

Personalmente hemos seguido, en la mayor parte de nuestros enfermos los postulados que sostiene Sabadini y que, para finalizar, sintetizaremos en los siguientes puntos:

- 1º) Estudio uretrográfico completo, inmediato de toda lesión uretral traumática o inflamatoria.
 - 2º) Cistostomía derivativa suprapúbica con sonda de Pezzer o Foley indistintamente.
 - 3º) Tratamiento quirúrgico inmediato de las lesiones traumáticas o inflamatorias con amplia perinectomía y uretrectomía.
 - 4º) Solución inmediata y lo más completa posible del problema uretral utilizando un largo tubo de goma de 30 a 40 cm. de longitud, fenestrado, de un calibre aproximado entre el 18 y 22 de la escala Charriere, que penetra por la uretra peneana y sale por la cistostomía previamente realizada. Este tubo que denominamos de "Sabadini" debe permanecer 30 a 60 días y debe ser movilizado periódicamente.
-

CONSIDERACIONES SOBRE LA EVOLUCION DE UN CASO DE UROPIONEFROSIS

Por el Dr. A. LEVATI

El paciente del presente caso, un hombre joven, de 25 años de edad, soltero, obrero textil, de hábito longilíneo, comenzó a mediados de junio de 1958 con decaimiento general, chuchos y escalofríos seguidos de alta hipertermia y lumbalgias izquierdas coincidentes con la aparición de una tumoración en esa zona, que peloteaba y dolía a la compresión y con leve edema de pared. No había enrojecimiento local de la piel.

Como se domiciliaba en la localidad de Jáuregui, concurrió al Hospital de Luján próximo a esa población donde se lo internó.

Se le hizo allí un estudio de laboratorio y radiográfico que dió los siguientes datos positivos:

El primer examen de orina, efectuado el 16 de junio, al día siguiente de su internación tenía una densidad de 1.030 de acuerdo con la sudoración profusa que presentaba; mostraba fuertes vestigios de albúmina y contenía pus en abundancia.

El examen bacteriológico informaba de "una flora microbiana constituida por abundantes cocos Gram negativos y hongos. No se observan bacilos ácido-alcohol resistentes".

La eritrosedimentación fué en progresivo aumento como lo muestran los siguientes tres exámenes:

17/VI — 1ª hora 44 mm.	2ª hora 68 mm.	I.K. 39
26/VI — 1ª hora 65 mm.	2ª hora 101 mm.	I.K. 57.75
3/VII — 1ª hora 108 mm.	2ª hora 126 mm.	I.K. 85.7

Un análisis adjunto indicaba que el 17 de abril (2 meses antes) la eritrosedimentación era normal.

El recuento globular era de 4.250.000 hematíes y de 20.700 leucocitos con una fórmula de 80 % de neutrófilos, de 6 % de monocitos y de 14 % de linfocitos.

El estudio radiográfico se componía de placa simple del árbol urinario que no mostraba sombras calculosas ni alteraciones en el esqueleto pero sí el borramiento del psoas izquierdo.

El urograma excretor indicaba la falta de eliminación del riñón izquierdo y la dilatación pielocalicial derecha, con implantación del uréter alta (ver foto N° 1).

Un colon por enema no mostraba mayor particularidad.

En estas condiciones el paciente es trasladado el 10 de julio del año pasado a la Sala del Prof. Armando Trabucco con un agudo estado Texi-infeccioso.

Se le efectúa una urea y glucosa en sangre de urgencia que dan cifras normales al igual que el tiempo de coagulación y de sangría y se lo opera, previa punción renal, con la intención de hacer un Calle Uribe, que dió abundante pus a presión, impidiendo la realización de la placa por la imposibilidad de inyectar el yoduro de sodio.

1/VII/58 — *Cirujano*: Dr. Oscar Carreño. *Ayudantes*: Dres. Borzone y Levati. Anestesia general.

