

Hosp. Ramos Mejia. Serv. de Vías
Urinarias del Dr. G. ELIZALDE

Por el Doctor
ROBERTO A. RUBI

DILATACION QUISTICA DE LA EXTREMIDAD INFERIOR DEL URETER A FORMA SEUDO-TUMORAL

Son numerosos los casos de dilatación quística de la extremidad inferior del uréter publicados hasta la fecha, ya se trate de la malformación en sí o de su asociación a otros procesos.

A ella se hallan vinculados los nombres de Montenegro, Bengolea, Castaño, Ahumada, Astraldi, Landívar, Salleras, Von der Becke, Ercole, Lagleyze, Berri y Silvestre que agotaron magistralmente el tema bajo sus más diversos aspectos.

No se me hubiera ocurrido, en consecuencia, presentar un caso más, de no mediar las dificultades diagnósticas con que tropezamos al principio y las consecuencias terapéuticas que de su lectura se desprenden.

A nuestro juicio esas dos circunstancias justifican que sometamos el caso a la consideración de nuestros distinguidos consocios y colegas.

Trátase de J. O., 32 años, argentino, casado, que ingresó a la cama 49 del Servicio el 31 de julio de 1940.

Antecedentes personales. - Sarampión y coqueluche en la infancia, gripe benigna en varias oportunidades. Por lo demás siempre sano y de buen apetito. No es constipado. Fumador de un paquete de cigarrillos. No tiene hábitos de etilista. Sin antecedentes de enfermedades venéreas.

Enfermedad actual. - Hace seis años sufre por primera vez, en plena salud, una crisis dolorosa del hipocondrio y flanco izquierdo, sin irradiaciones y acompañada de la eliminación de orinas turbias o hiperpirexia. En los días siguientes se instala una hematuria intensa, intermitente, indolora, que sólo cede, al desaparecer este episodio febril al cabo de veinte días.

En apariencia queda bien durante tres años, transcurridos los cuales reaparece el mismo cuadro sintomático: dolor, fiebre y piuria y más tarde la hematuria. La duración e intensidad de estos síntomas fueron mayores y le obligaron a consultar un médico, quien le efectúa una serie de inyecciones intramusculares y le prescribe diversos medicamentos.

Desde esa época a la fecha los dolores se repiten periódicamente, han desaparecido las hematurias y en cambio las orinas se tornan cada vez más turbias, con un abundante sedimento purulento por el reposo.

La locación del dolor no ha variado, pero en los últimos meses las crisis paroxísticas se irradian a la región inginal, son más frecuentes que al principio y la remisión, más lenta en alcanzarse, no es completa.

Vemos al paciente en el último episodio, unas seis semanas antes de ingresar a la Sala, postrado en cama, con facies de sufrimiento, lengua saburral, pulso taquicárdico e hipotenso, temperatura de 39°.

Se acompañan estos síntomas de gran anorexia, escalofríos y transpiración profusa y un hecho que llama la atención del enfermo y de sus familiares: la orina es más clara que de costumbre. El examen somático revela una contractura de los músculos de la pared, en el flanco izquierdo, que la palpación profunda resulta imposible.

Se le indica tratamiento sintomático y coincide la mejoría de este episodio con una franca descarga de pus por la orina. Es a raíz de esta última crisis que el enfermo se interna para su mejor estudio.

Estado actual. — Hombre de 1,69 cms. de estatura y 73 kgs. de peso. Piel blanca elástica. Sistema piloso de marcado desarrollo. Ganglios normales. Pániculo adiposo normal. Corazón y pulmones normales. Pulso 80', regular e igual. T. Mx. 13. Mn. 8.

Orina de emisión. — Turbia uniforme en los dos vasos, tipo de orina pionefrótica.

Orina de sedimentación. — Turbia, se divide en dos capas: una inferior purulenta, otra superior turbia pero bien pigmentada.

Uretra. — Permeable a un explorador N° 20. Libre. Sin residuo.

Genitales externos. — Normales.

Tacto rectal. — Nada digno de mención excepción hecha de un punto ureteral inferior doloroso, a la izquierda.

Abdomen. — Globuloso, de paredes sumamente tensas, no se consigue comprobar nada de anormal.

Fosa lumbar derecha. — Libre e indolora, no se palpa el riñón.

