

Asociación Médica Argentina

Revista Argentina de Urología

Organo oficial de la Sociedad Argentina de Urología

Año XXII

JULIO - AGOSTO 1953

Números 7-8

Inst. de Urología y Serv. de Urología del
Hosp. de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona.

LA URETRITIS TBS. TERMINAL ESTENOSANTE

Por el Dr. A. PUIGVERT

El ureter es un órgano hueco, esquemáticamente constituido por una trama muscular intermedia en disposición tubular, con la superficie interna cubierta por mucosa y la externa revestida de una adventicia, por la que circulan los elementos nutricios del órgano. Habida cuenta su constitución, este conducto suele manifestarse en los procesos inflamatorios de dos formas contrapuestas: la estenosis y la dilatación. Con frecuencia coexisten ambas alteraciones y no como simple coincidencia sino que por lo general, la dilatación suele ser secundaria o consecuencia de la estenosis circunscrita y localizada inmediatamente debajo del ureter distendido.

La dilatación ureteral, que en su progresión afectará la pelvis, cálices y al propio riñón es secundaria a la obstrucción de la luz ureteral por proceso inflamatorio, neoplasia, cálculo ureteral acantonado, compresión extrínseca, etc: salvo casos excepcionales, el habitual desencadenante de la dilatación ureteropielo-renal es una lesión estenosante, localizada en cualquier punto del conducto ureteral, pero con especial preferencia en el extremo inferior del conducto, o un cálculo ureteral enclavado durante su expulsión.

Cuando las alteraciones del sistema urinario superior desencadenadas por la estenosis son de tal importancia que afectan al individuo y se somete a la atención médica para resolver la enfermedad, la estenosis que pasó desapercibida en su comienzo, queda por lo general relegada a un elemento de pura especulación anatómo-patológica, pues el tratamiento causal ha perdido oportunidad y la complicación atrae la atención clínica: por esta razón tiene especial interés el diagnóstico precoz de las lesiones estenosantes pues su descubrimiento oportuno

lleva de la mano al tratamiento causal, previniendo la repercusión sobre el sistema urinario superior y evitando ulteriores complicaciones que suelen provocar la pérdida del riñón.

El problema de la estenosis del ureter fué debatido en los comienzos del siglo presente cuando Hunner, de Baltimore, en el año 1910 estudió las lesiones estenosantes ureterales de etiología inflamatoria llegando a recopilar entre los clínicos americanos, más de 1.000 observaciones. Es indudable que en aquel momento fué exagerado el número de casos diagnosticados de estenosis, interpretando como a tales, no sólo las estenosis anatómicas de distinta etiología, que dan lugar a alteraciones cuya fenomenología clínica fué interpretada como sintomática de obstrucción estenosante.

Entre las lesiones inflamatorias estenosantes figuran las tuberculosas que, por lo general, no han merecido mayor atención por quedar enmascaradas por la lesión renal; en estas polarizo el presente trabajo especialmente en las circunscritas en el extremo inferior del ureter o sea el ureter pelviano yuxtavesical e intramural; a pesar de la precoz repercusión de esta lesión sobre el sistema urinario superior, la infección tuberculosa renal absorbe la atención del clínico y las lesiones ectásicas pielorenales son confundidas con las específicas, que por su fenomenología plantean el problema clínico de la tuberculosis del riñón que en realidad está favorecida e incluso es un epifenómeno de la estenosis ureteral tuberculosa terminal.

Esta cronología patológica uretero-pielo-renal abre nuevos horizontes terapéuticos con el precoz descubrimiento de la lesión causal, la cual justifica prestemos atención en ella; pero antes juzgo necesaria una breve revisión del estado actual de la tuberculosis urinaria desde el punto de vista terapéutico, con relación a la influencia que esta lesión estenosante pueda tener en la evolución de la tuberculosis renal y las deducciones de orden terapéutico que de ello deriven.

A fines del pasado siglo, Tuffier, apoyado en la creencia generalizada que la tuberculosis renal era secundaria a la infección vesical, consideró que la exéresis del riñón sólo podía practicarse cuando el órgano estuviera totalmente destruido y por tanto su función anulada. Poco después en que las ideas patogénicas de la tuberculosis urinaria sufrieron gran modificación al aceptarse el concepto de infección renal primitiva, Albarrán a comienzos del presente siglo preconizó la nefrectomía precoz justificada por la evolución fatal y progresiva de la tuberculosis localizada en el riñón, creyendo que esta lesión era irreversible e incurable con el tratamiento médico a que se sometían los enfermos. De estas dos opiniones tan contrapuestas prevaleció la segunda, favorecida por la instauración del cateterismo ureteral que permite la obtención de muestras de orina de cada riñón y con ello descubrir precozmente el órgano infectado fundamentado en la bacteria y en la disminución funcional comparativa de entre ambos riñones. Así el dogma de Albarrán "diagnóstico precoz y nefrectomía inmediata", se instauró sin discusión por ninguno de los urólogos a tal punto que en el Primer Congreso Internacional de Urología que tuvo lugar en París en 1908, la nefrectomía precoz para el tratamiento de la tuberculosis urinaria mereció la aprobación general.

