde muy mejorado el enfermo continuamos aún con orinas turbias.

El análisis de orina (Dr. Castellino) da como elementos positivos:

Orina alcalina, vestigios de albúmina, hemoglobina, indican, escatol, urobilina y pus abundante.

En el sedimento se observan: células epiteliales planas, mucus, abundantes leucocitos normales y granulados, pequeño número de hematíes, algunos cristales de fosfato amónico-magnésico y granulaciones de fosfatos amorfos.

El examen bacteriológico revela la presencia de abundantes estafilococos y escasos colibacilos; no se observan bacilos de Koch ni gonococos.

En esas condiciones practicamos una cistoscopia: capacidad vesical 200 c. c., mucosa de aspecto normal, excepción hecha de una discreta congestión del trigono.

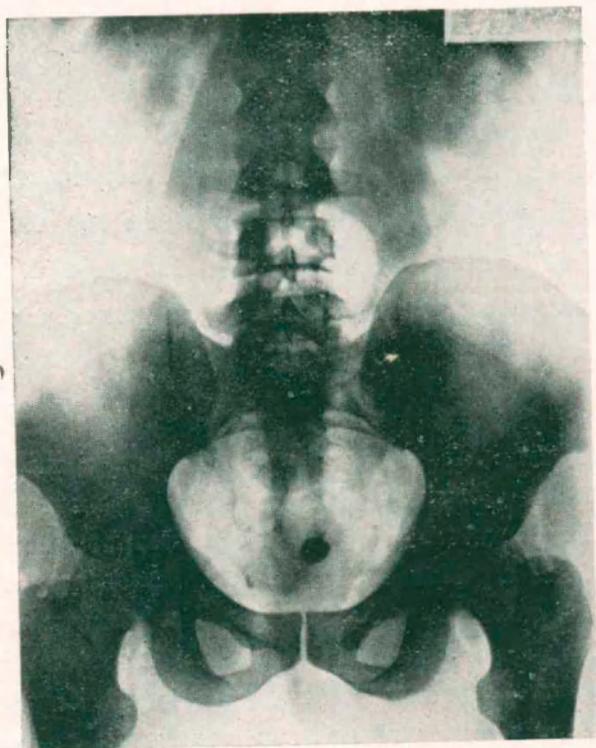


Figura Nº 1

Meato D. normalmente implantado, edematoso, de labios ectropionados, se contraen rítmicamente y tiene eyaculaciones turbias.

Meato I., asienta en la vertiente posterior de una pequeña saliencia, recubierta de mucosa más pálida y surcada de vasos; se hace más visible en el momento de la eyaculación, para aplanarse y casi desaparecer cuando éste cesa; tiene también eyaculaciones turbias.

El índigo-carmín aparece a los 8', a través de cada meato.

Como las sombras pelvianas, supuestas calculosas no nos impresionaran como tales por su posición excéntrica y atribuyendo las modificaciones meatoscópicas derechos al traumatismo de los cateterismos anteriores, introducimos una sonda

opaca a la derecha y las radiografías obtenidas en decúbito dorsal y en oblicua derecha nos demuestran la falta de relación entre la sombra del catéter y las concreciones.

Se le indica régimen, quimioterapia, vacunoterapia "per os", etc. . . . y el enfermo satisfecho con el resultado obtenido hasta entonces deja de vernos hasta mediados del año 1935, en que la aparición de dolores lumbares izquierdos, del tipo del cólico nefrítico le obligan a consultarnos.

