

PROLAPSO VULVAR INTERMITENTE DE UN URETEROCELE EN UNA NIÑA

Por el Dr. ROBERTO A. RUBI

El 5 de octubre de 1942, vemos a la niña M. N. R., de 6 años de edad, que el Dr. Luis Badaroux, de San Andrés de Giles, tuvo la gentileza de confiarnos.

Trátase de una criatura nacida a término, con dentición normal y desambulación a los 10 meses. Ha sufrido una coqueluche, el sarampión y corizas a repetición.

Su *enfermedad actual*: se inicia hace un año y medio, en que a raíz de un proceso gripal se instala una cistitis; tratada con los medios clásicos mejora considerablemente en pocos días, pero recidiva al poco tiempo para volver a desaparecer. De esa manera tiene varias recaídas a lo largo de un año, con la particularidad de que cada una de ellas es más intensa que las anteriores y los intervalos de acalmia más breves.

De 6 meses a esta parte se agrega una verdadera estranguria y la enfermita le muestra a la madre, en cierta oportunidad, algo que le molesta para orinar y le obliga a realizar grandes esfuerzos durante la micción, anormalmente prolongada. La madre nos escribe ese "algo" como una carnosidad roja procedente en la vulva, que desaparece de modo espontáneo.

En los últimos tiempos su aparición se verifica varias veces al día, por lo que alarmados deciden venir a Buenos Aires.

Estado actual: Paciente delgada, facies adenoide bien desarrollada por otra parte, de 115 cms. de estatura y 21 ½ kgrs. de peso. Mucosas bien coloreadas.

Tensión: 90/60 (Vázquez).

Examen somático: negativo.

Se le invita a orinar y lo hace a costa de grandes esfuerzos, lo que favorece la salida de una tumoración redondeada a la vulva, del tamaño de una almendra, de superficie lisa y aterciopelada.

Se la puede delimitar bien en todo el perímetro, pero su volumen nos impide observar la ubicación del pedículo. Es depresible y de consistencia blanduzca.

Transcurridos un par de minutos, al cesar la enfermita en los pujos, la tumoración disminuye paulatinamente de volumen, para finalmente desaparecer de entre los labios.

La orina de sedimentación es turbia, con un discreto depósito blanquecino.

La orina de emisión es también turbia.

Su análisis nos revela una reacción alcalina, D 1021, albúmina 0,15 gramos por mil. En el sedimento: células epiteliales planas, abundantes leucocitos granulados, aislados y conglomerados, escasos hematíes, cristales de fosfato triple y microorganismos; no se observan elementos renales.

Examen bacteriológico: estafilococos.

Urea en suero: 0,30 por mil.

La uretra es muy complaciente y deja pasar —sin anestésiar a la paciente— un cistoscopio equivalente al 42 beniqué. Se realiza la cistoscopia con 140 cc.

La mucosa presenta una congestión difusa. El meato derecho de ubicación normal es falciforme, se contrae rítmicamente y tiene eyaculaciones claras. La zona correspondiente al meato izquierdo está ocupada por un voluminoso tumor redondeado, del tamaño de un huevo de paloma, que sobrepasa la línea media, de superficie regular y recubierta de una mucosa rojiza. No presenta movimiento alguno, a pesar de una prolongada observación.

