

Por el Doctor

JUAN C. TETTAMANTI

CISTITIS REBELDE Y FISTULA LUMBAR PURULENTA POST-NEFRECTOMIA POR TUBERCULOSIS RENAL. URETERECTO- MIA SECUNDARIA. CURACION

LA circunstancia de haber observado en un mismo enfermo la coexistencia de una cistitis rebelde y una fistula lumbar en el post-operatorio de una nefrectomía por tuberculosis renal, y el haber conseguido su curación por ureterectomía del muñón, justifica, a nuestro entender, esta comunicación, ya que no es un hecho de observación común.

He aquí la historia clínica de nuestra observación:

P. C. de 64 años. austriaco, viudo, domiciliado en Rafaela. Entra al Servicio de Cirugía General del Hospital Roque Sáenz Peña el 14 de enero de 1938.

Entre sus antecedentes hereditarios y personales nada digno de mención.

Enfermedad actual. — Se inicia hace más o menos un año por trastornos vesicales de polaquiuria diurna y nocturna y en ocasiones hematuria terminal, no influenciada por el reposo ni el movimiento; síntomas que han ido en aumento hasta tener micciones cada 15 ó 20 minutos.

Estado actual. — Examen clínico general sin particularidades. Punto ureteral superior izquierdo doloroso; ídem el costo-muscular. Se palpa el riñón izquierdo aumentado de volumen y doloroso.

Análisis de orina: Reacción: ácida; albúmina: 0,30 ‰; glucosa: no contiene; sedimento: abundante pus, bacilos de Koch.

Uretra: Nº 18. No hay residuo vesical. *Próstata:* Ligeramente aumentada de tamaño, consistencia normal, superficie lisa, indolora.

Cistoscopia: Capacidad vesical 80 c.c. Congestión difusa predominando en el trigono; edema y ulceraciones en la región del meato ureteral izquierdo, el cual no se consigue visualizar. Se cateteriza el uréter derecho, dando el estudio de la orina recogida en 60 minutos el siguiente resultado:

Cantidad: 50 c.c.

Albúmina: 0,20 ‰

Urea: 18,9 ‰.

Cloruros: 6,50 ‰.

Sedimento: Abundantes hematíes; no hay pus.

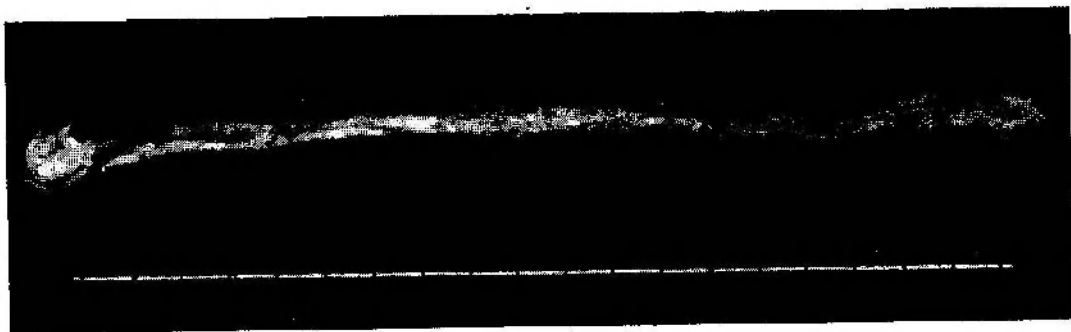
Urea en sangre: 0,25 %.

Radiografía directa reno-urétero-vesical: no se observan imágenes de litiasis.

Urografía excretora: Buena eliminación del lado derecho, falta en el izquierdo.

Intervención: Opera Dr. Tettamanti; ayudantes: Dres. Babbini y Barcelone. 20 de febrero 1938. Raquianestesia con 0,12 grs. de novocaína. Por lumbotomía se llega al riñón que se halla rodeado de un intenso proceso esclerolipomatoso; el uréter se presenta grueso con intensa periureteritis; ligadura y sección con termo del mismo muy próximo a la pelvis renal. Nefrectomía laboriosa, pero sin abrir las cavidades renales. Drenaje; sutura de la pared en tres planos.

Post-operatorio: Se establece una fistula lumbar que continuamente da salida a gran cantidad de pus, amarillento, debiendo renovarse la curación tres veces diarias. Sus síntomas vesicales no mejoran, sus orinas continúan turbias. Su



fistula lumbar es tratada con antisépticos, lápiz de nitrato de plata, termo, helioterapia, sin conseguir su curación. Contemporáneamente es tratada su cistitis con instilaciones de aceite gomenolado, azul de metileno, etincelaje bajo raquianestesia de las ulceraciones vesicales, sin conseguir mejorarla.

Un análisis de orina en 15 septiembre 1938 nos da: Albúmina: 0,20 %; sedimento: abundante pus; B. de Koch.

El 28 de diciembre 1938 efectuamos una cisto-radiografía, que demuestra una vejiga pequeña, sin reflujo vesico-ureterales.

En enero 8, bajo raquianestesia practicamos cistoscopia que demuestra una cistitis difusa, con ulceraciones vesicales. Se efectúa cateterismo del uréter derecho recogiendo orina, cuyo análisis da:

Albúmina: vestigios.

Urea: 15 grs. %.

Sedimento: Hematíes; no hay pus, ni gérmenes.

Por la misma sonda se efectúa pielografía ascendente que demuestra una imagen urétero-piello-calicial normal.

