

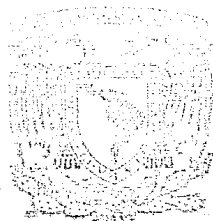
41346

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

12

2ej

FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO S. S. A.
DIVISION DE INVESTIGACION Y ENSEÑANZA



TESIS CON
FALSA PRESENTACION

**ESTENOSIS URETEROPIELICA
REVISION DE CINCO AÑOS**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALIDAD DE UROLOGIA
P R E S E N T A
DR. LUIS DAVID MENDEZ MERCADO



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

CONTENIDO	PAGINAS
RESUMEN	
INTRODUCCION	1-10
SITUACION ACTUAL	11-12
OBJETIVOS	12
JUSTIFICACION	12
MATERIAL Y METODOS	11-12
RESULTADOS	13-16
DISCUSION	16-17
CONCLUSIONES	17-18
BIBLIOGRAFIA	

RESUMEN

SE REALIZO UNA REVISION RETROSPECTIVA DE LOS EXPEDIENTES CLINICORADIOLOGICOS DE LOS PACIENTES, CON DIAGNOSTICO DE ESTENOSIS URETERO PIELICA QUE INGRESARON A LA UNIDAD DE UROLOGIA Y NEFROLOGIA DE EL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO 88 EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE AGOSTO DE 1986 A AGOSTO DE 1991.

SE CONTABILIZARON UN TOTAL DE 187 EXPEDIENTES (100%) VERIFICANDO QUE SE ENCONTRARON COMPLETOS Y EN LOS CUALES SE OBSERVARON LAS SIGUIENTES VARIABLES: EDAD LA CUAL ESTUVO COMPARTIDA ENTRE LOS 17-49 AÑOS CON UNA MEDIA DE 28.4 AÑOS, SEXO SE OBSERVO PREDOMINIO DE EL MASCULINO 2:1, CUADRO CLINICO, LADO AFECTADO, Y TIEMPO DE EVOLUCION.

EN TODOS LOS CASOS SE PRACTICARON ESTUDIOS DE LABORATORIO INCLUYENDO, BIOMETRIA HEMATICA, QUIMICA SANGUINEA, EXAMEN GENERAL DE ORINA Y UROCULTIVO.

LOS ESTUDIOS DE GABINETE FUERON UROGRAFIA EXCRETORA A UN 100%, PIELOGRAFIA ASCENDENTE A UN 53%, GAMMAGRAFIA A UN 50%. EL TRATAMIENTO SE EFECTUO EN FORMA QUIRURGICA 99% Y ENDOSCOPICA 1%, LA EVOLUCION Y EL SEGUIMIENTO FUE VARIABLE TENIENDO UNA MINIMA DE 3 MESES A UNA MAXIMA DE 3 AÑOS, LAS COMPLICACIONES SE CLASIFICARON EN INMEDIATAS O TRANSOPERATORIAS 10% SIENDO SANGRADO LA PRINCIPAL, MEDIATAS LAS PRESENTADAS DURANTE LAS PRIMERAS 48 HRS Y FUE SALIDA DE ORINA A TRAVES DE CANALIZACION, Y TARDIAS SE TOMARON AQUELLAS CON UN PROMEDIO ENTRE 15 DIAS A 3 AÑOS SIENDO UN 2% Y PRESENTANDO RE ESTENOSIS.

SE ESTABLECEN ANALISIS COMPARATIVOS CON OTRAS INSTITUCIONES, OBSERVANDO QUE LA INCIDENCIA DE ESTE PADECIMI-

ENTO ES SIMILAR (2X100 000 POR AÑO) EL ESTUDIO DE LOS PA-
CIENTES SE EFECTUA DE LA MISMA FORMA, Y EL TRATAMIENTO EN
NUESTRO HOSPITAL AVANZA DE ACUERDO A LAS MODALIDADES TECNO-
LOGICAS.

INTRODUCCION.

LA OBSTRUCCION URETEROPIELICA SE DEFINE COMO EL TRANSTORNO MECANICO O FISIOLOGICO QUE IMPOSIBILITA EL TRANSITO URINARIO DE DICHO SEGMENTO.

LAS CAUSAS SON MULTIPLES TENIENDO TODAS ELLAS COMO DENOMINADOR PROPIO EL PERTENECER A LA UROPATIA OBSTRUCTIVA ALTA.

LA ETIOLOGIA LA PODEMOS DIVIDIR EN 2 GRUPOS QUE SON :

A) CAUSAS INTRALUMINALES

SON TODAS AQUELLAS QUE "POR SE" SON DE TIPO MECANICO: INFECCIOSAS LITIASICAS, NEOPLASICAS, Y CONGENITAS SIENDO ESTAS ULTIMAS LAS DE NUESTRO PRINCIPAL INTERES DEBIDO A SU INTIMA CORRESPONDENCIA CON NUESTRO ESTUDIO, DIRIGIDO A LA ESTENOSIS DE EL SEGMENTO PIEL-URETERAL.

B) CAUSAS EXTRALUMINALES

SON AQUELLAS QUE INDIRECTAMENTE CAUSAN YA SEA EN FORMA PRIMARIA O SECUNDARIA LAS ALTERACIONES YA MENCIONADAS: INFLAMATORIAS SECUNDARIAS A FIBROSIS, NEOPLASICAS DE RETROPERITONEO, Y ALTERACIONES CONGENITAS COMO PODRIA SER EL IMPLANTE ALTO DEL SEGMENTO URETERAL, Y EL ACCIAMIENTO DE URETER POR VASO ABERRANTE ETC.

EMBRIOLÓGICAMENTE LA UNION URETERO PIELICA Y EN GENERAL DE LOS SISTEMAS COLECTORES FUE ESTUDIADA EN 1905 POR POHLMAN(1) QUIEN OBSERVO QUE A ESE NIVEL EL TRACTO URINARIO SE ORIGINA DE 2 BROTES QUE EMERGEN DE UN PLANO DORSAL DE LOS CONDUCTOS DE WOLFF CADA RAMA SE DIVIDE EN UNA SUPERIOR Y OTRA INFERIOR ENTRE LAS CUALES SE PRODUCE UNA DILATACION SACULAR, LO QUE

CORRESPONDE A LA PELVIS RENAL FUDIMENTARIA, POSTERIORMENTE LA MISMA MOSTRARA AL ROTAR VARIACIONES DE TAMAÑO Y FORMA CON RESPECTO AL HILIO RENAL, TODO ESTO OCURRE EN EL EMBRION DE LA S A LA 12 SEMANA DE EDAD GESTACIONAL.

LAS VARIACIONES MORFOLOGICAS DE LA UNION URETERO PIELICA FUERON ESTUDIADAS POR VEZ PRIMERA POR EVANDRATH Y ARENS EN 1927(2), OBSERVANDO LAS DIFERENTES VARIACIONES QUE SUFREN LOS BROTES GESTACIONALES Y QUE DIJERON ORIGEN A QUE EXISTA UNA CLASIFICACION DE SUS DIFERENTES VARIEDADES ESQUEMATIZADA POR LOFGREN EN 1949(3) LA CUAL CONSISTE EN DIVIDIR EL ARBOL URETERICO EN 6 GRUPOS:

PELVIS RENAL SIMPLE, COMPUSTA, BIFIDA, INTRARRENAL, EXTRARRENAL Y CON DUPLICACION DE SISTEMA.

