

URETERO-CISTO-NEOSTOMIA EN RIÑÓN UNICO TUBERCULOSO RELATO DE UN CASO

Por los Dres. ALBERTO ROCCHI y BERNARDO BUALO

Considerada la tuberculosis como la resultante de una competencia biológica entre un organismo agresor, cuyas características se van mostrando cada día más complejas a la luz de nuevas investigaciones con microscopia electrónica, variaciones en los medios de cultivo y comportamiento frente a los antibióticos; con un huésped por otra parte que presenta una serie de modalidades reaccionales e imágenes anatomo-patológicamente diversas por influencia de factores humorales y neuro-endocrinos, las lesiones fímicas varían de acuerdo a cada individuo, cada órgano; en función del tiempo, en cada momento de su evolución.

El aparato urinario, compuesto de dos porciones embriológica, anatómica y fisiológicamente distintas, se comporta en la tuberculosis de reinfección o superinfección, que es la que entra en el dominio de la Urología, en dos formas: por una parte el riñón órgano secretor, compuesto de células parenquimatosas altamente diferenciadas, es asiento de lesiones infarctoides, necróticas y ulcerativas. Por otra, la vía de excreción, sistema tubular de conducción, presenta lesiones de caseosis en napa, con intensa reacción fibroplástica del tejido intersticial que transcurre entre las fibras musculares lisas de sus paredes y sobre todo en la adventicia pericaliceal, peripiélica, periureteral, etc. Comprometida de este modo la luz y la dinámica de estos órganos huecos, los trastornos en la evacuación de la orina repercuten sobre el parénquima funcionante tributario y exacerbando el proceso infeccioso primitivo. Estas exclusiones totales o parciales que pueden conducir a un silencio clínico falsamente interpretado como curación, fueron descritas clásicamente por Halle, Albarrán, Heitz-Boyer, Legueu, Rafia y sintetizadas en la magistral obra de Cibert.

Luego de la introducción de la estreptomycinina en el tratamiento de la tuberculosis, Nesbit y Bohne en 1948, Uhler y Rinker en 1950, llamaron la atención sobre el hecho de que estas lesiones de exclusión que anteriormente se producían lentamente en el curso de meses o años, se aceleraban notablemente como consecuencia de la nueva terapia, presentando documentación muy demostrativa al respecto.

Recientemente en 1956, Cibert, Durand y Riviere, Gayet y Lange, presentaron otra serie de enfermos en los cuales, el tratamiento antibiótico y quimioterápico, asociado o no a corticoides, había permitido la regresión de la uroectasia provocada por lesiones tuberculosas obstructivas del uréter.

Planteados en tal forma los hechos, parecíamos autorizados a clasificar en forma simple los hechos; en un primer grupo con lesiones precoces, muy sensibles a los agentes empleados, con trastornos mecánicos provocados por edema de la submucosa, sería posible la regresión con "restitutio ad integrum" por el tratamiento específico.

En otro, con afectación de la muscular y la adventicia, el tratamiento aceleraba y aumentaba la reacción de esclerosis comprometiendo definitivamente la evacuación urinaria.

No debemos olvidar, sin embargo, independientemente de la acción de los nuevos agentes que sin lugar a dudas han revolucionado el panorama de la tuberculosis, las nociones epidemiológicas fundamentales. Que la modalidad reaccional modificada en el sentido de hiperactividad o hiperergia varía no solamente de un enfermo a otro, sino en el mismo sujeto con la cronología de su enfermedad (los vaivenes de la alergia de Willis y Sayé). Por lo que respecta a las agrupaciones humanas, las colectividades vírgenes sufren un primer período de tuberculización con predominio de formas rápidas y graves, luego otro de infestación masiva con formas de resistencia, susceptible de variar por factores que disminuyen el nivel de vida de la población o como en nuestro medio por el aporte inmigratorio de post-guerra intensamente tuberculizado. Finalmente la repetición de los contactos paucibacilares puede conducir a la desensibilización progresiva. El hecho es que se puede observar un aumento de las formas crónicas en personas de edad avanzada y un desplazamiento de las formas llamadas "infantiles" hacia la edad adulta.

