

CIRUGIA URETERAL CONSERVADORA

Dra. Irusta A. C. y Dres. Munner A. e Irazu J. C.

La experiencia ha demostrado que el tratamiento de la Tuberculosis Renal con antibióticos no lleva generalmente a la restitución ad integrum, sino muy por el contrario, que la misma cura por fibrosis, dejando como secuela la disminución de la luz de los tramos de menor calibre, siendo el tercio inferior del uréter una de las zonas más afectadas.

No solamente la curación afecta esta localización, sino que la enfermedad no tratada estrecha primero por edema y luego por fibrosis. En su evolución afecta seriamente el futuro funcional y anatómico del riñón correspondiente y a posteriori del enfermo mismo.

Por lo tanto la cirugía conservadora, al favorecer el drenaje renopielico, suele ser beneficioso, ya que facilita la curación farmacológica de las lesiones allí implantadas.

Dado la extensión y tipo de estenosis, se podrán realizar: reimplante transvesical, extravesical o con técnicas combinadas y con o sin tratamiento antireflujo.

En un período de cinco años que abarca desde el año 1964 hasta la fecha fueron asistidos en nuestro servicio, 31 pacientes de Tuberculosis Renal confirmados, de los cuales en seis de ellos fue necesario intervenir quirúrgicamente el tercio inferior de uréter.

NUESTRAS OBSERVACIONES

- 1) H. C.: 492 - A de C - 38 años - sexo femenino - Internada el 30/3 al 12/6/65
 M. C. - Hematuria, polaquiria y disuria de 5 años de evolución.
 A. F. - Madre y 1 hermana fallecen por T.B.K. pulmonar - 1 hermana vive T.B.K. p.
 A. P. - 19 años T.B.K. pulmonar.
 Mal estado general, baciloscopia negativa.
 Urograma excretor: R.I.: Excluído. R.D.: Uretero-hidronefrosis por estrechez de tercio inferior de uréter.
 Trat.: E. M. - I. N. M. - P.A.S. - en dosis óptimas durante tres meses.
 Abril 1965: Nefrectomía izq. - Anat. Patológica: Riñón Mastic T.B.K.
 Mayo 1965: Reimplante de tercio inferior de uréter - Téc.: Puigvert.
 Dada de alta continúa en observación hasta el mes de diciembre en que se nos informa que la enferma fallece por shock bacteriémico e ins. renal.
- 2) H. C.: 2051 - M.S.G. - 42 años - femenino - 9-V-61.
 M. C. - Polaquiria, disuria. Baciluria positiva (Enviada del Hosp. Santojanni)
 A. F.: Esposo nefrectomizado por T.B.K. hace 17 años.
 En tratamiento desde hace dos años con antibióticos específicos, en dosis adecuadas
 Urograma excretor: R.I.: Estrechez de uréter terminal, ectasia pielo-ureteral. R.D.: Lesiones papilares y de caliz inferior.
 10/V/61: Resección del tercio inferior del uréter, con reimplante a lo Puigvert.
 Se da de alta con tratamiento farmacológico.
 Evolución: mejoría clínica.
- 3) H. C. - 787 - B.C. - 35 años - femenino - 16/IX/ al 18/X/67.
 M.I.: Corrección quirúrgica de la estenosis del tercio inferior del ureter derecho.
 Antec. del estado actual.: Lumbalgia derecha, a veces dolor cólico, desde año y medio. En anterior internación, de febrero del presente año, por citoscopia se observó meatq derecho elevado con malformación granulosa que sale del orificio. Se practicó resección endoscópica de dicha malformación, anatomía patológica del

CIRUGIA URETERAL CONSERVADORA

mismo: Tejido inflamatorio específico de T.B.C.

Baciliuria: positiva

Urograma excretor: Uretero-hidronefrosis derecha por obstrucción ureteral baja.

Trat. preoperatorio: E. M.- I.N.H.- P.A.S. en dosis adecuadas durante siete meses

Nuevo urocultivo: Coli y Streptococcus fecalis.

Noviembre/67: Ureteroneocisto-anastomosis. Técnica de Paquin.

Continúa con tratamiento específico y se controla por consultorio externo, donde se constata radiológicamente la mejoría de la ectasia y la estabilización de las lesiones radiológicas.

- 4) H. C.: 914 - M.M. - 47 años - femenino - 1965.

M. C.: Polaquiria intensa.

Urograma excretor: R. D.: Excluído; R. I.: Ureterohidronefrosis por estrechez yuxtameática.

Urocultivo: Gérmenes comunes.

Abril/65: Reimplante ureteral izquierdo, con resección de tercio inferior de ureter.

Técnica: Politano Leadbetter. Anat. patológica: Granuloma tuberculoso con necrosis caseosa.

Se medica con antibacilares y antibióticos de amplio espectro.

Evolución: Hacia la insuficiencia renal crónica.

- 5) H. C.: 235.- M. S. - 54 años - femenino - Internada el 6/V al 8/VII/61.

M. I.: Ureterohidronefrosis derecha, por estrechez de tercio inferior de ureter.

Urocultivo de Koch: Positivo - Medicación específica, varios meses antes de la intervención.

Octubre/61: Ureterectomía transvesical (3 cm), con reimplante a lo Puigvert.

Se aconseja durante un año tratamiento específico y control periódico - la paciente no cumple el mismo.

Urograma de control: revela buena función bilateral, no hay ectasia. Lesiones incipientes de pielonefritis en polo inferior derecho, interpretadas como residuales. Bacilo de Koch; negativo.

Suspende por su cuenta tratamiento médico y recidiva su cuadro inicial, enferma se niega a una nueva plastia y se decide por la ureteronefrectomía derecha que se practica el 19/V/64.

- 6) H. C.: 391 - M. S.; 46 años - femenino - Internada el 23/IX al 30/XI/66 M.C.: Síndrome toxibacilar, piuria, V. S. G.: 40/80.

Ant. ambiental: esposo T.B.C.

Urograma excretor: R. D.: Retardo en la eliminación, no se visualiza sistema pielocalicial. R. L.: Estrechez en tercio inferior de ureter.

Bacteriología: Positiva.

Citoscopia: cateterismo de ureter izquierdo se detiene a 1 cm. del meato.

Tratamiento médico preoperatorio adecuado.

Trat. quirúrgico: Reimplante ureteral. Técnica Puigvert.

Anat. Patológica: Proceso inflamatorio crónico inespecífico.

Evolución: se negativizan sus cultivos y se detienen sus lesiones radiológicas.

Consideraciones:

Si bien es cierto que la existencia del bacilo de Koch es patognomónico de la enfermedad, a veces es muy difícil su hallazgo. Nuestro deber es agotar los medios para hallarlo y en el caso de presencia de lesiones radiológicas pasibles de una corrección precoz, debe ser realizada, apoyada con el tratamiento profiláctico o curativo, de acuerdo a los signos que poseamos de la enfermedad, hecho que seguramente nos dará, mayores satisfacciones pronósticas.

Resumen:

Se presentan seis casos con estrechez ureteral de tercio inferior, todos ellos de sexo femenino, en los que se practicó el procedimiento de plastia uretero-vesical. En cuatro con técnicas a lo Puigvert, uno a lo Paquin y otra a lo Politano Leadbetter. Baciloscopia en tres positivas y el resto confirmado por la anatomía patológica. Dos de ellas con lesiones muy avanzadas evolucionan hacia la insuficiencia renal, de las cuales una fallece, otra por negligencia hacia la nefrectomía y tres se mantienen en mejoría clínica y/o radiológica.