

MALFORMACIONES CONGENITAS DEL APARATO URINARIO

Dos casos de duplicidad del uréter

Por el Dr. RODOLFO DE SURRA CANARD

Los clásicos han descrito ya todas las variedades existentes, de anomalías del aparato urinario, gracias a las pacientes investigaciones de los anatomistas.

Esta comunicación no tiene otro objeto que el de relatar las historias clínicas de dos pacientes en quienes el hallazgo de malformación congénita, se ha debido a la exploración clínica de sus respectivos aparatos urinarios.

Los dos casos estudiados, pertenecen, dentro de la clasificación clásica de *Papin*, a anomalías de división del uréter, existiendo en el segundo, además, una anomalía de implantación.

HISTORIAS CLINICAS

La enferma A. G., italiana, de 30 años, casada, con dos hijos, es llevada a mi consultorio después de una crisis de cólico renal derecho, acompañada de oliguria y hematuria (?), que mejora con reposo, medicaciones caseras, en un intervalo de cinco días.

En el momento de la consulta, se está en presencia de una mujer desnutrida, con facies de agotamiento, fenómenos que se atribuyen a su enfermedad reciente. La hematuria no se ha repetido.

En el abdomen se palpa el riñón derecho en su polo inferior. Un primer examen del aparato urinario revela la existencia de orinas ligeramente turbias, con algunos grumos.

Se hace una primera cistoscopia: capacidad 150 c.c. Mucosa sana en su conjunto, con zonas pequeñas de un primer grado de congestión (aumento

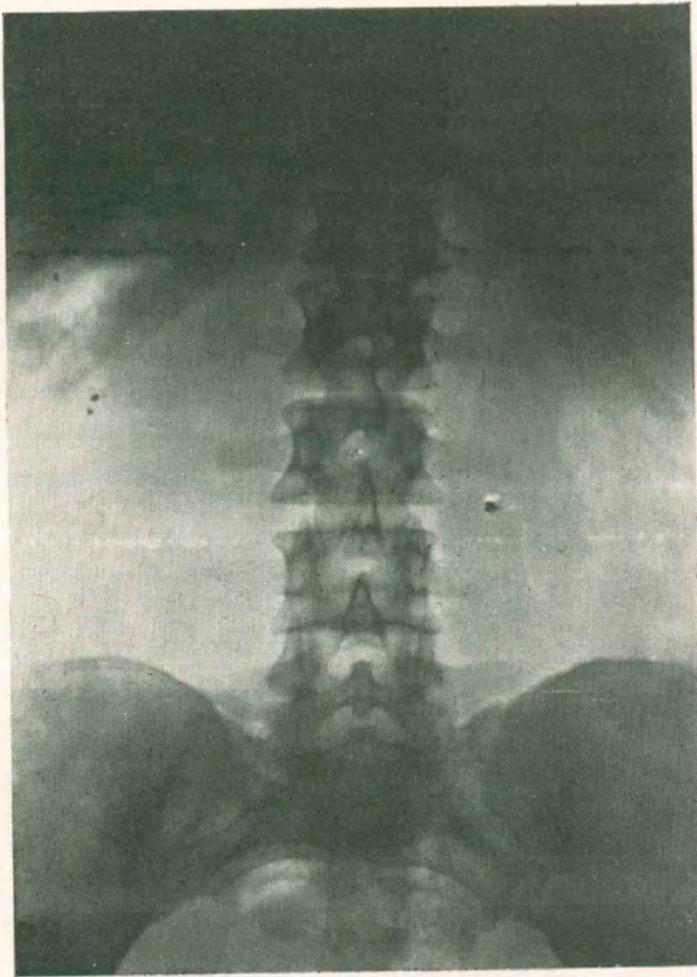


Figura N° 1

de vascularización y despulido epitelial), sin lesión específica. Estas zonas congestivas están localizadas en el bajo-fondo y región del trigono.

Se va en busca del orificio ureteral derecho, y, con gran sorpresa, se observan dos meatos, el superior y externo con caracteres normales, el inferior e interno, pequeño, puntiforme. Una distancia de medio centímetro los separa a uno del otro, en el sentido vertical; en el sentido transversal, uno o dos

milímetros es la diferencia que existe en relación a la línea media, siendo el inferior el más interno.

