

## SOBRE UN CASO EXTREMO DE TUBERCULOSIS URINARIA. URETEROILEOCISTOPLASTIA

Por los Dres. RODOLFO I. MATHIS y JUAN MARIANO FAZIO

Motiva esta presentación un interesante caso de Tuberculosis urinaria que pese a lo avanzado de sus lesiones destructivas ha podido ser llevado a un estado realmente muy satisfactorio merced a la cirugía actual.

Se trata de A. R., de 35 años, argentino, soltero.

Entre los antecedentes personales refiere que fue atendido en el Hospital Santojanni por Tuberculosis pulmonar derecha.

En 1955, después de año y medio de trastornos vesicales y dolores suprapúbico y en fosa lumbar derecha, consulta al Servicio de Urología del Hospital Alvear, donde se interna y se comprueba presencia de Bacilo de Koch en la orina, anulación funcional del riñón derecho y riñón izquierdo con sus cálices dilatados y el uréter del calibre de un dedo índice en toda su longitud.

El examen endoscópico revela mucosa vesical congestiva y despulida con edema que engloba ambos meatos ureterales, siendo imposible el cateterismo.

Se indica tratamiento específico en forma ambulatoria, con buen resultado. El enfermo, sintiéndose mejor, continúa el tratamiento durante un año y no concurre a la citación médica.

Nosotros vemos por primera vez al paciente en enero de 1962.

Refiere que no orina desde hace 36 horas, presentando dolor espontáneo en la fosa lumbar izquierda.

El estado actual revela un joven en deficiente estado de nutrición. Lengua seca. Azohemia 1,75 g. por mil. A la cistoscopia la vejiga es de escasa capacidad, gran congestión y edema con ulceraciones y zonas proliferativas. Cateterismo imposible de realizar. Se decide efectuar derivación alta de la orina. Se encuentra un riñón grande, de buen parénquima y con el sistema excretor en retención. Nefrostomía indirecta izquierda.

Al mes se realiza una pielografía anterógrada por el tubo de nefrostomía (Fig. 1). Se ve estrechez filiforme de todo el uréter ileopélvico; dilatación suprayacente con gran rigidez de sus paredes y ectasia calicial.

El estado general del paciente se recupera a expensas de su nefrostomía y se consigue una función renal aceptable. No hay eliminación de orina por las vías naturales.

Un mes después se realiza cistoscopia de control para observar el resultado del tratamiento instituido. Pese a la cautela y suavidad en la maniobra se perfora la vejiga, por lo que se explora quirúrgicamente, encontrándose pus cremoso en la cavidad peritoneal y la vejiga de paredes sumamente friables. Se sutura la perforación y se drena el Douglas.

Tres meses después una uretrocistografía (Fig. 2), muestra una uretra sana y de buen