En el caso que relatamos a continuación, el mecanismo obstructivo ureteral, en un riñón único, planteó el tratamiento quirúrgico con carácter imperativo.

—L. Ch. Español de 51 años de edad.

En 1946 le practicaron a este enfermo en Sevilla (España) una nefrectomía por tuberculosis renal izquierda. Continuó en buenas condiciones de salud durante 10 años, hasta que en enero de 1955 comenzó a aquejar dolor lumbar derecho y trastornos miccionales consistentes en polaquiuria, ardor, tenesmo y algunas hematurias.

Por sus antecedentes se pidió una baciloscopia de orina que reveló abundantes bacilos de Koch en el sedimento.

Una urografía obtenida el 15 de diciembre de 1955 (Fig. 1) muestra una moderada ectasia del uréter pelviano que se repite en las placas de 10, 20 y 45 minutos con imágenes irregulares de los cálices inferiores que interpretamos como ulcerativas.

La cistoscopia permitía ver el meato ureteral derecho rodeado por mucosa intensamente edematizada, algunos folículos y zonas de sufusión sanguínea "en llama" en la cúpula vesical. No consideramos necesario ni conveniente practicar cateterismo ureteral iniciando tratamiento de acuerdo al plan standard de Lattimer y cols., con dihidroestreptomina, 2 gramos por semana, 10 gramos de ácido para-amino, salicílico y 300 mgs. de hidrazida diarios. Los síntomas vesicales mejoraron, no así el dolor lumbar que aumentaba en intensidad con exacerbaciones tipo cólico. Los sucesivos exámenes bacteriológicos revelaban la presencia del bacilo de Koch que desapareció a los dos meses para dar lugar a una flora a predominio Gram negativo. El estado general empeoraba llegando los dosajes de urea en sangre a 0,80 grs. por mil.

Otra urografía obtenida el 1º de octubre de 1956 (Fig. 2) mostró marcada uroectasia, alargamiento y acodaduras del conducto que se presenta dilatado hasta su extremo inferior.

Operación. — 15 de octubre de 1956.

Incisión de Hartmann que permitió abordar por vía extraperitoneal la porción alta del uréter efectuando una prolija ureteropielolisis a las acodaduras fijadas por adherencias laxas y

por debajo alcanzar la vejiga y la porción terminal del conducto que a 2 centímetros de su desembocadura, desde el cruce con el deferente aparece englobado por un intenso proceso de esclerolipomatosis. La compresión manual del conducto permitió observar que la orina pasaba