Rafin en la Enciclopedia Francesa de Urología, año 1914, afirmó que la muerte de los enfermos de tuberculosis renal ocurre entre 1 y 3 años después del primer síntoma, razón por la cual aconsejó la inmediata extirpación del riñón al descubrir en él la infección tuberculosa; apoyaba este consejo en el riesgo que representa para el organismo la conservación del foco renal, y en

el peligro de infección del uréter, de la vejiga y del riñón opuesto: además al demorar la extirpación del riñón tuberculoso agravaría la infección de vejiga y con ello aumentaría la posibilidad de infección ascendente del riñón restante, complicación mortal.

A tal punto se insistió durante años en la extirpación del riñón tuberculoso que los médicos no vacilaron en aconsejarla sistemáticamente, los cirujanos en practicarla inmediatamente de descubierta la infección en un riñón e incluso los enfermos reclamarla: habiéndose alcanzado según frase de Papin la "Edad de Oro de la nefrectomía". Bastaba descubrir en el sedimento de la orina de un paciente, algunos bacilos de Koch y localizar su origen en uno de los dos riñones para que éste fuera extirpado inmediatamente y si al examinar la pieza sólo se hallaban algunos folículos de Köster, circunscritos en cualquier parte del riñón y el resto del órgano indemne, se consideraba como un éxito clamoroso del diagnóstico precoz y el exacto cumplimiento de la indicación quirúrgica.

Han sido necesarios largos años de observación de los resultados para que este concepto terapéutico fuera sometido a discusión y merece recordarse quien primero planteó el problema y puso en tela de juicio la nefrectomía precoz y sistemática, fué Reynados dos Santos, quien en 1935 en el Congreso de la Asociación Francesa de Urología planteó la restricción de la nefrectomía por tuberculosis, tema que despertó la atención de todos los asistentes e incluso la crítica mordaz de algunos. A partir de entonces el concepto de nefrectomía precoz entró en período de revisión y de restricción al observar la evolución de las lesiones renales. También en los últimos años, nuevas drogas han aumentado las esperanzas en el tratamiento médico y actualmente la nefrectomía constituye un medio más a emplear en el tratamiento de la tuberculosis urinaria, estando indicada en aquellos momentos que la repercusión clínica de la lesión renal o la anulación funcional del riñón justifica su extirpación. Es decir, de nuevo nos aproximamos a las ideas terapéuticas de Tuffier y su época, pero partiendo de diferente punto de vista: la nefrectomía que pareciera ser el fin para la curación de la tuberculosis renal ha pasado a ser un medio más para alcanzar dicho fin.

Hasta recientemente parecía una herejía la extirpación circunscrita de las lesiones cavernosas del riñón y conservar el resto del órgano funcionalmente útil. en la actualidad, incluso con gran sorpresa para quienes en lo posible y de una manera sistemática practicamos la resección parcial del riñón, observamos que a pesar de quedar en la porción del parenquima conservado lesiones tuberculosas perfectamente visibles, éstas regresan, obteniéndose la perfecta curación del resto del riñón que recupera su normal funcionalismo.

Estos hechos han modificado el anterior criterio y cada día debemos ser más expectantes en la práctica de la nefrectomía por tuberculosis: primeramente por la lenta evolución de estas lesiones; también por una realidad que a los antiguos clínicos pasó desapercibida: la frecuente bilateralidad de las lesiones renales; y finalmente con los tratamientos médicos (reposo, sobrealimentación, antibióticos, etc.) actualmente en práctica, la tuberculosis urinaria tiende a modificar dando lugar a diferente evolución anátomo-clínica que debemos tener en cuenta para revisar antiguas ideas y adaptarlas a la realidad de los nuevos hechos.

Por lo general las lesiones tuberculosas del ureter han sido poco menos que menospreciadas: se extirpa el riñón y se abandona "in situ" la porción inferior

del ureter más o menos tuberculizado y en muchos de los enfermos este órgano cura espontáneamente; en otros —felizmente los menos— este trozo de conducto continúa su enfermedad siendo responsable, entre otras secuelas, de la fistulización lumbar y de la persistencia de la infección vesical, que en alguna ocasión obligan a nuevas maniobras operatorias para la curación.

Más de una vez motiva duda y preocupación el abandono de un trozo de ureter tuberculizado en la celda lumbar después de extirpado el riñón: en unos casos este conducto está extraordinariamente dilatado con las paredes delgadas, en otros engrosado y esclerosado, transformado en un cordón; por lo general los pacientes curan las formas esclerosantes, pero en las formas ectásicas no es rara la persistencia de supuración lumbar favorecida por el muñón ureteral. Pero mi sorpresa fué cuando al estudiar sistemáticamente la morfología histológica del ureter de los riñones tuberculosos extirpados pude constatar que en las formas ectásicas con gran dilatación no siempre se observan lesiones tuberculosas activas en la pared del conducto, lo que es regla en las formas fibroproductivas obliterantes. Esta observación histopatológica hizo sospechar que la dilatación uretero-pielo-renal que caracteriza la tuberculosis hidronefrótica era independiente de la infección tuberculosa del riñón, secundaria a una lesión obstaculizante situada en el tramo más inferior del conducto ureteral y la infección renal evolucionaba favorecida por la ectasia más que por su lesión propia.

