

## NEFRECTOMIA PARCIAL EN TUBERCULOSIS

(Informe sobre dos casos)

---

Por los Dres. JUAN A. MOCELLINI ITURRALDE y  
FRANCISCO M. ALVARINHAS

La indicación de la nefrectomía parcial en la tuberculosis, resta mucho de ser frecuente en nuestro medio. Varias circunstancias se suman y malogran la oportunidad de efectuar la indicación; no es ajena la poca difusión que se le brinda.

Su indicación más precisa está dada por la presencia de lesiones T. B. K. localizadas y la posibilidad de conservar el resto del órgano sano, respetando su vascularización y vías excretoras.

Deberá ser precedida por un tratamiento médico adecuado, con objeto de estabilizar y esterilizar las lesiones desde el punto de vista bacteriológico. Objetivo ideal no siempre logrado. Aún así, no se contraindica la intervención conservadora.

En caso de lesiones bacilíferas, se plantean dos alternativas: Bacilos sensibles a los antibióticos y no sensibles al tratamiento médico. En la primera de estas situaciones, la más favorable, la indicación de nefrectomía parcial goza de las mayores garantías; la segunda, hasta cierto punto puede considerarse como complicación, y deberse a la fuente de origen de bacilos ya existentes, o ser adquirida por la prolongación en demasía del tratamiento médico. aún el bien llevado, obligará, en caso de indicarse la cirugía conservadora, a extremar las precauciones y cuidados post-operatorios. Se plantearán simultáneamente complejos problemas médicos con la administración de los bacteostáticos.

Por lo tanto es procedente llegar a la nefrectomía parcial, como cirugía de excreción y conservadora, antes que la resistencia bacilar se haga presente.

La ejecución de la nefrectomía parcial en el momento oportuno evitará así como el compromiso del resto del órgano, la resistencia bacilar. Brindará al paciente la seguridad que significa una masa de parénquima funcional suficiente para la sobrevivencia, si se plantea la necesidad de excreción del riñón opuesto. No debe olvidarse que la T. B. K. urinaria es bilateral en un alto porcentaje de casos.

*Historia Clínica Nº 11.991.* — Mujer de 27 años, argentina.

En el año 1960 es vista en el Servicio del profesor Dr. N. Quirno, diagnosticándosele T.B.K. urinaria con papilitis específica del cáliz superior izquierdo. Es tratada con antibióticos y bacteriostáticos y se la controla un año después, encontrándose una caverna de polo superior, de regular tamaño.

La sintomatología de la enferma consistía en dolor lumbar izquierdo, febrícula y pielocistitis. Se le mantiene la medicación en forma ambulatoria.

Nuevo control al segundo año (1962): la enferma continúa abacilar, con igual sintomatología. El control radiográfico muestra sensible aumento del tamaño de la caverna y se le propone la nefrectomía parcial.

Operación: 10-4-62.

Cirujano: Dr. J. A. Morcellini Iturralde.

Ayudantes: Dres. F. M. Alvarinhas y R. Rubí.

Anestesia general. Dr. Kleiman.

Transfusión operatoria: 500 cc.

Incisión: Lumbotomía con resección de duodécima costilla izquierda. Disección de los elementos vasculares del pedículo renal. Ligadura de los vasos que se dirigen al polo superior. Nefrectomía polar superior, previa descapsulación. Hemostasia complementaria, plástica con músculo y reposición de las valvas capsulares. Cierre de pared con drenaje.

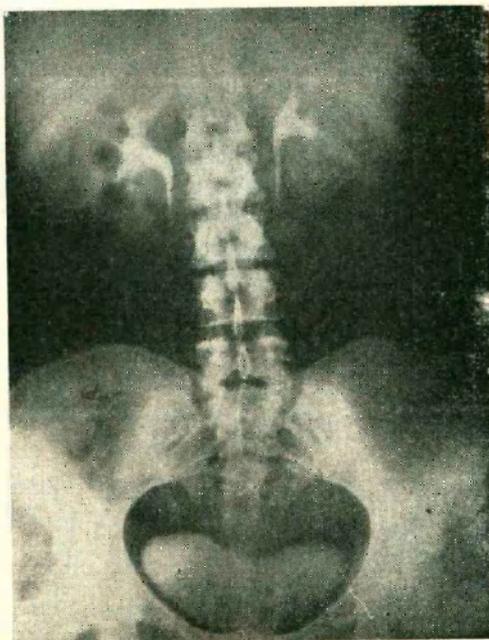
Post-operatorio bueno, sin alternativas. Alta a los 20 días.

