

Servicio de Urología del Hospital J. A. Fernández.
Jefe de Servicio: Dr. R. Rubí.

URETEROILEOCISTOPLASTIA EN RIÑÓN UNICO TUBERCULOSO

Por los Dres. FRANCISCO M. ALVARINHAS y JUAN A. MOCELLINI
ITURRALDE

Motiva la presente comunicación, el deseo de traer al seno de esta Sociedad, un caso de tratamiento quirúrgico en etapas sucesivas, de los diversos aspectos patológicos de lesiones estacionarias de etiología tuberculosa en el árbol urinario, de un enfermo con agenesia renal izquierda.

Se trata de un enfermo que presentara: riñón único (derecho), por agenesia del izquierdo, con un proceso T. B. K. de polo superior a forma excavada (pseudquistica) ureteritis estenosante de su tercio inferior y pequeña vejiga retraída.

Así presentado el enfermo, verdadera miscelánea de patología tuberculosa urinaria, se nos planteó el problema de la conducta terapéutica a seguir y desglosado el problema, la secuencia de los distintos pasos quirúrgicos tendientes a proceder en forma "conservadora, reparadora y sustitutiva".

CASUÍSTICA

D. N. S. Historia clínica Nº 11.804. Sala VI. Hospital J. A. Fernández. 39 años, argentino, casado.

Enfermedad actual: Comienza su enfermedad actual en el año 1956, con dolor lumbar derecho y hematuria. Esta sintomatología, con intermitencias se prolonga por espacio de un año en que un nuevo recrudecimiento de la misma obliga a su internación.

Es internado en un servicio hospitalario de la ciudad de Santiago del Estero, donde se le practica una apendicectomía y luego de ser estudiado radiográficamente se le informó de su padecimiento urológico.

El urograma escrotor obtenido en 1957, muestra: ausencia de imagen renal izquierda, moderada dilatación pielocalicial derecha y ureteritis terminal.

Posteriormente su sintomatología se acentúa con dolor gravativo lumbar derecho y micciones frecuentes (cada 15 ó 20 minutos dolorosas con orinas hematópiúricas).

En el curso del año 1959 es internado nuevamente en la ciudad de Santiago del Estero, de donde nos es enviado para su estudio y tratamiento.

Estado actual: Enfermo en regular estado de nutrición, pálido, afebril.

Aparato respiratorio: No se demuestra proceso T.B.K. en actividad.

Aparato cardiovascular: Sin particularidad.

Abdomen: Blando, depresible, indoloro a la palpación superficial. Palpación profunda dolorosa en ambas regiones renales. Puño percusión dolorosa lado derecho. Orinas limpias, ácidas, escaso sedimento.

Tacto rectal: Sin particularidades.

Uretra libre.

Cistoscopia: Capacidad vesical 120 cc. Cuello sin particularidad. Meato derecho sin anomalía. Izquierdo no identificable. Toda la región con exuberancias congestivas que se extienden hacia el trigono. No se pudo efectuar el cateterismo izquierdo.

Urograma excretor: Ausencia de imagen renal izquierda. Uronefrosis derecho. Amputación del grupo calicular superior. Imagen pseudo quística de polo superior. Ureteritis terminal. Pequeña vejiga retraída.

Cistografía: Uretrocistografía, vejiga retraída de 150 cc. de capacidad. Deformación y rigidez de techo y pared izquierda.

Se plantea la primera intervención: exploración de la fosa lumbar izquierda y derivación ureteral derecha.

1ª Operación: 19-9-61. Cirujano: Dr. F. M. Alvarinhas. Ayudantes: Dres. J. A. Mocellini Iturralde y L. Serra. Anestesia general.

Lumbotomía izquierda. La exploración cuidadosa de la región comprueba ausencia de la glándula. Cierre de pared por planos.

2ª Operación: 19-9-61. Cirujano: Dr. J. A. Mocellini Iturralde. Ayudantes: Dres. F. M. Alvarinhas y L. Serra. Anestesia general.