El orificio ureteral superior y externo, tiene caracteres normales; está implantado en el músculo intertrigonal, en forma de hendidura, y tiene su mu-

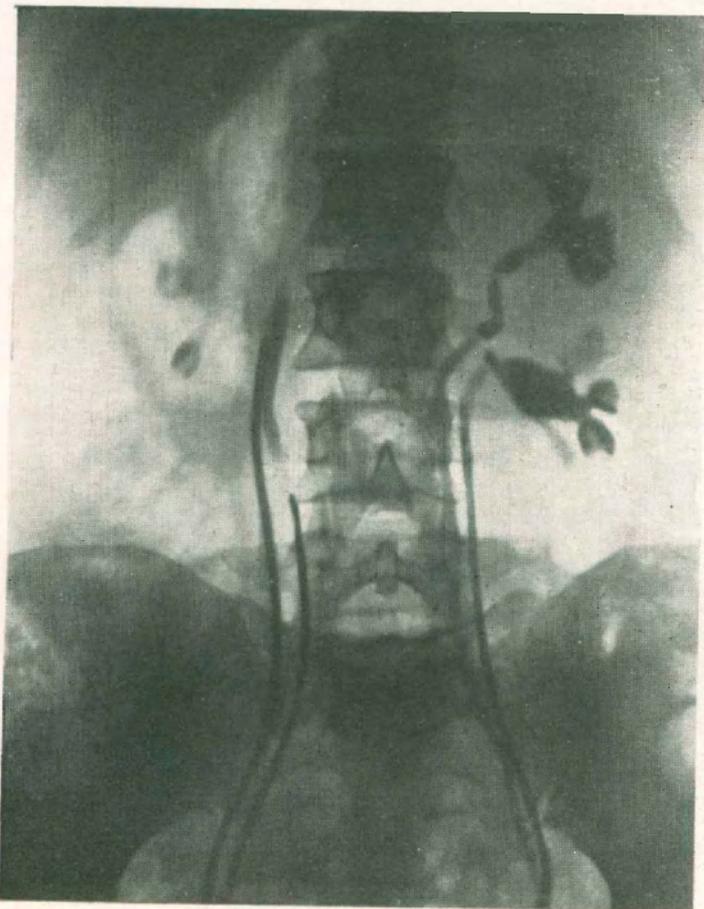


Figura N° 2

cosa normal. El inferior e interno, puntiforme, está algo entreabierto, con edema de la mucosa que lo rodea. La eyaculación de orina por ambos orificios, obedece al ritmo habitual.

Al examinar el lado izquierdo de la vejiga, se comprueba que también allí existe una malformación semejante del orificio ureteral, vale decir, la existencia de dos meatos que reproducen la descripción hecha más arriba y teniendo como única diferencia la falta de signos inflamatorios (edema).

Como exámenes complementarios, se pide una radiografía simple, para descartar la existencia de una calculosis, y una investigación de bacilos de Koch en la orina, así como la presencia de otros gérmenes.