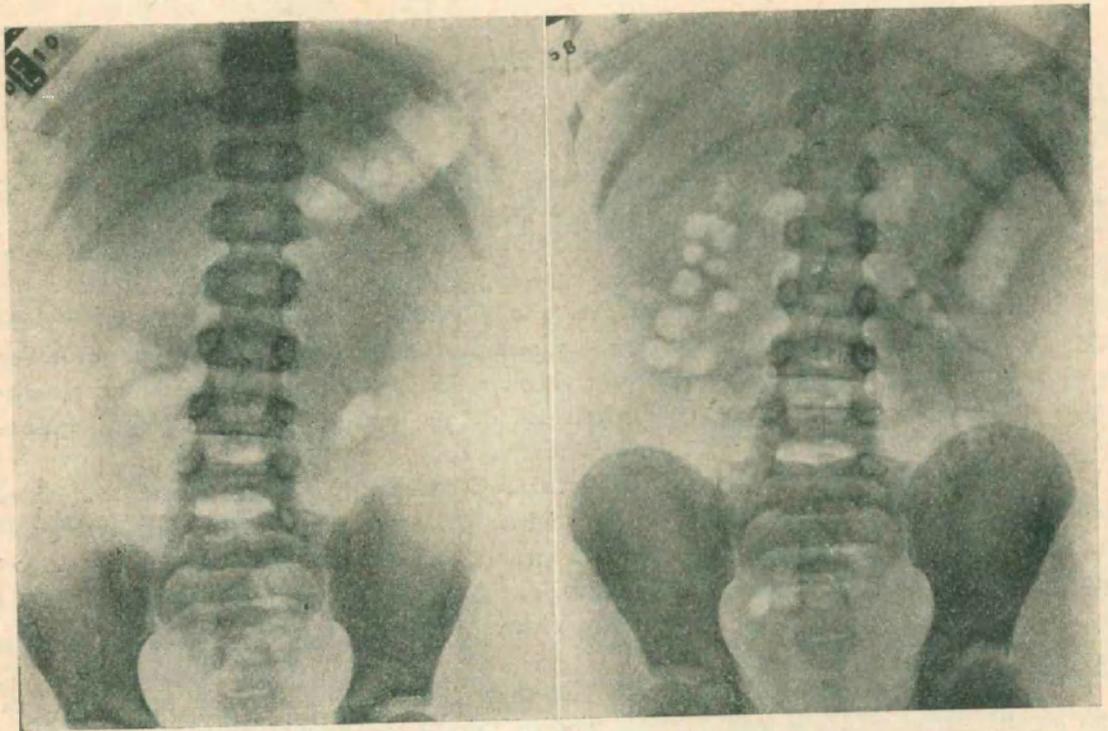


Figura 1

Radiografía directa: no se observan sombras anormales.

Figura 2

A los 5', se observa en la urografía de excreción un nefropielograma normal a la derecha, con ausencia de imagen a la izquierda.

Cromicistoscopia: (1 cc. endovenoso de la sol. de I. C.) a la D.: 4' intenso.

A la I.: no se aprecia ninguna eyaculación en los alrededores, ni en la superficie del tumor.

La radiografía directa (Fig. 1), es buena, no se observan sombras anormales.

Urografía de excreción: A los 5' (Fig. 2), se presenta un nefropielograma D. normal; sin líquido de contraste a la I.

A los 20' (Fig. 3), a la D. la imagen es menos nítida por la presencia del contenido gaseoso del intestino. En cambio a la I. se observan una serie de cavidades de contorno bien regular, con una pelvis evidentemente dilatada. En el área del cistograma de contornos regu-

lares, se halla incluida una zona oscura que corresponde a la tumoración descrita en la cistoscopia —muy probablemente en su volumen máximo ya que ocupa casi totalmente la vejiga.

La cistografía (Fig. 4), realizada cuatro días después, ratifica la imagen anteriormente descrita, aunque exhibe una tumoración de menor tamaño. Estamos, pues, en presencia de un tumor vesical prolapsado —a intervalos— en la vulva, de consistencia blanda y cuya circunferencia podemos contornear con un estilete. Distinto por cierto al pólipo pediculado procedente, que es un tumor sólido y en conexión por su pedículo con la pared de la uretra o del cuello vesical. Los que emanan de la vejiga pueden ser contorneados totalmente por

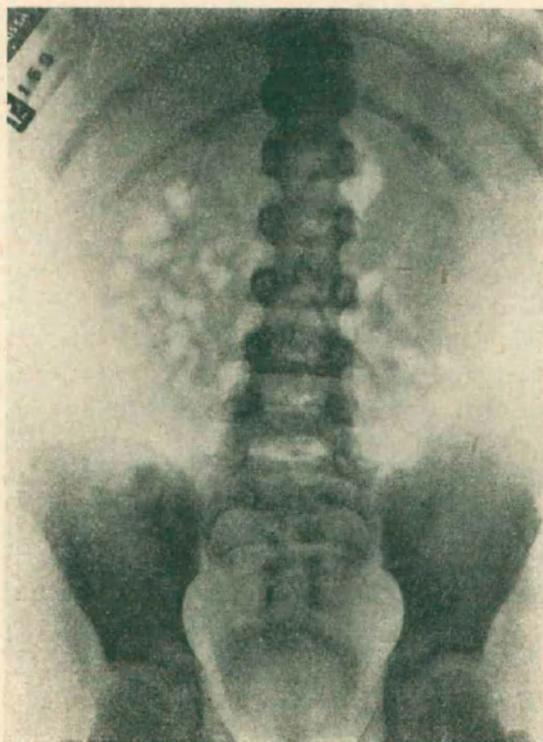


Figura 3

A los 20' persiste algo de la imagen del lado derecho, mientras que a la izquierda se observan una serie de cavidades de contorno bien regular con una pielectasia evidente. En el área del cistograma se halla incluida la tumoración descrita en la cistoscopia, en su expansión máxima, ya que ocupa casi toda la vejiga.