Segunda intervención: 7 febrero 1939. Opera Dr. Tettamanti; ayudan Dres. Stelzer y Berruti. Raquinaestesia 0,10 grs. Incisión lumboabdominal izquierda, desde el orificio fistuloso lumbar hasta cerca del borde externo del recto

anterior próximo al pubis. Se sigue el trayecto fistuloso llevándonos así hasta el extremo superior del uréter, que se halla envuelto en un proceso de periureteritis fibrosa intenso: se lo aísla hacia abajo hasta llegar a la pared vesical, donde se lo liga y secciona con termo. Drenaje en contacto de la vejiga y en región lumbar. Cierre de la pared.

Post-operatorio: El dren inferior se retira al 5º día; el superior continúa dando pus durante dos meses, al cabo de los cuales su herida se halla cicatrizada. Los síntomas vesicales mejoran notablemente, pues al ser dado de alta el 5 de junio de 1939 sus micciones son 8 diurnas y 3 nocturnas, sin ardores. El análisis de orina revela escasos leucocitos granulosos.

El *diagnóstico histo-patológico* que debemos a la gentileza del Prof. Cid informa: Ureteritis y periureteritis tuberculosa caseosa y miliar crónica.

COMENTARIOS

Como puede deducirse de la precedente historia clínica, nuestro enfermo nefrectomizado por tuberculosis renal izquierda, hace una evolución post-operatoria en la cual tres hechos deben tenerse en cuenta, a saber: 1º) la cistitis rebelde caracterizada clínicamente por la polaquiruia intensa, los ardores, etc., bacteriológicamente por la presencia del B. de Koch y cistoscópicamente por las lesiones ulcerosas, etc.; 2º) la formación de una fístula lumbar purulenta; 3º) su curación por la ureterectomía secundaria.

Es un hecho de observación común que la cistitis por la cual se manifiestan gran número de tuberculosis renales, desaparezca o mejoran notablemente en un tiempo más o menos variable, ya espontáneamente o con los agentes terapéuticos a nuestro alcance: Instilaciones de aceite gomenoado, fenol, azul de metileno, sales de plata, etincelage de las ulceraciones o vegetaciones vesicales, rayos X a dosis suberitematosas, etc.

Pero lo cierto es que existe un porcentaje de enfermos en que no desaparecen sus síntomas vesicales después de la nefrectomía o mejoran temporariamente para reaparecer más tarde, en una proporción variable según las estadísticas de los distintos autores, entre el 9% (Rafin) y el 54% (Israel), citados por A. Marini en su trabajo aparecido en Arch. Italiano de Urolog. del año 1938.

El autor antes citado en un estudio efectuado sobre 21 casos de trastornos vesicales post-nefrectomía por tuberculosis, establece que las causas más frecuentes pueden agruparse en:

1º) Casos en que la persistencia de los trastornos es debida únicamente a la infección por gérmenes banales.

2º) Casos en que los gérmenes banales favorecen el mantenimiento de las lesiones específicas vesicales.

3º) Casos de tuberculización del riñón restante.

4º) Casos en que hay un reflujo vesico-renal o de la vejiga al muñón ureteral o bien por esclerosis vesical.

5º) Casos con orinas limpias y estériles (cistalgia).

Ahora bien, ¿puede el muñón ureteral ser causa de la persistencia de la cistitis post-nefrectomía? Ello es admitido por la mayoría de los autores, pero de una manera excepcional, pues él se oblitera lentamente, como consecuencia de la supresión del riñón, en un tiempo variable de meses hasta años (tres años según Lorin).

Nosotros creemos que ante un enfermo nefrectomizado que continúa con su cistitis, rebelde a todo tratamiento general y local, deben agotarse todas las investigaciones con el objeto de determinar su causa, máxime si persiste B. de Kock en sus orinas, por las consecuencias que puede tener para el riñón restante.

Por el estudio minucioso del enfermo serán eliminados los casos de tuberculización del riñón opuesto, las causas intravesicales, litiasis, cistitis incrustadas, etc., lesiones prostáticas, vesiculares, anexiales, etc., debiendo dirigir nuestra atención al estudio del muñón ureteral. Ello se hará por cistoscopia tratando de observar la eyaculación del meato ureteral o por cateterismo, efectuando luego el examen cito-bacteriológico del contenido del muñón. Si no es posible por los medios endoscópicos darse cuenta del estado del mismo, podrá recurrirse a la cisto-radiografía que puede poner en evidencia un reflujo hacia el muñón. Sin embargo, aun con estos medios, en ocasiones no será posible llegar a demostrar que la causa se halla en el muñón ureteral y por ende indicar un tratamiento causal. A este respecto, creemos que prácticamente deben considerarse dos circunstancias en las cuales podemos encontrarnos: 1º) ante un caso de cistitis rebelde, como única manifestación post-nefrectomía: 2º) ante un caso de cistitis y fístula lumbar rebelde concomitante.

En el primer caso, si el estudio demuestra que la causa se halla en el muñón ureteral, el tratamiento deberá consistir en inyec-

ciones modificadoras en su interior, etincelage del mismo (Heitz-Boyer) y en último caso la ureterectomia secundaria.

En el segundo caso de cistitis y fístula lumbar, demostrada la supuración del muñón en la vejiga, la ureterectomia secundaria se impone, y aun cuando ella no pueda determinarse, creemos deba efectuarse: tal lo hemos hecho en el enfermo objeto de esta comunicación.
