

URETEROILEOCISTOPLASTIA EN VEJIGA RETRAIDA TUBERCULOSA

Por los Dres. J. A. MOCELLINI ITURRALDE y F. M. ALVARINHAS

Cumplimos en traer al seno de esta Sociedad un nuevo caso de Urétero-ileocistoplastia practicada sobre vejiga retraída de etiología tuberculosa.

La correcta indicación de la intervención, así como el buen resultado anatómico y funcional de la plástica ileal efectuada, nos mueve a hacer la presentación del caso.

D.G. Historia Clínica Nº 12.039. 58 años, casado, argentino.

Comienza su enfermedad actual hace dos años, con polaquiruria, disuria, nicturia, micciones cada 20/30 minutos, imperiosas, de orinas lípidas.

En el examen radiográfico se comprueba pequeña vejiga y deformación trigonal, por la tracción esclerosada del uréter izquierdo, alteración funcional y morfología del riñón del mismo lado.

Tratado con antibióticos y bacteriostático, a pesar de ser negativa la bacteriología, baciloscopia, cultivo de orina y reacciones biológicas, se acentúa la sintomatología vesical, siendo las micciones de frecuencia cada vez menor: 5 a 8 minutos.

En estas condiciones se le propone la ampliación vesical quirúrgica, posponiendo el tratamiento del riñón izquierdo, de acuerdo a la recuperación que experimente.

Operación: 13-6-62.

Cirujano: Dr. J. A. Morcellini Iturralde.

Ayudantes: Dres. F. M. Alvarinhas y E. Garzón.

Anestesia general: Dr. Kleiman.

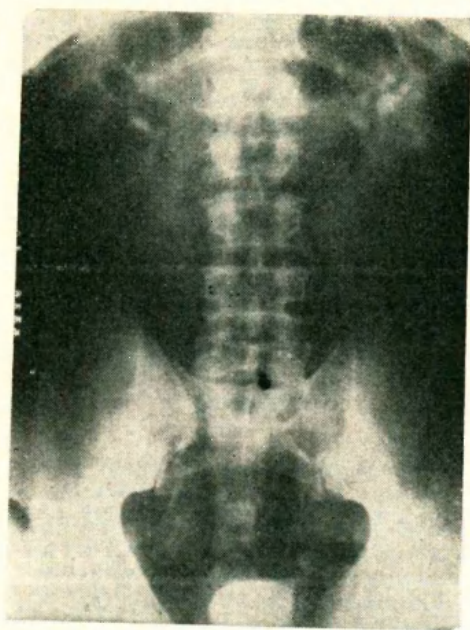
Incisión mediana infraumbilical. Se aborda, libera y extraperitoniza la vejiga, retraída y esclerosada.

Con la anteúltima asa ileal excluida y extraperitonizada, luego de restablecida la continuidad intestinal, se reemplaza la vejiga reservada y el uréter inferior izquierdo, en una extensión de 13 centímetros. Sólo se conservan 2/3 derechos del trigono vesical. Se anastomosa al segmento residual vesical el asa ileal, por su borde antemesentérico. El resto del asa ileal se desplaza hacia la izquierda y se lo eleva en busca del uréter parcialmente resecaado. Anastomosis ileo-ureteral a lo Cordonnio. Se deja sonda uretro-cérvico-ileal. Drenaje por perineostomía. Cierre por planos.

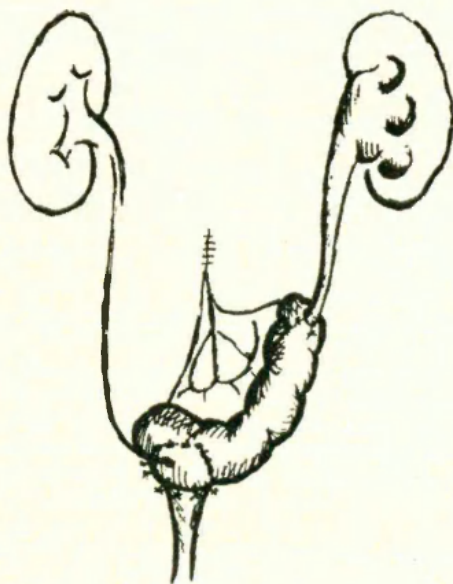
El post-operatorio cursa sin inconvenientes, cerrando la herida operatoria por primera. Se retira la sonda a los 16 días y es dado de alta a los 19 días, con micciones cada 30 minutos, fáciles e indoloras, y controladas.