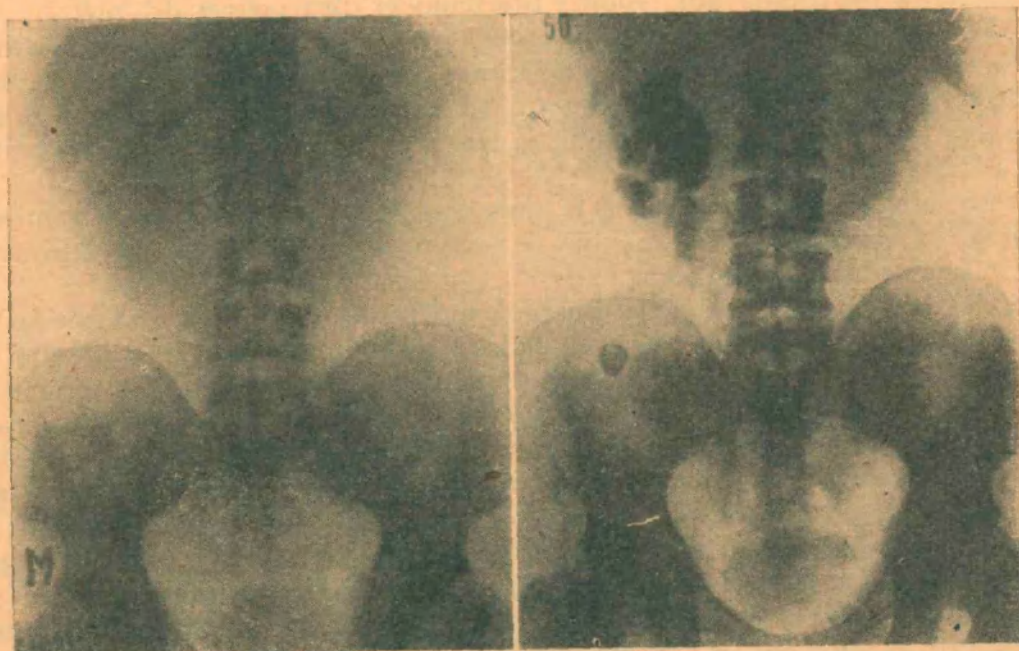


FIG. 1

FIG. 2

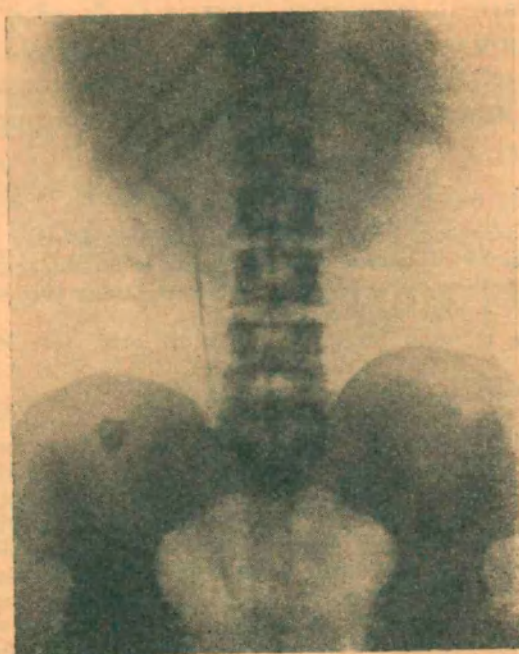


FIG. 3

con mucha dificultad a través de la porción estenosada. Se secciona por encima de la misma, abocando el extremo proximal a la vejiga según la técnica de Payne y dejando un tubo de polietileno de 6 mms. de calibre que llega por encima a la pelvis renal por debajo atraviesa la vejiga

y sale por la uretra. Este tubo se retira a los 5 días, reanudando el enfermo sus micciones normales. El post-operatorio se prolongó por una hepatitis virósica, probablemente post-transfusional. Finalmente fué dado de alta en diciembre de 1956, las micciones indoloras, cada 2 ó 3 horas, hay un reflujo vésico-ureteral traductible clínicamente por dolor lumbar a la repleción vesical y con los esfuerzos miccionales.

La urografía de control obtenida el 13 de diciembre del mismo año (Fig. 3) muestra una recuperación que consideramos muy satisfactoria. Nuevo urograma de mayo ppdo., repiten la imagen.

Actualmente el estado del enfermo es excelente, afebril, ha reanudado sus ocupaciones habituales y se mantiene la negatividad de los exámenes bacteriológicos.

RESUMEN

Se presenta el caso de un enfermo nefrectomizado hace once años por una tuberculosis renal izquierda. Aparentemente aparece un nuevo foco evolutivo en el lado opuesto y una ureteritis tuberculosa sobre la cual el tratamiento antibiótico y quimioterápico acelera la producción de una lesión estenosante que obliga a una intervención. La reimplantación del uréter en la vejiga permitió la recuperación de la función renal afectada.

