

AUSENCIA CICATRICAL DEL MEATO URETERAL POR TUBERCULOSIS RENO-URETERAL CRONICA, UNILATERAL, CURADA ESPONTANEAMENTE

Por el Dr. ALFONSO von der BECKE

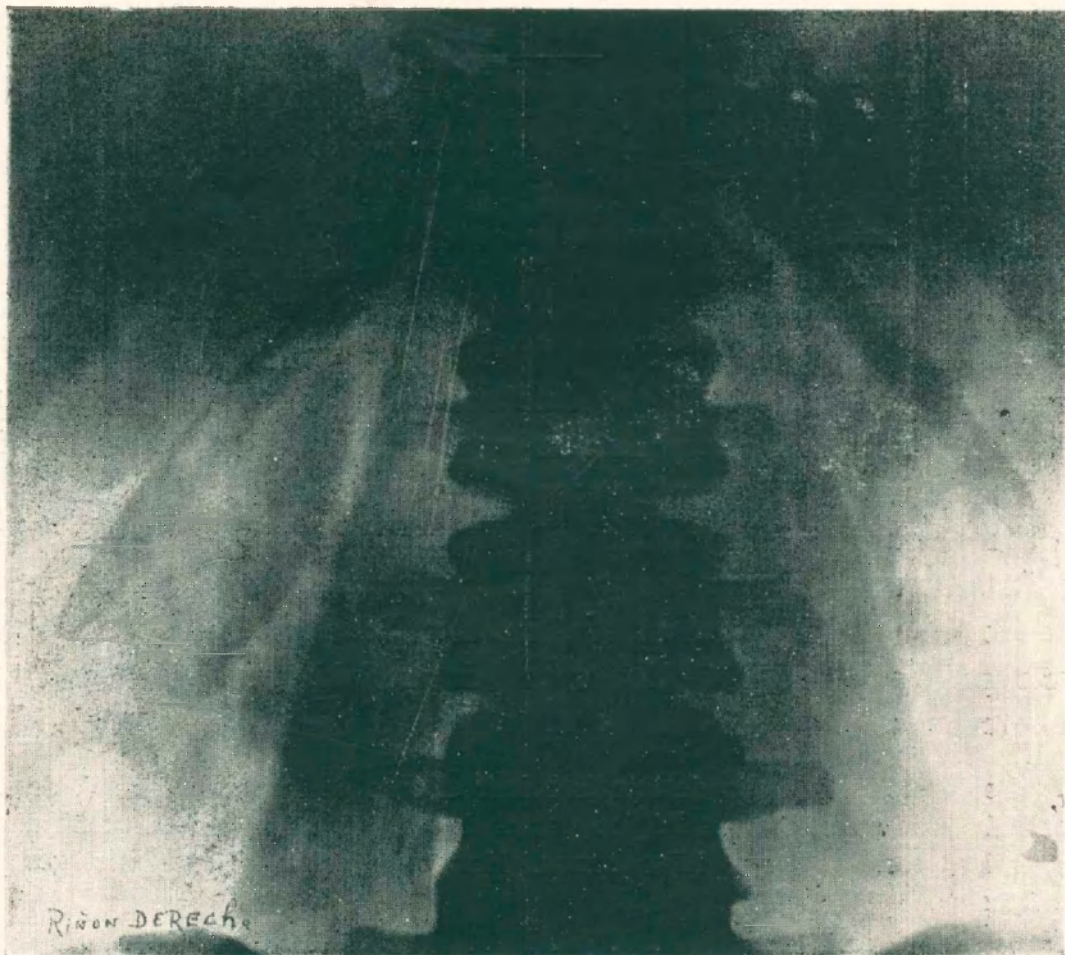
En los enfermos nefrectomizados, es común observar, durante los meses siguientes a la intervención quirúrgica, la oclusión consecutiva del meato ureteral correspondiente. Casi siempre, cuando se sigue la evolución post-operatoria, mediante repetidos exámenes cistoscópicos, es habitual ver una ligera depresión o esbozo de meato ureteral en el sitio que éste ocupaba; pero es muy raro encontrar una oclusión espontánea y adquirida, como consecuencia de una tuberculosis cerrada, reno-ureteral, no intervenida quirúrgicamente. En la bibliografía se citan sólo algunos casos de pionefosis tuberculosas que han evolucionado espontáneamente, produciendo una oclusión del uréter. En esta Sociedad, el Dr. **E. Castaño** presentó, en 1932, dos casos de exclusión urétero-renal por tuberculosis.

Por ello, he estimado de interés referir el caso de la paciente R. F. de M., remitida para su examen urológico por el doctor Miranda Gallino, de 52 años, argentina, casada con 6 hijos sanos. Marido fallecido de parálisis general progresiva.