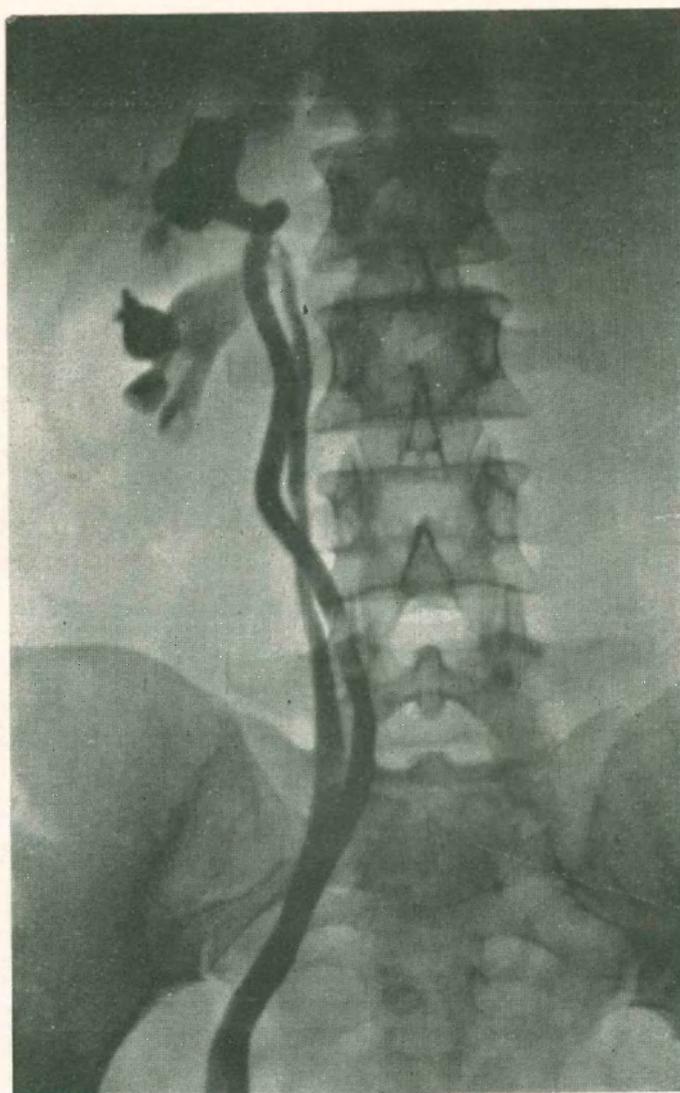


Figura N° 3

La primera radiografía es negativa y el examen de orina sólo demuestra una infección coli-bacilar discreta, no habiéndose encontrado bacilos de Koch.

Una primera pielografía ascendente, consigue visualizar bien las dos pelvis izquierdas y los dos uréteres cateterizados, sin dificultad; del lado derecho, en cambio, si bien no hubo ningún impedimento para el sondaje, la indocilidad de la enferma no permitió un buen relleno de las pelvis. Una se-

gunda pielografía del lado derecho, únicamente muestra con claridad la deformación diagnosticada.

El examen de las placas radiográficas (figuras Nº 2 y 3), revela: Del lado izquierdo (figura Nº 2), entrecruzamiento de los uréteres en un punto vecino a la vejiga, uréter interno y superior (correspondiente al meato inferior e in-



Figura Nº 4

terno, tortuoso, con acodadura a nivel de la tercera lumbar; uréter externo más rectilíneo, con acodadura en la unión urétero-piélica, exagerada aquí por la presencia de la sonda que ha sido llevada muy alta; la pelvis superior, deformada, recibe los cálices secundarios muy distendidos, y la unión urétero-piélica forma un ángulo recto en el sentido transversal y en el sentido antero-posterior.

La enferma fué internada en el Servicio del profesor Chutro, para ser mejor examinada.

El examen clínico ha sido negativo, observándose como único signo de mención, la palpación del polo inferior del riñón derecho, palpación que por otra parte revelaba una superficie del órgano con caracteres normales.