En el control radiográfico post-operatorio se comprueba la buena función del asa. No hay recuperación del riñón izquierdo.

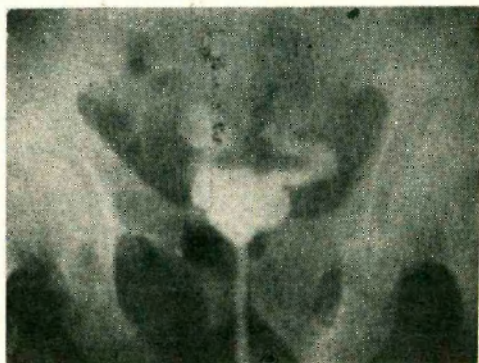
El post-operatorio cursó con variantes de 0,30 a 50 gr. por 100 de úrea. No se modificó el medio interno.



D.G. Historia Clínica Nº 12.039. — Radiografía preoperatoria. Pequeña vejiga en retracción. Tracción trigonal hacia la izquierda por ureteritis retráctil del uréter inferior izquierdo.



D.G. Historia Clínica Nº 12.039. — Técnica empleada: Uretero Ileocistoplastía.



D.G. Historia Clínica Nº 12.039. — Radiografía post-operatoria a los diez días de operado. Cistografía.

DISCUSION

Dr. Comotto: Felicito a los comunicantes por su trabajo, pero quisiera saber qué pasa con el riñón izquierdo, donde parece que existían lesiones tuberculosas.

Dr. Bernardi: ¿No hubiera sido más lógico practicar una nefrectomía responsable de la lesión vesical? Todos hemos atendido pacientes con lesiones tuberculosas y su cistitis. Cuanto más avanzada es la lesión, mayor será la cistitis. ¿Por qué no se practicó una nefrectomía y se siguió con el tratamiento médico? Se efectuó una gran operación y se dejó sin embargo la lesión tuberculosa renal, foco madre de la enfermedad. ¿Cuál será, en estas condiciones, el porvenir de ese paciente? Adhiero a las palabras del doctor Comotto.

Dr. Steinberg: En los últimos simposios europeos sobre tratamiento de la tuberculosis renal, la conducta es conservadora porque se piensa que la tuberculosis es una enfermedad general y, por esta razón, aunque a veces las lesiones son más evidentes en un riñón, no dejan de haber lesiones en el otro riñón. Mientras es posible, se conserva el riñón enfermo y se realiza el tratamiento con antibióticos y quimioterápicos que en la actualidad dan buenos resultados.

En este caso, la conducta ha sido acertada y de acuerdo con la tendencia actual en el tratamiento de la tuberculosis. Por otra parte, se trataba de una vejiga retráctil comprobada en su estudio histopatológico y pienso que la conducta ha sido la única que debió realizarse porque nadie puede aseverar que el otro riñón tenga otro tipo de lesión. Después de una nefrectomía realizada con buen éxito, aparece con una lesión tuberculosa en el riñón restante.

Por eso, felicito a los comunicantes y entiendo que han optado por la mejor conducta terapéutica.

Dr. Morcellini Iturralde: El Dr. Steinberg ha contestado por mí. El problema que se planteó con ese riñón izquierdo era que no sabíamos si era recuperable o no funcionalmente una vez curado su proceso vesical.

Por eso, preferimos hacer la resección del uréter terminal estenosado y, en el caso de que no hubiera recuperación, proceder a la nefrectomía de ese lado.

Con respecto a lo que dice el doctor Bernardi de efectuar antes la nefrectomía, le advierto que este enfermo estaba en tratamiento con bacteriostáticos, no tenía cistitis, ni trastornos disúricos, sus orinas eran límpidas. No había un proceso de cistitis aguda, sino del detrusor, como se pudo comprobar desde el punto de vista histopatológico.

Si el riñón no es recuperable, entendemos que debe procederse a la nefrectomía, como vamos a hacerlo posiblemente dentro de las próximas semanas.