

SOBRE TRES CASOS DE URETERITIS TERMINAL TUBERCULOSA

Por el Dr. RICARDO BERNARDI

En la reunión anterior presentamos un caso excepcional de estenosis tuberculosa doble en un riñón restante, que terminó con una nefrostomía definitiva, y hoy nos ocuparemos de tres observaciones similares que tuvimos oportunidad de estudiar en nuestra práctica urológica.

La primera corresponde a un nefrectomizado hace más de 16 años (8-XI-44) por el que habla, habiendo sido sometido a distintos tratamientos e intervenciones para curar una cistitis residual muy rebelde, enfermo que comparto en la actualidad con mi distinguido amigo el Dr. Gustavo Alsina y que presenta una enorme uretero-uronefrosis izquierda. Como antecedente muy ilustrativo a propósito de la "ureteritis terminal" que presenta, debemos referir que hace 10 años, aproximadamente, concurrió al Servicio del Hospital Pedro Fiorito con una crisis de pielonefritis izquierda, caracterizada por intenso dolor lumbar y alta temperatura, que cedieron a raíz de la electrocoagulación endoscópica del meato ureteral y la colocación de una sonda ureteral permanente por 8 días.

El segundo nefro-ureterectomizado por una tuberculosis úlcero-caseosa hace casi 9 años (3-X-1944 - Hist. N° 212), presentaba en el momento de la intervención una intensa cistitis con una dilatación uretero-piélica que mejoró posteriormente, como ustedes verán, y cuya reaparición comprobamos sorpresivamente a raíz de un estudio clínico-urográfico y bacteriológico que estamos realizando en todos nuestros operados por tuberculosis renal o genital. La investigación del bacilo de Koch realizada por el Instituto Malbrán el año pasado, vale decir, 8 años después de la intervención, *fué positiva* en el sedimento urinario, hallándose el enfermo sometido desde entonces a un tratamiento médico deficiente por desidia del propio paciente.

Las urografías, como los colegas pueden observar, muestran una abolición funcional izquierda (lado enfermo) con una uretero-uronefrosis derecha por "ureteritis terminal" que después de haber mejorado como resultado de la intervención (nefro-ureterectomía por doble incisión lumbar e hipogástrica - Judd), recrudesció según el último examen practicado.

A pesar de esta grave lesión de su "riñón restante", no hemos podido todavía convencer al enfermo de la necesidad imperiosa de una segunda intervención.

En cuanto al tercero, una mujer, es la única paciente a quien pudimos solucionar en forma bastante satisfactoria la ureteritis terminal en el "riñón restante", después de una nefrectomía practicada dos años antes.

Se trata de una enferma de 42 años, que fuera nefrectomizada hace ocho años por una tuberculosis úlcero-caseosa derecha acompañada de una intensa cistitis.

A raíz de la intervención, mejoró ligeramente su inflamación vesical, para recrudecer tiempo después con dolor lumbar intenso.

Los múltiples tratamientos no consiguieron mejorar su cistitis y la nefralgia izquierda, sospechándose una tuberculosis en el "riñón restante".

En esa oportunidad, la examinamos y de acuerdo con la modesta experiencia anterior, consideramos que se trataba exclusivamente de un síndrome doloroso por obstrucción ureteral izquierda. Le practicamos una reacción endoscópica del meato ureteral que por brusca caída de la escara, produjo una ruptura extraperitoneal de la vejiga a las 24 horas, que nos obligó a intervenirla de urgencia; quedó luego una pequeña fístula hipogástrica post-operatoria, que después de algunas alternativas cicatrizó.

La enferma, a los siete años de aquella intervención, no acusa ninguna molestia lumbar izquierda, presentando una discreta cistitis que no trata en la forma debida por razones especiales.

La exhibición de radiografías bien documentadas de estos tres enfermos, mostrará claramente el aspecto morfológico de la ureteritis terminal y la evolución seguida con la tercera enferma.

Para finalizar, diremos que la ureteritis terminal en el riñón tuberculoso, y muy especialmente en el "riñón restante", debe ser investigada y tratada con los numerosos medios de que disponemos en la actualidad, con el objeto de realizar una terapéutica eminentemente conservadora en el riñón específicamente lesionado y salvar la vida en el paciente con un "riñón restante" obstruido por una afección en la que el bacilo de Koch poco o nada tiene que hacer.

Debemos agregar que en un próximo artículo a publicarse en "El Día Médico" con el título de "Ureteritis terminal tuberculosa. - Su importancia en el porvenir del riñón restante", nos ocuparemos extensamente de este interesante tema.

BIBLIOGRAFIA

- Bernardi R.* (Soc. Argentina de Urol. junio 1953); *Cibert J., Couloval L.* (J. d'U - Vol. 67 - 599); *Cibert J.* (J. d'U - Vol. 58 - 40); *Cibert J., Cavaillher H., Durand L., Dubois J.* (J. d'U - Vol. 58 - 871); *Couvelaire R., Marker E., Debray J., Cros-Decam A.* (J. d'U - Vol. 58 - 612); *de la Peña E.* (J. of U. - Vol. 67 - 599); *Dor A.* (J. d'U - Vol. 56 - 605); *Fey-Quenna* (J. d'U - Vol. 58 - 492); *Kuss R.* (J. d'U - Vol. 58 - 886); *Mayor G.* (J. d'U - Vol. 54 - 513); *Moonen (S. and O.)* - Vol. 91 - 378); *Motta Pacheco A.* (The Urol. and Cut. - 1950 - 475); *Motta Pacheco A.* (Anales 1er. Congreso Chileno de Urología - pág. 1001); *Muret P.* (The Urol. and Cut. - 1949 - 110); *Oppenheimer G., Narins L.* (The J. of U. - Vol. 67 - 476); *Pazos Vélez J.* (Anales 1er. Congreso Chileno de Urología - pág. 1191); *Puigvert Gorro A.* (Archivos Españoles de Urología - T. VII - Nº 3); *Uhl K.* (J. d'U - Vol. 56 - 685); *Vita J. M. J.* (Int. A. of Surg. - Vol. 83 - 271).