

Persistencia de un repliegue ureteral primitivo como causa de hidronefrosis.

Dres. J. Rodó, M. Martí, M.R. Martín, J. Margarit, J. Gimenez, A. Cusi, J. Salarich

Servicios de Cirugía, Nefrología y Anatomía Patológica del Hospital San Juan de Dios, Barcelona, España.

Resumen

Se presenta el caso de un varón de 8 años de edad que consulta por dolor lumbar cólico a repetición y hematuria en 2 ocasiones. El urograma excretor y los estudios isotópicos renales, demostraron sólo una leve obstrucción e hidronefrosis en el riñón izquierdo.

Fue operado por la persistencia del cuadro clínico, encontrándose una obstrucción provocada por una pseudoválvula ureteral. Se reseccó la unión pieloureteral y se realizó pieloplastia con buena evolución posterior. Se presume que la obstrucción ureteral era intermitente y provocaba los cólicos reiterados.

Palabras clave: Pseudoválvula ureteral - Hidronefrosis.

Summary

We report a case of a 8 year old boy with repetitive episodes of left lumbar colic and hematuria. IVP and renal scintigraphy revealed mild left hydronephrosis. We presumed that severe ureteral obstruction was occurring intermittently and operative intervention was undertaken based on the recurrent symptoms. At surgery, a pyeloureteral obstruction due to an ureteral pseudovalve was found. The pyeloureteral junction was resected and pyeloplasty performed. Since then the patient has remained symptom free.

Index Words: Ureteral pseudovalve - Hydronephrosis.

Resumo

Apresenta-se o caso de um menino de oito anos de idade que consultou com queixa de dor lombar tipo cólica e hematuria em duas ocasiões. O urograma excretor e os estudos isotópicos renais demonstraram apenas uma leve obstrução e hidronefrose no rim esquerdo.

Foi operado face a persistência do quadro clínico, encontrando-se uma obstrução provocada por uma pseudoválvula ureteral.

Foi ressecada a junção pieloureteral e realizada uma pieloplastia com boa evolução posterior.

Presume-se que a obstrução ureteral era intermitente e provocava as cólicas de repetição.

Palavras chave: Válvula do ureter - Hidronefrose.

Introducción

Las causas de hidronefrosis son múltiples dentro del síndrome de la unión pieloureteral. Sólo en muy raras ocasiones se encuentra como causa de obstrucción, un repliegue mucoso ureteral (pseudovávula) como en el caso de nuestro paciente.

Presentación del caso

Varón de 8 años de edad, que consultó por dolor en el flanco izquierdo acompañado de hematuria.

La madre tenía antecedentes de cólicos nefríticos a repetición. En los antecedentes personales del niño, surgían repetidos episodios de dolor cólico que habiendo sido estudiados con ecografías y urograma excretor, sólo demostraban una discreta hidronefrosis izquierda. Un estudio isotópico mostraba un flujo plasmático renal similar en ambos riñones, con un tiempo de tránsito intrarrenal izquierdo discretamente alargado y una respuesta positiva al choque diurético. La exploración física y los estudios bioquímicos renales eran normales:

Tras el último episodio y ante la repetición del cuadro se decidió la intervención quirúrgica. Se abordó el riñón izquierdo por vía extraperitoneal a través de una incisión subcostal y se practicó la resección y anastomosis de la unión ureteropélica según la técnica de Anderson Hynes. En la canalización de la pieza operatoria con una sonda de calibre 3 French, se encontró un claro obstáculo ureteropélico (Fig. 1). El estudio anatómico mostró un repliegue mucoso valvular de 0,7 mm., sin musculatura en su interior (Fig. 2). La evolución posterior fue satisfactoria.

Discusión

Los criterios anatomopatológicos universalmente aceptados para el diagnóstico de una válvula ureteral congénita son: la existencia de fibras musculares lisas, uropatía obstructiva proximal a la válvula y un tracto urinario distal normal, sin evidencia de otro mecanismo orgánico o funcional de obstrucción. Cuando no existe músculo liso y la formación valvular está formada sólo por urotelio y estroma fibroso, se la denomina "pseudovávula" (1).

El origen embriológico más aceptado indica que el uréter en su ascensión craneal crecería más que la distancia que lo separa del riñón, formando así tortuosidades (uréter fetal), cuya persistencia daría lugar a un repliegue muscular y/o mucoso de carácter oclusivo. Estas tortuosidades son reconocibles a nivel del uréter "alto" en un 10-20% de los recién nacidos y prematuros. En condiciones normales, desaparecen entre los 4 y 6 meses. Esta teoría, avalada por estudios experimentales, permite explicar la presencia de válvulas múltiples y a cualquier nivel (2-3).



