

# DILATACION URETERAL E HIDRONEFROSIS GIGANTE POR DISECTASIA DEL CUELLO VESICAL POST TUBERCULOSA

Dr. OSCAR J. VAMPA MAINERO (\*)

El caso que motiva la presente comunicación es el de una enferma que tiene una gran dilatación ureteral y una gran hidronefrosis producida por una disectasia de cuello vesical post tuberculosa que permaneció en forma silenciosa por muchos años y que el único síntoma positivo desde hace un tiempo es una hipertensión oscilante que cede el tratamiento común de hipertensores. Desde el punto de vista urológico no había síntomas subjetivos y sólo un análisis de rutina, encontró la presencia de pus en la orina, lo cual motivó todos los estudios que se realizaron con el resultado que a continuación se expone:

Se trata de la señora M. B., de 54 años de edad, domiciliada en la ciudad de La Plata, quien concurre al consultorio a fin de someterse a un examen de control urológico pues estaba algo preocupada por el estado de su riñón izquierdo, ya que refiere que hace 31 años le fue practicada una nefrectomía derecha por una tuberculosis que había prácticamente destruido el riñón. Recuerda que antes de ser sometida a la operación tenía grandes trastornos miccionales que fueron los que motivaron la consulta médica y estuvo así por más o menos aproximadamente un año.

La enferma vivía por ese entonces en la ciudad de Viedma. Al año siguiente, es decir, en el año 1940, es nefrectomizada. Tuvo varios episodios de hematurias, que según el médico que la atendía se debían a una úlcera vesical. Continúa con los trastornos miccionales y es sometida a diversos tratamientos. Al año siguiente hace un cólico renal izquierdo siendo nuevamente hospitalizada, eliminando el cálculo espontáneamente. Al poco tiempo continúa con los problemas para orinar: disuria y polaquiuria intensísima con micciones cada veinte o treinta minutos y a veces incontinencia de orina por micciones tan imperiosas.

Como continuaba con las hematurias y los trastornos miccionales fueron en aumento y la ulceración vesical no curaba, se la electrocoagula. La enferma mejora al poco tiempo pero persiste la polaquiuria.

El médico que la atendía le indicó un ejercicio vesical a fin de permitirle espaciar sus micciones y que consistía en retener todo lo más posible el deseo de orinar e ir aumentando el tiempo, reloj en mano, entre micción y micción. La enferma debía realizar un esfuerzo importante para orinar. El tiempo se fue espaciando y el esfuerzo con el tiempo nota que se hace menos notable, pero aún así como en la actualidad no puede retener la orina más de cinco o seis horas como máximo.

Desde hace unos años es hipertensa con picos de máxima de hasta 220 mm., pero según ella de fácil control con hipotensores derivados de la rauwolfia y nota que más o menos en esa época aparece una lumbalgia a predominio izquierdo que se atribuye como origen reumático.

La palpación profunda del abdomen es dolorosa por lo cual no puede realizarse en forma completa el examen semiológico. El resto es negativo.

La palpación de la zona lumbar izquierda también es dolorosa, siendo negativa la maniobra del peloteo pero positiva la puñopercusión.

\* Calle 44 N° 660, La Plata, Prov. Bs. As.

Se le solicitan análisis de orina y sangre y se decide prepararla para un urograma excretor. Los resultados positivos son los siguientes: discreta anemia de 3.800.000 glóbulos rojos, los glóbulos blancos 8.000, la E.R.S. acusaba 14 en la primera hora y 25 en la segunda. En la orina se encontró una densidad de 1012, reacción ácida, rastros de albúmina y se constata la presencia en el sedimento de gran cantidad de leucocitos en conglomerados. Gran cantidad de pus.

El resto de los análisis de rutina resultaron normales. Ante estos resultados le indicamos una creatinina endógena, un análisis bacteriológico de orina, investigación de bacilos de Koch, recuentos de colonias, testificación de gérmenes y antibiograma y un recuento de Addis. Los resultados fueron los siguientes: creatinina, 1,74 mg. %; Bacteriología: bacterias gram positivas del tipo del estreptococo, sensibles al Wintomilon y a la Furadantina; la investigación para bacilos de Koch fue negativa (en directo como en los resultados de los cultivos); el recuento de colonias acusa más de 100.000 por centímetro cúbico; en el recuento de Addis se halla alterada la cantidad de leucocitos, muy por arriba del nivel normal 405.576.000 y las células discretamente aumentadas.

Con estos elementos le realizamos una radiografía simple del Arbol Urinario, donde no se ven sombras anormales (Fig. 1). En el lado izquierdo se visualiza una gran masa redondeada que ocupa la fosa renal e interpretamos como un posible aumento del tamaño renal por suplección. En la pelvis se ve una sombra redondeada que estimamos que es la vejiga, con un tamaño bastante normal.

