

URONEFROSIS BILATERAL CONGENITA. PLASTICA  
BILATERAL, NEFRECTOMIA SECUNDARIA  
DERECHA.

(Presentación de enferma)

Por los Dres. RICARDO BERNARDI y H. HOLDHEIM

El tratamiento plástico de la uronefrosis congénita o adquirida, cuando la función renal está conservada o ligeramente alterada, ha abierto a la urología un campo lleno de posibilidades.

Con esta observación traemos al seno de esta Sociedad nuestro caso N° 16 de plástica de la uronefrosis con resultados altamente satisfactorios, de acuerdo con las consideraciones y estadísticas del trabajo presentado por uno de nosotros (Dr. Bernardi) en la sesión del 25 de octubre de 1951, titulado "Uronefrosis por obstrucción pielo-ureteral. Resultados obtenidos en 15 casos".

Esta nueva observación por demás interesante corresponde a una enferma de 56 años, portadora de una uronefrosis bilateral congénita dolorosa, a quien practicamos una doble intervención plástica con el objeto de solucionar su lesión. La primera el 29 de agosto de 1951, hace 1 año justamente, practicándosele la resección de la pelvis exhuberante, con anastomosis ureteral, en el punto más declive y doble drenaje con sonda de Pezzer recta N° 12 y ureteral 12, calibre americano, seguida de una nefropexia tipo Young.

La 2ª intervención plástica se le practicó del lado izquierdo, el día de la Sesión Quirúrgica correspondiente a la Sociedad de Urología realizada en nuestro Servicio del Hospital Pedro Fiorito, el 25 de octubre del año próximo pasado, de acuerdo al mismo procedimiento.

Uno y medio mes después de la última intervención, vale decir, a los 4 meses aproximadamente, de la primera operación, comenzó a tener dolores del lado derecho, que se hicieron progresivos, con vómitos, fiebre, escalofríos intermitentes, apareciéndole poco después una tumoración lumbar que se fistulizó a través de la herida con secreción uropurulenta; a pesar del tratamiento instituido (antibióticos, cateterismo permanente, etc.) no pudo obtenerse ningún resultado, por lo que se decidió nefrectomizarla en razón de que

se había establecido una *franca estenosis pieloureteral*, causante de la fistula reno-lumbar, como lo muestran por otra parte, las radiografías correspondientes.

La excrecisis fué practicada sin inconveniente el 16 de enero del corriente año a los 5 meses de la primera plástica y al 1 y medio mes de la 2<sup>a</sup>.

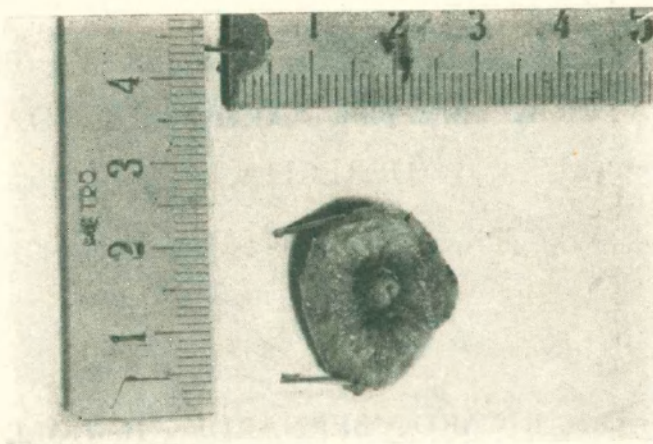


Figura 1

En resumen: La enferma vive desde hace más o menos 6 meses, con un solo riñón, sometido a la intervención plástica referida, mostrando buen aspecto general y local, sin dolores, con orinas normales y con estado morfológico y funcional de su aparato urinario muy satisfactorio, a juzgar por las numerosas radiografías adjuntas, que muestran la evolución seguida durante 1 año, fecha de la primera intervención.

En la sesión de hoy se realizó la 2<sup>a</sup> plástica bilateral cuya 1<sup>a</sup> intervención resultó exitosa, como pudieron comprobar los colegas asistentes, a través del examen radiográfico. Dentro de un tiempo comunicaremos, la evolución seguida por esta enferma.