El examen somático general es negativo, excepción hecha de la comprobación

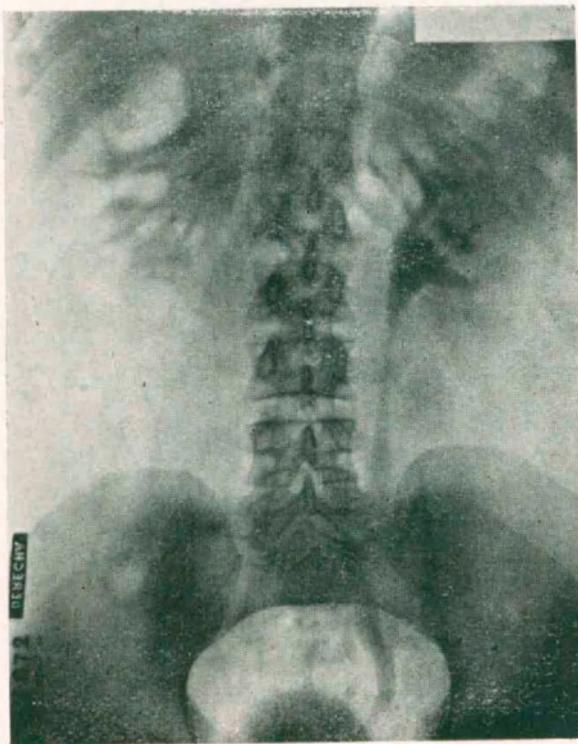


Figura N° 2

de puntos costo-muscular, ureteral superior, medio y sobre todo inferior dolorosos.

Orinas turbias; piuria macroscópica y hematuria microscópica.

En la radiografía N° 1 se observa en el área vesical una sombra irregular del tamaño de una almendra, en cuya parte superior se destaca una zona más densa del tamaño de una arveja.

Con el diagnóstico de litiasis vesical secundaria efectuamos una cistoscopia y ésta nos depara una sorpresa: capacidad vesical buena, mucosa de aspecto normal, no se vé el cuerpo extraño y en su lugar se observa un tumor redondeado, del tamaño de una almendra, recubierto por una mucosa rojiza, que se contrae de

tarde en tarde, sin que se le vea eyacular; no se visualiza el meato correspondiente.

Meato D., de aspecto normal, tiene eyaculaciones al parecer turbias.

La cromocistoscopia nos da una eliminación intensa a los 6' a la D.; no apareciendo el colorante a los 15' a la I. Se hace un urograma descendente con uroselectan y se obtienen los clichés a los 7', 15' y 30' (radiografías Nos. 2 y 3).

A la derecha: buena eliminación; imágenes reno-pielo ureterales normales.

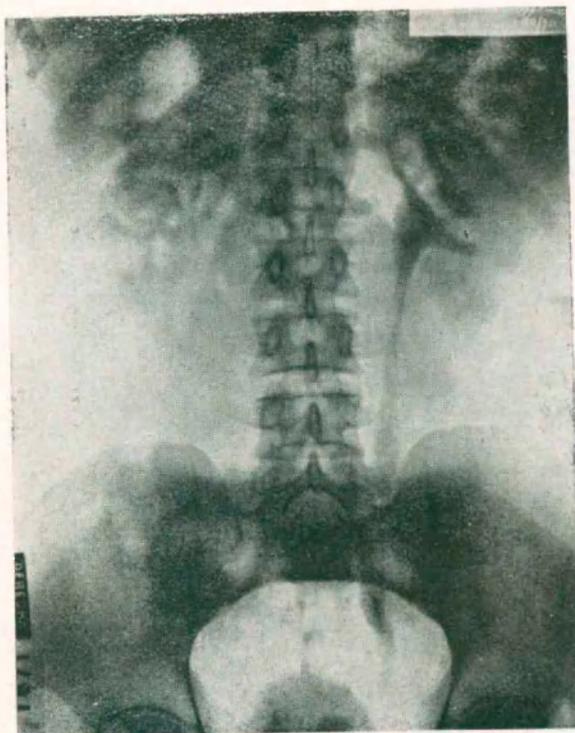


Figura N° 3

A la izquierda: riñón grande: su polo inferior llega a la mitad del cuerpo vertebral de la 3ª vértebra lumbar. Pelvis ampular, dilatación discreta de los cálices y del uréter; éstasis evidente de las vías de excreción.

En plena sombra vesical es dable observar la prociencia en vejiga del segmento intramural del uréter, albergando en su interior al cálculo.

Se efectúa una electro-coagulación y 48 horas después expulsa un calculito del tamaño de una arveja, que coincide con la 2ª sombra superpuesta al cálculo mayor, como puede observarse en la radiografía N° 1.

La cistoscopia de control nos muestra la caída del cálculo a la vejiga y las lesiones de edema y escara correspondientes al nuevo meato.

A raíz de la electro-coagulación queda el paciente con una vejiga irritable su capacidad baja de los 100 c. c., el riñón izquierdo aumenta de tamaño, se hace doloroso, la temperatura oscila entre 37⁵ y 39⁰, tiene lengua seca, oliguria, etc. . . . y como no mejoraran estos síntomas en los días siguientes le proponemos una talla.