En el mismo acto operatorio de la lumbotomía se practica la ureterostomía derecha derivativa a piel, previa resección del uréter terminal. La exteriorización del extremo distal de uréter se hace por contraabertura y según técnica de puño de camisa.

Post-operatorio: Enfermo bien. Se recoge orina límpida por el uréter para su estudio bacteriológico y cultivo, siendo negativos para el K. reiteradamente.

El segmento de uréter resecaado es enviado a anatomía patológica que informa: Ureteritis crónica no específica. (Inf. 48.549. Dr. M. Rapaport).

En el post-operatorio alejado se obtienen uretero-pielografías ascendentes. Uréter derecho dilatado. Uronefrosis. Amputación del grupo calicular superior. Imagen pseudokuística de polo superior. Se obtiene además urograma excretor con igual informe.

Estabilizado el enfermo se lo lleva a las mejores condiciones quirúrgicas posibles y se plantea la nefrectomía parcial: polar superior.

3ª Operación: 23-1-62. Cirujano: Dr. J. A. Mocellini Iturralde. Ayudantes: Dres. F. M. Alvarinhas y L. Serra. Anestesia general.

Incisión toracoabdominal de Fey. Se aborda la glándula aumentada de tamaño y con una formación aparentemente quística de polo superior del tamaño de una naranja. Punción y aspiración de su contenido (límpido, se aparta para su estudio químico y citológico).

Se reseca la formación sin hemostasia previa de los vasos del pedículo, controlándose la misma con sutura de los bordes de resección. Se colocan puntos en el cuello calicular seccionado y previa plástica con grasa en la superficie cruenta se procede al cierre por planos. Drenaje lumbar.

Post-operatorio bueno, sin anomalías.

En el post-operatorio alejado se obtiene nuevo estudio radiográfico para comprobar la función renal y la imagen renal luego de la resección parcial.

Desde esta oportunidad se prepara al enfermo para la nueva intervención reparadora: ilcocioplastia de ampliación y remplazo.

4ª Operación: 26-7-62. Cirujano: Dr. F. M. Alvarinhas. Ayudantes: Dres. J. A. Mocellini Iturralde y E. Garzón. Anestesia general.

Incisión transversa de Maydriil. Se reclina peritoneo hasta exponer ampliamente la vejiga en su totalidad así como sus pedículos vasculares que se ligan y seccionan. Se abandona el tiempo vesical para proceder al tiempo intestinal. Aislación de la anteúltima asa ileal en una extensión de 25 cm. Reconstrucción del tránsito intestinal con anastomosis término terminal. El asa excluida se extraperitoniza, cerrando la brecha peritoneal por encima de ella. Cistectomía total y anastomosis del medallón cervical a una brecha ileal en su borde antemesentérico, de igual tamaño, mediante sutura en dos planos con catgut crómico en aguja atraumática.

La rama izquierda del asa (en forma de L) se eleva hacia la derecha en búsqueda del uréter que se anastomosa en el borde antemesentérico a 6 cm. del extremo del asa, según técnica de Cordonnier. Cierre de pared por planos. Drenaje extraperitoneal. Sonda por uretra en el interior del asa hasta la proximidad del abocamiento ureteral.

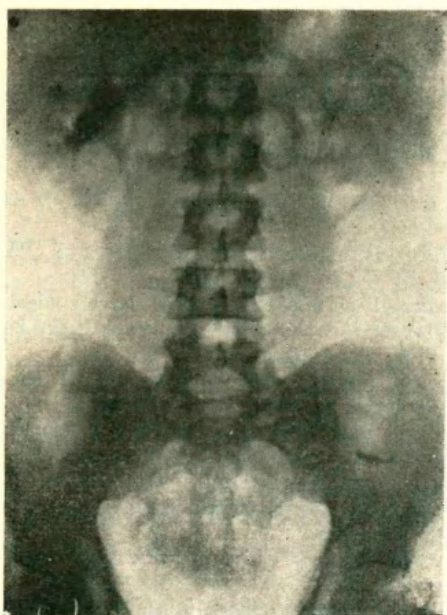
Post-operatorio: Enfermo bien. Se requiere el cuidado extremo en el 4º día por distensión abdominal, encauzándose el enfermo al 8º día. Diuresis buena, 1.500 a 2.000 por día.