Fosa lumbar izquierda. — Libre, no se palpa el riñón, puntos costo-muscular y costo-vertebral dolorosos.

Orina. — Alcalina, turbia, D - 1018.

Albumina. — Vestigios (0,20 %). Urobilina: vestigios.

Abundantes células epiteliales y numerosísimos glóbulos de pus, que recubren el campo.

Examen bacteriológico del sedimento. — No se observan bacilos de Koch y en cambio el colibacilo se observa al estado de pureza, muy abundantes.

Este examen es repetido en dos ocasiones más, con idéntico resultado.

El cultivo de la orina en los medios de Löwenstein y Petragani es negativo.

Hemoglobina: 80 %. Valor globular: 0.9. Tiempo de coagulación: 10'. Tiempo de sangría normal: Coágulo: retráctil, con suero amarillo claro y plaquetas normales. Reacción de Cassoni: negativa.

Sangre: Urea en suero: 0,32 ‰; Glucemia: 1,15 ‰; Eritrosedimentación: 90; Glóbulos rojos: 4.200.000.

Glóbulos blancos: 8.900	}	polinucleares . . .	74 %
		basófilos . . .	2 %
		eosinófilos . . .	3 %
		linfocitos . . .	18 %
		monocitos . . .	3 %
			100 %

Cistoscopia. — Capacidad 250 cc. Lavado seguido de un rápido aclaramiento. Cuello cóncavo, normal.

Mucosa de coloración normal. Meato derecho sano, bien implantado, tiene eyaculaciones claras.

La zona correspondiente al meato izquierdo está ocupada, asimismo como la hemivejiga izquierda, por una tumoración voluminosa que abarca varios campos cistoscópicos extendiéndose desde las 1 hasta las 7 del cuadrante.

Está recubierto de una cosa de aspecto normal y aún cuando no se visualiza su punto de implantación en la pared, el hecho de estar separado de la misma, nos permite aceptar que debe tener un pedículo de sustentación no muy grueso. Observada minuciosamente, apreciamos su inmovilidad completa y nos resulta tarea imposible localizar el meato correspondiente a ese lado que consideramos como recubierto por el tumor. En su cara interna, mirando la línea media, se ve un pequeño mamelón rojizo, a modo de ectropión mucoso, sin movimiento, sin eyaculaciones ni salida de orina o pus y que intentamos cate-rizar infructuosamente en tres oportunidades.

Cromocistoscopia. — A los 5' aparece el colorante intensamente a la derecha. A los 20' no aparece a la izquierda.

Radiografía simple. — Es mala por la cantidad de gases que enmascara el área renal; no se observa nada de anormal a lo largo del trayecto de ambos uréteres, asimismo como en el área vesical.

Urografía de excreción. — La primera película (Fig. 1), obtenida a los 5', permite ver un nefrograma derecho normal en su forma, de posición descendida (polo inferior a 1 través de dedo del borde inferior de la tercera vértebra lumbar), algo aumentado de tamaño. Pielograma no muy bien dibujado todavía, con imágenes caliciares superior e inferior normales.

A la izquierda no hay eliminación. compruébase. en cambio, la presencia de una sombra voluminosa, cuyo polo inferior sobrepasa la cresta ilíaca en dos traveses de dedo, de contorno festoneado: caracteres éstos más nítidos y mejor apreciables en la fig. 4, con una zona central oscura visible en la radiografía simple y en la fig. 4, que corresponde a la cistografía por relleno.

Cistograma. — Apenas esbozado.