#### DISCUSION

Dr. Juan Irazu. — Indudablemente, el tratamiento de las estenosis pielouretéricas como de las estrecheces del uréter, es muy interesante y difícil de resolver.

Me interesa saber en primer lugar dónde se produjo la fistula que ocasionó después las complicaciones que llevaron a la nefrectomía.

Quisiera conocer asimismo qué tipo de intervención usa el Dr. Bernardi sobre la conjunción pielouretérica, si usó o no suturas; sabemos que dejó drenaje a través del parénquima renal.

El año pasado presenté un caso de tratamiento de esta naturaleza en una estrechez pielouretérica, con buen resultado final y posteriormente, asistí en Estados Unidos a una reunión en la que se trataba específicamente el tratamiento de las estrecheces ureterales por la intubación. El relator era Davies, autor muy conocido, que nos ha brindado un trabajo que figura en el *Journal of Urology* de julio de 1951, que es interesante que repasemos antes de practicar una intervención de esta clase. Aquí se podrían hacer en ese sentido, algunas críticas en cuanto al drenaje postoperatorio que podía haber sido muy bien hecho a través de una pelvis amplia, como parece ser lo que revela la primera radiografía de esa enferma.

En segundo término quisiera saber cuánto tiempo dejó la intubación que creo que la dejó a través de todo el uréter y si él comprobó en el postoperatorio, antes de retirar esa

intubación o después de retirarlo, el funcionamiento de esa pelvis renal con la inyección tal cual lo hace Davies, con sustancias de contraste a nivel de la sonda cutánea.

Todas estas insinuaciones me parecen de valor porque el procedimiento de Davies en el tratamiento de estas afecciones, es lo que yo he podido leer con más entusiasmo y cuando realice una intervención de este tipo iré con un problema "in mente" para resolver las cosas en la mejor forma posible.

*Dr. Bernardi.* — Nosotros tenemos una relativa experiencia en estas cosas. La fistula se hizo en la porción pelviureteral que es donde suele hacerse. Cuando se hace resección de pelvis con uréter en ese nuevo abocamiento del uréter, se hace la fistula porque a veces, hay estenosis.

En este caso, se hizo la sección del uréter y su abocamiento, como pudo ver el doctor Bottini, en el otro lado de este enfermo y con los resultados que pueden apreciarse.

En cuanto al drenaje, nosotros usamos una sonda de Pezzer N° 12 ó 14, resecamos un poco las orejuelas y colocamos un catéter ureteral N° 12 americano que es bastante grueso. Sobre ese catéter suturamos el uréter a la pelvis. Hemos dejado la sonda de 5 a 6 semanas.

Este procedimiento lo efectuó Gibson en 1915 y lo retomó Davies. Conocemos las experiencias en perros y nos gusta mucho. Ese procedimiento de Gibson-Davies debe realizarse cuando hay estenosis pieloureteral. Las estenosis pueden abrirse o researse.

En esta enferma, antes de la intervención, hicimos el procedimiento de la punción y relleno de Robert Bidgood y había 120 cc. de suero fisiológico. No tuvimos inconveniente en resecar la pelvis y el uréter. Había una estenosis intrínseca y en esos casos, no hay que dejarse engañar porque muchas veces, el uréter puede presentar desde atuera un calibre que no es el real. Hay que abrir el uréter y después lo resecamos con la pelvis.

Luego se nos infectó, hizo su estenosis secundaria que atribuimos a la perinefritis y a la infiltración de orina.

Como ven por las radiografías, debimos resecar.

Con respecto al tiempo de drenaje, los autores sostienen que puede ser de 5 a 6 semanas. Las experiencias en perros demuestran que a los 90 días se ha recuperado totalmente. Otros autores lo dejan 12 días. Casualmente en la enferma que operamos hoy, la sonda de Pezzer se obstruyó a los 14 días y nos vimos obligados a retirarla. Sin embargo, la enferma hizo una evolución maravillosa. Nosotros estamos satisfechos y seguimos en el problema con el mayor entusiasmo.