BIBLIOGRAFIA

- Cibert, J.* — "La tuberculose rénale sous l'angle de la thérapeutique". Masson et Cía. Paris, 1946.
- Nesbit, R. M., Bohne, A. W.* — J. A. M. A. 138:937, 1948.
- Uhlir, K.* — Jour. d'Urol. 56:685, 1950.
- Rinker, J. R.* — J. A. M. A. 142:87, 1950.
- Rocchi, A.* — "Los mecanismos de evolución de la tuberculosis renal". Tesis. Fac. Medic. Córdoba, 1951
- Bernardi, R., Budich, M.* — Rev. Arg. Urol. 22:256, 1953.
- Puigvert, A.* — Rev. Arg. Urol. 22:187, 1953.
- Lange, A.* — Soc. Franc. Urol. Seance 19 ene., 1954.
- Puigvert, A.* — Brit. J. Urol. 27:258, 1955.
- Lane, T. J. D.* — Brit. J. Urol. 27:27, 1955.
- Cibert, J., Durand, L.* — Jour. d'Urol. 62:367, 1956.
- Cibert, J., Durand, L., Riviere, Cl.* — Soc. Franc. d'Urol. Seance, 19 nov. 1956.
- Gayet, M. R.* — Soc. Franc. d'Urol. Seance, 19 nov. 1956.

DISCUSIÓN

Dr. Bernardi. — Quiero felicitar a los comunicantes por el éxito obtenido. Hace unos años, presentamos dos casos de estenosis ureterales en riñón único adquirido a raíz de nefrectomías.

El primero, fué un enfermo operado en 1947; dos años después de practicársele una nefrectomía derecha, tuvo una obstrucción ureteral del lado izquierdo por una estenosis muy baja. Le practicamos entonces, una ureterotomía por vía baja y tuvimos la mala suerte de perforar el uréter a la altura de su desembocadura en la vejiga. Lo reintervenimos, le colocamos un catéter y anduvo bien. Lo mostramos hace dos años.

El segundo caso es el de un enfermo a quien practicamos una nefrectomía por una uronefrosis sine materia hace unos 20 años; posteriormente hizo una oclusión ureteral del lado izquierdo, oclusión ureteral doble, lumbar y ureteral inferior. No pudimos establecer bien la etiología y cuando lo intervenimos llegamos a una zona de estenosis lumbar; era una estenosis un poco larga de unos 2 cms. de forma granular, la resecamos y le hicimos una sutura término-terminal. El estudio anatomopatológico mostró la existencia de una lesión ureteral tuberculosa. Tuvimos mala suerte porque el uréter desinsertó de la anastomosis y lo reintervenimos, practicándole una nefrostomía definitiva. El enfermo lleva tres años con su derivación, a pesar que ya presenta algunos inconvenientes, entre ellos, la orina infectada. Si tenemos fortuna, trataremos de hacerlo, ya que su vejiga está en buenas condiciones, una implantación enterovesical, vale decir, reemplazando el pedazo que nos falta de uréter con un asa de intestino y anastomosar la vejiga de acuerdo con la vieja técnica de Tizzone y Foggi, del año 1888. Digo si tenemos fortuna porque se trata de un enfermo con un riñón único adquirido.

Dr. Rocchi. — Agradecemos la contribución del doctor Bernardi. Tenemos fichado su trabajo con el doctor Budich, publicado en la Revista Argentina de Urología, en 1953.

CALCULO GIGANTE DE VEJIGA

Por el Dr. DOMINGO A. LUCANO

J. P., de 59 años de edad, argentino, tapicero, consulta por trastornos miccionales que lo aquejan desde hace aproximadamente 4 años: polaquiuria, nicturia, disuria, escasa propulsión del chorro y a veces dolor perineal irradiado al pene, pesadez hipogastrica; estos trastornos sufren exacerbaciones con los movimientos. Nunca tuvo hematuria; fué tratado en distintas ocasiones por cistitis. Es recién en los últimos meses que la poliuriuria y la nicturia le hacian penosa la existencia.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Enfermedades comunes de la infancia; tifoidea. Operado de hernia inguinal y de osteomielitis del maxilar inferior por caries dentales.

Estado actual: Orinas sumamente piúricas con espeso y abundante sedimento.



Figura 1

Uretra: Libre al explorador número 18, el cual no logra franquear el cuello; choca con una resistencia como ante un muro.

Genitales: Normales.

Retención: Imposible de explorar; ninguna clase de sonda penetra en vejiga.