que la longitud del pedículo los coloca en condiciones análogas a los del caso en estudio, pero aquí también la consistencia mayor del tumor prociendente vendrá en nuestra ayuda.

El prolapso de la mucosa vesical, al decir de Papin, induciría también en error y Streubel para salir de dudas aconseja la punción del tumor que no da salida a líquido en caso de prolapso vesical. No aconsejamos el procedimiento, ya que la reducción del elemento prolapsado nos permitirá a través de la cistoscopia aclarar el diagnóstico.

El pólipo tiene así un aspecto inconfundible y lo mismo diremos del prolapso de la extremidad inferior del uréter. En cuanto al prolapso vesical en sí —muy raro por cierto— al reducir la mucosa desaparece y no tiene equivalente endoscópico.

En cambio el mioma y quizás más aún el fibroma, ubicados en la vecindad de un meato pueden inducir en error, ya que el fibroma por lo menos puede llegar al prolapso, como hemos tenido ocasión de observar un caso. El diagnóstico se hará:

1) por la invariabilidad de su volumen —difícil será no observar el uréteroceles en un período de vacuidad o de menor relación como lo demuestra, en nuestra observación, la documentación radiográfica.

2) por la consistencia del tumor, duro en estas dos eventualidades si llegaran al pro-

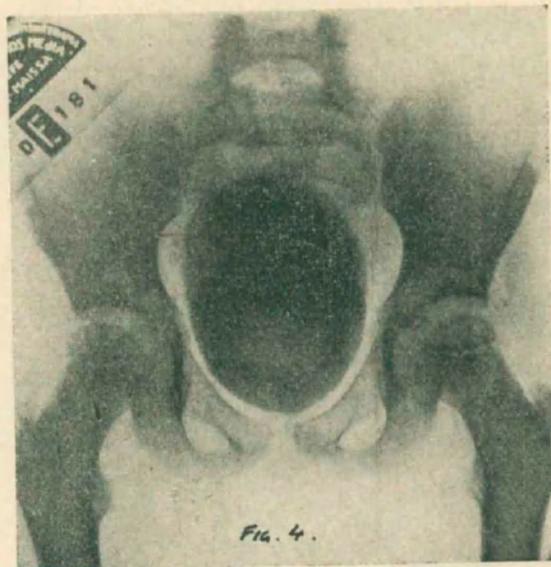


Figura 4

La cistografía al ratificar el cistograma demuestra la reducción del tamaño de la tumoración intravesical.

lapso. De no hacerlo, un catéter ureteral nos daría indirectamente una noción de su firmeza a través de la falta de depresibilidad.

3) por su repercusión menor, al principio de su evolución, sobre la vía excretora vecina; contrastando con los trastornos obstructivos precoces propios de una dilatación quística de la extremidad inferior del uréter.

Estas breves consideraciones nos permiten asentar el diagnóstico de ureteroceles congénito izquierdo, con prolapso vulvar intermitente. Ahora bien, conocido el pronóstico desfavorable que él implica con respecto al porvenir funcional de la glándula, ya en vías de dilatación e infección, proponemos la intervención a los padres; previo tratamiento sulfamidico.

Operación: el 5 de noviembre de 1942 bajo anestesia general etérea.

Cirujano, Dr. Rubi; ayudantes, Dres. Grimaldi y Pagola.

Se aborda la dilatación por vía transversal, dividiéndola en dos labios hasta su base de implantación, a cuya altura una incisión semi-circular a la derecha y otra a la izquierda; nos permite realizar su exéresis fácilmente. La pared es gruesa (2 mm. de espesor en la parte extraída)

y sangra abundantemente; varios puntos pasados por transfijión cohiben la hemorragia, quedando como saldo final un orificio meático, apenas permeable a la yema del miñique. La vejiga se sutura en un doble plano de puntos no perforantes; se afrontan los rectos y sutura la aponeurosis; drenaje del espacio de Retzius y del tejido celular subcutáneo. Sonda de Pezzer vesical.