Incisión lumbar clásica de 12 cm. de longitud. Incididos los planos musculares drena gran cantidad de pus (2 litros). Se visualiza el riñón y el orificio de la punción previa a la operación que drena pus. Se amplía este orificio y se coloca intrarrenalmente una sonda Pezzer. Drena otra gran cantidad de pus. Se cierra en dos planos. Apósito y vendaje.

Al día siguiente disminuyó la temperatura y se encontró más aliviado, Seguía drenando pus por la nefrostomía.

Así continuó durante una semana con secreción en disminución. Luego se estableció una fistula que eliminaba un líquido turbio con las características de la orina en escasa cantidad.

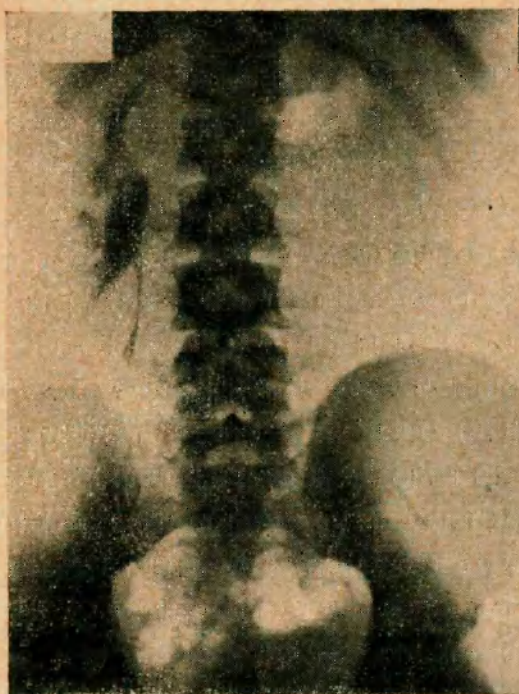


Figura 1



Figura 2

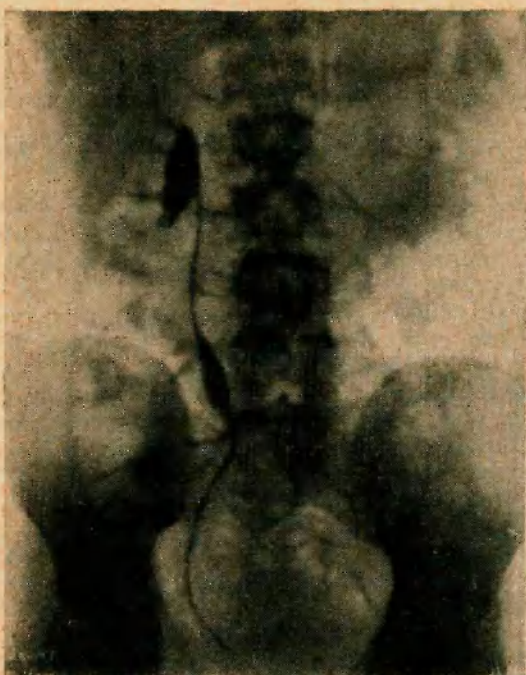


Figura 3



Figura 4

En estas condiciones mejoró notablemente su estado general, aumentó de peso y se encontró en óptimas condiciones para ser reintervenido.

Un urograma excretor preoperatorio mostró la misma dilatación pielocalicial derecha del estudio anterior y la falta de imagen clara de eliminación izquierda. Otra placa de relleno de la cavidad por el tubo de la nefrostomía indicó que se trataba de una bolsa uronefrótica. (ver foto N° 2).

En esta placa se individualiza una imagen opaca del tamaño de una lenteja a la que no se le dió importancia a la altura de la 2ª vértebra lumbar y que no apareció en la placa directa del urograma excretor de 20 días antes.

Esto tendría importancia para las consideraciones de más adelante.

Se propuso la nefrectomía.

23/IX/58 - (a casi 3 meses de la nefrostomía).