ES POR LO TANTO DIFICIL DEFINIR UNA "NORMALIDAD" YA QUE ADEMAS DE LA DIFERENCIAS ANATOMICAS EXISTEN VARIACIONES DE TONO QUE PERMITEN UNA MAYOR O MENOR DISTENSIBILIDAD DE LA MISMA. GOLDSTEIN Y CARSON EN 1926(4) ENCONTRARON UNA CAPACIDAD PROMEDIO DE 8-10 MLTS. ACTUALMENTE SE ADMITEN PRESIONES HASTA DE 18 MLTS. EN PROMEDIO BASANDOSE EN LOS NUEVOS ESTUDIOS URODINAMICOS.

SCHRADER Y COLS. EN 1943 (5) HACEN NOTAR QUE LA LLAMADA PELVIS INTRARRENAL ES AQUELLA EN LA CUAL EL TEJIDO RENAL LA RODEA TOTALMENTE Y EN LA CUAL LA UNION URETERO PIELICA APARECE EN LAS RADIOGRAFIAS EN EL BORDE INTERNO DE LA SOMBRA RENAL.

EN LA FORMA MIXTA O TAMBIEN DENOMINADA "HILIAR" LA UNION UP SE SEPARA DE EL BORDE INTERNO Y LA PELVIS QUEDA PARCIALMENTE

POR DENTRO DE DICHO BORDE, LA FORMA EXTRARRENAL ES AQUELLA EN QUE LA PELVIS SE ENCUENTRA POR FUERA DE EL RINON HACIENDO QUE PARESCA ESTAR CASI CONSTITUIDA POR CALICES.

OLSSON Y JONSSON (6) EN 1962 HACEN NOTAR QUE EL EJE DE LA PELVIS EN RELACION CON EL RINON DEPENDE DE LA ROTACION DE EL MISMO Y QUE LA ROTACION PUEDE SER ESTIMADA POR:

A) EL GRADO EN EL CUAL LOS CALICES MENORES APARECEN MAS ALLA DE EL BORDE DE LA PELVIS.

B) EL PUNTO DE SALIDA DE EL URETER.

C) LA CANTIDAD DE CUPULAS CALICILIARES QUE SE PROYECTAN COMO CIRCULOS.

COMO EN EL CASO DE LA PELVIS RENAL, EL ANCHO DEL URETER, SU UNIFORMIDAD Y TRAYECTO DEPENDEN DE VARIACIONES ANATOMICAS INHERENTES AL METODO DE ESTUDIOS, DE LA DIFICULTAD DE UNA DISTENSION UNIFORME ASI COMO DEL TONO Y PERISTALSIS URETERAL SE AFIRMA QUE EL DIAMETRO PROMEDIO DE EL URETER ES DE 5MM (CONSIDERANDO LOS LIMITES NORMALES ENTRE 1.5 A 7 M) ESTANDO DISTENDIDO Y QUE SU CALIBRE ES UNIFORME SALVO A LA ALTURA DE LAS "ESTRECHECES NORMALES O ANATOMICAS" DESDE UN PUNTO DE VISTA PRACTICO ESTAS APRECIACIONES NO PRESTAN GRAN AYUDA DE LOS CASOS INDIVIDUALES, PERO SE DEBEN DE TOMAR EN CUENTA APLICARLOS A LA GENERALIDAD. EL GRADO DE ESTENOSIS DE LA UNION UP ASI COMO DE LA URETEROVESICAL VARIA ANPLIAMENTE EN LOS DIFERENTES ENFERMOS Y A VECES EN LAS PLACAS SERIADAS DE UN MISMO PACIENTE.

ENTRE ESTOS PUNTOS EL URETER PUEDE SER RECTILINEO, O TORTUOSO SEGMENTADO O ACINTADO, Y AUN DILATADO FISIOLGICAMENTE SU LUZ PUEDE SER UNIFORME O MARCADA POR ALGUNA ACCODADURA Y EL

URETER PUEDE ENCONTRARSE DILATADO O PRESENTAR UNA LUZ NORMAL. ESTAS ACODADURAS INDICAN UNA MOVILIDAD NORMAL DE EL URETER, ES OSVIDO QUE CUANDO EXISTE UNA DESVIACION NOTABLE DE EL TRAYECTO URETERAL SE DEBEN DE REALIZAR TODOS LOS EXAMENES INCLUIDO URETEROGRAFIAS PARA DESCARTAR LA POSIBILIDAD DE MASA O COMPRESION EXTRINSECA BASADOS EN LOS HALLAZGOS CLINICOS NO HADRA PROBLEMA PARA DIAGNOSTICAR UNA ESTENOSIS REAL DE UNA QUE NO LO ES. EL TRAYECTO DE EL URETER NORMAL PUEDE DESCRIBIRSE COMO SIGUE: URETER NORMAL A PARTIR DE LA UNION URETEROPELVICA (UP) SIGUE UN TRAYECTO DESCENDENTE Y PARALELO AL BORDE DE EL MUSCULO PSOAS, PERO SE DIRIGE TAMBIEN HACIA LA LINEA MEDIA Y POR ELLO CRUZA A DICHO MUSCULO, A LA ALTURA DE LOS VASOS ILIACOS ES DECIR EN LA PORCION INFERIOR DE LA ARTICULACION SACROILIACA INCURVA SIENDO URETER PELVICO HACIA AFUERA Y ATRAS SIGUIENDO EL CONTORNO DE EL ESTRECHO SUPERIOR DE LA PELVIS, ESTA CURVATURA ES MAS CONVEXA EN LAS MUJERES QUE EN LOS VARONES Y SU INICIACION EN EL URETER SUPERIOR PUEDE SER LO SUFICIENTE ABRUPTA COMO PARA SIMULAR UNA ESTENOSIS.

EL SITIO EN QUE SE ENCUENTRAN MAS SEPARADOS LOS URETERES ES AQUEL EN QUE CRUZAN LAS ARTERIAS HIPOGASTRICAS MAS O MENOS A LA ALTURA DE LAS ESPINAS ISQUIATICAS DESPUES SE DIRIGEN A LA LINEA MEDIA Y ENTRAN EN LOS ANGULOS DE EL TRIGONO SOBRE LA PARED POSTERIOR DE LA VEJIGA LABRANDOSE CAMINO EN DICHA PARED EN UN TRAYECTO DESCENDENTE Y OBLICUO PARA ENCONTRAR EL RODETE INTERURETERICO.

EXISTEN TRES SITIOS DE ESTRECHAMIENTO URETERAL FISIOLÓGICO.

A) EN LA UNION URETERO PIELICA.

B) EN EL SITIO EN QUE EL URETER CRUZA EL ESTRECHO SUPERIOR DE LA ELVIS.

C) EN SU ENTRADA A LA VEJIGA.

LA IRRIGACION SANSUINEA PROVIENE DE LAS RAMAS PRIMARIAS DE LA ARTERIA RENAL, LAS CUALES SE SUBDIVIDEN Y DIVERGEN EN SUS CARAS ANTERIOR Y POSTERIOR, PENETRANDO AL PARENQUIMA RENAL.

LA SANGRE QUE IRRIGA LA UNION UP PROVIENE DE DISTINTAS RAMAS QUE SON: RENAL, ESPERMATICA INTERNA, HIPOGASTRICA Y VESICAL ANTERIOR.

LA FISILOGIA DE EL TRACTO URINARIO SUPERIOR COMPRENDE UNA INTEGRACION NEUROLOGICA, LA PELVIS CALICES Y URETERES CONSTITUYEN EN CONJUNTO UN ORGANOS MUSCULAR HUECO QUE EXHIBE SISTOLES Y DIASTOLES RITMICAS, EL NERVIU MOTOR PROVIENE DE EL PLEXO PERIARTERIAL RENAL A TRAVES DE LOS VAGOS SE AFIRMA QUE LOS INHIBIDORES SIMPATICOS DERIVAN DE LAS RAICES 11-12 DORSALES Y 1-2 LUMBARES .