Mis primeras observaciones de estenosis del ureter yuxtavesical en el riñón único, hicieronme interpretar esta lesión cual una barrera defensiva que dificultaba la propagación ascendente de la infección tuberculosa vesical; entre otras razones, fundamentaba esta interpretación en el hecho que estos pacientes eran más víctimas de insuficiencia renal que de la infección específica; ulteriores observaciones clínicas y urográficas me permitieron constatar la frecuencia de lesiones estenosantes circunscritas en la extremidad inferior del ureter que provocan uretero-pielo-ectasia con escasísimas o nulas modificaciones morfológicas radiológicas tuberculosas en la cavidad pielorenal. Estas observaciones inducen a pensar en la influencia que en la tuberculización del riñón tiene la lesión ureteral estenosante, y partiendo de esta idea el problema que planteaba el riñón único afecto de estenosis terminal tiene otra interpretación que augura posible solución.

En estos casos la corrección de la obstrucción ureteral inferior constituye la solución vital para el paciente; de no resolverse el factor obstructivo la evolución uretero-hidronefrótica de estos riñones conducen inevitablemente a la muerte por insuficiencia renal, con o sin infección.

Hasta la actualidad las directrices terapéuticas aconsejadas en estos casos eran el abocamiento uretero-cutáneo o la transplatación uretero-intestinal para soslayar el obstáculo y corregir la dilatación uretero-piéllica; pues cuantos intentos de dilatación de la estenosis fueron ensayados fracasaron. Resta una tercera y lógica solución: restablecer amplia comunicación uretero-vesical, extirpando la porción estenosada del ureter; solución practicable siempre y cuando la vejiga conserve buen estado anatómico y funcional. Así desaparecido el obstáculo la dilatación pielorenal decrece, mejora la función renal y la micción se conserva perfecta.

La estenosis uretral en el riñón único es bastante frecuente y fácilmente se descubre mediante la exploración urográfica periódica de los enfermos tuberculosos después de la nefrectomía, en los cuales el interés clínico del problema alcanza al máximo.

Parece que el uso de las nuevas drogas antituberculosas favorece la producción de estenosis ureteral. Es indudable que no puede ser un hecho casual el frecuente hallazgo de estas lesiones aunque sea favorecido por la búsqueda sistemática y minuciosa de estenosis del uréter terminal. Probablemente nuevos factores deben influir en ello, Karel Uhlir ha observado el estrechamiento agudo del uréter bajo la influencia de la terapéutica estreptomycinica, relatando dos observaciones clínicas en un trabajo que publicó a final de 1950 en el *Journal d'Urologie*. Según Uhlir la estreptomycinoterapia tiene influencia manifiesta en el estrechamiento del uréter merced al mecanismo fibrosante de curación con selectividad para la porción terminal yuxta-vesical; en estas condiciones y conservando buena función renal se desencadena el cuadro clínico de la hidronefrosis con los correspondientes cólicos nefríticos. Fundado en sus observaciones este autor advierte la fácil producción de la estenosis con la consiguiente hidronefrosis. En los casos que se descubra esta lesión ureteral independientemente de las lesiones del parénquima renal, Uhlir aconseja la nefrectomía preventiva por considerar irreversible y fatal para el riñón la lesión ureteral. Por el riesgo de esta complicación terapéutica el tratamiento debe ser vigilado y cuando radiológicamente se constate una lesión ureteral estenosante desaconseja seguir con la estreptomycinoterapia porque aumentaría la estenosis; advierte además que la trascendencia de esta lesión para el riñón es tal que, independientemente de la lesión tuberculosa, tiende a amenazar la vida del paciente por la influencia directa que tiene sobre el riñón.

Rovsing había señalado el valor de la ureteritis con relación al riñón único, en el 1er. Congreso Internacional de Urología; y posteriormente las lesiones de este conducto fueron estudiadas por Legueu, Papin y Verliach en necropsias de enfermos con lesiones renales unilaterales pero sin valorizar su aspecto clínico.

