

URETERITIS TERMINAL TUBERCULOSA TRATAMIENTO QUIRURGICO

Por los Dres. J. A. MOCELLINI ITURRALDE y JUAN C. MILLAN

Quienes seguimos la conducta conservadora y reparadora en la cirugía de la T. B. C. urinaria, tenemos por común ideal conservar, en cuanto sea posible, la masa renal funcionante, es decir, no extirpar un órgano sano o recuperable. Es también objeto de esta postura mantener la micción en condiciones similares a las fisiológicas por vías naturales con caracteres casi normales en su iniciación, control e intervalos.

La T. B. C. urinaria es una enfermedad que puede llegar a ser quirúrgica sólo con posterioridad al tratamiento médico bien indicado y cumplido, es decir, será complementaria de aquél salvo excepciones.

La conducta del operado no debe ser sino moderada, pues no se cura a la T. B. C. quirúrgicamente.

El principio que rige la conducta mencionada, exige por lo tanto la excéresis del segmento comprometido, conservando al resto funcionante del órgano o aparato.

Mutilar o invalidar está, pues, proscripto, salvo lesión irreparable o indicación de necesidad.

El cirujano no cura esta afección, sino que debe modestamente conformarse sólo con modificar la evolución anatómo-clínica de la misma. La variada patología T. B. C. urinaria se ha visto enriquecida últimamente por las secuelas curativas, debida en gran parte a los bacteriostáticos y la conducta moderada de los cirujanos. Vemos ahora con frecuencia esclerosis ureterales, vesicales o lesiones parenquimatosas circunscriptas. Esto nos obliga a resolverlas proscribiendo la nefrectomía total, la ureterostomía cutánea o intestinal de ser ello posible.

Debemos confesar que los resultados obtenidos son tan satisfactorios con esta conducta, que seguiremos procediendo cuando está indicada a la nefrectomía parcial, la ileocistoplastia y ureteroplastias postergando las mutilaciones y brindando al aparato urinario, en especial al riñón la oportunidad de su recuperación.

La lesión T. B. C. ureteral tiene fundamentalmente dos formas anatómo-patológicas: una con lesiones mixtas productivas y caseosas en toda o casi toda su extensión; otra, con fibrosis retráctil y oclusiva de preferente localización en el U. T. que precede en general a la anterior.

Puede ser unilateral o bilateral, asociada en general a lesiones T. B. C. renales homo o heterolaterales y con gran frecuencia a retracciones vesicales.

Esta esclerosis cicatrizal y favorable, pero localizada en lugar inapropiado reduce la luz ureteral hasta llegar incluso a ocluirla.

Las vías excretoras supreestricturales se dilatan mecánicamente llevando a la ureterohidronefrosis y las secuelas previsibles. Insuficiencia renal o evolución tórpida de las lesiones T. B. C. que puedan existir en el parénquima.

Creemos que la evolución hacia la uretero-pionefrosis tiene por primera etapa la obstrucción del U. T., esto explicaría la frecuencia de este tipo de lesión con obstrucción del uréter yuxtamural, no cateterizable. Por otra parte, estos uréteres aparecen dilatados con sus paredes espesadas y con lesiones de tipo ulcerado y fibrosis, dilatación no explicable de no haber un proceso obstructivo previo que la haya provocado y que modifique la evolución del proceso renal, haciéndolo tórpido.

Hemos tenido la oportunidad de resolver varios casos de lesiones de fibrosis asociadas esclerosas uréterovesicales incluso, en riñón único por las urétero-ileo-cisto-plastias.

Pero la lesión limitada solamente al U. T. sin compromiso vesical es poco frecuente, por lo que creemos de interés el caso atendido en el Instituto Médico Quirúrgico del Ministerio de Hacienda.

Se trata de una señora de 30 años (Reg.: 34.747 del I. M. del M. H.).

Concurrió a la consulta por cistitis recidivante y dolores de tipo cólico reno-ureteral derecho alternando con otros gravativos en la misma región. En el examen endoscópico se comprobaba la existencia de lesiones de tipo folicular yuxtameáticas derechas, en el urograma distensión y retardo funcional del mismo lado, con tendencia a la exclusión del cáliz superior. La Bacterioscopia y pruebas biológicas fueron negativas.

Se le instituye un intenso tratamiento médico con bacteriostáticos, controlada periódicamente. Se comprueba al 2º mes la desaparición de las lesiones vesicales y sintomatología baja, pero la esclerosis ureteral se ha intensificado, justamente por efecto de dicho tratamiento que la favorece. La U. hidronefrosis es pues mayor, los cólicos persisten.