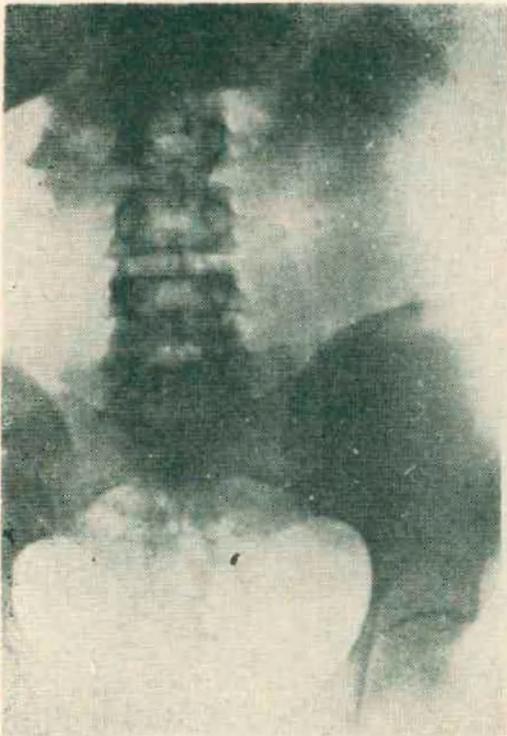


FIGURA 1



FIGURA 2

Inyectamos dos ampollas de sustancia de contraste previa prueba de tolerancia y a los 5 minutos obtenemos la segunda placa donde podemos observar que en el lado izquierdo, coincidiendo con el lugar de la sombra descrita, en el hemiabdomen izquierdo, aparecen unas sombras redondeadas en forma de bullas que se interpreta como el esbozo de una gran uronefrosis. No se visualiza ni la pelvis, ni el uréter. No aparece sombra de contraste en la vejiga (Fig. 2).

En la placa siguiente realizada a los 15 minutos, podemos apreciar que las sombras negativas han aumentado de tamaño, ocupando cavidades que estimamos que son los cálices enormemente dilatados por una uronefrosis gigantes. No se ve ni la pelvis ni el uréter. No se observa sustancia de contraste en la zona vesical.

En la placa siguiente a los 30 minutos se repite la imagen anterior, aunque con sombras de mayor intensidad y comienza a verse la sombra vesical.

Procedemos a continuación a poner la enferma en posición supina y entonces le sacamos una placa y observamos tres niveles líquidos, correspondientes a la zona de los cálices y vemos una sombra como un borde que interpretamos que es el polo inferior del riñón. No se ve uréter ni la vejiga (Fig. 3).

La próxima placa la obtenemos a los 60 minutos y observamos en ella que la sustancia de contraste ha perdido intensidad, se ha hecho más tenue y entonces es cuando vemos ya mejor la sombra vesical que la apreciamos de tamaño normal.

A las diez horas del urograma sacamos otra placa para ver si la sustancia de contraste se mantenía en lo que interpretamos como cavidades renales. Obtenemos entonces una plaza donde vemos una gran hidronefrosis con una dilatación gigantesca de los cálices, pelvis, etc., viéndose también el uréter agrandado y elongado. El contorno del globo vesical es bastante parejo y regular y el tamaño está dentro de los límites normales. No se ve el contorno del riñón (Fig. 4).