LA PELVIS RENAL Y EL URETER TIENEN TRES CAPAS MUSCULARES QUE SE CONDENSAN EN TRES ANILLOS MUSCULARES EN LAS SIGUIENTES ZONAS:

ALREDEDOR DE LAS PAPILAS RENALES CON LA FINALIDAD DE REALIZAR UNA ACCION DE ORDENE.

A LA MANERA DE ESFINTERES EN LOS CUELLOS CALICILIARES.

2 ESFINTERES EN EL URETER SEPARANDO TRES HUSOS URETERALES.

PLAGGEMEYES Y WELTMAN EN 1942 (7) ESTUDIARON LA PELVIS RENAL Y LOS URETERES A TRAVES DE FLUOROSCOPIA DESPUES DE UNA INYECCION RETROGRADA DE MEDIO DE CONTRASTE, MOTARON UN MOVIMIENTO SINCRONICO CON LA RESPIRACION Y UNA ONDA CONTRACTIL

QUE TRANSPORTABA PARTE DE EL MEDIO DE CONTRASTE DENTRO DE UNA FORMACION O BULBO SITUADA EN LA UNION UP A MEDIDA QUE EL BULBO SE LLENABA EXISTIA UNA SISTOLE DE LA PELVIS Y UNA DIASTOLE DE LOS CALICES SE ABRIA A CONTINUACION EL ESFINCTER INFRABULBAR Y EL MEDIO DE CONTRASTE ENTRADA EN EL URETER. ESTOS FENOMENOS OCURREN A INTERVALOS ENTRE 3-10 SECS. DANDO LA IMPRESION DE QUE EXISTE UN ESFINCTER CALICILIAR.

HANLEY EN 1955 (14) TAMBIEN ESTUDIO LA FISILOGIA URINARIA MEDIANTE CINERRADIOGRAFIA COMPROBANDO QUE LA GRAVEDAD EJERCE UN FACTOR DETERMINANTE EN LA INFLUENCIA DE LA EVACUACION, CUANDO SE REALIZA UNA PIELORAFIA ASCENDENTE LOS CALICES SIGUEN LLENOS DESPUES DE UN TIEMPO, UNA VEZ HABIENDO RETIRADO EL CATETER SE OBSERVA QUE LOS MOVIMIENTOS CALICILARES AUMENTAN INMEDIATAMENTE CUANDO SE LLEVA AL PACIENTE A UNA POSICION VERTICAL Y LA PELVIS SE VACIA EN POCOS SEGUNDOS.

EN UNA PUBLICACION DE EL MISMO AUTOR EN 1960 DESPUES DE UN ESTUDIO DINAMICO DE LA UNION UP DIVIDIO A LOS SUJETOS NORMALES EN 2 GRUPOS:

UNO EN QUIENES LA UNION UP ES DE TIPO INFUNDIBULIFORME Y SE ENCUENTRA "ABIERTA" EN CUALQUIER MOMENTO. Y OTROS EN QUE EXISTE UN TIPO "CERRADO" DE PELVIS MAS BIEN REDONDEADA QUE EMITE ORINA EN FORMA INTERMITENTE Y QUE ESTA CERRADA EN FASE DE REPOSO.

DENTRO DE LOS GRUPOS ANTERIORES EL SEGUNDO POSEE UN TONO INCREMENTADO DE LA UNION UP POR LO CUAL EXHIBE MAYOR PROPENSION A LA HIDRONEFROSIS.

LA ORINA DESCENDE EN COLUMNAS DE 7-10 CMS DE LONGITUD DEBIDO A UNA CONTRACCION INTERSEGMENTARIA DE EL URETER LO QUE SE PERCIBE CON MAS CLARIDAD EN CASOS DE MEGAURETER EN LOS CUALES A PESAR DE LOS MOVIMIENTOS SON ACTIVOS ESTOS SON INEFICIENTES PARA LA EFECTIVA PROPULSION DE LA ORINA.

CON LOS ESTUDIOS ANTERIORES SE PUEDE CONCLUIR QUE LAS FASES DE LLENADO Y EXPULSION URINARIA A TRAVES DE LA UNION UP DEPENDE DIRECTAMENTE DE LA COORDINACION NEUROMUSCULAR DE DICHO ORGANOS TENIENDO PUES QUE EL RITMO ES REGULAR DESDE LA REPLECION EN LOS CALICES TENIENDO UN CICLO DE 8-10 SEGUNDOS CON UNA DIASTOLE QUE DURA EN PROMEDIO 4 SEGUNDOS Y UN VACIAMIENTO QUE DURA 3 SEGUNDOS, LA PELVIS TIENE UN RITMO MAS LENTO TENIENDO UN CICLO QUE DURA EN LA DIASTOLE 10-15 SEGS. Y EN EL VACIAMIENTO UN PROMEDIO DE 3-5 SEGUNDOS.

BIOQUIMICAMENTE SE DEMUESTRA DESDE LOS ESTUDIOS DE SAMELLAS Y LE VEEN EN 1964 (9) QUE LAS CONTRACCIONES URETERALES O PERISTALSIS SE ENCUENTRA EN FACTOR DIRECTO CON LOS NIVELES DE POTASIO Y SODIO SERICO, OBSERVANDO EN AQUEL ENTONCES EN ANIMALES DE EXPERIMENTACION QUE LA HIPOCALEMIA MARCADA RETARDA LA VELOCIDAD DE VACIAMIENTO DE LOS SISTEMAS COLECTORES OCASIONANDO UN EFECTO QUE PUEDE VARIAR DE UNA SIMPLE ESTASIS URINARIA A UNA HIDRONEFROSIS.

A PARTIR DE LOS AÑOS 60 SE TECNIFICAN LOS SISTEMAS DE DIAGNOSTICO RADIOLOGICO CON LA APARICION DE LA GAMMAGRAFIA A TRAVES DE LA CUAL Y EN TERMINOS GENERALES EL USO DE RADIOFARMACOS NOS PERMITE ESTABLECER LA ESTRUCTURA O MORFOLOGIA DE EL ORGANO AFECTADO Y A SU VEZ NOS PERMITE DETERMINAR LA FUNCIONALIDAD RENAL.

ESTAS SUSTANCIAS TIENEN PROPIEDADES TALES QUE PERMITEN EFECTUAR UN SCAN AL PERMANECER POR DIFERENTE TIEMPO EN EL PARÉNQUIMA RENAL, LA MAYORÍA DE LOS AGENTES SON QUELADOS MARCADOS. LA DETERMINACIÓN DE LA FUNCIÓN PUEDE INCLUIR EL FLUJO, LA PERFUSIÓN SANGUÍNEA LA FUNCIÓN TUBULAR Y LA EXCRECIÓN. LOS DIFERENTES AGENTES UTILIZADOS SON: ¹³¹I-DTPA, ^{99m}Tc-DTPA, ^{113m}In-DTPA, ^{99m}Tc-PTENECTATO Y EL ^{99m}Tc-DTPA. EN GENERAL TODOS ELLOS TIENEN UNA INDICACIÓN PRECISA PARA EL ESCLARECIMIENTO DEL DIAGNÓSTICO, POR EL MÉTODO HABITUAL Y POR EL CLEARANCE DE LA SUSTANCIA RADIOACTIVA EN LAS ESTENOSIS DE EL SEGMENTO URETERO PIELICO LA MÁS USADA ES EL DTPA (DIETILENTRIAMINOPENTACETATO) MARCADO CON ⁹⁹Tc YA QUE ES FILTRADO PRIMARIAMENTE POR EL GLOMERULO Y ES FIJADO EN LAS CELULAS TUBULARES ADEMÁS EXHIBE UN BUEN PATRÓN DE RADIOEMISIÓN EN CASOS DE OBSTRUCCIÓN LA ACTIVIDAD DE LA PELVIS PUEDE SER MAYOR QUE LA DE LA CORTICAL POR LO CUAL EL URETER PUEDE VISUALIZARSE POR ARRIBA DE LA ZONA AFECTADA.