A los 30 días control radiográfico: Uretro-neocistoileografía: se obtiene el relleno del asa ileal. Filtración hipogastrio.

A los 40 días, nuevo control radiográfico. El asa ileal funciona como neo vejiga sin filtración cutánea.

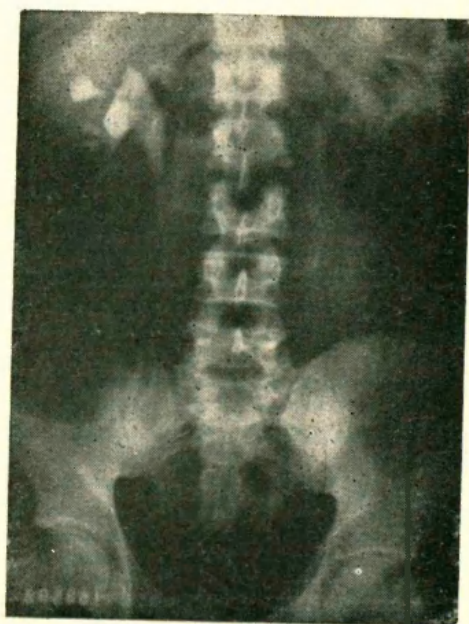
Los controles de laboratorio muestran la normalidad de su estado humoral.

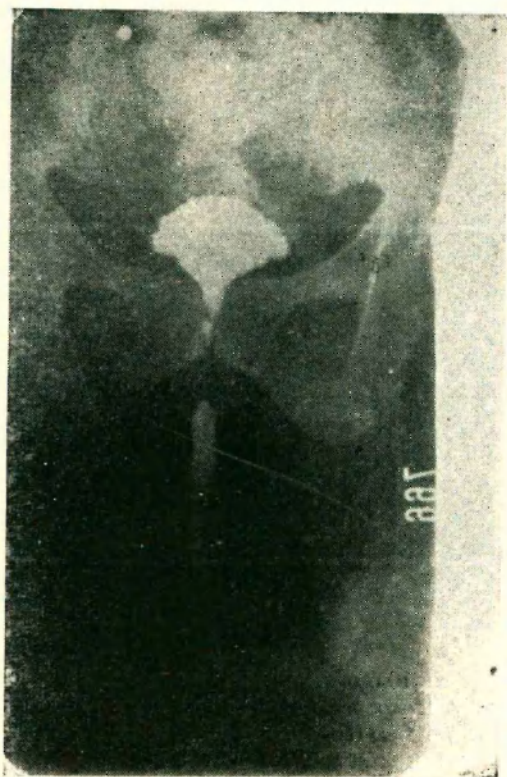
El informe anatomopatológico de la pieza reseca (inf. 52.379. Dra. I. Lupis). Vejiga Cistitis crónica, congestivo hemorrágica. No se observan elementos específicos.



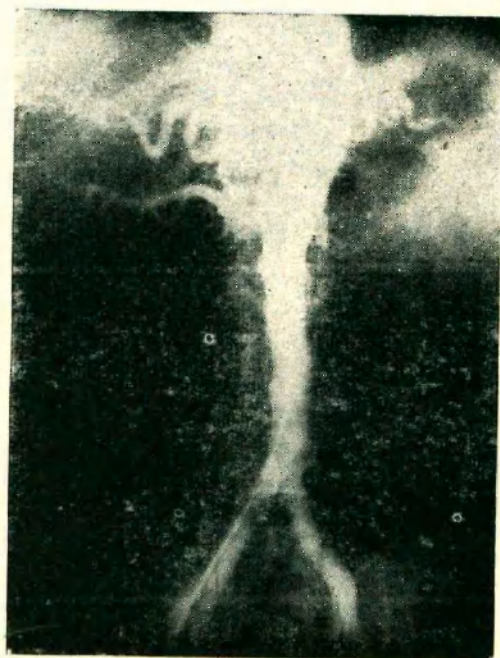
N. S. Historia Clínica Nº 11.804. Radiografía preoperatoria. Comienzo de su enfermedad: 1956. Ausencia de imagen renal izquierda. Uronefrosis derecha. Amputación del grupo calicular superior. Ureteritis terminal.