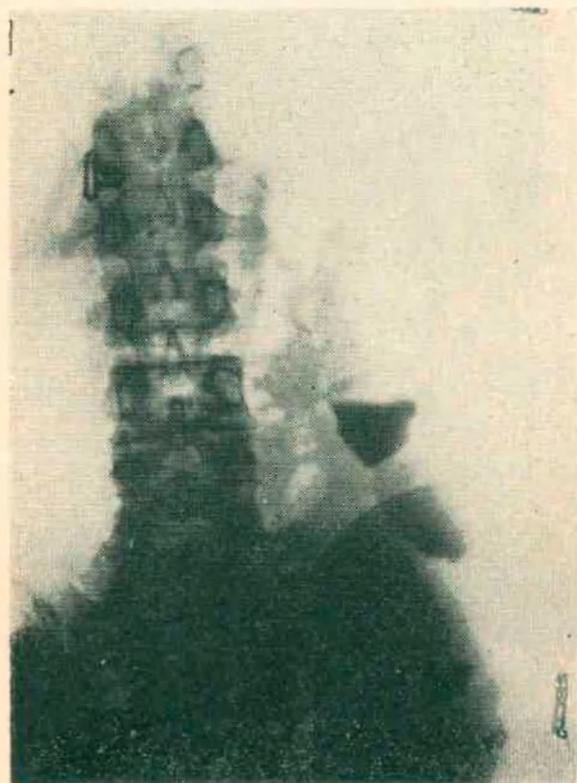


FIGURA 3

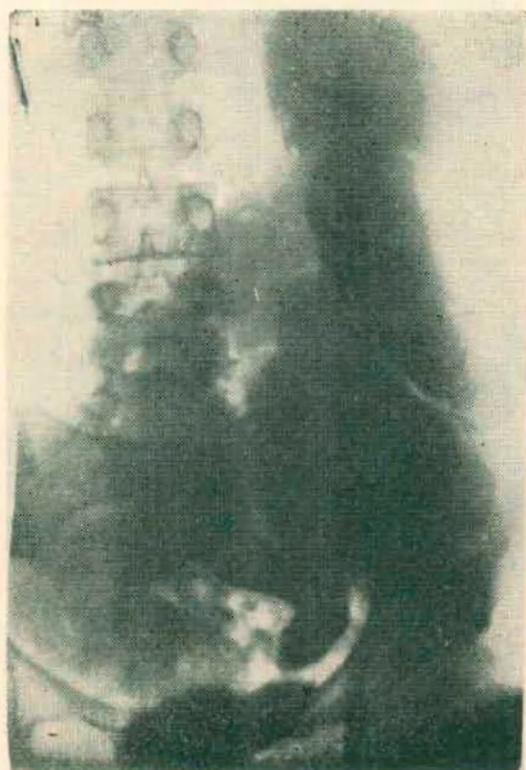


FIGURA 4

Con una vejiga de tamaño, que estimo es normal, pensé que la causa de la dilatación del Arbol Urinario Superior, podría ser una estrechez de la extremidad inferior del uréter de origen tuberculoso. Por lo tanto y a pesar de los reparos que se le hacen a la pielografía ascendente, decidí

practicarla, estando seguro que una endoscopia iba a ayudar a dilucidar el problema.

Procedo a la introducción del citoscopio y al querer evacuar la orina que hubiera en la vejiga para llenarla como corresponde, ocurre la primer sorpresa: evacuó una cantidad de orina extraordinaria, que medida arrojó una cantidad de 1.250 centímetros cúbicos. Ante esta eventualidad e interpretando que había evacuado la uronefrosis, llené la vejiga nuevamente con 300 c.c. de agua estéril con Rivanol y observo lo siguiente: mucosa vesical pálida, se observan algunas celdas y columnas. Esclerosis de cuello vesical. Meatoscopia: el meato ureteral izquierdo se halla desplazado hacia la línea media, desembocando en una zona intermedia entre el bajo fondo vesical y la cúpula. El meato es del tipo llamado en pelota de golf y nunca más acertada la comparación que hacen distintos autores.

El cateterismo ante la imagen que aparecía en la endoscopia no lo realicé pues se aclaraba en parte el cuadro. Entonces decidí hacer una cistografía e inyecté 300 c.c. de contraste iodado al 20 % y observamos que la sustancia de contraste llena la vejiga de bordes regulares se visualiza el uréter agrandado, elongado, con varias acodaduras, una pelvis renal inmensa con unas cavidades renales de tamaño gigante con un cáliz inferior, por ejemplo, que tiene un largo que abarca la altura de dos vértebras y media (Fig. 5).



FIGURA 5

A las ocho horas le sacamos una placa de control y observamos que las imágenes se mantienen y aún parecen aumentadas de tamaño, las correspondientes a la parte inferior del único riñón.

Hasta aquí la descripción del caso ya que las posibles soluciones médicas de la enferma quedarán supeditadas, a su pedido, a la alteración que pueda hallarse en los análisis de control a que será sometida mensualmente.

¿Qué hacer en este caso? Pienso que lo ideal sería hacer un abocamiento del uréter a la piel, hasta tener las orinas completamente asépticas, para luego hacer una reimplantación del uréter con o sin plástica de agrandamiento, previa resección del cuello de la vejiga.

*Consideraciones:*

El caso que se presenta no es frecuente, ya que es difícil encontrar un enfermo que portador de una tuberculosis vesical haga esclerosis de cuello con una consecuencia tal que el reflujo resultante produzca una dilatación ureteral y una elongación del mismo, con una dilatación de la pelvis y de los cálices de tamaño gigantes.

Las lesiones vesicales poco extensas traen como consecuencia la esclerosis parcial de la vejiga y la esclerosis del cuello de la vejiga, produciéndose una disectasia cervical con las consecuencias vistas en el Aparato Urinario Superior. El músculo detrusor se hipertrofia y aparecen celdas y columnas.

En los estudios urológicos se observa lo que hace notar el Prof. Puigvert: que en la imagen de la vejiga distendida por esclerosis de cuello tuberculosa, los bordes son lisos y no dentellados como en las cistografías por esclerosis de cuello de otro origen. El meato ureteral por la esclerosis vesical zonal, se desplazó hacia la línea media y al bajo fondo quedando en forma permanente abierto y del tamaño de una lenteja.

*Resumen:*

Se presenta un caso de una enferma monorrena, que operada hace 31 años, de una nefrectomía derecha por tuberculosis hace por una esclerosis de cuello de origen tuberculoso, una gran dilatación del uréter y de las cavidades renales que albergan 1.250 c.c. de orina y que cursa de manera totalmente asintomática, salvo una hipertensión, a pesar del tamaño de las lesiones y de hallarse con las orinas infectadas.