DENTRO DE LOS MÉTODOS AUXILIARES PARA LLEGAR A ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO LAS VENTAJAS DE LA GAMMAGRAFÍA LAS CUALES SON:

- 1) NO ES PRECISO EFECTUAR PREPARACIÓN ALGUNA (ej. HIDRATACIÓN, LAXANTES, ENEMAS ETC.)
- 2) LOS GASES INTESTINALES NO DIFICULTAN EL REGISTRO.
- 3) SE PUEDEN DELIMITAR EN CASOS DE ESTENOSIS DE LA UNIÓN UP LAS ZONAS AFECTADAS FUNCIONALMENTE.
- 4) PUEDE USARSE ESTA TÉCNICA EN PACIENTES ALÉRGICOS AL MEDIO DE CONTRASTE.
- 5) EL PROCEDIMIENTO ES INDOLORO E INOCUO.

ECHERECK Y HOLMES EN 1970 (10) REALIZARON UN ESTUDIO COMPARATIVO EN 1500 PACIENTES CON ALTERACIONES PROPIAS DE UROPATIA OBSTRUCTIVA OBSERVANDO UN 95% DE ESPECIFICIDAD EN LA DIFERENCIACION QUISTICO TUMORAL, ESTO SE PRACTICO CON ULTRASONOGRAFIA LO CUAL DEMUESTRA QUE ES UN PROCEDIMIENTO PRACTICO Y DE GRAN UTILIDAD DIAGNOSTICA.

EL TAC ES TAMBIEN UN ESTUDIO DE GRAN UTILIDAD SIN EMBARGO EL COSTO DE EL MISMO LO HACE EN OCASIONES INACCESIBLE PARA LA GRAN MAYORIA, CASE SEÑALAR QUE DENTRO DE LA UROPATIA OBSTRUCTIVA SOLO EN CASOS DE SOSPECHA TUMORAL SE REALIZA.

LA ESTENOSIS DE LA UNION URETEROPIELICA ES UNA PATOLOGIA QUE EN OCASIONES MUESTRA DIFICULTAD PARA SU CORRECTO DIAGNOSTICO EN FORMA CLINICA E INCLUSIVE RADIOLOGICA.

SANTIAGO EN 1969 (11) COMUNICA QUE LA GAMMAGRAFIA ES UN EXCELENTE METODO PARA SU DIAGNOSTICO ASI COMO PARA EL SEGUIMIENTO DE LOS CASOS UNA VEZ TRATADOS.

UN AUXILIAR DIAGNOSTICO RADIOLOGICO ES LA UROGRAFIA EXCRETORA EN FORMA DIURETICA, SE APLICAN 40 MGS DE FUROSEMIDA Y EN SEGUIDA SE INICIAN LOS CORTES SERIADOS DE LAS PLACAS EN MUCHAS OCASIONES SE APRECIA POSITIVIDAD A LA OBSTRUCCION POSTERIORMENTE A LA APLICACION DE EL DIURETICO LO CUAL HACE EN UN 75% EL DIAGNOSTICO ESTO FUE CORROBORADO POR HANLEY EN 1960 (12), QUIEN OBSERVO LA APARICION DE DOLOR SUBITO REFERIDO POR EL PACIENTE POSTERIOR A LA APLICACION DE EL DIURETICO ESTO SE DEBE A LA SOBREDISTENSION DE LA PELVIS RENAL.

EL DEFECTO ANATOMICO EN LA ESTENOSIS URETERO PIELICA CONGENITA ES LA RESULTANTE DE LA PERDIDA DE LA MUSCULATURA DISPUESTA EN FORMA HELICOIDAL Y EN TRES CAPAS, QUEDANDO SOLO

FIBRAS LONGITUDINALES A NIVEL DE LA UNION.

EN ALGUNOS CASOS ESTO PUEDE APARECER EN LA PIEZA HISTOPATOLOGICA COMO UNA SUSTITUCION FIBROSA O UNA VALVULA DE TIPO ESPOLON ESTO SE HACE MAS APARENTE CUANDO CONCOMITANEMENTE EXISTE UNA INSERCIÓN ALTA DEL URETER O VASOS ANOMALOS QUE AFECTEN EN FORMA OBSTRUCTIVA.

OTRAS CAUSAS QUE PRODUCEN ESTAS ESTAS ALTERACIONES SON LAS ADQUIRIDAS EN LAS CUALES POSTERIOR A REALIZAR UNA PIELOU-RETEROPLASTIA PUEDE HABER ERRORES DE TECNICA QUE REALIZEN QUE SE PRODUSCA ESTA ANOMALIA.

DENTRO DE EL TRATAMIENTO SE DICE QUE HAN TRANSCURRIDO CERCA DE 40 AÑOS DE EVOLUCION QUE HAN AYUDADO A SISTEMATIZAR LAS DIVERSAS TECNICAS OPERATORIAS, Y ESTABLECER LAS CATEGORIAS DE SU APLICABILIDAD PERO AUN NO SE HAN RESUELTO CONTROVERSIAS SOBRE SU TRATAMIENTO.

FOLEY EN 1937 (13) INICIA CON LAS TECNICAS BASADAS EN LA ESTENOSIS DE PILDRO EN LAS CUALES SE REALIZABA SIMPLEMENTE UNA INCISION POSTERIORMENTE ESTAS TECNICAS DAN PASO A LAS LLAMADAS DE COLGAJO Y A PARTIR DE LOS AÑOS 50 DEBIDO A UN MAYOR CONOCIMIENTO ACERCA DE LA VASCULARIZACION Y LOS SISTEMAS NEURUMUSCULARES DEL AREA URETERO PIELICA CONDUJERON A LA APLICACION DE LAS TECNICAS DESMEMBRADAS QUE AUN EN LA ACTUALIDAD SE REALIZAN.

TAMBIEN ES JUSTO MENCIONAR QUE SE AÑADEN AL ARSENAL QUIRURGICO OPERACIONES NACIDAS DE LA EXPERIENCIA TALES COMO LA NEFROPEXIA INVERSA, EL INJERTO CAPSULAR, LA URETEROCALICOSTOMIA, Y EL AUTOTRANSPLANTE RENAL (FIGURAS 1-2-3)..