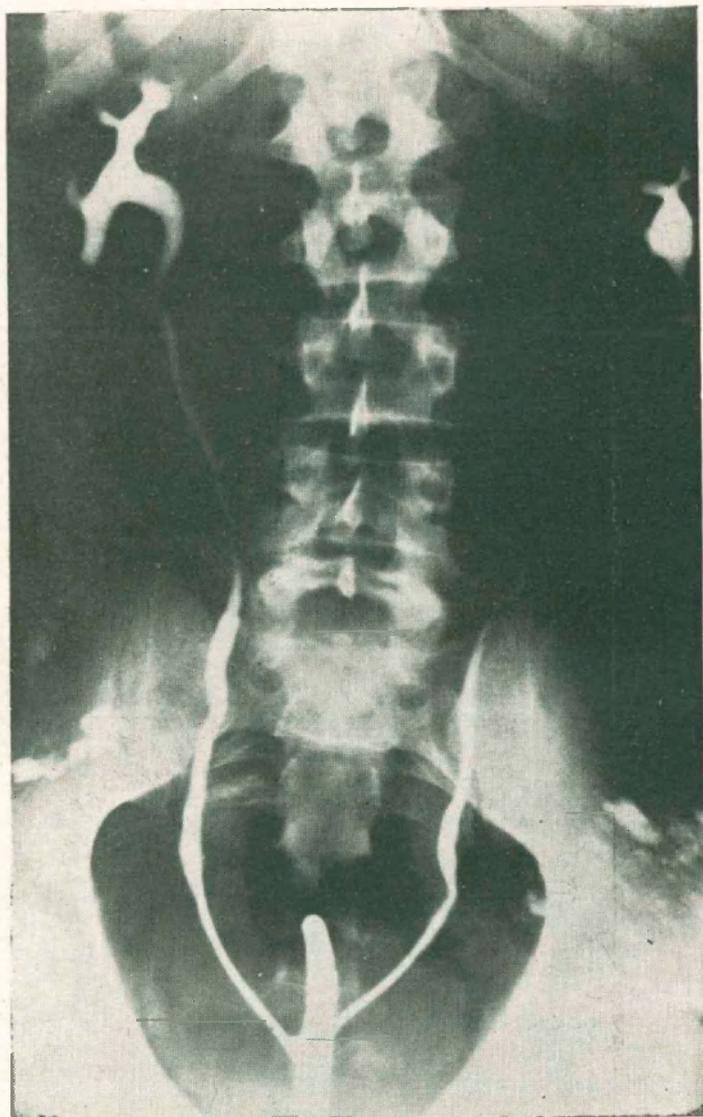


Figura N° 5

Se han hecho repetidos exámenes de orina, insistiendo en la búsqueda de bacilos de Koch, dando resultados negativos todos ellos.

Con el reposo, una alimentación adecuada, la regularización del funcionamiento digestivo y pequeños desinfectantes de orina por vía bucal, la enferma ha mejorado, ha recuperado el buen estado general y las orinas se han hecho transparentes.

En resumen: se ha tratado de una pequeña crisis de cólico renal, por hidronefrosis discreta, en una pelvis anómala, con ligera infección coli-bacilar.

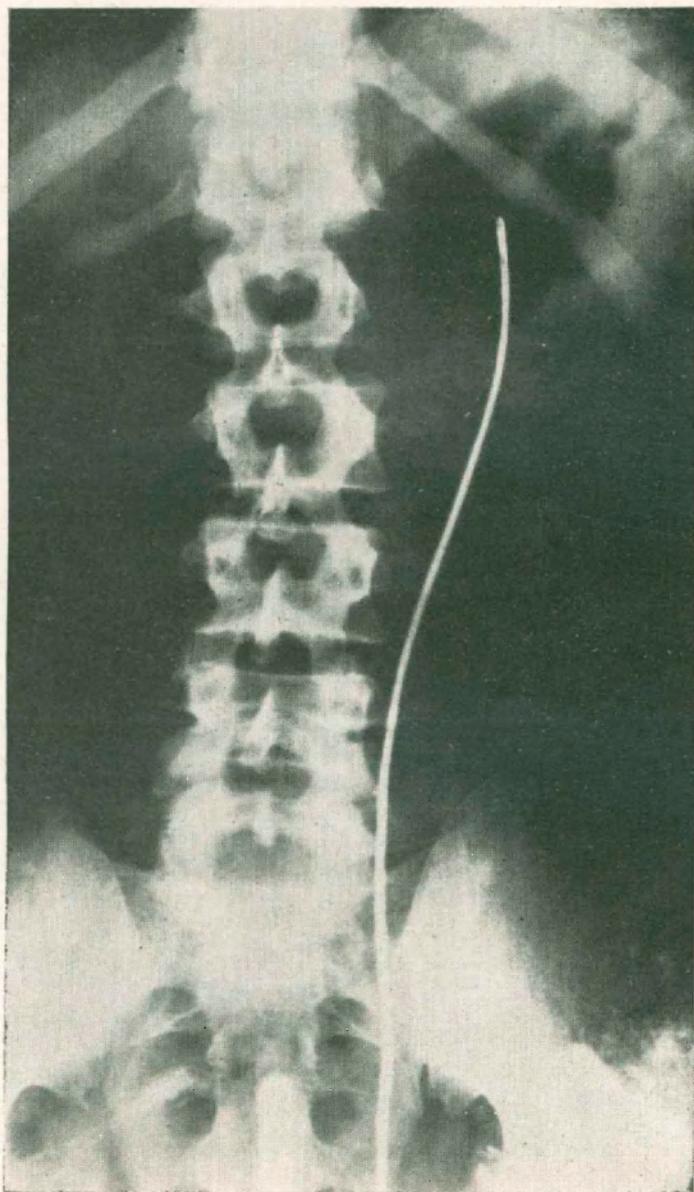


Fig. 6

Segunda observación: Concorre a mi consultorio el señor A. C. A., amigo personal, quien me refiere los siguientes trastornos, que se inician hace unos doce o trece años:

Comienza su enfermedad adquiriendo una blenorragia, atendida desde su aparición por médico especializado. La enfermedad se prolongó a raíz de complicaciones localizadas a uretra posterior, próstata y vesícula seminal. Desde entonces hasta la fecha, el enfermo ha tenido orinas turbias (de intensidad variable), cargadas de filamentos, pero la orina — según nos dice el paciente

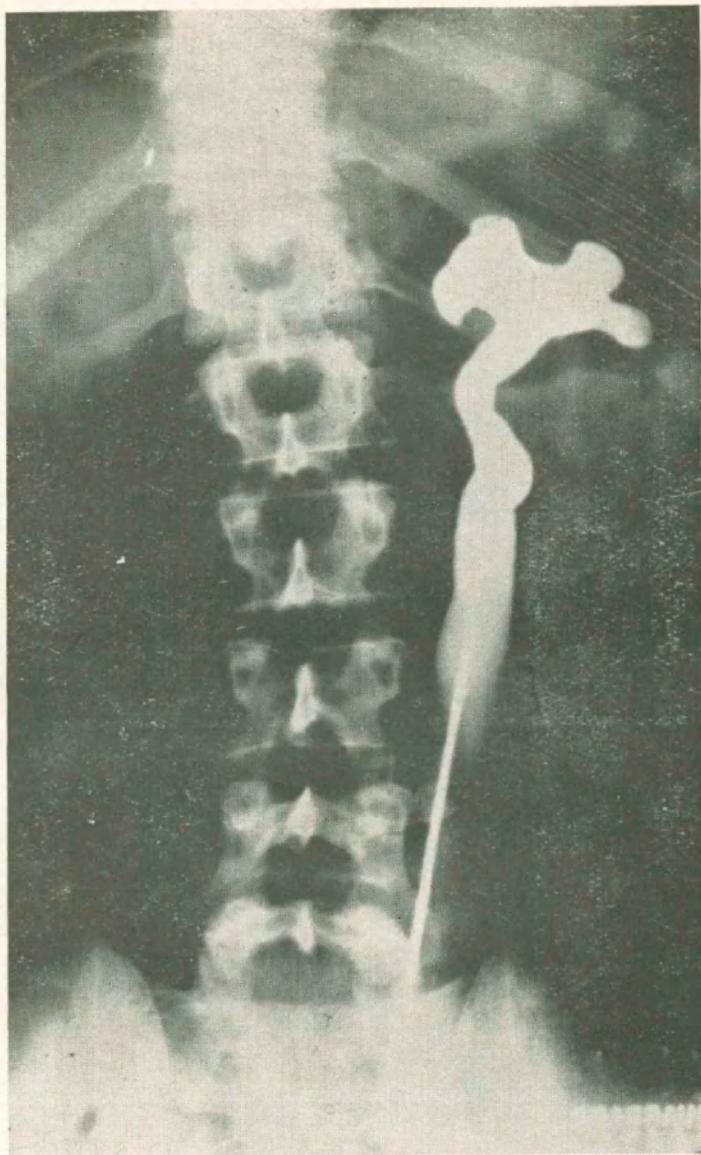


Fig. 7

— ha tenido siempre un grado de opalescencia uniforme, comparando el líquido recogido en dos o tres vasos, y este hecho había llamado la atención del médico tratante, quien pensó, en más de una ocasión, en la posible existencia de una pielitis, recetando, en consecuencia, medicación y alimentación adecuadas, sin lograr mejorar el proceso.

Durante los 12 o 13 años de evolución, la enfermedad ha tenido alternativas de recidivas y de acalmias. La uretra ha dejado de supurar y solamente de vez en cuando ha existido una pequeña secreción serosa. Las condiciones de la orina, en cambio, no se han modificado. El estado general comienza a sen-

tir el perjuicio de un proceso infeccioso que se prolonga; se queja de un estado de depresión general, dispepsia, con funcionamiento irregular de su intestino, algias lumbares y una zona en el hipocondrio izquierdo, donde siente una incomodidad que no puede definir.

De su examen, se obtienen los siguientes elementos: Sujeto con desarrollo atlético, facies de abatimiento. Llama la atención en el abdomen, una saliencia más pronunciada del hipocondrio izquierdo, que invade un poco la zona epigástrica. La palpación de esta región, donde el paciente localiza sus pequeños trastornos dolorosos, denuncia la existencia de un tumor profundo, con límites difíciles de precisar, cuyo extremo superior se esconde por debajo del reborde costal, con los caracteres de las lesiones localizadas por detrás del peritoneo. La percusión de esta zona es francamente sonora.