N. S. Historia Clínica Nº 11.804. Radiografía preoperatoria correspondiente al período de estado de su enfermedad (año 1960). Uronefrosis derecha. Amputación del grupo calicular superior. Imagen de quiste polar superior. Ureteritis terminal. Ausencia de imagen renal izquierda. Pequeña vejiga retraída.



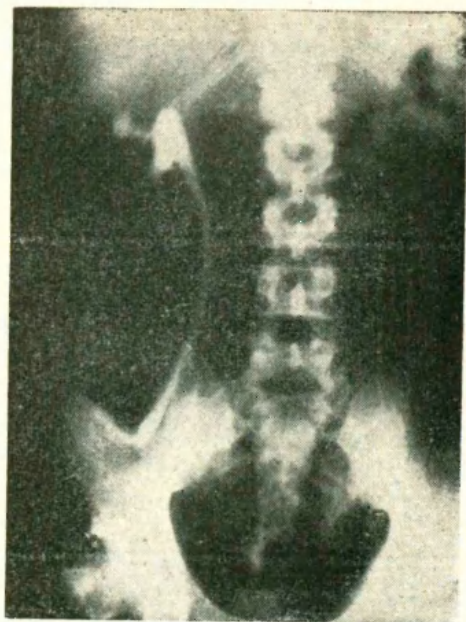


N. S. Historia Clínica Nº 11.804. Radiografía preoperatoria. Uretrocistografía. Pequeña vejiga retraída.



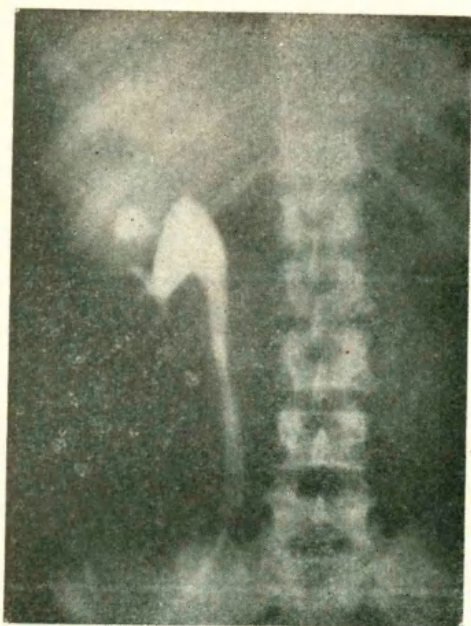
N. S. Historia Clínica Nº 11.804. Arteriografía obtenida por el método de Seldinger. Arteriograma renal derecho. Ausencia de arteriograma renal izquierdo.

N. S. Historia Clínica Nº 11.804. Radiografía post-operatoria. Ureterostomía cutánea derivativa derecha. Ureterohidronefrosis con amputación del grupo calicular superior. Imagen quística de polo superior.



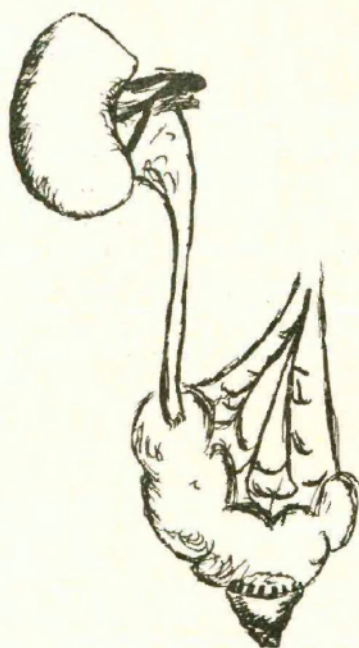
N. S. Historia Clínica Nº 11.804. Análisis químico y citológico del líquido contenido en el quiste renal, polo superior. Método de obtención: quirúrgico. Análisis químico: Rivalta: negativo. Proteínas: 9.50 grs. %. Análisis citológico: Se colorean frotis con Giemsa, observándose abundantes hematíes, algunos leucocitos, escasas células epiteliales de morfología normal.

