

RARA DISPLASIA URETERAL

Dr. César Eduardo AZA ARCHETTI

Dentro de las malformaciones del sistema excretor, las más frecuentes son las que corresponden a los desdoblamientos del uréter. Según que éste sea incompleto o completo estaremos en presencia de una bifidez o de una duplicidad ureteral.

Estos dismorfismos pueden ser unilaterales o bilaterales, encontrándose a veces un desdoblamiento incompleto de un lado y completo del otro lado, pudiendo en este último caso tener el uréter inferior una desembocadura ectópica, urinaria o extraurinaria. Lo habitual es que cada brote ureteral drene una porción de metanefros, pero cuando esto no ocurre, uno de los extremos termina en fondo ciego y constituye la entidad que se dio en llamar: **Uréter Bífido con extremo ciego.**

El hecho de no tener sintomatología clínica, hace que su hallazgo se evidencie durante un examen radiológico, en una intervención quirúrgica o en la autopsia. Es debido a ello que en la literatura nacional encontramos nada más que cuatro comunicaciones, motivo por el que traemos nuestro caso.

La causa del uréter bífido en fondo ciego es congénita y se debe a alteraciones del desarrollo, que se originarían por la aparición de un brote ureteral accesorio. Existe otra malformación: los divertículos ureterales reales o verdaderos, que tienen el aparente mismo origen, pero que Culp los diferenció definiendo al uréter bífido en fondo ciego como: "una estructura hueca, cuya luz se une al uréter con un ángulo neto, cuya pared presenta las mismas capas histológicas que el ureter y cuyo largo es más de dos veces mayor que su diámetro máximo". Si bien ambas displasias son evaginaciones ureterales con todas sus capas, la bifidez nos predispone a pensar en trayectos largos, mientras que el divertículo nos representa la imagen sacciforme. Mencionamos la existencia de divertículos falsos o adquiridos, constituidos por evaginaciones de mucosa únicamente y secundarios a obstrucciones. Los doctores Scorticati y Cartelli presentaron un caso de divertículo de uréter en esta Sociedad, en donde los definen, diferencian y realizan disquisiciones diagnósticas, lo que nos exime de más comentarios.

Contribución personal

Paciente S.S. de 40 años de edad, quien en octubre de 1972 consulta por padecer un cólico renal izquierdo típico, con lumbalgia e irradiación a hipogastrio. Al interrogatorio manifiesta que nunca sufrió anteriormente un episodio semejante ni haber padecido trastornos dentro de la esfera urogenital.

El examen nos mostró un paciente asintomático encontrándose únicamente una puño percusión izquierda levemente positiva. Los datos de laboratorio estaban dentro de límites normales, incluso un cultivo de orina negativo. Se solicitó el urograma excretor en el que se visualizó la no existencia de imágenes radiopacas en la placa simple, mientras que en las contrastadas existía una buena función de excreción y eliminación, observándose en el tercio superior del uréter izquierdo una pequeña dilatación de donde nace, en ángulo bien neto, una evaginación que se acoda y dirige hacia abajo y atrás, en dirección opuesta al parénquima renal, terminando en aparente fondo ciego. Como esta imagen se repite en las subsiguientes placas, consideramos oportuno descartar la posibilidad de que aquella rama ureteral, drenara un casco metanéfrico aberrante o ectópico; para ello solicitamos un urograma por infusión con placas en oblicuo, una nefrozonografía y un centellograma renal. Como a pesar de estos

estudios no disipamos nuestra duda, persuadimos al paciente, que estaba asintomático, y realizamos una pielografía ascendente bajo pantalla radioscópica, pudiendo observar en ella, como la sustancia de contraste penetraba en ese uréter en fondo ciego y como el mismo evacuaba su contenido, merced a contracciones que lo acortaban y lo llevaban a una posición casi erecta. Con este estudio, más la centellografía renal, que no mostró parénquima funcionando por fuera de las masas renales, llegamos a la conclusión de estar en presencia de un uréter bífido con extremo en fondo ciego.

El hecho de encontrarse el paciente hasta la fecha en forma asintomática nos privó de llegar a la exploración quirúrgica que en definitiva le hubiera puesto el rótulo real.

Conclusiones

Se hace el relato de una malformación congénita que cursó asintomática hasta los 40 años y que fue de hallazgo radiológico por presentar el paciente un cólico renal, episodio doloroso que pudo tener origen en la eliminación de arenilla o a causa de su dismorfismo por contracciones antiperistálticas.

BIBLIOGRAFIA

- Culp, O.S.. Ureteral Diverticulum: classification of the literature and report of an authentic case. J. of Urol.: nov. 47-58; N 5.
- García, A. y col.. Uréter Bífido con un Extremo Ciego. Rev. Arg. de Urol.: Vol. 38; 1-5; 66-70 (Temas libres: X Cong. Arg. de Urol.).
- Minuzzi, P.G.. Anomalías Reno-ureterales. El Ateneo, Bs.As.; 1940.
- Scorticati, Ch. y Cartelli, J.J.. Divertículo de Uréter. Rev. Arg. de Urol.: Vol 41; 1-4; 11-15.
- Trabucco, Agustín y col. Uréter Supernumerario Ciego y Tumor Mesentérico. Rev. Arg. de Urol.: Vol. 25; 9-12; 254-260.
- Trabucco, Armando y Borzone, R.. Uréter Bífido Ciego Unilateral. Rev. Arg. de Urol.: Vol 34; 9-12; 677-681.

SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA

SESION DEL 23 DE MAYO DE 1974

Dr. Borzone:

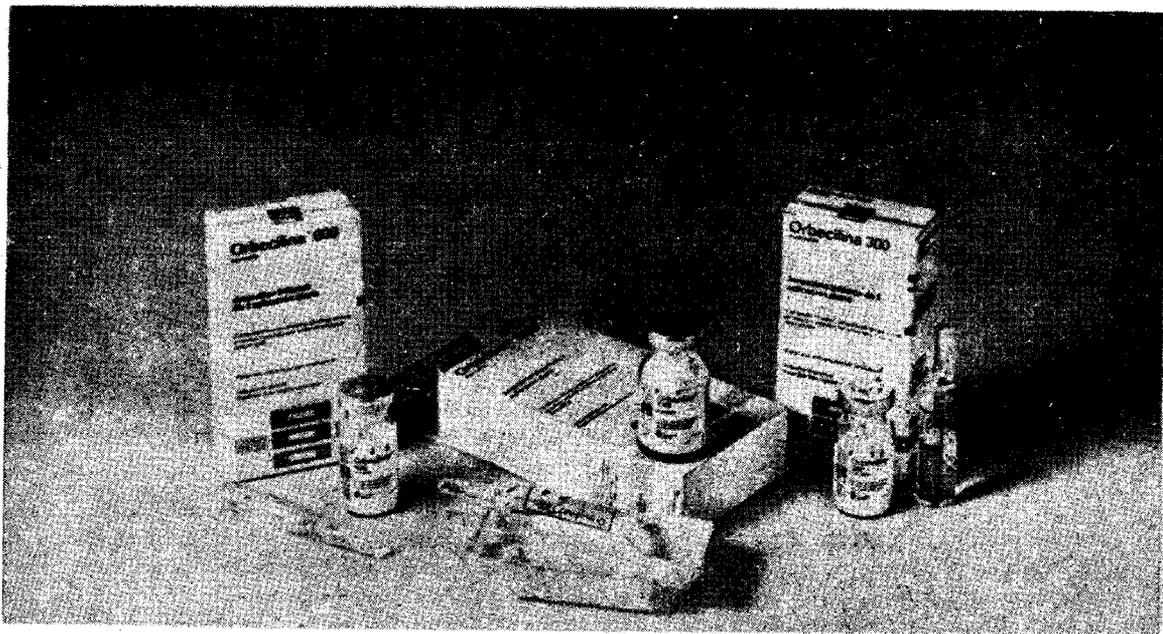
Hace unos cuantos años, presentamos con el Dr. Trabucco a la Sociedad Argentina de Urología, un caso que justamente también era del lado izquierdo, en un muchacho joven, que venía del interior y que en el momento en que lo vimos estaba asintomático, pero motivó la consulta un cólico renal. Venía con urograma de excreción que nos llamó la atención por la rareza de la imagen ureteral, porque tenía una pelvis y unos uréteres de tamaño normal y a 5 cm de la pelvis había una dilatación en forma ampular que luego se iba afinando como si el uréter hubiera tenido una dilatación saxiforme en forma de pera, con la parte fina hacia abajo. No se veía doble contorno, ni doble trayecto. Se le propuso una pielografía ascendente y recién en las posiciones oblicuas el catéter entró en el uréter principal, llegó casi hasta la pelvis, se llenaron las cavidades ureteropielicas y caviciales y por reflujo se llenó lo que era un largo uréter bífido ciego. Justamente esa dilatación ampular en forma de pera, era el extremo ciego del uréter bífido y en posiciones laterales se lo vio perfectamente bien; hacía una muesca casi en la unión urétero piélica que era seguramente la que en algún momento por relleno de ese uréter bífido provocó por compresión el cólico renal. Como el paciente estaba asintomático, no acepto ningún tratamiento. Se le había propuesto justamente la resección de ese largo uréter bífido ciego, que se unía al uréter principal a nivel del estrecho superior de la pelvis. Llama la atención el mismo lado, el paciente joven también, el cólico que fue el motivo de la consulta.

Dr. Ghirlanda:

Quería hacer una aclaración con respecto a la explicación por la cual se puede condicionar esta malformación; pienso que más que una duplicidad del brote ureteral habría que hablar de una bifidez prematura de dicho brote, porque en caso contrario, en caso de que se tratara de una duplicidad, quedaría un brote ureteral unido al conducto de Wolf, en caso que fuera más distal habría dos brotes ureterales del lado donde existe la malformación.

Dr. César Aza Archetti:

Se agradecen los aportes del Dr. Borzone y del Dr. Ghirlanda; debo dejar por sentado que nosotros cuando hablamos de los desdoblamientos del uréter, hablamos que podrían ser completos o incompletos y de esa manera estaríamos en presencia de una bifidez o una duplicidad.



Dos acciones bactericidas

Ampicilina sódica = Acción inmediata
+
Ampicilina benzatínica = Acción prolongada

Presentaciones:

Orbecilina 300
Inyectable

Orbecilina 600
Inyectable

Orbecilina 1.200
Inyectable

Documentación científica a disposición del cuerpo médico

Fabricado por:
 **Bagó S. A.**
(1934-1974)

40 años de Investigación y Tecnología Argentina