El control radiográfico post-operatorio (30 días) muestra la buena función del heminefrón conservado.

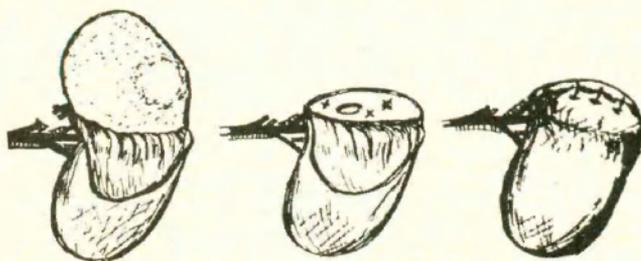
Actualmente la enferma se encuentra asintomática.

Estudio bacterioscópico de la lesión cavernosa: negativo.

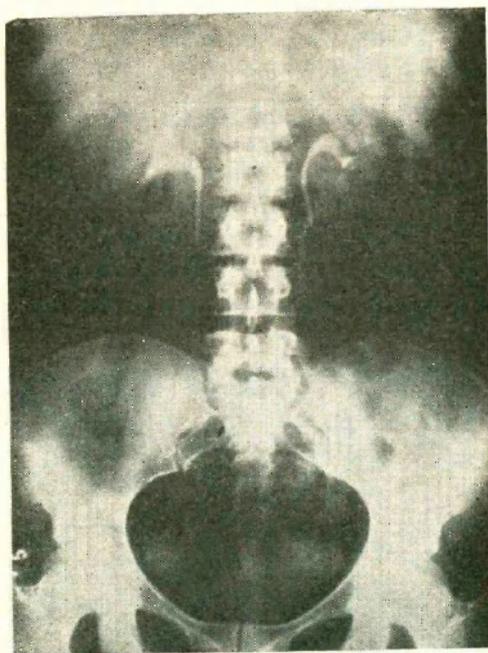
Informe anatomopatológico de la pieza operatoria: Heminefrectomía de 70 x 45 x 16 mm. Pálido, de cortical conservada, mostrando en su polo una zona de paredes propias, de tejido blanquecino. Caverna T.B.C.



A.P. Historia Clínica Nº 11.991. — Radiografía preoperatoria (1962). Caverna de polo superior izquierdo.



D.G. Historia Clínica Nº 12.039. — Técnica empleada en la Nefrectomía parcial.



A.P. Historia Clínica Nº 11.991. — Radiografía post-operatoria. Urograma excretor mostrando la buena función del hemi-rinón conservado.

*D.N.S. Historia Clínica Nº 11.804.* — Sala VI, Hospital J. A. Fernández. 59 años, arg., casado.

*Enfermedad actual:* Su enfermedad actual comienza en el año 1956, con hematuria y dolor lumbar derecho. Esta sintomatología, con intermitencias se prolonga por espacio de un año. Es internado en Santiago del Estero, donde se le practica apendicectomía. Un urograma obtenido en dicha oportunidad mostró "uronefrosis derecha y exclusión radiológica del riñón izquierdo".

Posteriormente su sintomatología se acentúa con dolor gravativo de ambas regiones lumbares y micciones frecuentes (cada 15 ó 20 minutos), dolorosas, con orina hematópiurica.

*Estado actual:* Enfermo en regular estado de nutrición, pálido y afebril.

Aparato respiratorio: sin particularidades. No se demuestra proceso T.B.K. en actividad.

Aparato cardio-vascular: sin particularidades. Normotenso 135/70.

Abdomen: blando, depresible, indoloro a la palpación superficial. La palpación profunda despierta dolor en región lumbar derecha y flanco. Puño percusión positiva en el lado derecho.

Orinas: limpias. Uretra: libre. Residuo: 0. Capacidad vesical: 90 cc.

Tacto sin particularidades.

Radiografías: exclusión renal. Caverna polar superior derecha.

Pequeña vejiga. Estenosis uréter inferior.

9/9/61: *Citoscopia*. Orinas: 1. Capacidad: 120 cc. Cuello sin particularidades. Meoto derecho sin anomalía; izquierdo, no identificable; toda la región con exulceraciones congestivas que se extienden a trigono y parte de pared vesical. No se pudo efectuar el cateterismo izquierdo.

19/9/61: *Operación*. Anestesia general. Lumbotomía izquierda. Dres Alvarinhas, Mocellini y Serra.

19/9/61: *Ureterostomía cutánea derecha*. Dres. Mocellini, Alvarinhas y Serra.