También Gibson y Migliardi llamaron la atención acerca de la ureteritis tuberculosa, a tal punto que para demorar la evolución progresiva de la distensión uretero-piélica aconsejaron la dilatación progresiva del meato ureteral por vía endoscópica. El primero de los citados autores atendiendo la frecuencia en que esta lesión ureteral se desarrolla en los enfermos nefrectomizados insiste en la vigilancia periódica de los mismos durante los 2 años consecutivos a la nefrectomía, practicando repetidas pielografías descendentes del riñón único. El peligro de la estenosis ureteral es de tal importancia, que Cibert advierte la fatalidad que para el riñón tiene la uretero-hidronefrosis secundaria a lo que él califica "intramuritis tuberculosa" o sea la estenosis del uréter mural. Este autor en su libro "La tuberculosis renal visto desde el ángulo de la terapéutica" destaca el fatal peligro que después de la nefrectomía entraña para el riñón único, la estenosis del uréter terminal y aconseja el trasplante del conducto a la piel o al intestino a fin de recuperar la función renal al desaparecer el obstáculo que dificulta la evacuación del sistema pieloureteral.

De los anteriores comentarios se evidencia la trascendencia que para el riñón tienen las lesiones estenosantes en el uréter: debemos distinguir cuando tal lesión se produce en un enfermo afecto de tuberculosis en uno o en ambos riñones o cuando, en el paciente anteriormente nefrectomizado, la ureteritis estenosante afecta al riñón único. En el primer caso el tratamiento de la estenosis constituye un intento terapéutico conservador para el riñón tuberculoso con marcada distensión mecánica ureteropiélica, es decir con preponderancia de lesiones ectásicas sobre las infecciones. El segundo caso —estenosis del uréter del riñón

único— tiene mayor trascendencia pues plantea un problema vital para el órgano: esta contingencia suele observarse con cierta frecuencia cuando sistemáticamente se controla la evolución en los pacientes nefrectomizados investigando por urografía el estado del riñón único y de sus vías excretoras; el hecho de que esta lesión sea observada con mayor frecuencia está favorecida porque actualmente los operados de nefrectomía son revisado periódicamente durante 2 ó 3 años y acaso influye en el desarrollo de esta lesión los tratamientos actuales que tienden a la hiperplasia conjuntiva como mecanismo anatómico de curación señalado por Uhler.

Veamos ahora de manera esquemática la sintomatología reveladora de esta lesión ureteral, medio para alcanzar el diagnóstico clínico y bases para la indicación terapéutica. Los dos únicos signos clínicos que hacen sospechar la existencia de esnosis ureteral terminal en un tuberculoso urinario son: el cólico nefrítico agudo e intermitente y el dolor renal persistente subagudo; en el primer caso el cuadro clínico se confunde con la litiasis sin expulsión de concreto calculeoso; el segundo suele ser acompañado de temperaturas y disminución o desaparición de la piuria, es confundible con un acceso de retención renal en el curso de cualquier pielonefritis. Estas dos modalidades si bien no son patognomónicas despiertan la sospecha acerca la posible estenosis ureteral terminal en un paciente que se demuestra la especificidad tuberculosa de la infección. Esta forma pseudo-litiásica o hidronefrótica dolorosa producida por la estenosis ureteral, de por sí revela buena actividad funcional renal y por tanto la infección poco intensa, pues de no ser así (buena secreción de orina y sistema muscular pielocalicular bien conservado), la distensión y subsiguiente contracción no tiene lugar y el dolor cólico no es posible.

Confirmada la infección urinaria tuberculosa y sospechada la obstrucción ureteral, la exploración urográfica mediante pielografía descendente podrá informarnos con exactitud, y en caso de duda la pielografía retrógrada pondrá de manifiesto el estrechamiento de la porción yuxta-vesical del uréter con la consiguiente distensión del resto.

Aparte del diagnóstico anatómico de la lesión, la urografía descendente informa acerca del estado funcional y anatómico del riñón, de gran importancia para la indicación terapéutica: por la morfología de las lesiones pielocaliculares dilucidase la preponderancia de las lesiones ectásicas o de las lesiones destructivas y de ello depende la determinación operatoria que además estará condicionada al estado funcional y anatómico de la vejga especialmente en los antiguos nefrectomizados en los cuales las condiciones vesicales (retracción) pueden impedir la reimplantación urétero-vesical.

La exploración cistoscópica, sólo recomendable en pacientes del sexo femenino, aporta escasos elementos para el diagnóstico de la ureteritis estenosante. En las formas de ureteritis fibroesclerosa que produce la retracción del conducto transformándolo en un cordón que acorta el uréter en todos los sentidos y provoca el estiramiento externo del vértice trigonal y desplazamiento en sentido cefálico, da lugar al signo cistoscópico de Fullerton; en la estenosis terminal la distensión ureteral ensancha y alarga el conducto y en este caso el trigono no es estirado en sentido caudal sino que conserva su morfología, el meato suele ser puntiforme, difícilmente cateterizable y con frecuencia puede observarse edema poliposo que enmascara el orificio. Si se consigue cateterizar el uréter con sonda delgada a los pocos centímetros de introducido el catéter suele manar gran canti-

dad de orina retenida y en el riñón único es frecuente que este líquido no presente signos de infección específica.

Establecido el diagnóstico de ureteritis terminal estenosante con buena función secretora del riñón y pocas lesiones en el parénquima estamos autorizados a un intento conservador mediante la ureterectomía con uretero-cistografía, con el fin de restablecer la evacuación pielo-renal.