Cirujano: Dr. Oscar Carreño. - *Ayudantes:* Dres. Levati y Carril. Anestesia general. Incisión sobre la 12ª costilla de 20 cm. de longitud que se prolonga hacia abajo. Se reseca la 12ª costilla que es larga y dificultaría las maniobras quirúrgicas. Nefrectomía subcapsular.

Por la perinefritis hay un trastocamiento de los reparos anatómicos que obliga a efectuar ligaduras escalonadas para lograr una perfecta hemostasia lo que se logra. Se coloca un drenaje y se cierra por planos. Apósito y vendaje. Antibióticos y calmantes.

Postoperatorio sin problemas y el enfermo es dado de alta 7 días después.

El informe de la pieza anatómica: bolsa pionefrótica. Parénquima renal con evidente pielonefritis y esclerosis intertubular.

Hasta aquí la evolución y el tratamiento poco o nada difieren del procedimiento común para el tratamiento de una pionefrosis, en un paciente con mal estado general.

El día 20 de noviembre por la tarde es decir 2 meses después reingresa el paciente por guardia con un cuadro de uremia por anuria. Los análisis de urgencia indican 1.20 gr. % de urea en sangre, 1 gr. % de glucosa y una eritrosedimentación de 20 mm. la 1ª hora, 44 mm. la 2ª hora e I. K. de 21.

Al día siguiente se le cateteriza su riñón único, la sonda ureteral progresa prácticamente sin dificultad y retirado el mandril comienza a gotear con una frecuencia de 60 a 80 gotas por minuto. El examen de esta orina indica solamente vestigios de albúmina y urobilina. No contiene pus. El sedimento está compuesto de células, algunas leucocitos y uno que otro hematíe. Algunos cristales de urato de sodio.

Desde este momento el paciente mejora paulatinamente.

Dos días después se inyecta por el cateter sustancia opaca y se obtienen placas que muestran un stop a la altura de la articulación, lumbo-sacra y una dilatación fusiforme un centímetro por encima de ese sitio. (Ver fotos N° 3 y 4).

El día 29 con el paciente en buen estado general, buena diuresis y buen apetito es sometido a una lumbotomía derecha baja.

Este es el parte quirúrgico:

29/XI/58: *Cirujano:* Dr. Horacio Levati. - *Ayudantes:* Dres. Borzone y Fernández. Anestesia general.

Incisión lumbar con prolongación hasta recto anterior. Luego de seccionados los músculos se reclina el peritoneo hacia adelante. Adherencias del mismo a la pared muscular hace que se abra aprovechándose para efectuar apendicectomía profiláctica con jareta. Cierre del peritoneo. Visualizado el ureter se lo libera de la fascia que lo adosa a la pared posterior. Al tacto se palpa un cálculo del tamaño de una lenteja. Se secciona el ureter y se lo extrae. Exploración del ureter sin inconvenientes. Un punto de catgut 0 simple como cierre. Drenaje. Cierre de la pared en tres planos. Apósito y vendaje.

El postoperatorio transcurre sin problemas. Al 6º día se retira el drenaje y al 10º día es dado de alta.

En el mes de febrero de este año es visto por consultorio externo. Lleva una vida sana y metódica. Sus orinas eran claras. Había aumentado 5 kilogramos de peso. Un recuento global indicaba 5.000.000 de rojos y 6.500 de blancos, Eritrosedimentación de 1ª hora 2 mm. de 2ª hora 6 mm., I. K. 2.5. Hemoglobinemias de 15 gr. %.

La naturaleza del cálculo era fosfática.

CONSIDERACIONES:

Se presenta un caso de uropionefrosis que luego de ser drenada fué completada con nefrectomía. Como causal señalamos la estrechez pieloureteral bilateral congénita y que persiste en el riñón derecho como verdadera espada de Damocles. Importa el cuadro urémico que sucedió a la nefrectomía y que resultó deberse a un pequeño cálculo enclavado en la línea innominada y que extraído posibilitó la recuperación completa del paciente y que felizmente no correspondió como lo hacía suponer a un proceso derecho similar al izquierdo.

