

ESTENOSIS URETERAL TUBERCULOSA DOBLE, EN UN RIÑÓN UNICO; SU EVOLUCION

Por los Dres. RICARDO BERNARDI y M. BUDICH

La circunstancia de haber observado por primera vez, un caso verdaderamente excepcional en nuestra práctica urológica de estenosis doble tuberculosa en un riñón único adquirido y el 1° en nuestra bibliografía al parecer, hace que lo presentemos en forma muy resumida en la reunión de hoy.

Es evidente que la estenosis inferior del uréter en el riñón restante, constituye un tema de verdadera actualidad, desde el punto de vista de la etiología, fisiopatología y del tratamiento del riñón, no tuberculoso, pero esta lesión más alta, doble, a la vez, y solapadamente desarrollada al cabo de años de un proceso uronefrótico derecho, que ahora suponemos haya sido del mismo origen, es por cierto muy rara.

¡Hecho verdaderamente excepcional el de este buen enfermo!... desde su primera intervención ocurrida hace 17 años tuvimos la satisfacción de seguir su inmejorable evolución durante 16 años consecutivos, ya que en cada aniversario este paciente, reconocido como muy pocos, concurría a nuestro Servicio para saludarnos y agradecernos sus resultados.

Pero quiso la fatalidad que un mal día, a los 16 años aproximadamente, comenzara a quejarse del otro riñón, que en son de broma nos ofrecía para que "se lo sacáramos"... en cada recordado aniversario.

Aquí están pues los antecedentes y la documentación radiográfica, que por ser copiosa debimos reducir a su máxima expresión y evidencia así como el mismo enfermo para atestiguar la evolución y los resultados relativamente satisfactorios obtenidos hasta el presente.

Se trata de un paciente de 49 años de edad, con antecedentes hereditarios sin importancia y cuya historia señala una nefrectomía derecha practicada en el año 1936 por una gran uronefrosis, confundida como una lesión vertebral y tratada durante años en consecuencia y que fuera presentada por uno de nosotros (Dr. Bernardi) a la Sociedad de Médicos del Hospital Pedro Fiorito el 22 de junio de 1937 con el título: "Sobre un error de diagnóstico en la uronefrosis".

Las urografías de control muestran en el año 1940 y 1946, una buena función de su único riñón.

En julio del año 1952, es decir, hace aproximadamente 11 meses, concurre a nuestro Servicio con un dolor de tipo cólico izquierdo, escalofríos, vómitos, náuseas, polaquiuria diurna y nocturna, cistitis intermitente y un cuadro urémico con dosajes que oscilaban entre 0,80 a 1,60 gr ‰.

La serie de radiografías practicada en esa fecha, julio y agosto de 1952 mostraban un mega-riñón con una hipofunción muy marcada y sorpresiva, y aparición débil de la sustancia de contraste a los 45'.

Se decidió practicarle una ureteropielografía en la que se observó una



Figura 1

Estenosis ilíaca; la lumbar no se visualiza en el pielograma.

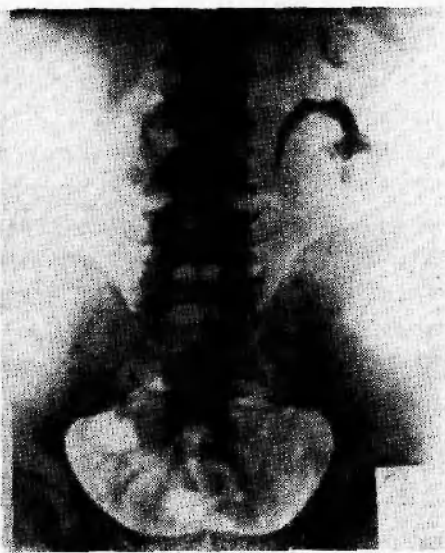


Figura 2

Muñón ureteral restante, con nefrostomía, después de la intervención.

estrechez del uréter yuxtavesical, a 10 cm. del meato que no permitía el pasaje de la sonda, y una uronefrosis intrasinusal consecutiva.

Primer diagnóstico: Uronefrosis intrasinusal por estenosis ureteral yuxtavesical en un riñón único, adquirido. El 25 de agosto de 1953, nos decidimos a practicarle una nefrostomía de su riñón izquierdo y durante la intervención, encontramos una nueva estenosis ureteral (porción lumbar) constituida por un cordón fibroso y nodular, de 3 cm. de longitud, adherido al peritoneo y a la columna vertebral, que se aislaba con gran dificultad, reseándose luego en toda su extensión. A continuación se le practicó un cateterismo retrógrado, forzado, con sonda ureteral cónico-olivar, calibre 10, americano, que franqueó la estrechez inferior o 1°. El extremo superior del catéter se introdujo en el cabo ureteral proximal, saliendo conjuntamente con una sonda de Pezzer N° 12, a través de una nefrostomía polar inferior.

Los cabos ureterales se seccionaron en losange con el objeto de ampliar el afrontamiento disminuyendo las posibilidades de una estrechez secundaria y se afrontaron con catgut cromado 000.

—Nefropexia tipo Young.

El examen anátomo-patológico del uréter nos reveló, según ficha N° 24647, una *lesión tuberculosa folicular de pared ureteral*. En el post-operatorio se le indicó PAS, estreptomycin y Nicotibina combinadas, Vitamina A y D, etc. La evolución durante los 30 primeros días fué muy buena, salvo una pequeña supuración de la herida operatoria y fenómenos vestibulares secundarios a la administración de estreptomycin (50 gr.) que persisten en la actualidad traducidos en una intensa sordera.