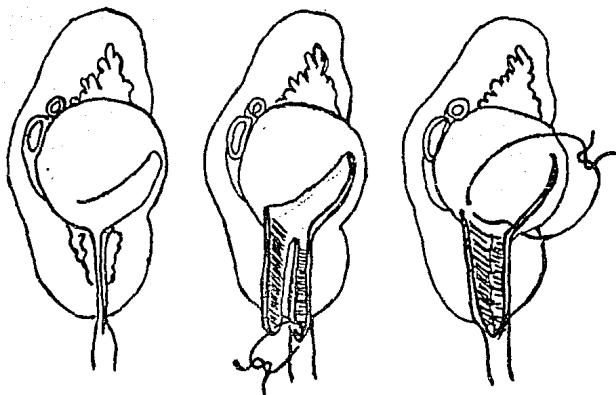


FIGURA 1. PLASTIA TIPO 'CULP DE COLGAJO

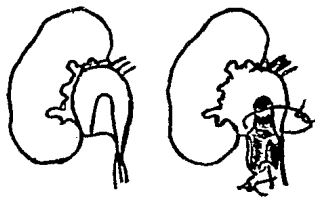


FIGURA 2. PLASTIA DE SCARDINO

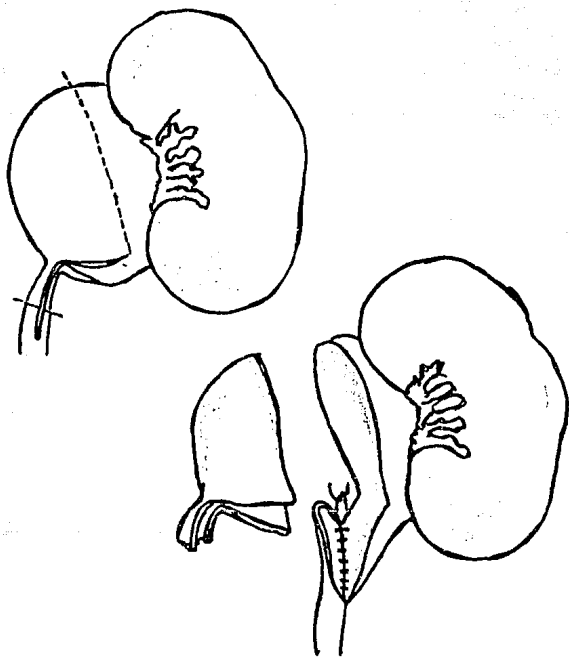


FIGURA 3. PLASTIA Y-V DE FOLEY

UNA NUEVA MODALIDAD DE EL TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS DE LA UNION UP ES A TRAVES DE LA ENDOSCOPIA

LA URETEROSCOPIA DIAGNOSTICA SE INICIA EN 1929 EN QUE MC KAY INTRODUJO UN CISTOSCOPIO PEDIATRICO HASTA LA PELVIS RENAL EN UN NIÑO QUE TENIA VALVAS DE URETRA POSTERIOR (14).

FUE HASTA 1961 EN QUE MARSHALL (15) EFECTUA LA PRIMERA URETEROSCOPIA DIAGNOSTICA CON UN APARATO FIBROOPTICO FLEXIBLE.

SIN EMBARGO LOS ANTECEDENTES SON MAS AMPLIOS PARA EFECTUAR URETEROLITOLAPAXIA, EN EL CASO DE ESTENOSIS DE LA UNION ES A PARTIR DE LOS AÑOS 80 EN QUE SE REALIZAN LAS PRIMERAS ENDOPIELOTOMIAS.

CUANDO EXISTE GRAN DILATACION DE SISTEMAS SE HAN REALIZADO EN FORMA PERCUTANEA, GRACIAS A EL USO DE DILATADORES PARA TAL EFECTO.

8) SITUACION ACTUAL

A PARTIR DE LOS AÑOS 70 SE DIVERSIFICA LA TECNOLOGIA CON UN NOTABLE AVANCE EN LOS METODOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS.

EN LA CLINICA LAHEY DE BOSTON SE REALIZO UN ESTUDIO PARA MOSTRAR EL EFECTO DE LAS DIVERSAS TECNICAS QUIRURGICAS EN UN GRUPO APROX. DE 180 PACIENTES DEMOSTRANDO ESTENOSIS UP EN TODOS, SE REALIZO EN FORMA ABIERTA. Y CERRADA UTILIZANDO TECNICAS DE YV. DE FOLEY Y ENDOPIELOTOMIA EN LAS CERRADAS SE DEMOSTRO UN 90% DE EXITO EN AMBAS, TENIENDO EN CUENTA LA INDIVIDUALIZACION DE LA TECNICA PARA CADA PACIENTE (15-6).

EN LOS AÑOS 30. SE INICIA LA ERA DE LA URETERORRENOSCOPIA Y CON ESTO SE LOERA UN GRAN AVANCE DESIDO A LA IMLEMENTACION DE GUIAS Y SONDAS ASI COMO DE DILATADORES URETERALES PARA

DIDNO EFECTO, GRACIAS A LOS ANTERIORES SE LOGRA EL PASO POR VIA ENDOSCOPICA DE UN CUCHILLO DE CUMNISAM PARA REALIZAR LAS PRIMERAS ENDOPIELOTONMIAS.

DENTRO DE EL TRATAMIENTO SE PUEDE CONCLUIR QUE EXISTEN METODOS QUE DEMUESTRAN SU BONDAD COMO EL TIPO ENDOSCOPICO, QUE COMPARATIVAMENTE CONTRA EL ABIERTO MUESTRA UN PORCENTAJE DE EXITO MUY SIMILAR.

C.) OBJETIVOS

LA ELABORACION DE UNA CASUISTICA PROPIA DE NUESTRO HOSPITAL, NORMAR CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE NUESTROS PACIENTES.

REALIZAR COMPARATIVAMENTE CON OTRAS INSTITUCIONES EL MANEJO TRATAMIENTO, Y SEGUIMIENTO DE LOS CASOS, DADO QUE ESTE TIPO DE PATOLOGIA SE MANEJA A NIVEL HOSPITALARIO.

D.) JUSTIFICACION

LA REVISION DE LOS EXPEDIENTES DE 5 AÑOS A LA FECHA NOS PERMITE CONOCER EL SEGUIMIENTO EN TODOS LOS CASOS.

LA IMPORTANCIA DE ESTABLECER UNA ESTADISTICA REAL DE LA POBLACION QUE ACUDE A NUESTRO HOSPITAL, CON ESTE TIPO DE PATOLOGIA, LA FORMA EN QUE SE MANEJO, LAS OPCIONES TERAPEUTICAS, LA INCIDENCIA, SON VALORABLES EN UNA FORMA OBJETIVA.

II.) MATERIAL Y METODOS

SE REALIZO UNA REVISION RETROSPECTIVA DE 137 EXPEDIENTES CLINICORADIOLOGICOS CON DIAGNOSTICO DE ESTENOSIS DE LA UNION URETERO PIELICA UNILATERAL O BILATERAL, EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE JULIO DE 86 A AGOSTO DE 1991, VISTOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO SS. A TRAVES DE EL SERVICIO DE

UROLOGIA Y NEFROLOGIA.

SE INCLUYERON TODOS AQUELLOS QUE TUVERAN HISTORIA CLINICA COMPLETA, METODOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO (LABORATORIO Y GABINETE) SE CONTABILIZARON UN TOTAL DE 197 EXPEDIENTES QUE CUMPLIERON CON LOS REQUERIMIENTOS NECESARIOS, Y SE EXCLUYERON 24 QUE SE ENCONTRARON INCOMPLETOS, Y EN LOS QUE NO HUBO SEGUIMIENTO.

DE LOS 167 PACIENTES (100%) CORRESPONDIERON UN TOTAL DE 122 A PACIENTES DE SEXO MASCULINO (65.4%) Y 65 A PACIENTES DE SEXO FEMENINO (34.6%).

EN TODOS LOS CASOS SE ESTUDIARON LAS SIGUIENTES VARIABLES:

EDAD, SEXO, CUADRO CLINICO, LADO AFECTADO, TIEMPO DE EVOLUCION, VALORACION DE LA SINTOMATOLOGIA, LO CUAL INCLUYO DOLOR, FIEBRE, HEMATURIA, NICTURIA, INCREMENTO DE DOLOR A LA INGESTA DE LIQUIDO, DIURESIS ETC.

DENTRO DE LOS ESTUDIOS DE GABINETE SE INCLUYERON UROGRAFIA EXCRETORA, PIELOGRAFIA ASCENDENTE, ULTRASONOGRAFIA, GAMMAGRAFIA, Y EN ALGUNOS EN QUE EXISTIO DUDA DIAGNOSTICA TAC.

EL TRATAMIENTO INCLUYO 2 VARIACIONES EL QUIRURGICO ABIERTO, Y EL MIXTO CON APLICACION DE CATETER DOBLE "J" EN FORMA ENDOSCOPICA.