El aparato urinario revela: micción excelente; ausencia de secreción uretral; ausencia de gonococo en el producto del raspado (con ansa roma) de la mucosa uretral; orina turbia, con grumos en los tres vasos, turbidez uniforme en los mismos tres vasos, pero variable en la orina de un día a otro.

El tacto rectal revela la presencia de una próstata algo aumentada de tamaño, blanda en la parte central, de consistencia más firme en la periferia. Vesículas palpables parcialmente de ambos lados; se evacuan bien con la expresión, indoloras.

Para hacer el examen del producto de secreción prostática, llama la atención la necesidad de tener que recurrir a repetidos enjuagues uretro-vesicales, para obtener un medio transparente, sin grumos. El líquido prostático, lleva en suspensión grumos semejantes a los que se observan en la orina. Glándula de Cowper, negativa. La uretroscopia anterior, con el tubo de Luys, revela una discreta litritis crónica, sin infiltración del epitelio. Una primera uretroscopia posterior (Mac Carthy), muestra la mucosa congestionada, con edema y transformación epitelial de forma hiperplásica, en la zona supra-montanal y en su cara posterior.

Convencidos de que al proceso blenorragico primitivo se agregaba un padecimiento del riñón, se pide a los doctores Correas y Laplacette una investigación de la flora microbiana de la orina obtenida por sondaje de la vejiga. El laboratorio me informa de la existencia de coli-bacilo en gran cantidad.

Confirmada la sospecha de la pielitis crónica, se practica una primera radiografía del aparato urinario, buscando alguna causa que favorezca la persistencia de la piuria y se pone al enfermo en manos del doctor M. Royer, para que mejore ese estado intestinal, fuente de origen de la colibaciluria (síndrome de Heitz-Boyer). Simultáneamente, el doctor Laplacette tiene la gentileza de estudiar y lograr un bacteriófago, específico en relación a los gérmenes del enfermo.

El paciente es sometido a un régimen dietético y a medicación bacteriofágica, por vía duodenal, con el criterio de actuar en primer término sobre el o los focos causales.

El resultado de esta norma de conducta fué excelente en parte. El estado general se beneficio enormemente, la función digestiva y evacuadora del intestino se normalizó, pero la orina persistía turbia.

La radiografía simple (1) (fig. 4), muestra el riñón derecho algo aumentado de tamaño y el riñón izquierdo también aumentado; no hay sombras de cálculos.

El fracaso del tratamiento emprendido sobre la piuria, nos lleva a medicar al enfermo por vía directa.

El cateterismo del riñón derecho, daba orina muy poco opalescente, que no tardó en aclararse con dos lavados de nitrato de plata al 0,50 %. El sondaje del riñón izquierdo denotaba también orina opalescente, que mejoró con tres instilaciones de la misma solución de nitrato de plata. Simultáneamente, las orinas mejoraron, al punto que creí resuelto el problema de la pielitis. Pero veinticuatro horas después del último cateterismo del lado izquierdo, el enfermo tiene una verdadera debacle de pus, orinas lechosas, fenómenos dolorosos en la fosa iliaca izquierda, dolores éstos que recuerdan los cólicos ureterales de iniciación baja.

El examen cistoscópico impresiona como si la piuria proviniese del lado izquierdo, pero, cateterizado ese lado, se recogen orinas claras.

Este hecho me lleva a efectuar un examen pielográfico bilateral, con el siguiente diagnóstico de presunción: uréter bifido del lado izquierdo.

Pielografía. — (Catéteres introducidos apenas unos pocos centímetros en los uréteres). Riñón derecho (fig. 5): pelvis en Y, con gran separación de ambas ramas. Riñón izquierdo: pelvis pequeña, con cálices primarios atróficos, tipo infantil; ocupa únicamente la mitad inferior del riñón.

Este examen pielográfico, de gran importancia, hizo modificar el diagnóstico presunto de uréter bifido, por el de pelvis doble, fundado en hechos clínicos: orina turbia global y orina clara por cateterismo de uréteres, y en un hecho radiológico: la pelvis izquierda, pequeña y desplazada en relación a la sombra del parénquima renal.