Resumiendo, la ureterectomía terminal está indicada cuando la función del riñón afectado es buena, las imágenes pielo-caliculars sean de distensión y escasas las lesiones destructivas; no influirá en esta determinación terapéutica ni la piuria, salvo casos extremados, ni la bacteriuria de este riñón.

En los casos de riñón único la resección del extremo estenosado del uréter



FIG. 1. — Pielograma descendente der. previo a la nefrectomía izq. Imagen pielo-renal normal. (H. C. n. 8625).



FIG. 2. — Pielograma descendente der. a los 16 meses de la nefrectomía izq. Dilatación urétero-pielo-calicular sin lesiones destructivas parenquimatosas. (H. C. n. 8625).

es de vital necesidad y la ureterectomía y ureterocistografía estará supeditada a que la vejiga conserve la función, útil al paciente y permita la intervención transvesical.

Las técnicas para el tratamiento quirúrgico de la ureteritis terminal estenosante son dos: la transvesical y la extravesical. Con la primera técnica la lesión estenosante es extirpada y el uréter reimplantado "in situ"; en la segunda la lesión estenosante, es abandonada en la vejiga y el uréter seccionado en la porción distendida es reimplantado en la pared vesical látero-superior.

En el año transcurrido desde la Comunicación presentada a la Sociedad Francesa de Urología (Junio de 1951) en que expuse los resultados obtenidos en cuatro enfermos operados por ureteritis estenosante, actualmente he reunido un total de 17 observaciones de ureteritis estenosante tratadas, más dos casos

operados por mis colaboradores los Dres. Batalla (Obs. 18) y Moyá (Obs. 19); igualmente he observado otros varios casos de estenosis ureteral que no han aceptado el tratamiento quirúrgico o ha pasado la oportunidad del mismo y que aquí no relato.

Entre estos 19 casos el tratamiento quirúrgico era vital en cuatro (obs. 3.6.9.14) pacientes nefrectomizados que la estenosis se desarrollaba en el uréter del riñón único; los restantes eran enfermos con infección renal tuberculosas agravada por la distensión urétero-piélica.

La técnica operatoria seguida en 10 casos fué la transvesical, (obs. 1.2.3.



FIG. 3. — Urétero-cistograma retrógrado. Retracción vesical. dilatación de la uretra posterior; estenosis de extremo yuxta-vesical del uréter derecho y dilatación superior. (H. C. n. 8625)

FIG. 4. — Pielograma a los 7 meses de la nefrectomía. Dilatación urétero-piello-calicular. (H. C. n. 2967).

5.7.8.9.15.16.17); en 5 la vía extra-vesical (obs. 4.12.13.14.18) y en 4 pacientes, se inició la operación transvesical e hizo necesario continuar por vía extravascular (obs. 6.10.11.19) o sea fué una operación mixta: esto fué debido más que a la extensión de la estenosis a la intensa peri-ureteritis que dificultaba movilizar el uréter y atraerlo dentro de la cavidad vesical para la implantación.

En los 10 operados por vía transvesical el curso post-operatorio fué normal en 7 (obs. 1.2.3.7.8.15.16) y presentó complicaciones en 3 (obs. 5.9.17); en uno (obs. 5) al onceavo día de operado tuvo lugar intensa y prolongada hemorragia vesical que obligó a repetidas transfusiones, por tal motivo los coágulos acantonados en la vejiga, produjeron dos crisis de reten-

ción vesical aguda que obligaron a la evacuación de los coágulos por aspiración y a pesar de tal accidente no se produjo la abertura de la sutura vesical hipogástrica; repuesto de este accidente agudo tuvo lugar un cuadro de sepsis con pielonefritis del lado operado que curó recuperándose totalmente el enfermo: como secuela de este accidente post-operatorio se ha producido la exclusión de la caverna del polo superior del riñón presentando actualmente micción normal y orina limpia. El otro enfermo (obs. 9), a los 14 días de operado, se produjo



FIG. 5. — Ureterograma descendente a los 7 años de la nefrectomía. El uréter muy dilatado por estenosis terminal, alcanza el contorno vesical. (H. C. n. 2967).



FIG. 6. — Ureterograma ascendente. Estenosis filiforme yuxta-vesical y dilatación ureteral (H. C. n. 20188: obs. 12).

la completa dehiscencia de la herida hipogástrica lo que dió lugar a la fistulización vesical cuando por segunda intención y cerrando la fístula a los 8 meses de la operación. En el tercer caso (obs. 17) una hemorragia vesical de mediana intensidad seguida de seroma de la pared operatoria hipogástrica, ha obligado prolongar el drenaje vesical uretral a 20 días obteniéndose la completa curación de la herida hipogástrica con micción frecuente e indolora.