LA EVOLUCION SE DETERMINO A TRAVES DE EL SEGUIMIENTO TENIENDO EN CUENTA LA DIFERENCIA DE TIEMPO DE EVOLUCION Y TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES.

III RESULTADOS

LA EDAD ESTUVO COMPRENDIDA ENTRE 17-48 AÑOS DE EDAD CON UNA MEDIA DE 28.4 (TABLA 1) 22 PACIENTES FUERON DE EL SEXO MASCULINO (65.4%) Y 65 PACIENTES DE SEXO FEMENINO (34.6%). EL

CUADRO CLINICO SE VALORO DE ACUERDO A LA SINTOMATOLOGIA PRESENTADA, SE INCLUYERON LAS SIGUIENTES VARIABLES:

TIEMPO DE EVOLUCION, EL CUAL FUE VARIABLE, TENIENDO UN PROMEDIO DE 3 MESES A 42 MESES CON UNA MEDIA DE 19.8 MESES.

EL DOLOR SE MANIFESTO EN UN 78% DE LOS PACIENTES Y TUVO INCREMENTO DE SU UMERAL CON LA INGESTA DE LIQUIDO EN UN 40%. LA FIEBRE FUE POSITIVA EN UN 57.5% CON CIFRAS PROMEDIO ENTRE 38-39.5 EN LA MAYORIA.

LA HEMATURIA SE PRESENTO EN UN TOTAL DE 34.4% SIN ASOCIARSE LA MISMA A DOLOR, Y EN LOS CASOS EN QUE SE ASOCIO A DOLOR FUE EN UN 8.4% TENIENDO COMO ANTECEDENTE ESFUERZO FISICO. (TABLA 2).

EL LADO DERECHO FUE AFECTADO EN UN 78.3%, EL LADO IZQUIERDO EN UN 19.5% Y EN FORMA BILATERAL SE ENCONTRO EN UN 2.2%.

EL NICTAMERO PRESENTO INVERSION DE EL MISMO EN UN 60% DE LOS PACIENTES, GENERALMENTE ASOCIADO A POLAQUIURIA Y EN UN 18.5% CON DISURIA.

LOS DATOS DE LABORATORIO FUERON LOS SIGUIENTES: BIOMETRIA HEMATICA, EN UN 65% DE LOS PACIENTES SE ENCONTRO LEUCOCITOSIS CON CIFRAS COMPRENDIDAS ENTRE 8000 A 12500 LEUCOCITOS, RESTO NORMAL. EN LA QUIMICA SANGUINEA SE VALORARON LAS SIGUIENTES CONSTANTES: AC. URICO, CREATININA, GLUCOSA, UREA.

EN UN 16% SE ENCONTRO DIABETES MELLITUS NO DIAGNOSTICADA PREVIAMENTE, DE LOS CUALES EN 1.5% SE DIAGNOSTICO INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, EN UN 52.5% SE ENCONTRARON DATOS COMPATIBLES A INFECCION URINARIA, EN 10% SE OBSERVO HEMATURIA LA

CUAL ESTUVO COMPRENDIDA ENTRE LA MICROSCOPICA Y LA MACROSCOPICA, EN UN 7% SE ENCONTRO CRISTALURIA GENERALMENTE DE OXALATO DE CALCIO Y SOLO EN 0.5% AC. URICO. (FIG. 3). EL UROCULTIVO MOSTRO EN EL 80% DE LOS PACIENTES INFECCION CON MAS DE 100,000 COLS. EL GERMEN MAS COMUN FUE E. COLI, EL 17.5% FUE KLEBSIELLA, Y 2.5% RESTANTE FUE POSITIVA A PSEUDOMONA.

EN EL 100% DE LOS PACIENTES SE PRACTICO UROGRAFIA EXCRETORA EN UN 61% DE LOS CASOS SE ENCONTRO PIELOCALECTASIA LA CUAL FUE VARIABLE EN CUANTO A LAS ALTERACIONES DESTRUCTIVAS, EN UN 3.4% SE REALIZO DIAGNOSTICO DE EXCLUSION RENAL, EN UN 3.6% SE PROCEDEO A REALIZAR LA PRUEBA CON FUROSEMIDA PARA PROVOCAR DILATACION, LO CUAL TAMBIEN SE ASOCIO A DOLOR CON LO QUE SE DEMOSTRO EL DIAGNOSTICO. (FIG. 4)

EN UN 10% DE LOS PACIENTES NO FUE CONCLUYENTE EL ESTUDIO POR LO CUAL SE REALIZARON LOS SIGUIENTES:

PIELOGRAFIA ASCENDENTE, LA CUAL EN SOLO 8% FUE POSITIVA PARA DEFINIR EL DIAGNOSTICO, EN LOS CASOS RESTANTES SE REALIZO GAMMAGRAFIA LA CUAL FUE CONCLUYENTE EN TODOS ELLOS.

EL TRATAMIENTO FUE EN UN 100% QUIRURGICO TENIENDO EN CUENTA EN CADA CASO EL TIPO DE TECNICA A UTILIZAR.

EN UN 80% SE PRACTICO PIELOPLASTIA DE TIPO ANDERSON-HINES EN UN 10% DE LOS CASOS SE PRACTICARON VARIANTES DE EL TIPO Y-V DE FOLEY, 9.3% DE LOS CASOS SE REALIZARON OPERACIONES DE DEBRIDACION, Y SALVAMENTO DE VASOS ABERRANTES.

EN UN 0.7% SE PRACTICARON PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS ENDOSCOPICOS (FIG. 5).

LOS PROCEDIMIENTOS MIXTOS SE MANEJARON POR VIA ENDOSCOPICA CON UN CATETER DOBLE "J" Y POSTERIORMENTE POR VIA ABIERTA

FUERON UN TOTAL DE 60 CASOS.

LAS COMPLICACIONES SE VALORARON EN FORMA PRACTICA DE LA SIGUIENTE MANERA:

INMEDIATAS: SE CATALOGARON TODAS AQUELLAS QUE SE PRESENTARON EN FORMA TRANSOPERATORIA. EN UN 10% DE LOS PACIENTES QUE FUERON OPERADOS EN FORMA ABIERTA FUE EN ORDEN DE PRESENTACION A) SANERADO B) INFECCION C) FALTA DE SEGMENTO PARA LA PLASTIA.

MEDIATAS: EN UN 5% PRESENTAFON Y SE CLASIFICARON AQUELLAS QUE SE PRESENTARON DURANTE LAS PRIMERAS 48 HRS. DE POSTOPERATORIO:

A) FUGA DE ORINA A TRAVES DE CANALIZACION B) FALTA DE PERMEABILIDAD DE SONDA TUTOR O DE NEFROSTOMIA.

TARDIAS: SE CLASIFICARON AQUELLAS EN QUE EL TIEMPO DE PRESENTACION FUE VARIABLE TENIENDO EN CUENTA UNA MINIMA DE 15 DIAS A UNA MAXIMA DE 3 AÑOS, EN ORDEN DE PRESENTACION :

- A) RE-ESTENOSIS DE EL SEGMENTO
- B) PIELOCALECTASIA MODERADA

EN UN 60% DE LOS PACIENTES SE UTILIZO LA FORMA INTUBADA EN LA PIELOPLASTIA, CON LO CUAL SE OBSERVO UN INCREMENTO EN LA INFECCION, SIN EMBARGO ES UN RIESGO VALIDO DEBIDO A LA SEGURIDAD DE ESTA TECNICA.

LA MORTALIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS FUE BAJA (1.1%) Y SOLO SE PRESENTO EN 2 PACIENTES EN QUIENES EXISTIO INSUFICIENCIA RENAL CRONICA E IRREVERSIBLE.