La aparición del cálculo nos hace meditar sobre los factores que han podido favorecer la formación del mismo.

Tenemos un poco más de tres meses entre la iniciación del proceso y la visualización de una imagen radiográfica (la del relleno de la cavidad piélica por el tubo de la nefrostomía) que puede corresponder al cálculo responsable de la anuria y un período que se eleva a 5 meses hasta su enclavamiento a nivel de la articulación sacroilíaca.

Nos preguntamos si no intervinieron como factores causales o precipitantes el reposo en cama, la temperatura elevada, la sudoración profusa y el estado toxi-infeccioso que pueden actuar sobre el riñón sano produciendo modificaciones en su metabolismo celular y favoreciendo la precipitación del ión calcio que forma el cálculo.

Pensamos que en este caso todos estos factores en diverso grado tal vez, han influido, pues el estado del paciente al ingresar al servicio era desesperante y apenas lograda la evacuación de la pionefrosis el aspecto general, el descenso de la temperatura y el cese de los sudores fué espectacular.

NOTICIAS VARIAS

HOSPITAL DE LA SANTA CRUZ Y SAN PABLO

BARCELONA, ESPAÑA

INSTITUTO DE UROLOGIA

Escuela de especialización fundada en el año 1945

Director: Dr. A. PUIGVERT

CUADRO MEDICO: A. Cols, J. M^o Cols, P. Doménech, C. Elizalde, A. Mas Oliver, A. Moya, C. Muiños, J. M^o Olivé, J. M^o Pomerol, I. Ponce de León, G. del Río, Clara Roy, F. Solé Balcells, J. Solé Müllner, M^o Teresa Reus, S. Vives Creixell.

CURSO 1960 - 1961

- Noviembre 1960 - XXIII Curso Monográfico para Post-Graduados sobre "*Malformaciones Génitourinarias*" y Cursos complementarios de Nefrología y Laboratorio Urológico.
- Abril 1961 - XXIV Curso Monográfico para Post-Graduados sobre "*No vedades Clínicas en Urología*" y Cursos complementarios de Urología y Endoscopia.

Los Cursos Monográficos, de 6 días de duración, son de plena dedicación desde las 8,30 de la mañana hasta las 7 de la tarde.

Los inscriptos al Curso, cuyo número es limitado, pueden continuar sus prácticas en el Instituto durante 6 meses.

CURSO ANUAL DE ESPECIALIZACION UROLOGICA

ENERO A ABRIL DE 1961

Horario de trabajo: Dos lecciones teóricas semanales. Lecciones prácticas: Lunes, visita clínica en DEPARTAMENTO H. - Miércoles, visita clínica en DISPENSARIO. - Jueves, sesión clínica y revisión de historias. - Viernes, visita clínica en DEPARTAMENTO M. - Martes y sábados, SESION OPERATORIA.

PARA COMPLETAR LA INFORMACION, DIRIGIRSE A LA SECRETARIA DEL INSTITUTO DE UROLOGIA, PABELLON DE LA ASUNCION, HOSPITAL DE LA SANTA CRUZ Y SAN PABLO - BARCELONA (13) - ESPAÑA.

INSTITUTO DE UROLOGIA DEL HOSPITAL DE LA SANTA CRUZ Y SAN PABLO

Se convoca Concurso entre médicos recién graduados para la provisión de 2 plazas de Médico Residente en régimen de internado en el Instituto de Urología. El tiempo de usufructo de dichas plazas es de 1 año, prorrogable a 2, durante cuyo período participarán en todas las actividades del Instituto. Finalizado el primer año, previa presentación de una memoria sobre un tema de la especialidad, el Médico Residente recibirá un premio de 8.000.— Ptas. y al finalizar el 2º año, el diploma acreditativo de Médico Residente del Hospital e igual remuneración en metálico.

Para más información dirigirse a la Secretaría del Instituto de Urología, del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, Barcelona (13) ESPAÑA.