Los resultados lejanos obtenidos en los 10 enfermos operados por vía transvesical han sido muy buenos en seis de ellos (obs. 1, 2, 3, 8, 15 y 16) regulares en un caso (obs. 5) y francamente malos en dos casos (obs. 7 y 9) que se han agravado las lesiones renales en uno (obs. 7) y sin mejoría renal en el otro (obs. 9). La observación 17 por ser reciente la operación no puede ser valorada.

En los seis casos clasificados con resultado bueno se ha obtenido perfecta curación sintomática con marcada regresión urográfica de las lesiones renales, lo que se continua en algunos de ellos desde hace más de dos años; en todos estos pacientes, las orinas son estériles y solo algunos presentan discretísima piuria. En un caso (obs. 9) la persistencia de la fístula hipogástrica y la evolución progresiva de la insuficiencia renal, a pesar de haber decrecido en parte la distensión pielo-calicular ha enmascarado el resultado y en otro (obs. 5) si bien se ha producido la curación clínica, ha sido a expensas de la exclusión del polo superior del riñón donde existía una caverna que por la descompresión se ha

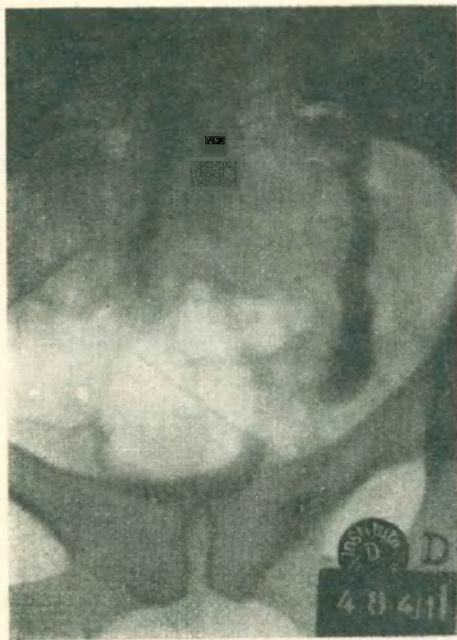


FIG. 7. — Pielograma ascendente. Dilatación ureteral sacciforme separada 15 mm. del contorno vesical por estenosis del uréter yuxta-vesical. (H. C. n. 4841. obs. n. 16).



FIG. 8. — Pielograma descendente, post-miccional. Residuo vesical; dilatación ureteral lanceolada separada 10 mm. del contorno vesical por estenosis del uréter. (H. C. n. 12661).

retraído; la orina de este paciente actualmente es limpia con micropiuria y sin gérmenes.

En los cinco operados por vía extravesical (obs. 4. 12. 13. 14. 18) no tuvo lugar ninguna complicación durante el postoperatorio; en dos de ellos (obs. 13. 14) semanas después de haber sido *alta* de hospitalización, se produjo un flemón por celulitis perivesical que fistulizó a través de la cicatriz operatoria abdominal dando salida a la colección purulenta y a continuación salió pequeña cantidad de orina durante unas semanas; finalmente esta fístula ha cerrado en ambos y la mejoría obtenida en estos dos pacientes ha sido escasa. En los restantes operados por vía extra-vesical (obs. 4. 12. 18) se han obtenido buenos resultados.

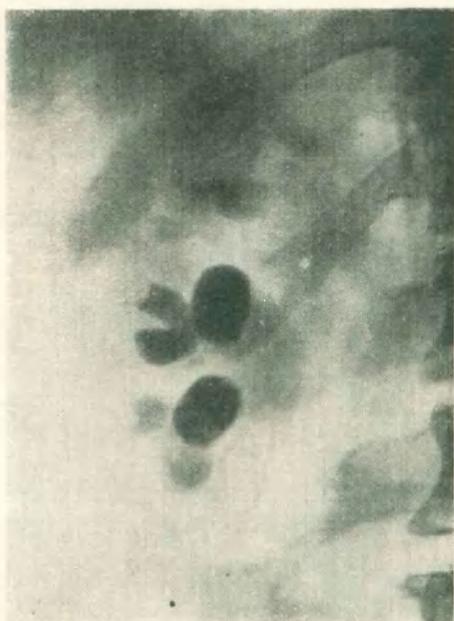


FIG. 9. — Pielograma descendente. Dilatación pielocalicilar (H. C. n. 10722).



FIG. 10. — Ureterograma descendente, posicional. Dilatación ureteral lanceolada yuxta-vesical. (H. C. n. 10722).

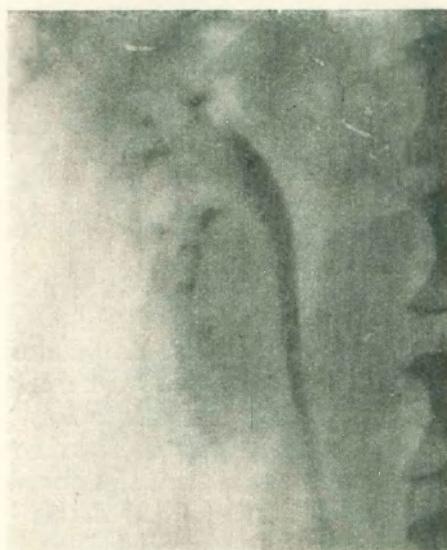


FIG. 11. — Pielograma descendente a los dos meses de la resección transvesical del uréter. Imagen pielocalicilar normal. (Compárese con el pielograma 9). (H. C. n. 10722).