Para evitar maniobras pielográficas ascendentes, contraindicadas cuando se piensa hacer cirugía conservadora, por los riesgos que significa su ejecución, nos valemos del urograma retardado y con doble aporte de contraste, de ser necesario, con lo que obtuvimos a los 75 y 15' del 2º aporte iódico, una placa fiel expresión funcional y morfológica del árbol urinario derecho.

Simultáneamente se le solicita un renograma isotópico, en el que la fase excretora del lado derecho se mantiene sin el descenso característico.

En esas condiciones se le aconseja una resección del uréter terminal.

Se opera el 4/4/1962.

Cirujano: Dr. Mocellini. Ayudante: Dr. Millan.

Incisión de Gibson derecho. Se aborda la vejiga y se libera su cara lateral derecha, hasta llegar a visualizar el uréter yuxtamural. El conducto aparece distendido, tenso, salvo en sus últimos 2 cms., en que se angosta notablemente. Procedimientos a la resección de este segmento y del uréter intramural y meato.

A continuación reimplantamos el cabo proximal con la técnica de Cordonnier. Sonda vesical 15 días.

Histología: N° 51.391 (Dr. Polak).

Lesión inflamatoria crónica, obstructiva, inespecífica.

Al mes efectuamos el control radiológico y renograma isotópico.

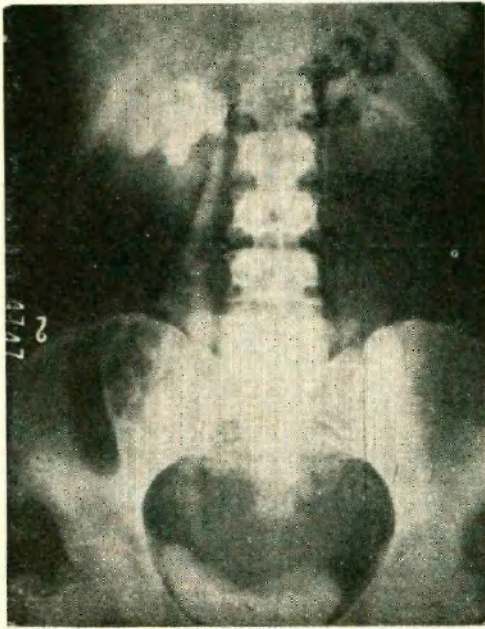
La recuperación funcional y morfológica es casi total, sólo persisten lesiones localizadas en el polo Superior. Hay tendencia a repetir la estenosis en el otro lado.

El renograma es normal. Se la mantiene con bacteriostáticos y corticoides.

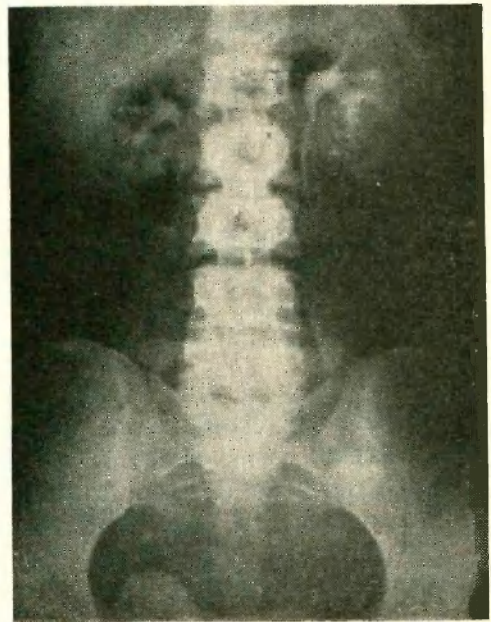
La enferma continúa asintomática en la fecha de su último y reciente examen.

CONCLUSION

Se trata de un caso de ureteritis terminal y uretero-hidronefrosis en una T. B. C. urinaria. Tratada oportunamente con bacteriostáticos es operada efectuándosele un reimplante uretérico con recuperación morfológica y funcional, evitándose la evolución hacia la ureteropieftosis. Restan sólo las lesiones calículo-papilares de polo superior. Se continúa el tratamiento médico.



Radiografía preoperatoria. Urograma de excreción a los 75' del primer aporte iódico y 15 del segundo. Ureterohidronefrosis derecha, estenosis del uréter terminal, estenosis y caliectasia del grupo superior derecho.



Radiografía postoperatoria 30'. Recuperación morfológica y funcional del lado derecho. Lesiones caliculares superiores derechas en regresión.