

URETERONEOCISTOSTOMIA BILATERAL.

Autores: Prof. Aux. Dr. León Metz.

Dr. Juan Manuel Quiroga.

Servicio de Urología de Institutos Médicos Antártida.

Se trató una anuria obstructiva con nefrostomía derecha, obteniéndose una buena recuperación del cuadro clínico. Se reoperó con el fin de diagnosticar la causa originaria de su anuria, encontrándose una infiltración retroperitoneal localizada, a 6 cm de la vejiga, que demostró ser un carcinoma indiferenciado, realizándose la ureteroneocistostomía bilateral logrando de esa manera la recuperación funcional del riñón izquierdo y restableciendo la continuidad de las vías urinarias, permitiendo a su vez la supresión de la nefrostomía y la micción por vías naturales, con gran beneficio psíquico de la paciente.

Lamentablemente, el éxito fue de escasa duración por la carcinomatosis consecuente, pero, de no haberse presentado esta eventualidad o de haber sido el diagnóstico anatomopatológico diferente, se habría logrado la curación de la paciente. M. S. 37 años. Historia Clínica 205.881 de Institutos Médicos Antártida. Internada al 7/8/75 por oligoanuria de 5 días de evolución. Antecedentes de un cuadro diarreico severo de siete días antes; diuresis de las últimas 24 hs. de 100 cc. uremia: 80 mg por ciento. Antecedentes alejados: anexohisterectomía radical por neoplasia de cuello uterino en marzo de 1975. Telecobaltoterapia postoperatoria. Estado actual: febril, moderadamente deshidratada; ambos riñones palpables y dolorosos. Se inicia tratamiento médico con soluciones parenterales y furseimida logrando 1.400 cc. de orina en las primeras 7 hs. Neumopatía izquierda. Mejoraría fugaz con diuresis en descenso, reinstalándose la oligoanuria que llega a cero a los cinco días de internada.

13/8/75. Urograma retardo extremo de eliminación renal bilateral. Mejor nefrograma derecho. No se logra cateterizar los ureteres; se opera el mismo día realizándose una nefrostomía derecha, obteniéndose durante el acto operatorio 2.600 cc. de orina y durante las primeras 24 hs. 5.200 cc.

22/8/75. Buen funcionamiento de la nefrostomía eliminando por las vías naturales escasa cantidad de orina. 23/8/75. Urograma (fig. 1): buena función renal derecha, no izquierda, moderado pasaje a vejiga. Uremia: 42 mg por ciento.



FIG. 1

2/9/75. Incisión mediana infraumbilical transperitoneal, se encuentra una compresión ureteral bilateral localizada, a 6 cm de la vejiga, con infiltración de su luz, realizándose, previa movilización de la vejiga y de ambos uréteres, la ureteroneocistostomía bilateral, con técnica antirreflujo de Leadbetter - Politano. 3/9/75. Sale orina por la sonda vesical satisfactoriamente; mejora el estado general en día subsiguientes. Informe de la biopsia; carcinoma indiferenciado infiltrante de retroperitoneo. Se inicia telecobaltoterapia, se le retiran sondas dándosele de alta el 24/9/75. Un mes más tarde se reinterna por un cuadro de anemia, decrecimiento del estado general y anorexia. El urograma excretor mostró una mejoría de su función renal bilateral. Se da de alta con diagnóstico de carcinomatosis generalizada.

Trifacilina

(ampicilina Bagó)

El antibiótico de uso diario

Presentaciones:	Comprimidos.	Trifacilina	250 mg 500 mg 1.000 mg
	Inyectable.	Trifacilina	250 mg 500 mg 1.000 mg
	Jarabe.	Trifacilina Trifacilina Forte	jarabe jarabe

Posología: en cualquiera de sus presentaciones:
1 comp., 1 inyect.; 1 medida cada 6-8 horas.



Bagó



FIG. 2

Dr. Rubí:

La comprobación fehaciente de lo que causaría la muerte de la paciente era una carcinomatosis generalizada o si no podría ser la recidiva local con la lesión urinaria primitiva, es decir que esta paciente tuviera un compromiso urinario importante, se tendría con un urograma antes de que la paciente fuera dada de alta. Pienso que de la descripción que hace el Dr. Metz no surge un elemento positivo que pueda deslindar si esta paciente al ser dada de alta no volvía a tener el mismo problema que la llevó a la anuria.

Dr., Metz:

Nos queda por pensar que hemos hecho en esta autocrítica esas dos pequeñas lesiones. Con el resto no hemos encontrado otra zona metastásica pero pudimos al movilizarla desencadenar algún mecanismo de su neoplasia. En cuanto nuestra satisfacción por establecer las vías urinarias en realidad fue un placer para la enferma y un éxito vanidoso, o fue un daño hacia la paciente que con su nefrostomía hubiese vivido más. Yo no se contestar, eso yo no se.

Dr. Ghirlanda:

Si, yo tampoco creo que pueda contestar o aclarar esa duda, únicamente voy a hacer mención de cual es nuestra manera de proceder con respecto a pacientes con problemas ginecológicos primitivos o secundarios a intervenciones efectuadas sobre neoplasias del aparato ginecológico que llevan a lesiones del aparato urinario. Nosotros somos muy cautos en la solución del problema urinario siempre que hayamos solucionado el problema agudo como en este caso, mientras no tengamos el convencimiento o una semiseguridad de que la paciente no tiene una neoplasia evolutiva, porque si bien no se puede contestar la pregunta que hace el doctor Metz lo que si creemos que esta señora pese a su amargura por tener que llevar la nefrostomía hubiese tenido un período de vida útil más extenso.

Dr. Metz:

Eso es muy cierto, ahora acá había un pedido, la enfermera no quería vivir con la nefrostomía y eso es muy respetable, por eso fue tan espectacular la mejoría síquica de la enferma después que se vió sin sonda vesical y sin sonda de nefrostomía. Creo que si bien el médico no tiene que respetar cualquier deseo de la enferma hay enfermos y no solo en estos casos, que un cateter o una ureterostomía cutánea, una bolsa de un bricker, una sonda de nefrostomía, una talla definitiva o una sonda uretral, casi definitiva no es aceptada. Entonces creo que es lícito por lo menos intentar darle solución claro, que si se supiese que el éxito fuera tan corto lógicamente ni comenzar, pero siempre se trata de ser optimista en esos casos.

Dr. Ghirlanda:

Comprendo y acepto la opinión del Dr. Metz, solamente me voy a referir a la postura nuestra y así como en nuestro medio el código de ética nos autoriza a no hacernos cargo del paciente que no acepta nuestras indicaciones tampoco nos hacemos cargo de los pacientes que pretenden darnos las indicaciones.