23/1/62: *Operación*. Dres. Mocellini, Alvarinhas y Serra. Anestesia general.

Incisión toracoabdominal de Fey. Se aborda la glándula, aumentada de tamaño y con una formación aparentemente quística en su polo superior, del tamaño de una naranja. Punción y aspiración del contenido de la misma. Líquido claro y límpido, color citrino, que se recoge en forma aséptica para su estudio químico bacteriológico y citológico.

Se reseca la formación sin hemostasia previa de los vasos del pedículo renal, controlándose la misma por sutura de los bordes de la zona de resección. Se coloca grasa en la zona cruenta y se aproximan ambas valvas renales con puntos de catgut simple en aguja atraumática.

Cierre de pared con planos, con drenaje lumbar.

Transfusión operatoria: 1.000.

Post-operatorio: bueno, sin complicaciones.

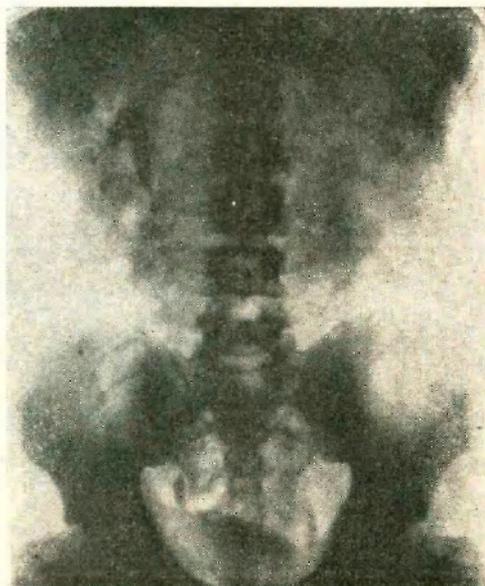
En el post-operatorio alejado se obtienen los controles radiográficos para mostrar la función renal y su morfología luego de la resección parcial, y atento a la nueva operación proyectada en el enfermo: ileocistoplastia de ampliación y reemplazo que se efectuará seis meses después.

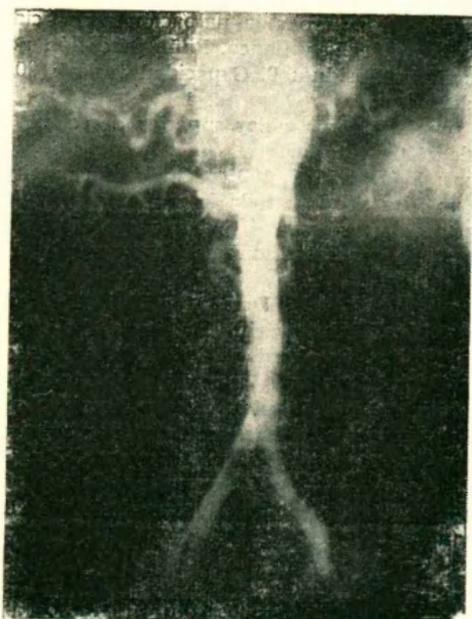
26/7/62: *Operación*. Dres. Alvarinhas, Mocellini y Garzón. Ureteroileocistoplastia.

El informe del líquido de punción-aspiración intraoperatoria del quiste renal fue: Rivalta: negativo. Proteínas: 9,50 gr.  $\frac{100}{100}$ . Abundantes hemáticos, algunos leucocitos, escasas células epiteliales de morfología normal.

El informe anatomopatológico de la pieza reseçada (inf. 50.415, Dr. M. Rapoport): Pielonefritis crónica con lesiones inflamatorias residuales compatibles con una posible tuberculosis

N.S. Historia Clínica Nº 11.804. — Radiografía preoperatoria, correspondiente al año 1957, comienzo de su enfermedad. Ausencia de imagen renal izquierda. Amputación del grupo calicular superior. Uremitis terminal.





N.S. Historia Clínica Nº 11.804. — Arteriografía obtenida por el Método de Seldinger. Arteriograma renal derecho. Ausencia de arteriograma renal izquierdo.



N.S. Historia Clínica Nº 11.804. — Radiografía preoperatoria a la ileocistoplastia. Urograma excretor. El medio de contraste se elimina por la sonda de la ureterostomía cutánea derivativa.

DISCUSION

*Dr. Casal:* El primer caso que muestran es una indicación precisa de la nefrectomía segmentaria por tuberculosis.

Felicito a los autores por el éxito alcanzado y la indicación aconsejada.

---