Informe anatomopatológico (50.145. Dr. M. Rapaport): El material examinado consta de un fragmento de tejido de 6 x 4 x 2 cm., socavado, paredes engrosadas. Pielonefritis crónica con lesiones inflamatorias residuales compatibles con una posible etiología tuberculosa.



N. S. Historia Clínica Nº 11.804. Radiografía post-operatoria a la nefrectomía polar. Ureteropielografía ascendente.

N. S. Historia Clínica Nº 11.804. Esquema de la técnica quirúrgica empleada en la confección de la vejiga ileal. Vejiga ileal en forma de V de ramas desiguales.



N. S. Historia Clínica Nº 11.804. Radiografía post-operatoria. Uretrrocistografía. Se ve el relleno del asa ileal actuando como neo-vejiga.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Presentamos un caso de tuberculosis urinaria con lesiones residuales, del tipo esclero cicatrizal, en un enfermo joven, con riñón único congénito, que presentara una formación excavada en polo superior a forma pseudo-quística, uronefrosis por ureteritis terminal y cistitis retráctil.

Se lo sometió a exploración lumbar izquierda. Ureterostemia cutánea derivativa temporaria del lado derecho con resección del uréter terminal, nefrectomía polar superior y finalmente ureteroileocistoplastia de ampliación y reemplazo con buen resultado tanto anatómico como funcional.

DISCUSION

Dr. Bernardi: Felicito a los comunicantes por la intervención quirúrgica que han realizado, lo que demuestra su gran habilidad técnica.

Me llama la atención que en un paciente portador de un riñón único congénito con estenosis ureteral mediana y una vejiga no muy pequeña, porque no es la vejiga en bota típica, y con una lesión renal polar superior, se haya practicado una operación tan importante, y no se les haya ocurrido practicar la nefrectomía polar superior, la derivación o el reimplante o la técnica de Puigvert, además del tratamiento con penicilina, etc., etc. Es demasiado intervención y riesgo. La operación ha sido magnífica, pero ninguno de los que tenemos experiencia sobre el particular, hubiéramos procedido así.

Dr. Casal: La tuberculosis del uréter en su porción inferior, por definición es una afección estenosante.

Me llama la atención la urografía preoperatoria en que la estenosis es segmentaria. Hay un largo trayecto de uréter sin ectasia, de modo que la estenosis está por discutirse. En la microfotografía se aprecia un uréter con pliegues y submucosa sana. Se supone que se trata de un uréter capaz de dilatarse.

Coincido con el doctor Bernardi que la terapéutica, salvando la extraordinaria habilidad quirúrgica de los comunicantes, es excesiva. Hubiera sido de preguntar cuál hubiera sido la evolución de este paciente de haberse practicado una nefrectomía polar superior, que está correctamente indicada, agregando por supuesto, el tratamiento antibiótico correspondiente.

Dr. Alvarinhas: Agradezco las objeciones de los colegas que tienen más experiencia que nosotros en este tema.

Nos hemos basado en la secuencia de los actos quirúrgicos sobre este mismo enfermo. Lo tuvimos internado bastante tiempo y respecto de la vejiga, vimos en las radiografías que su capacidad, a pesar del tratamiento con antibióticos, se fue reduciendo de 200 a 100 cc. El hecho de que se tratara de una vejiga bifida nos llevó a la operación.

Respecto al uréter terminal, el informe anatopatológico habla de lesiones específicas pasibles de ser tuberculosas. En otros casos similares, no se demostraba incuestionablemente que fuese una lesión tuberculosa, puesto que las lesiones tuberculosas residuales no son típicas y características, sino por signos indirectos. Eso nos llevó a la conclusión de que se trataba de un uréter terminal.

En cuanto a la nefrectomía parcial, el informe de la pieza demostró concluyentemente que existía una tuberculosis. Podrá objetarse que ha sido demasiado agresiva la conducta quirúrgica, pero no creo que haya sido por un alarde de técnica.