El post-operatorio es excelente. Se retira el drenaje al cuarto día; y la sonda al décimo. La niña es dada de alta a los 20 días, curada; con orinas limpias y micciones normales.

El estudio histológico (Fig. 5), que debemos a la gentileza del Dr. Vivoli nos demuestra la constitución de la pared del ureteroceles, con una capa muscular bien desarrollada.

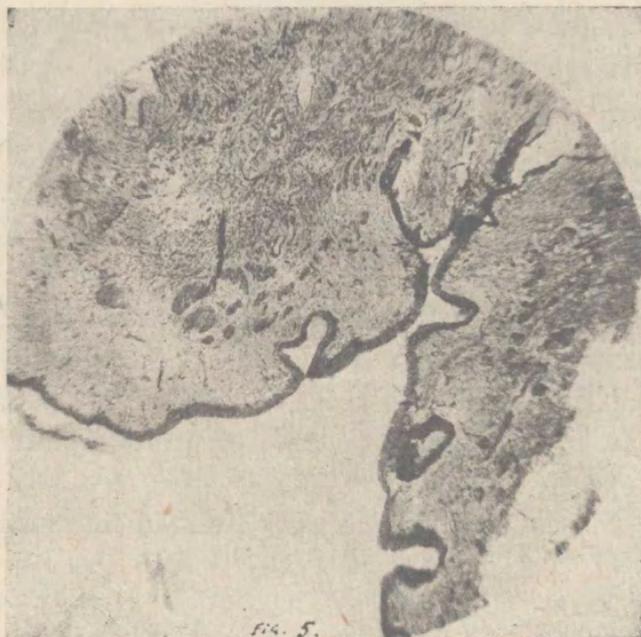


Figura 5

Biopsia de dilatación quística de extremidad inferior del ureter.

Descripción histológica: La mucosa presenta una estructura normal y en determinadas zonas hace inflexiones introduciéndose dentro del corion mucoso, formando pequeños fondos de saco.

El corion mucoso está compuesto por un tejido conjuntivo muy laxo y con presencia de algunos elementos celulares mononucleados.

La capa muscular con sus haces segmentados y dislacerados, interponiéndose tejido conjuntivo laxo.

Las fibras elásticas están hiperplasiadas y segmentadas.

(Dr. Donato Vivoli).

Según Campbell la anomalía no es excepcional en los niños: la observó en 19 casos de piuria crónica y la encontró 3 veces más, como hallazgo de autopsia.

En cambio es más rara la procidencia vulvar, al extremo de que Young afirma que son muy pocos los casos publicados.

Papin admite diversos grados en ese prolapso.

Al principio es una insinuación de la bolsa en el cuello de la vejiga y más tarde en la uretra obstruyendo parcial o totalmente el orificio profundo de la misma y como consecuencia provoca una detención intermitente del chorro de la orina o una retención completa aguda. En la mujer el prolapso puede ser total e intra-uretral y en contados casos llegar a la procidencia vulvar: ya sea intermitente o permanente. En este último caso, la constricción del pedículo perturba la circulación, el tumor enrojece, y se edematiza, pudiendo llegar en caso de isquemia completa a la gangrena (caso de Woelffer y Simm, cit. por Papin). Se refieren observaciones (Wildbolz) en que por este mecanismo se produjo la curación espontánea del ureterocele.

Cabe destacar que en nuestro caso, como es la regla, la infección forma parte del cortejo sintomático. Y es éste un hecho a recordar ya que la pertinacia de la infección urinaria es con frecuencia el primer signo clínico de la dilatación quística, pues una vez instalada no es posible combatirla racionalmente, sin la extirpación del ureterocele.

Por eso consideramos una práctica recomendable, *diríamos de rigor en los niños* realizar una cistoscopia en todos los casos de infección urinaria de larga duración, difícilmente yugulable, con los recursos terapéuticos clásicos.

Y va el consejo, por cierto, no para el urólogo sino para el médico general.

En cuanto al tratamiento, consiste fundamentalmente en eliminar la obstrucción.

Se puede realizar:

I) *por vía endoscópica*: a) por dilatación con bujías, procedimiento que le brindó tres éxitos a Campbell.

b) sección en frío de las paredes del ureterocele con las tijeras del cistoscopio operador.