Con la hipótesis de una pelvis doble, quedaba por determinar el sitio de implantación del meato ureteral anómalo. Una cistoscopia en plena piuria, no reveló ningún orificio ureteral aberrante en la vejiga, pero dió la impresión de que el pus provenía de la uretra posterior.

A partir de este momento, se examina repetidas veces la uretra posterior, sin lograr observar en ningún momento eyaulación purulenta. Estos exámenes tenían que ser breves, por tolerarlos mal el enfermo. La región supra-montanal de la uretra, en su cara posterior, estaba congestionada con edema e hiperplasia epitelial, presentaba una gotera que ocupaba el campo cistoscópico, limitada lateralmente por dos pliegues verticales, exagerando las bridas del veru-montanum.

En uno de los exámenes, a raíz de una contracción involuntaria del esfínter, se sorprende la salida, entre esos dos pliegues, de un grumo de pus, semejante a los que el enfermo orinaba espontáneamente, o a los que se obtenían con el masaje próstato-vesicular, y que se había interpretado hasta aquí como molde vesicular.

Exploro entonces con todo cuidado, con un catéter, y descubro un orificio escondido, donde la sonda penetra fácilmente; por el catéter sale orina muy purulenta, en gotas precipitadas. Se recogen unos 80 c.c. en pocos minutos.

Clínicamente se hace el diagnóstico de pionefrosis en pelvis doble y la radiografía, hecha "a posteriori" confirma plenamente esta hipótesis. La figura Nº 6, muestra el catéter opaco introducido en la uretra posterior, que llega hasta el polo superior del riñón izquierdo. La figura Nº 7, muestra la pelvis doble (la superior), dilatada, con mega-uréter; fué necesario introducir 60 c.c. de solución opaca, para obtener un relleno completo.

Como complemento, un examen de orina y cultivo del sedimento, ha dado una infección coli-bacilar intensa.

El enfermo ha de ser sometido a una intervención quirúrgica, ya que los repetidos lavados terapéuticos de esta pelvis, no han conseguido modificar la infección de la orina.

El examen funcional del riñón, da los siguientes datos:

1º Orina global obtenida por micción (comprende lo excretado por los tres uréteres): úrea, 20,16 gramos por litro; cloruros, 11,18 gramos por litro.

2º Orina riñón derecho: cateteismo: úrea, 19,8 ‰₁₀₀; cloruros, 11,21.

Eliminación de fenol: 33 % (70 minutos).

3º Orina riñón izquierdo: cateterismo de uréter, normal (a vejiga): úrea, 19,03 ‰₁₀₀; cloruros, 10,70. Eliminación de fenol, 30 %.

Antes de ser sometido a una intervención, se hicieron repetidos lavajes del uréter y pelvis anómalos, sin obtener beneficio.

El enfermo es operado por el profesor Chutro. Incisión de Bazy. Liberación difícil del polo superior por existir una marcada peri-nefritis. Liberado el

órgano y comprobándose los riesgos de una hemi-nefrectomía, se extirpa el riñón en su totalidad, seccionando el pedículo previa ligadura en "block", sobre clamps, a la manera de Israel.

La pieza operatoria mostraba la existencia de las dos pelvis, separadas por un pequeño puente de parénquima, de 3 milímetros de espesor. Desgraciadamente, por haberse extraído la pieza en el sanatorio, no puedo presentarla.

El post-operatorio fué bueno, sin temperatura. A los seis días de operado, el enfermo tiene una descarga de pus en una de las micciones; este pus provenía del uréter dejado en su sitio.

Visto nuevamente el día 5 del corriente (septiembre), las orinas son algo opalescentes. Una uretroscopia posterior, muestra la existencia, por encima del veru-montanum, de una pequeña saliencia polipoidea. Se cateteriza el uréter anómalo y se obtienen unos 20 c.c. de orina turbia. Se lava, acto seguido, con solución de protargol al 2 %. La orina retenida en la porción terminal, debe tener su origen en la existencia de un reflujo que se lleva a cabo durante la micción.

En resumen, esta segunda historia clínica revela una anomalía: pelvis doble, con implantación del meato ureteral en la uretra posterior, por encima del esfínter, ya que no ha existido nunca una incontinencia de orina. Sobre la anomalía se ha instalado un proceso infeccioso.