El 20 de septiembre de 1952, vale decir, a los 20 días de la primera intervención se le salió la sonda de Pezzer resultando absolutamente imposible su reposición, como es frecuente en estos casos, por lo que se le retira el catéter ureteral 6 días después con el objeto de colocarlo por la vía endoscópica, facilitándose así el cierre de la fístula reno-cutánea instaurada.

A pesar de numerosas tentativas resultó imposible franquear nuevamente el obstáculo ureteral inferior (véase la uretero-pielografía correspondiente) por lo que fué intervenido por 2ª vez, a los 2½ meses (10 nov. 1952). La amplia lumbotomía mostró una fístula renal inferior, una intensa perinefritis y peri-ureteritis con un muñón ureteral superior, de 5 cm. de largo aproximadamente, escleroso y retraído (véanse radiografías). A pesar de la paciente búsqueda, no pudimos hallar el cabo inferior del uréter, *solamente permeable en sus 10 primeros cms.*, por lo que le practicamos una nueva nefrostomía, que consideramos definitiva.

Desde hace 7 meses, salvo inconvenientes sin importancia, como consecuencia de su derivación permanente, el enfermo se halla en buenas condiciones, continuando su tratamiento antibacilar a pesar que los repetidos exámenes urinarios y la inoculación al cobayo de la orina y el esperma, no acusaron en ningún momento bacilos de Koch, salvo el examen anátomo-patológico de la lesión ureteral.

Como interesante aporte bibliográfico a este caso completamente excepcional, por tratarse de una estenosis ureteral doble tuberculosa en un riñón único adquirido, referiremos un caso similar de Küss, aunque exitoso en sus resultados, presentado a la Sociedad Francesa de Urología el 17 de noviembre de 1952. (J. d'Urol. 1952, pág. 889) en el que la estenosis superior fué reseca y suturada término-terminal mientras que la inferior fué extirpada y anastomosada a la vejiga según el procedimiento de Casatti-Boari (colgajo vésico-ureteral).

Resumen: Se trata de un enfermo nefrectomizado hace 17 años por una uronefrosis derecha que evolucionó perfectamente durante 16 años, presentando posteriormente crisis obstructivas izquierdas por estenosis ureteral doble, de origen tuberculoso.

La resección de la estenosis lumbar o superior fracasó por inconvenientes post-operatorios, produciéndose la retracción y esclerosis de ambos cabos con fracaso total a pesar de una 2ª intervención.

El enfermo se halla en la actualidad en buenas condiciones a pesar de su nefrostomía definitiva. La investigación del bacilo de Koch fué reiteradamente negativa en el sedimento urinario y el esperma.

DISCUSIÓN

Dr. Gustavo Alsina. — En una de las radiografías que acaba de enseñarnos el doctor Bernardi, y que sirvieron para hacer el diagnóstico de la estenosis ureteral, se aprecia una suficiente dilatación vesical. No sé si el doctor Bernardi podrá informarnos si existía esa complacencia de la vejiga y si no existía una cistitis irreversible.

Según la radiografía parece existir una capacidad de distensión de la vejiga, es decir, no en la etapa de la tuberculosis vesical intratable. Ese hecho me promueve cierta curiosidad, porque hasta la fecha lo que entendemos como causa de la contaminación del uréter correspondiente al riñón supérstite es el de la infección uroascendente a expensas de la infección vesical.

En este caso, con una capacidad suficiente de vejiga, la existencia de esa doble lesión ureteral solamente podría explicarse a expensas de un nuevo ingreso hematógeno tuberculoso en el riñón supérstite o el impulso de una infección previa, clínicamente curada en apariencia, pero bacteriológicamente todavía en actividad.

Por ello me interesa conocer esa información del doctor Bernardí. Creo que se podría llegar a una conclusión terapéutica, porque si se pudiera establecer que ese estado de riñón supérstite es producto de una tuberculosis propia de ese riñón y no uroascendente, en ese supuesto, la situación de hoy del enfermo nefrectomizado debería ser la aconsejable.

Dr. Ricardo Bernardí. — Cuando el enfermo concurrió al Servicio presentaba una discreta cistitis. No pensamos en la existencia de una infección bacilar porque supusimos que había tenido una uronefrosis.

El examen anatómopatológico nos sorprendió. Encontramos una estenosis de 3 a 4 cms.; hicimos una sutura término-terminal con losanje y las cosas parecieron andar bien.

Estoy de acuerdo con el doctor Alsina. Sabemos que la tuberculosis en el riñón restante no se acepta. Se dice que el riñón restante muere por ureteritis terminal. Fey, Puigvert Gorro y otros se han ocupado de ese problema y sostienen que la tuberculosis es siempre, en principio, unilateral, pero cuando se infecta el otro lado debe ser a través de una cistitis, prostatitis, vesiculitis, etc.

Completamos el estudio del enfermo desde el punto de vista de una posible tuberculosis, pero no pudimos encontrar bacilos de Koch, salvo la lesión anatómopatológica. En los tuberculosos hacemos el estudio de los otros focos prostáticos, de los genitales externos e internos porque consideramos que algunas infecciones sorpresivas tuberculosas se deben a focos existentes en esos órganos.

En rigor de verdad, estamos con ese problema. Estimamos que le hemos hecho bastante. El enfermo está muy entusiasmado y veremos qué resulta de esto. Dentro de un tiempo comunicaremos qué hemos hecho en este enfermo.