Operación. — Operador: Dr. Rubi. Ayudante: Dr. Landi.

Anestesia local. Se efectúa la talla y después de extraer el cálculo se deja una sonda Pezzer acodada. Se prescribe: urotropina al 40 %. 10 c. c. endovenoso día por medio, alternada con septicemia II amp. endovenosas; tonicardíacos;



Figura N° 4.

50 c. c. de suero glucosado al 25 % diariamente más 500 y 500 c. c. de suero fisiológico, en dermoclisis, los dos primeros días.

Al 5^o día comienza a declinar la temperatura, que desaparece al 9^o; coincide la apirexia con el restablecimiento de la diuresis normal; desaparición del dolor lumbar, recuperación del apetito, etc.

Se reemplaza entonces la sonda hipogástrica por una uretral y se obtiene el cierre de la herida operatoria en buenas condiciones.

El análisis de los cálculos (Fig. N° 4) da los siguientes datos generales; dos cálculos, uno pequeño, facetado, del tamaño de un carozo de cereza, de color blanco, de 0 gr. 25. Otro mayor finiforme, de 22 milímetros de longitud y de 3 grs. 25 de peso. Al corte es estratificado, la zona periférica es blanca y la zona central de color pardo. El examen químico revela en conclusión: un cálculo constituido por oxalato de calcio y materia orgánica, que constituye su núcleo central.

COMENTARIOS

La asociación de la dilatación quística de la extremidad inferior del uréter y la litiasis concomitante no es muy frecuente. Han sido publicadas algunas observaciones en el extranjero. En nuestro medio, cabe señalar los dos casos de Ercole (*Rev. Arg. de Urol.*, año V - 1936 - Nos. 3 - 4, pág. 126) y el de Beni y Silvestre (*Rev. Arg. de Urología*, año V - 1936 - Nos. 7 - 8, pág. 390), presentados a esta Sociedad.

Dejando de lado, por bien conocidas, las distintas teorías que tratan de explicar la etiopatogenia de la dilatación quística del uréter en general, nos circunscribimos al comentario de nuestra observación.

Creemos que se trata de una dilatación congénita consecutiva a la extensión del meato: pero admitimos con Papin que esta causa sola es insuficiente ya que meatos puntiformes, infranqueables, pueden no llegar a la dilatación y es necesario, entonces, para que esta se realice cierta debilidad de la pared vesical, cuya capa muscular encierra y brida el segmento intramural del uréter.

A favor de esa debilidad y en el intersticio de las fibras musculares hace hernia el uréter en la cavidad vesical bajo forma de un cono, aumentando paulatinamente de tamaño, en proporción al obstáculo cada vez menor que le opone la musculatura vesical.

Silenciosa en su evolución adquiere individualidad clínica cuando se infecta y aparecen entonces los dolores, la fiebre, la piuria y los síntomas habituales de las pionefrosis semi-cerradas, como ha sucedido en nuestro caso: infección colibacilar en un constipado crónico.

La litiasis aparece aquí como secundaria y se ha visto favorecida en su aparición por la infección: acantonado el cálculo en la bolsa, la precipitación de sales favorece el aumento paulatino de su tamaño y determina a su vez el crecimiento progresivo de la formación quística: mecanismo este: litiasis primitiva y dilatación secundaria, que explicaría, según Bazy, las asociaciones de litiasis y dilatación quística.

En cuanto al tratamiento debe ser inmediato por los peligros que derivan de la infección por un lado y de la dilatación urétero-piélica, por otro. Se efectúa por las vías naturales: electrocoagula-

ción de la bolsa, seguida de una litotricia cuando el volumen del cálculo no permite su expulsión espontánea.

Queremos hacer resaltar, sin embargo, que a pesar de su sencillez el tratamiento no es anodino, como lo atestiguan la observación de Berri y Silvestre, en que una hemorragia les obligó a tallar el enfermo, y la nuestra en que los trastornos infecciosos nos llevó a la misma indicación quirúrgica.

En el momento actual, con los recursos que nos brinda la quimio-terapia (ácido mandélico, sulfanilamide, etc.), podemos preparar nuestros enfermos en condiciones ideales para evitar o atenuar por lo menos los accidentes que derivan de la infección de las vías de excreción.