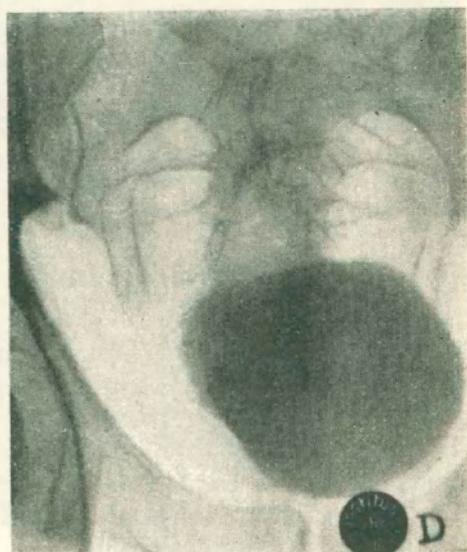


FIG. 12. — Ureterograma descendente a los 65 m. Compárese este uréter casi filiforme con la fig. n. 10 (H. C. n. 10722. Obs. n. 2).

De los cuatro operados (obs. 6 .10 .11 .19) por vía transvesical y extra-vesical simultáneamente, 3 siguieron un curso post-operatorio normal (obs. 10 .11 .19), en el otro caso (obs. 6) intensas hemorragias vesicales durante el post-operatorio colocaron al paciente en grave estado, curando esta complicación y quedando con fístula vésico-cutánea hipogástrica que persiste a pesar de haber transcurido 12 meses de la operación; no obstante esta secuela, se ha producido mejoría del estado general así como de la función de su riñón único, lo que le ha permitido reintegrarse a su trabajo habitual.

Estos han sido los resultados observados con el tratamiento operatorio de



FIG. 13. — Pielograma ascendente der. antes de la nefrectomía izq. Imagen normal: nefroptosis. (H. C. n. 4063; obs. 3).



FIG. 14. — Pielograma descendente der. a los 2 años de la nefrectomía izq. Gran dilatación calicular. (H. C. n. 4063; obs. n. 3).

la ureteritis estenosante terminal. Cuatro de los enfermos estudiados (obs. 3 .6 .9 .14) que habían sido nefrectomizados, la ureterectomía del riñón único era de necesidad. Los restantes enfermos presentaban lesiones más o menos activas en el riñón con preponderancia clínica y morfológica de ectasia ureteropielica, conservando todos buena función secretora renal; en algunos de estos pacientes la ureterectomía estaba justificada por la bilateralidad de las lesiones renales, y en otros por las crisis agudas de cólico renal; en todos ellos la extirpación de la porción estenosada del uréter constituyó un ensayo terapéutico conservador para el riñón. Como he señalado, en 8 pacientes (1 .2 .3 .8 .12 .15 .16 .18) ha sido obtenida la curación clínica, desapareciendo la bacteria con regresión de los signos urográficos y en algunos de ellos absoluta desaparición de la piuria. En otros pacientes (4 .5 .10 .11 .13 .19), si bien han cesado algunos de los síntomas (crisis de cólico néfrico, fístula lumbar, etc.),

persisten, aunque mejorados, síntomas vesicales funcionales y piuria: en dos (4, 7) ha reaparecido el dolor renal por retención a los 7-8 meses después de



FIG. 15. — Ureterograma ascendente der. a los 2 años de la nefrectomía izq. Estenosis del uréter yuxta-vesical y distensión uréteropélica. (H. C. n. 4063; obs. 3).



FIG. 16. — Pared vesical peri-ureteral y uréter estenosado correspondiente a la fig. n. 15. (H. C. n. 4063; obs. 3).

la resección del uréter, y en uno de éstos (obs. 7) se ha planteado la necesidad de extirpar el riñón del uréter resecaado. Finalmente en 4 pacientes (obs. 6, 7, 9, 14) no se ha obtenido ningún resultado útil con la resección del uréter.

Resta comentar el resultado de la observación 17 que por ser reciente la fecha de la operación no se puede juzgar sus resultados.

También merece señalarse la falta de paridad entre los resultados inmediatos



FIG. 17. — Pielograma descendente a los 12 meses de la resección del uréter terminal; comparen la retracción de la cavidad calicular con relación al pielograma de la fig. n. 14. (H. C. n. 4063; obs. 3).



FIG. 18. — Uréter pelviano estenosado extirpado por vía extravesical. (H. C. n. 11842; obs. n. 8).

post-operatorios y los lejanos, con la cantidad de estreptomycin utilizada tanto antes como después de ser operados.