Fig. 1: la válvula se dispone perpendicularmente a la luz ureteral y mide 0,7 mm de ancho.

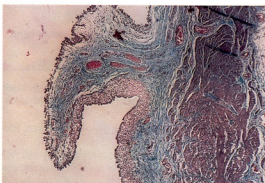


Fig. 2: la microfotografía muestra el perfil valvular con mucosa, estroma y ausencia de músculo liso.

Las válvulas y pseudovávulas de uréter son muy raras (6-7-8-9). Afectan por igual a ambos sexos y a ambos uréteres y se asocian en un 40% de los casos, a anomalías genitourinarias como: disgenesia renal (11), malrotación, duplicación, riñón en herradura, reflujo, válvulas de uretra y uréter ectópico (12). Nunca se asocia a

ureterocele, lo que va en contra que la persistencia de la membrana de Chawalle sea el factor etiológico de la pseudoválvula (13). En nuestra casuística, este es el único caso entre más de 200 hidronefrosis intervenidas (10).

La forma de presentación es inespecífica y la mayoría ha sido diagnosticada en el acto operatorio como en nuestro caso, o en necropsias (5). La presentación clínica más frecuente es la infección urinaria y/o el dolor lumbar. Más raramente se presenta como una masa renal, hematuria, cálculo o hipertensión arterial (6-7). Existe un caso descrito que se presentó en forma de ascitis urinosa neonatal (14). Los estudios tradicionales carecen de especificidad para el diagnóstico, aunque se describe una típica imagen en forma de paraguas en el urograma excretor (15). En caso de sospecha clínica o radiológica, la pielografía retrógrada ó la anterógrada por punción, pueden ser de utilidad.

El tratamiento es la resección del segmento que contiene la válvula y la anastomosis urétero-urteral (16)

Bibliografía

- Gallegos CRR, Iyer SK, Massouh H: Congenital ureteric valves. Br J Urol, 68:656, 1991.
- Rodríguez-Miralles J, Barastegui CA, Ruano-Gil D: Válvulas en la unión pieloureteral. Estudio descriptivo en la rata. Arch Esp Urol, 41:251-254, 1988.
- Docimo SG, Lewowitz RL, Retik AB et al: Congenital mid-ureteral obstruction. Urol Radiol, 11:156-160, 1989.
- Mering JH, Steel JF, Gittes RF: Congenital ureteral valves. J Urol 107:737-738, 1972.
- Maizels M, Stephens FD: Valves of the ureter as a cause of primary obstruction of the ureter: anatomic, embryologic and clinical aspects. J Urol 123:742-747, 1980.
- Whiting JG, Stanic TH, Drach GW: Congenital ureteral valves: report of 2 patients, including one with a solitary kidney and associated hypertension. J Urol 129:1222-1224, 1983.
- Tili-Graies K, Allège M, Kraiem C et al: Ureteral valves: report of a case diagnosed by antegrade pyelography. Pediatr Radiol 19:67-69, 1988.
- Reinberg Y, Aliabadi H, Johnson P et al: Congenital ureteral valves in children: case report and review of the literature. J Pediatr Surg 22:379-381, 1987.
- Alvarez J, Virseda JA, Bolano N et al: Válvula ureteral: un nuevo caso. Act Urol Esp 11:624-626, 1987.
- Astudillo P, Rodó J, González J et al: El tutor transanastomótico en la pieloplastia en el síndrome de la unión pieloureteral: estudio comparativo en 72 casos. Act Urol Esp 13:236-239, 1990.
- Pourmand G, Kamalian N, Sohravand F: Congenital ureteric valve associated with renal dysgenesis. Br J Urol 61:362-363, 1988.
- Govaerts J, Huysmans G, Wouters Y: Ureteric valves in an ectopic ureter associated with renal dysplasia. Br J Urol 67:554-555, 1991.
- Sant GR, Barbalias GA, Klauber GT: Congenital ureteral valves - An abnormality of ureteral embryogenesis? J Urol 133:427-431, 1985.
- Reha WC, Gibbons MD: Neonatal ascites and ureteral valves. Urology 33:468-471, 1989.
- Merchant SA, Sulabha V, Puneekar MS et al: Ureteral valves: preoperative radiologic diagnosis. Can Assoc Radiol J 41:347-349, 1990.

Trabajo recibido para su publicación en Mayo de 1993

Dr. J. Rodó

Carretera de Espulgas s/n
08034 - Barcelona
España