En la segunda película (20'), fig. 2, el pielograma puede considerarse

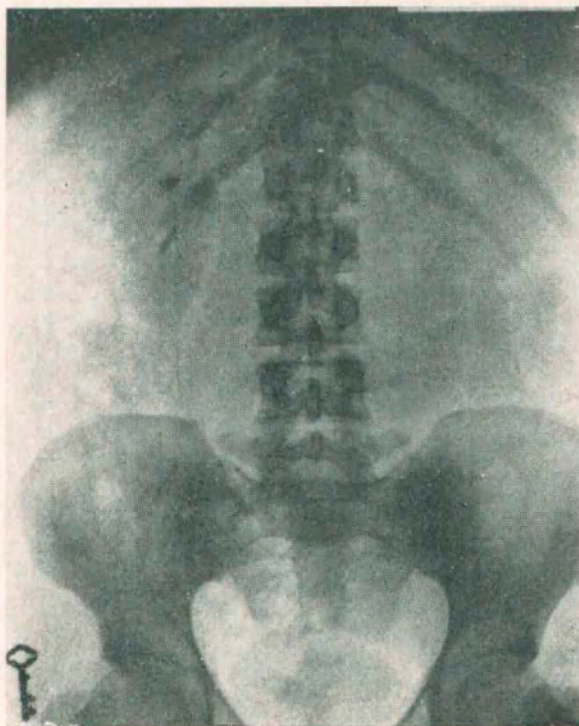


Figura 1

normal a la derecha; el uréter se desliza a 1 centímetro por dentro del borde libre de las apófisis transversas, en su segmento lumbar. A la izquierda se observa sin modificaciones la misma sombra que en la primera película.

Llama la atención en el cistograma la disposición del líquido acumulado en la mitad derecha de la vejiga, como si un factor de compresión estrínseca hubiese deformado al reservorio vesical, rechazándolo más allá de la línea media.

Pero en la fig. 3 es dable observar, con una distensión mayor de la vejiga, que la lesión es intravesical y que el per-abrodil la contornea en su mitad superior (única parte visible), lo que corrobora la impresión cistoscópica de tumor pediculado.

En la figura 4 cistografía con uro-selectan para pielografía, la imagen es menos nítida que las observadas en el cistograma de excreción y no agrega nada a lo ya dicho.

En síntesis nos hallamos frente a un enfermo con una uropionefrosis intermitente izquierda, con crisis de retención séptica a largos intervalos.

Y una lesión cistoscópica que nos hizo, por su carácter, pensar en la posibilidad de que se tratara de un tumor sólido: fibroma, fibromioma, que ac-

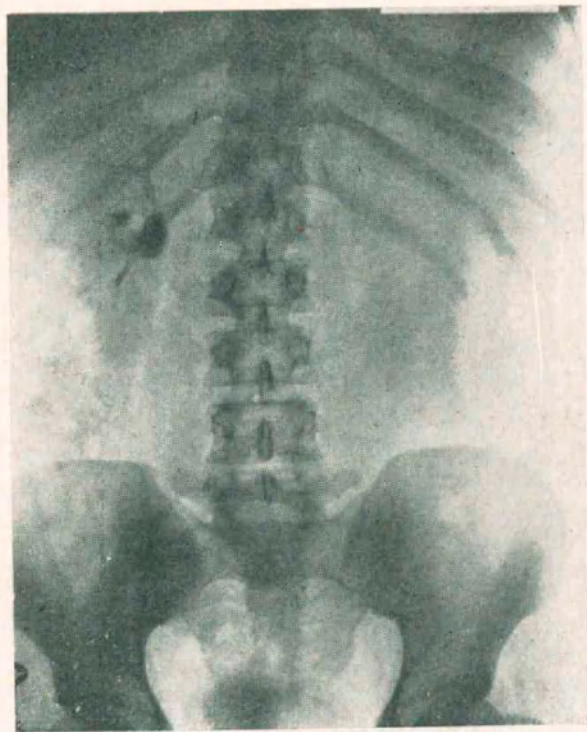


Figura 2

tuara como causa de compresión y distensión ulterior. En efecto, uno y otro son tumores lisos, redondeados, recubiertos de una mucosa normal, de base de implantación en general ancha, pero que puede pediculizarse y además adquieren, a veces, un volumen considerable.

Pero la presencia del pequeño ectropion en su cara interna, que suponíamos fuera el meato, hizo que repitiéramos la cistoscopia, con el objeto de intentar un nuevo cateterismo del mismo, y nos encontramos, en el curso de esta 4ª cistoscopia, con que el tumor había desaparecido en gran parte, sin sintoma alguno aparente, ya que en piurias tan acentuadas, resulta imposible establecer graduación de intensidad. En su lugar nos encontramos con una mucosa presentando innumerables pliegues radiados, centrada por una depresión infundibular en la que no podemos individualizar el meato.

trucción de la pared en un doble plano músculo-aponeurótico. Tejido celular con catgut. Piel con agrafes.