Keyes y Fergusson contradicen el procedimiento por temor a la hemorragia provocada por la sección de la arteriola que llega al orificio ureteral. Nos solidarizamos con esa actitud, pues, tuvimos un accidente muy serio por haber seguido esta técnica.

c) por electrocoagulación. Utilizable en caso de ureteroceles de paredes delgadas, papiráceas (de color amarillo o rosa pálido surcado por vasos frágiles y de aspecto transparente).

II) *por vía hipogástrica transvesical*. a) *si la función renal es buena*, se efectúa: la electrocoagulación o cielo abierto (preferimos de optar por este método de tratamiento, la vía endoscópica o de lo contrario la resección del

ureteroceles según técnicas diversas, que en síntesis llevan a la confección de un nuevo meato uretral.

b) Si las lesiones de dilatación obstructiva son considerables y la *función renal está muy comprometida*, se efectúa la nefre-ureterectomía total, tratando de llegar a la implantación del uréter en la pared vesical, ya que cualquier bolsa remanente mantendrá la infección indefinidamente, malogrando así el resultado alejado del acto quirúrgico.

DISCUSION

Dr. Schiappapietra. — *Hace pocos días, he operado una enferma adulta con el mismo cuadro que nos ha referido el Dr. Rubí. La enferma me consultó por una hematuria intensísima. Me contó que se había ingeniado por medio del espejo para ver la aparición de algo que salía del meato. Es una enfermera veterana, de modo que era baqueana para la maniobra.*

Hice un examen endoscópico y confirmé un enorme uréteroceles tan grande que casi no había capacidad vesical.

La cité unos días después para proponerle el tratamiento y se me ocurrió hacer algo que no había hecho todavía: le hice una palpación bimanual y constaté que la vejiga estaba vacía. Al repetir la maniobra, comprobé que el uréteroceles estaba replegado. Parecía un globo vacío sobre el fondo vesical. La enferma me dijo: yo presumía esto porque cuando tenía que orinar con frecuencia, es decir, cuando la capacidad real de la vejiga era pequeña, no tenía obstrucción ni nada aparecía a través de mi meato, pero cuando contenía mucha más orina en mi vejiga, una de esas micciones se obstruía y veía la aparición de ese cuerpo extraño.

Se me ocurrió que la exteriorización del uréteroceles se hacía cuando no estaba distendido. Como era un uréteroceles gigante, de paredes gruesas y las hematurias eran intensas, lo abordé por vía transvesical. Lo resequé en su cuello y era extraordinario lo enorme del cuello. Tomaba casi todo lo que correspondía al trigono. Apenas dejaba libre el orificio ureteral del lado opuesto.

De manera que resequé pero hice una sutura circular que me llevó bastante tiempo, quedó un nuevo meato y a pesar de que la enferma estaba en Trendelenburg, bastaba que le dijera que respirara para que llenara toda la vejiga. Por esa causa, preví que había una gran urétero-nefrosis. Dejado eso libre se retraía de tal modo que había una obstrucción y como me imaginé que no había dinamismo, le puse una sonda Litelton. Mantuve el drenaje como lo hago en los abocamientos ureterales, durante un par de días hasta que el estado vesical me asegurase la disminución de un peligro de infección ascendente.

La enferma está en buenas condiciones y creo que debe ser objeto de

consideración la norma de drenar directamente ese uréter habiendo ya un megauréter. Yo la he practicado también en nuevos abocamientos de uréter y precisamente coincide siempre que lo he visto hacer, con una buena evolución.

Dr. Rubí. — Considero muy interesante la contribución del Dr. Schiappapietra porque a decir verdad, la hematuria no constituye un síntoma frecuente de observar en la dilatación quística de la extremidad inferior del uréter.

Nosotros hemos tenido oportunidad de observar un caso semejante al referido por el Dr. Schiappapietra, en lo que se refiere a la magnitud de la bolsa intraquística vesical, en un enfermo cuya modalidad sintomatológica no era la hematuria sino la infección. Este enfermo presentaba un riñón voluminoso de tipo pionefrótico que nos obligó a hacer una nefro-nefrectomía casi total. El pequeño muñón que dejamos bastó para darnos un verdadero dolor de cabeza postoperatorio. Fué necesario llevarlo a la electrocoagulación.

Agradezco la colaboración del Dr. Schiappapietra, interesante por la forma en que se ha presentado, ya que no es frecuente que la hematuria sea el síntoma que llame la atención en estos casos.