IV DISCUSION

EN NUESTRO MEDIO ES DE GRAN IMPORTANCIA MANTENER UNA ACTUAL-

IZACION ACTIVA, DEBIDO AL AVANCE TECNOLÓGICO QUE HACE, CADA DIA MAS IMPORTANTE MANTENER Y COMPROBAR LOS RESULTADOS DE OTRAS SERIES CON UNA NUESTRA.

LA INCIDENCIA DE ESTE PADECIMIENTO ES IMPORTANTE SIENDO 2-3 X 100 000 POR AÑO, LO CUAL NO VARIA, CON OTRAS SERIES (17-18) LOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EN NUESTRO MEDIO AUN SON POSTNATALES EN OTRAS INSTITUCIONES SE PUEDE REALIZAR EN FORMA PRENATAL (19-20) EN EL HOSPITAL CHILDRENS DE BOSTON A TRAVÉS DE LA ULTRASONOGRAFÍA, Y DIVERSOS ESTUDIOS GENÉTICOS SE PUEDE DIAGNÓSTICAR LA EXTENSIÓN DEL SEGMENTO URETEROPELÍCO.

EL TRATAMIENTO PERSISTE TRADICIONALMENTE EN 2 FORMAS EL ABIERTO Y EL ENDOSCÓPICO.

A ESTE RESPECTO EN NUESTRO HOSPITAL SE REALIZAN AMBAS, TENIENDO EN CUENTA QUE A PARTIR DE 1971 SE INICIO EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA LA URETEROSCOPIA EN FORMA TERAPÉUTICA. LAS DIVERSAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS PARA TRATAR ESTE PADECIMIENTO SE ADAPTAN SIEMPRE A CADA CASO EN ESPECIAL, SIN EMBARGO SE APLICAN TÉCNICAS INTUBADAS Y NO INTUBADAS, DESMEMBRADAS Y DE COLGADO, LAS SERIES DE DIVERSOS HOSPITALES COMO LA DE BOSTON GENERAL MASS (20) NO DIFIEREN DE LA NUESTRA, DESDE EL PUNTO DE VISTA QUIRÚRGICO APLICAMOS LAS DIFERENTES TÉCNICAS CON RESULTADOS BUENOS.

ENDOSCÓPICAMENTE ES EN JUNIO DE 1971 CUANDO EN NUESTRO HOSPITAL SE REALIZA EL PRIMER CURSO DE URETEROENDOSCOPÍA, Y SE PRÁCTICAN LAS 2 PRIMERAS ENDOPIELOTOMÍAS, SIN COMPLICACIONES Y HASTA LA FECHA CON BUEN RESULTADO.

V CONCLUSIONES

A) EL DIAGNÓSTICO EN NUESTRO HOSPITAL SE EFECTUA EN FORMA

POSTNATAL, EN LA ACTUALIDAD SE COORDINAN ACCIONES EN CONJUNTO CON LA UNIDAD DE GINECOLOGIA PARA REALIZARLO EN FORMA PRENATAL.

B) LA INCIDENCIA NO MUESTRA DIFERENCIA CON LAS DIVERSAS SERIES, AUN NO DIAGNOSTICANDO EN FORMA PRENATAL.

C) EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO SE APLICA EN LA ACTUALIDAD DE ACUERDO A LA EXPERIENCIA PROPIA DE NUESTRA UNIDAD E INDIVIDUALIZANDO CADA CASO.

D) EN LOS CASOS EN QUE SE UTILIZO LA TECNICA ABIERTA CON NEFROSTOMIA, LOS RESULTADOS SON OPTIMOS TENIENDO EN CUENTA QUE SIEMPRE ES NECESARIO TENER UNA VALVULA DE SEGURIDAD.

E) LA ENDOUROLOGIA CADA DIA TIENE MAS ACEPTACION Y ES PRUBADA EN LOS DIFERENTES CENTROS HOSPITALARIOS DE EL MUNDO, LA ENDOPIELDTOMIA A COMPROBADO TENER UN 90% DE EXITO (21)

LAS DIFERENTES SERIES, EN NUESTRO CASO INICIAMOS LA TECNICA HACE UN AÑO, Y ACTUALMENTE SE MANTIENE GRAN INTERES POR REALIZAR ESTOS PROCEDIMIENTOS Y POSTERIORMENTE REALIZAR UNA ANALISIS REAL.

ESTENOSIS URETERO PIELICA
FRECUENCIA POR SEXO

MASCULINO

122 PACIENTES

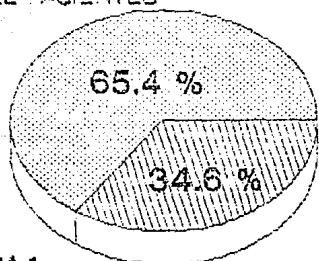


FIGURA 1

FEMENINO

65 PACIENTES

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

FRECUENCIA DE SIGNOS Y SINTOMAS EN LA ESTENOSIS URETERO PIELICA

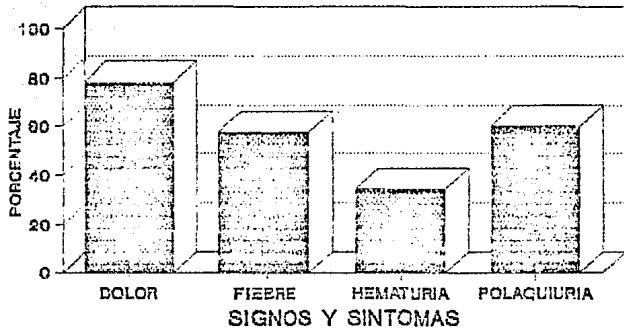


FIGURA 2

100% PACIENTES

DATOS DE LABORATORIO EN LA ESTENOSIS URETERO PIELICA

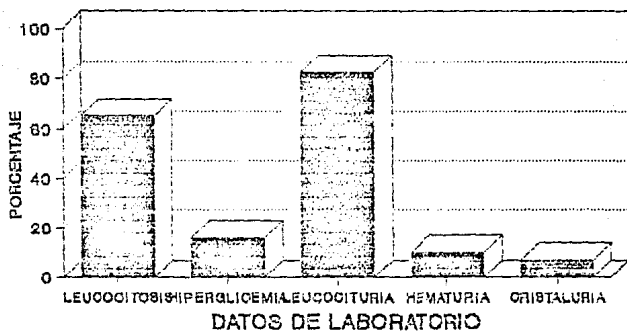



FIGURA 3

 PACIENTES

DATOS UROGRAFICOS EN LA ESTENOSIS URETERO PIELICA.

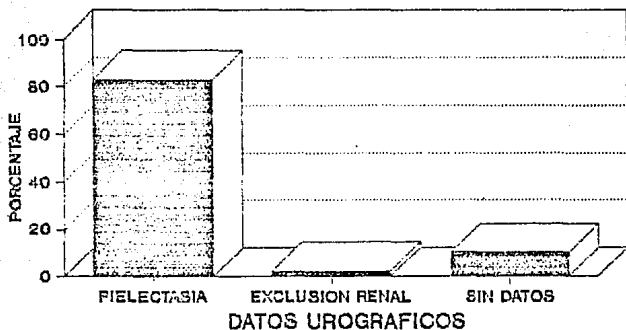


FIGURA 4

 PACIENTES

MANEJO QUIRURGICO EN LA ESTENOSIS URETERO PIELICA.

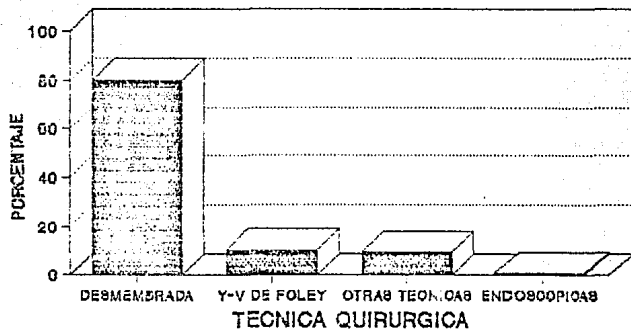


FIGURA 5

100% PACIENTES

BIBLIOGRAFIA.