El post-operatorio excelente. Se retira el drenaje al 3er. día y los agrafes al 6º y 8º días. Es dado de alta al terminar la tercera semana de operado.

Las orinas que se habían aclarado en un comienzo se vuelven turbias nuevamente, por lo que se le prescribe un régimen ácido (Dr. Lugones) y mandado de calcio (12 grs. diarios) durante una semana, para continuar ulteriormente con dos comprimidos de Neohexal antes de cada comida.

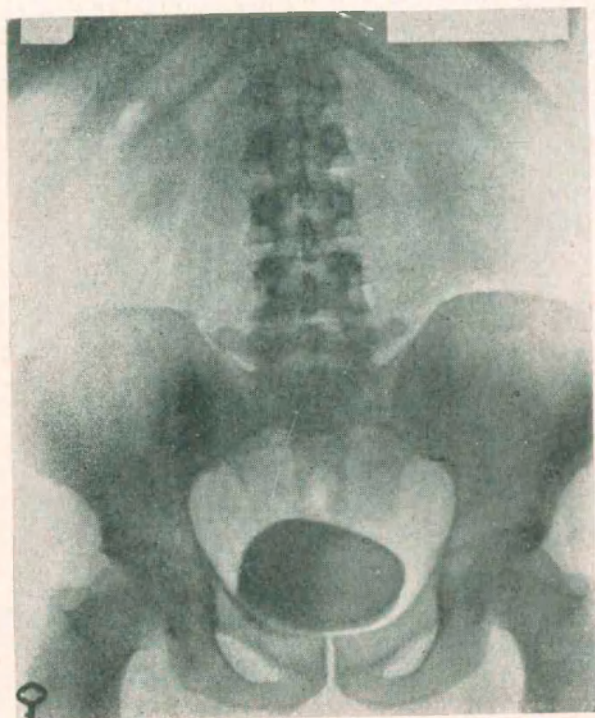


Figura 4

A continuación transcribimos el estudio histopatológico que realizara el doctor Bosq, a quien agradecemos su gentileza.

Fueron remitidos para su examen un trozo de riñón en forma de cáscara de medio centímetro de espesor y otro de uréter, francamente engrosado, de 2 ctms. de diámetro, en una sección perpendicular a su eje mayor.

Riñón. — Se observa una intensa congestión: todos los vasos se hallan dilatados y repletos de hematíes, llegando en algunas partes a romperse los capilares e insinuarse los hematíes en el tejido intersticial (hemorragias).

Los glómérulos presentan todos un espesamiento de la cápsula de Bowman y una dilatación del ovillo glomerular, pero sin exudado apreciable: algunos glómérulos (el 5 % aproximadamente) presentan una degeneración hialina

total. Las células de los tubos contorneados y de las asas se hallan en parte tumefactas, muchas células presentan gotas de grasa. En algunos tubos colectores se observan escasos polinucleares y macrófagos cargados de pigmento hemático. La superficie que toca la pelvis se halla condensada por compresión. El tejido intersticial y la cápsula no están aumentados en forma apreciable.

Conclusión. — Parénquima renal en atrofia por compresión; intensa congestión y esclerosis glomerular.

Uréter. — El conducto forma una placa fibrosa donde se halla una hendidura estelar central correspondiente a la luz del conducto convertido en una cavidad casi virtual. El revestimiento epitelial sólo se conserva en parte. La esclerosis invade y sustituye todas las capas. No se observa infiltración de polinucleares. *En conclusión:* uréter esclerosado con pérdida parcial de su revestimiento epitelial."

Examinado el enfermo al mes siguiente, presenta la misma imagen cistoscópica del principio.

Se efectúa la electro-coagulación de la vertiente inferior del tumor y en este momento continúa en tratamiento, a base de instilaciones vesicales de nitrato de plata al 1 % y mandelato de calcio, alternado con leucotropina endovenosa.

COMENTARIOS

Esta dilatación quística intravesical del uréter no es más que el segmento inferior de un hidro-piouréter total y para producirse exige, según Groszlik (cit. por Legueu) una estenosis del meato ureteral, con una retrodilatación consecutiva. Esta se hace especialmente en dos puntos: inmediatamente por arriba de la vejiga y después de atravesar las paredes de este órgano. El uréter deformado en reloj de arena.