Antecedentes familiares. Padre fallecido a los 65 años, por tuberculosis pulmonar; madre fallecida a los 70 años, por hemorragia cerebral. Un hermano murió a consecuencia de una meningitis tuberculosa y una hermana falleció por infección puerpural.

Antecedentes personales. En general sana hasta los 30 años en que aparece su primera enfermedad, con hematuria, piuria y polaquiuria diurna y nocturna. El examen directo de orina vesical y la inoculación al chanchito, (Dr. Marcó del Pont), revelaron ambos, abundante cantidad de bacilos de Koch. Examinada por reconocidos especialistas en esa época 1910 se le diagnóstica tuberculosis renal izquierda. No se intervino y el médico que la atendía ha-

bitualmente en la ciudad de Corrientes, dispuso cura de reposo, y helioterapia general, durante tres años consecutivos. Al cabo de ellos, la paciente quedó clínicamente curada; se repitieron los exámenes directos de orina y las inoculaciones al chanchito, durante muchos años y los resultados fueron siempre negativos. La orina se mantuvo desde entonces, limpiada y cristalina. Pero, un año después de su curación clínica, apareció una artritis tuberculosa de la rodilla derecha; se le hizo inmovilización y helioterapia durante nueve meses, al cabo de los cuales pudo levantarse de nuevo, con su rodilla anquilosada.



Años más tarde, fué sometida a un examen radiográfico de aparato urinario, por el doctor Alfredo Lanari, encontrándose el riñón izquierdo pequeño, atrófico, de forma normal; el tamaño, aproximadamente, era un tercio del riñón derecho. En 1929, metrorragias abundantes. El doctor Ahumada diagnostica un mioma uterino, del tamaño de una naranja; se practicó radioterapia profunda y el mioma se redujo hasta no palpase.

En 1931 vuelve la enferma a Buenos Aires, y el Dr. Miranda Gallino practica nueva radiografía de riñones, obteniendo, como se puede ver en la imagen

que acompaño, iguales datos a los conseguidos anteriormente por el Dr. Alfredo Lanari. Probablemente un riñón mastic, izquierdo.

La enferma presenta una hipertensión arterial: 23 de Mx. y 12 de Mn., con hipertrofia ventricular izquierda moderada. Azohemia, oscilando en los distintos análisis, de 0.80 a 1.20 %_m. La orina, de aspecto macroscópico normal; poliuria de 2 a 2 ½ litros en 24 horas. Glucemia: normal, 1 %_m. Fondo de ojo: normal.

Aparato urinario: Riñones: Examen físico, negativo. Puntos dolorosos: negativos en ambos lados.

Orina vesical: se obtienen 150 c.c. de orina límpida y cristalina. **Cistoscopia:** vejiga de buena capacidad, no dolorosa a la distensión. Mucosa de aspecto brillante, con vasos bien dibujados; no se observa lesión alguna en mucosa; el meato ureteral derecho, normal, eyacula enérgicamente orina límpida. En el sitio correspondiente al meato ureteral izquierdo, simétrico al derecho, llama la atención: **primero:** la ausencia del meato; a su nivel la mucosa está como aplanada y lisa y no presenta rastro alguno de depresión que recuerde al uréter; y **segundo:** la palidez de la mucosa, con ausencia de vasos capilares en esa zona y vecindad. El meato derecho, sano, se contrae siguiendo la onda peristáltica ureteral, eyaculando en forma normal, lo cual contrasta con la zona simétrica del lado izquierdo, que está inmóvil permanentemente, reinando a su alrededor, en la zona pálida, una quietud absoluta. Se busca minuciosamente el meato izquierdo en otro sitio de la pared vesical, sin resultado. Para mayor certeza, en otra sesión, se practica una cromocistoscopia, inyectando índigo-carmín de Joseph (0,08 g.), observándose la eliminación del colorante exclusivamente por el meato derecho. No se practica nefro-pielografía, por la hipertensión elevada.

Pocos meses más tarde, la hipertensión llega a 25 Mx. y 20 Mn., manteniéndose invariable hasta que hizo un edema agudo de pulmón, del que pudo curar. Escaso tiempo después, falleció por hemorragia cerebral.

En conclusión: se trata de un caso interesante, en que la oclusión paulatina del uréter, como consecuencia del proceso de tuberculosis reno-ureteral izquierda, ha producido esta forma tan poco común, de la así llamada tuberculosis cerrada, que, a su vez, ha evolucionado hasta la atrofia de la glándula renal, produciendo la curación clínica de su afección urinaria y, posiblemente, la hipertensión ulterior tan elevada. Estas formas cerradas, seguidas de atrofia, son difíciles de reconocer para el clínico, pues la evolución es muy lenta y sin síntomas, y el riñón no es palpable.