Tacto: Todo el fondo de saco vesíco-rectal está ocupado por una tumoración que por los lados llega hasta la pared de la pelvis y por arriba no se alcanza el límite sino por la palpación bimanual, comprobándose que supera el tamaño de una naranja, de consistencia pétrea, de superficie rugosa y muy dolorosa. Da la sensación de una cabeza de feto encajada.

Citoscopia: No se intenta practicar.

Riñones: No se palpan.

Urograma: La radiografía directa del abdomen muestra un cálculo que ocupa totalmente la cavidad vesical. En las exposiciones a los 5', 15' y 30', puede apreciarse los efectos de la obstrucción en la excreción de orina en las vías altas, en la dilatación pielocalicial bilateral.

Exámenes clínicos y de laboratorio: Normales, salvo una discreta anemia. El estado general del enfermo es muy deficiente: sujeto adelgazado, demacrado, pálido y con facies de intoxicado. Una preparación previa a base de pequeñas transfusiones de sangre, extracto hepático,

antibióticos, vitaminas y la eliminación de focos sépticos dentarios, modifican favorablemente el estado general y permite someterlo a la intervención quirúrgica.

Operación: Cirujano: Dr. Lucano, Ayte.: Dr. Jalaguier.

Anestesia de base con una ampolla de escofedal fuerte, raquianestesis con novocaína-crbacil.

Incisión de Pffanestiel. Prevesical con intensa pericistitis esclero-lipomatosa fuertemente adhesiva, la que a pesar de la prolija y delicada disección provoca la abertura accidental de la vejiga por cuya brecha brota abundante orina turbia. Se amplía dicha brecha por ambos lados a tijera y fué necesario una paciente disección de la enorme masa calculosa fuertemente adherida a la mucosa vesical para poder separarla de la vícera; con una palanca de traumatología se logro el despegamiento del bajo fondo, conseguido esto pudo hacerse rotar el cálculo y favorecer una presa del mismo con una pinza de Musseaux y con movimientos de báscula pudo recién exteriorizarse.

La maniobra provocó la rotura de un trozo de cálculo que tenía una consistencia pétre.

La inspección endovesical mostró una mucosa fuertemente congestiva, recubierta por abundante secreción mucopurulenta. Cierre por planos; Pezzer acodada en cavidad; Rubber en prevesical y subaponeurótico. Antibióticos.

Post-operatorio: Sin inconvenientes; a los 10 días se quitó la Pezzer y se colocó una Marion por uretra, la que se retiró a los 5 días de haberse cerrado el orificio de la talla.

El cálculo tiene una forma redondeada, mide 8 cm. por lado y pesa unos 380 gramos (Fig. 1).

Consideraciones clínicas: Me detendré brevemente a hacer consideraciones sobre:

1° Volumen.

2° Cuadro clínico.

3° Repercusión en el organismo.

1° — En cuanto al volumen del cálculo, en la literatura médica, autores como Randall, Yanewarz, Myttherown, Smith, Himon y otros, hacen referencia de cálculos, cuyo peso, entre los mayores, oscilan entre los 908 y 1.816 gramos. En los Anales del 3er. Congreso Americano y 4° Brasileño de Urología, realizado en Río de Janeiro en el año 1947, los doctores Dante y Sandro hacen el interesante aporte de un caso de cálculo gigante que tenía el tamaño y la forma de un huevo de avestruz y pesaba 880 gramos.

2° — En cuanto al cuadro clínico, todos los autores hacen resaltar en forma coincidente la tolerancia que tiene la vejiga para con estas voluminosas piedras y la escasa y poco ruidosa sintomatología. Después de años de tener alojado el cálculo en la cavidad vesical provocando fenómenos transitorios de cistitis y de ser tratado como proceso inflamatorio, la polaquiuria, la nicturia y la disuria son los síntomas irreductibles que resaltan en el cuadro clínico. Es menester llevar al clínico el conocimiento de que, en la cistitis recidivante, antes de dar el alta, por lo menos se debe practicar un estudio radiográfico o citoscópico a su enfermo.