La valoración clínica de la ureteritis estenosante terminal y su influencia en



FIG. 19. — Pielograma descendente. Dilatación pielo-calicular y ureteral (H. C. n. 11842; obs. n. 8).



FIG. 20. — Ureterograma descendente post-miccional. Dilatación ureteral por estenosis yuxta-vesical. (H. C. n. 11842; obs. n. 8).

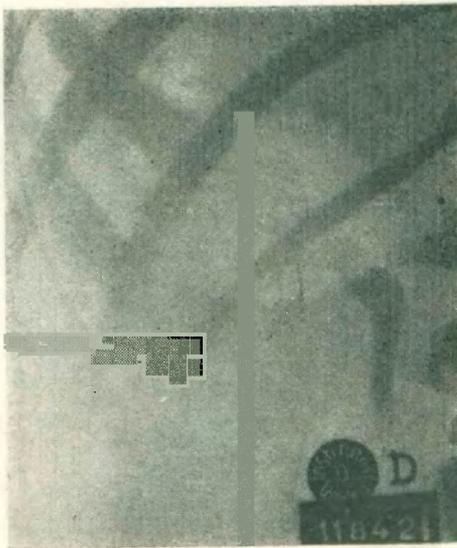


FIG. 21. — Pielograma descendente al mes de la ureterectomía transversal. Disminución de la dilatación pielo-calicular. (H. C. n. 11842; obs. n. 8).

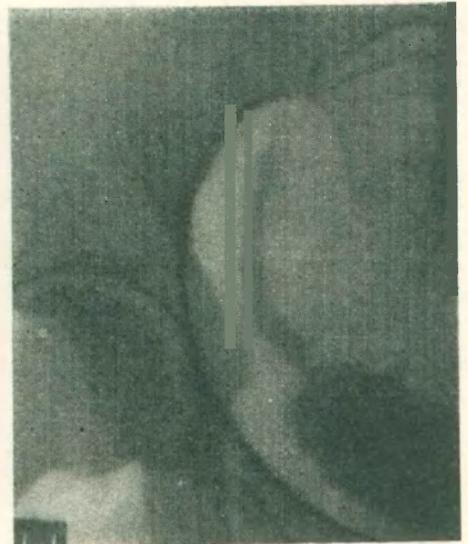


FIG. 22. — Ureterograma descendente. Normalización del calibre del uréter; desplazamiento del contorno vesical por acortamiento del uréter; compárese con la fig. n. 20. (H. C. n. 11842; obs. n. 8).

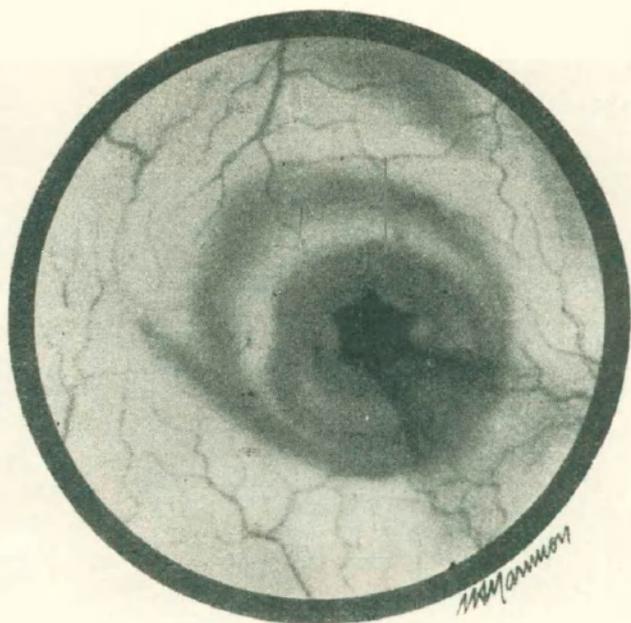


FIG. 23. — Imagen cistoscópica del nuevo meato ureteral. Cromoscopia a lcs 10 m. (H. C. n. 11842: obs. n. 8).



FIG. 24. — Pielograma descendente. Dilatación pielo-ureteral por estenosis del uréter terminal. (H. C. n. 20711; obs. 15)



FIG. 25. — Pielograma descendente al mes d la resección extravesical del uréter. Disminución de la cavidad pielo-ureteral. (H. C. n. 20711; obs. n. 15).

el curso de la tuberculosis renal, así como el ensayo terapéutico expuesto, están sujetos a observación y futura revisión. En la tuberculosis renal con crisis dolorosa por retención la extirpación de la lesión ureteral causal del síntoma doloroso está indicada y constituye un paso importante en la terapéutica conservadora de la tuberculosis urinaria y por los resultados expuestos, bien merece ser tomada en cuenta; pero en pacientes anteriormente nefrectomizados, en que se observe la estenosis del uréter terminal del riñón único, por su fatal repercusión sobre este órgano, el tratamiento es de necesidad, todo lo cual justifica las ideas expuestas y que quien las leyere juzgará el interés del problema aquí planteado.