- 1) POHLMAN, A. G. ABNORMALITIES IN THE FORM OF THE KIDNEY AND URETER DEPENDENT ON THE DEVELOPMENT OF THE RENAL BUD BULL. JOHNS HOPKINS HOSP. 16:51-60.
- 2) EINSENRATH D. N. AND ARENS, R. A. FURTHER STUDY IN NORMAL PYELOGRAMS AND VALUE OF BILATERAL SIMULTANEOUS PYELOGRAPHY RADIOLOGY 8:422 1927.
- 3) LOFGREN F. DAS TOPOGRAPHISCHE SYSTEM DER MALPIGHISCHEN PYRAMIDEN DER MENSCHENNIERE LUND. AB GLEBRUPSKA UNIVERITY BOKHANDELN 1949.
- 4) GOLDSTEIN A. E. AND CARSON WJ. URINARY TRACT IN AUTOPSY SPECIMENS: CORRELATION OF ANATOMY, PATHOLOGY, AND ROENTGENOLOGY J. UROL 15:155-174 1926.
- 5) SCHRADER J. C. AND YOUNG D. M. PYELOGRAMS IN PATIENTS WITH ESSENTIAL AND MALIGNANT HYPERTENSION AM. JOUR. MED. SCI. 205 505-514 1943.
- 6) OLSSON AND JONSSON G. ROENTGEN EXAMINATION OF THE KIDNEY AND URETER ENCYCLOPEDIA OF UROLOGY EDIT. BY SPRINGER-VERLAG BERLIN 1962.
- 7) PLAGMEYER AND WELTMANN CG. THE ROENTGEN RAYS IN DIAGNOSIS AND PROGNOSIS OF UPPER URINARY TRACT INFECTION RADIOLOGY 18:23-27 1942.
- 8) HANLEY H. G. CINERADIOGRAPHY OF THE URINARY TRACT BR. MED. JOURNAL 2:22 1955.

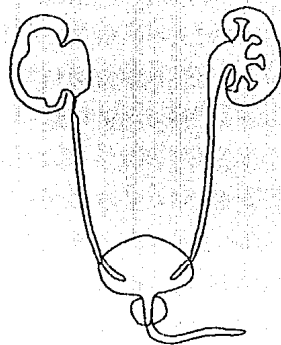
- 9) SAMELLAS W AND LE VEEN H.H EFFECT OF ALTERATION OF SERUM POTASSIUM ON URETERAL PERISTALSIS JAMA 188:76 1964
- 10) SCHERECK W.R AND HOLMES J.H ULTRASOUND AS A DIAGNOSTIC AID FOR RENAL NEOPLASMS AND CYSTS J UROL.103:281 1970.
- 11) SANTIAGO J.A USES OF RADIOISOTOPE RENOGRAM WITH EMPHASIS ON EVALUATION OF URETERO PELVIC JUNCTION OBSTRUCTION . J. UROL 102:347-352 1969.
- 12) HANLEY H HYDRONEPHROSIS LANCET 2:664-667 1960
- 13) FOLEY FEB : NEW PLASTIC OPERATION FOR STRICTURE AT URETERO PELVIC JUNCTION OBSTRUCTION REPORT OF 20 OPERATIONS. J. UROL 38:643-672 (DEC) 1937.
- 14) YOUNG H,H. MC KAY RW CONGENITAL VALVULAR OBSTRUCTION OF THE PROSTATIC URETHRA. SURG GYNECOL OBSTET. 48:509 1929.
- 15) MARSHALL VF :FIBER _OPTICS IN UROLOGY J.UROL. 91:110 1964.
- 16) KAVOUSSI LR,BIGG SW ENDOPYELOTOMY FOR SECONDARY URETERO PELVIC JUNCTION OBSTRUCTION IN CHILDREN JOUR. UROL. 145(2) 345-349 1991.
- 17) DAVIS BE,NOBLE MJ USE OF THE COLLINGS KNIFE ELECTRODE FOR PERCUTANEUS ACCESS IN DIFFICULT ENDOUROLOGY CASES. J. UROL FEB 257-261 1991.
- 18) O REILLY PH FUNCTIONAL OUTCOME OF PYELOPLASTY FOR URETERO PELVIC JUNCTION OBSTRUCTION PROSPECTY STUDY IN 30 CONSECUTIVE CASES. J. UROL 1989 AUG:273-276.

19) SAVION M;LIVNE PM LONG_TERM FOLLOW UP OF PATIETS AFTER
PYELOPLASTY FOR URETEROPELVIC JUNCTION OBSTRUCTION .

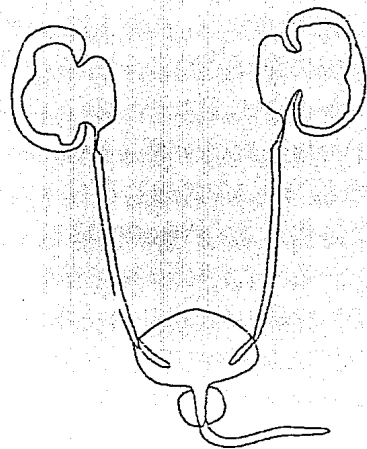
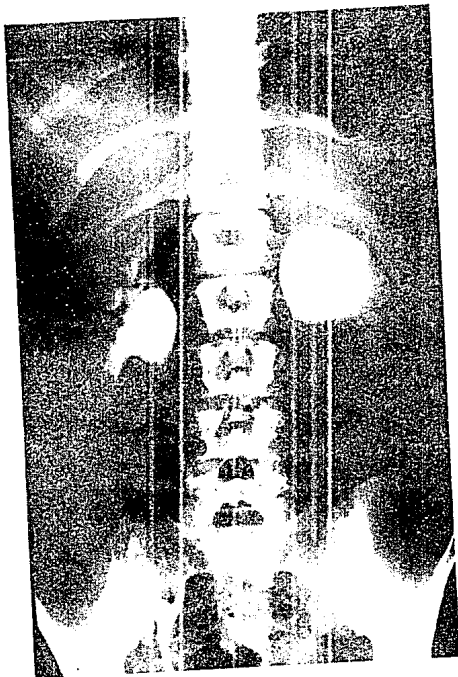
ISR.J.MED SCI 1990 26(3) 144-147.

20) GONZALEZ R,ALIABADI H. NONINTUBED ANDERSON HYNES REPAIR
OF URETEROPELVIC JUNCTION OBSTRUCTION IN 60 PATIENTS.

J UROL. 1989 SEP 142(3) 704-706



ESTENOSIS URETEROPIELICA



ESTENOSIS URETEROPIELICA

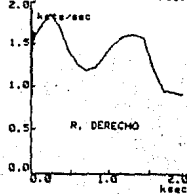
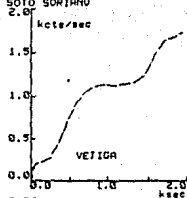
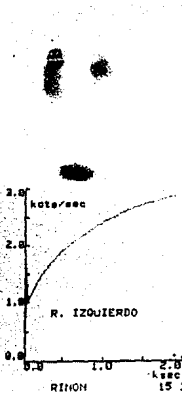
BILATERAL

1172

HSSZZ

NORMA SOTO SORIANO

CLINICA LONDRES



Forwards

Stop

Backwards

Last = 48

42

First = 1
Step by 1
Position 1

15 Jan 1992 at 11:34

03

RINON