3° — En cuanto a la repercusión en el estado general, el organismo no sobrelleva en forma impune el cuerpo extraño, pues la obstrucción crónica de los orificios ureterales compromete seriamente la estructura anatómica del filtro renal, conduciendo a la uronefrosis crónica bilateral, a la infección secundaria, a la insuficiencia renal crónica y a la muerte por uremia, aún después de la operación, por pielonefritis crónica irreversible.

Este enfermo, en un examen de control, presentó un nuevo cálculo seis meses después de la intervención quirúrgica y pese a su triste experiencia y a la advertencia del riesgo que corría no concurrió, hasta ahora, para que se le efectuara la litotricia que se le propuso.

Dr. Trabucco. — Debemos congratularnos de los adelantos registrados en el campo de la medicina. Los que tienen algunos años en el ejercicio de la profesión recordarán que las intervenciones quirúrgicas en pacientes portadores de un cálculo significaba la muerte. Hoy, sin embargo, se operan cálculos gigantes del tamaño del que presenta el enfermo del doctor Lucano y aún cálculos múltiples, impunemente. Señalo ésto para rendir homenaje a todos aquellos investigadores que han llevado la técnica quirúrgica al estado en que se encuentra actualmente.

He de hacer un breve comentario sobre la recidiva del cálculo del caso del doctor Lucano. Entiendo que en ese paciente se omitió proceder a su desobstrucción. Todo sujeto que forma un cálculo en la vejiga, sistemáticamente, es obstruido por un adenoma de próstata o porque posee un cuello fibroso de la vejiga que no permite la salida de orina. La permanencia de un cuerpo extraño en la vejiga conducirá irremediablemente a la formación de un cálculo de gran tamaño, por aposición o múltiple, por división. Pero si ese enfermo es desobstruido, con toda seguridad que no formará ningún cálculo más.

Dr. Rebaudi. — Hubiera sido de interés el dosaje de vitamina A en la sangre, porque es indiscutible que es de gran valor para la reproducción de los cálculos y para su producción.

Las investigaciones llevadas a cabo en los ejércitos hambrientos del sur de la China, que se alimentaban con arroz decortado, demostraron que los soldados formaban cálculos vesicales a repetición. Se operaban algunas veces entre ellos y andaban fistulizados hasta que fueron sometidos a tratamiento con Vitamina A. De ese modo, no volvieron a formarse cálculos y sus fistulas se cerraron.

Dr. Schiappapietra. — Hay que reconocer los notables adelantos de la técnica quirúrgica, pero convengamos en que antes la gente vivía muchos años y se hacía vieja llevando cálculos en sus órganos hasta que una pielitis o pionefrosis terminaba con su vida. Cuando los pacientes llegaban al cirujano eran urinarios en último grado. Ahora no sucede eso porque los enfermos llegan en mejores condiciones.

Acerca de las recidivas, diré que hay sujetos notoriamente litógenos. Cuando no encuentro proceso prostático siempre reseco el cuello vesical con amplitud, a pesar de lo cual muchas veces compruebo alguna recidiva; practico resecciones no solamente en la litiasis sino también en la papilomatosis.

Dr. Lucano. — Estoy de acuerdo con el doctor Trabucco que hay que desobstruir a esos enfermos, pero el estado general de este paciente era tan malo que debíamos salvar en primera instancia, la vida del enfermo. Casi todos los casos de la literatura médica que he recorrido se trata de enfermos que han muerto en su mayoría después de la operación. En cambio, este enfermo sobrevivió y tengo referencias de que aún vive. Pensaba desobstruirlo en una segunda intervención, como propone el doctor Trabucco.

Estoy de acuerdo con el doctor Rebaudi en el uso de la vitamina A, que administró sistemáticamente en el pre y postoperatorio en forma generosa.

También participó la opinión del doctor Schiappapietra. Estos enfermos caen en manos del urólogo después de haber pasado por distintos consultorios, en los que, de habersele pedido un simple examen radiológico se hubiera llegado al diagnóstico de su litiasis.