Punto segundo: La parte estrechada corresponde al segmento intramural, a las fibras musculares de la pared, mientras la parte inferior, al deslizarse entre la mucosa y la muscular, hace hernia en la cavidad y origina el quiste endovesical (Legueu).

Esa estenosis, al decir del mismo Legueu, es a menudo una lesión congénita, pero también puede ser adquirida. Kapsammer cree que las estenosis de la uretritis tuberculosa pueden producir esta deformación.

En cambio, Papin desecha las estenosis meáticas adquiridas; acepta únicamente las de origen congénito. Además, para llegar al

hidropiouréter total, como en esta observación, es necesario admitir también un cierto grado de debilidad de los músculos vesicales que se dejan distender y facilitan así la retro-dilatación total.

El volumen es muy variable desde una pequeña saliencia mamelonada al principio, poco a poco se hace más procidente y cambia de forma. De cónica que era al principio, se hace piriforme y su amplia base de sustentación primitiva se pediculiza al aumentar de volumen. Este puede ser tal que en la observación de Lechler (cit. Legueu) el tumor llenaba la cavidad vesical. Young menciona también tal posibilidad. En nuestro enfermo ocupaba media vejiga. Además la regularidad de su superficie, tapizada por una mucosa normal, la invariabilidad de forma ligada a la falta de movimientos de repleción y depleción alternadas del quiste, su pedículo aparentemente no muy grueso y la falta de meato bien visible, constituyeron elementos de desorientación en el transcurso del examen cistoscópico, que solamente se aclararon el día en que el quiste vació su contenido.

En lo que respecta al diagnóstico, Papin distingue tres casos:

1º) No existe síntoma alguno: la deformación es un hallazgo clínico o necrópsico:

2º) Existen trastornos funcionales que llaman la atención del lado del aparato urinario:

3º) Hay procidencia del tumor.

Nuestra observación encuadra en el segundo grupo, es decir, entre los que presentan síntomas urinarios, pudiendo concurrir el enfermo a la consulta:

- a) Por su piuria exclusivamente;
- b) Por su piuria con accidentes de retención alta que orientan nuestra investigación hacia el riñón;
- c) Por su piuria con fenómenos vesicales, provocados ya sea por el volumen del tumor, ya secundarios a la infección.

Cada una de estas eventualidades plantea problemas diagnósticos, cuya dilucidación nos llevaría mucho más allá de los límites señalados a una monografía.

El signo de certidumbre diagnóstica lo da el examen cistoscópico. También puede darlo —en las formas de comienzo— la urografía de excreción siguiendo la técnica aconsejada por Lagleyze: colocar una sonda Nelaton en vejiga para evitar que la capacidad del globo vesical impida observar la acumulación del líquido de contraste eliminado en el quiste.

El pronóstico de este tipo de dilatación total no es tan benigno como podría creerse (Papin), y Marion por su parte dice: que ella comporta siempre un pronóstico serio para el riñón, que poco a poco se dilata y se atrofia o se infecta.

Tratamiento. — De lo expuesto anteriormente se desprende que el tratamiento debe ser precoz.

Dos son las vías a seguir: la hipogástrica y la endoureteral. Las indicaciones, ventajas e inconvenientes de cada una de ellas escapan a nuestra consideración y nos circunscribiremos a discutir nuestro caso.

Dice Marion: "Si el riñón está destruido por completo, es necesario practicar la nefrectomía, sin preocuparse en remediar la dilatación del uréter."

A pesar de esta afirmación categórica habíamos decidido llevar al enfermo a la nefreurectomía total, cosa que no pudimos realizar porque la intervención se prolongó más de la cuenta a través de las dificultades de liberación de la gran bolsa pionefrótica semi-cerrada.

Creemos que ése debe ser el criterio a seguir en casos similares al nuestro, ya que el abandono de un gran segmento del hidro-piouréter, tiene el inconveniente de mantener la infección, rebelde aún a la prescripción de los más diversos preparados quimioterápicos.

La misma electrocoagulación subsiguiente del quiste, al aumentar y favorecer el drenaje, puede obviar ese inconveniente en algunos casos, pero si se tratara de una dilatación en reloj de arena, ¿ganaríamos algo con la electrocoagulación?

No cabe la menor duda, pues, que únicamente la nefreurectomía total nos pone a cubierto de la infección mantenida del riñón.