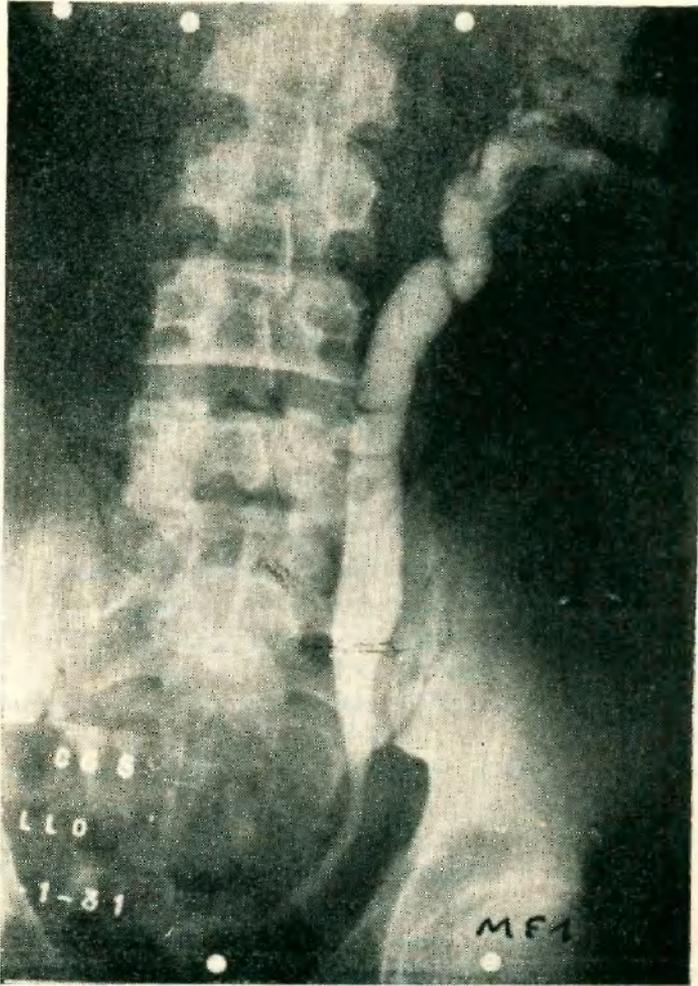


Figura 1

calibre, estando la vejiga representada por una pequeñísima cavidad de dos centímetros de diámetro.

Se decide efectuar el recambio de la vejiga y del uréter ileopélvico por un injerto ileal. La intervención se realiza con éxito en noviembre de 1962.

En la operación se encuentra en la zona vesical una intensa esclerolipomatosis que incluye la vejiga, reducida a una cavidad en la que apenas se insinúa el pulpejo del dedo índice. Se resecan los tejidos enfermos dejando solamente la zona cervical. Se aísla un segmento ileal de 30 centímetros que se anastomosa en forma término lateral con el uréter izquierdo dejando tubos de polystan y en forma látero terminal con el muñón cervical. Sonda Pezzer por uretra,

Informe anatomopatológico de la pared vesical (Dr. Polak):

Tejido conjuntivo adiposo con fenómenos inflamatorios de tipo reaccional. En este tejido van incluidas glándulas de tipo prostático.

A los seis meses de la intervención el postoperatorio se vio complicado por estrechez de la unión uréteroileal, que fuera necesario tratarla incindiéndola en forma longitudinal y cerrándola en forma transversal.

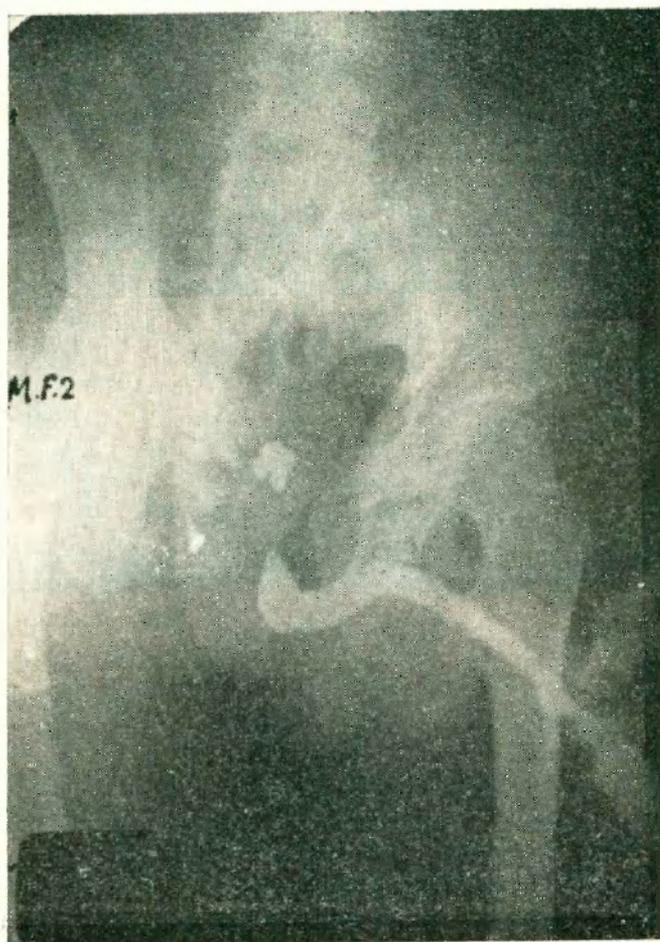


Figura 2

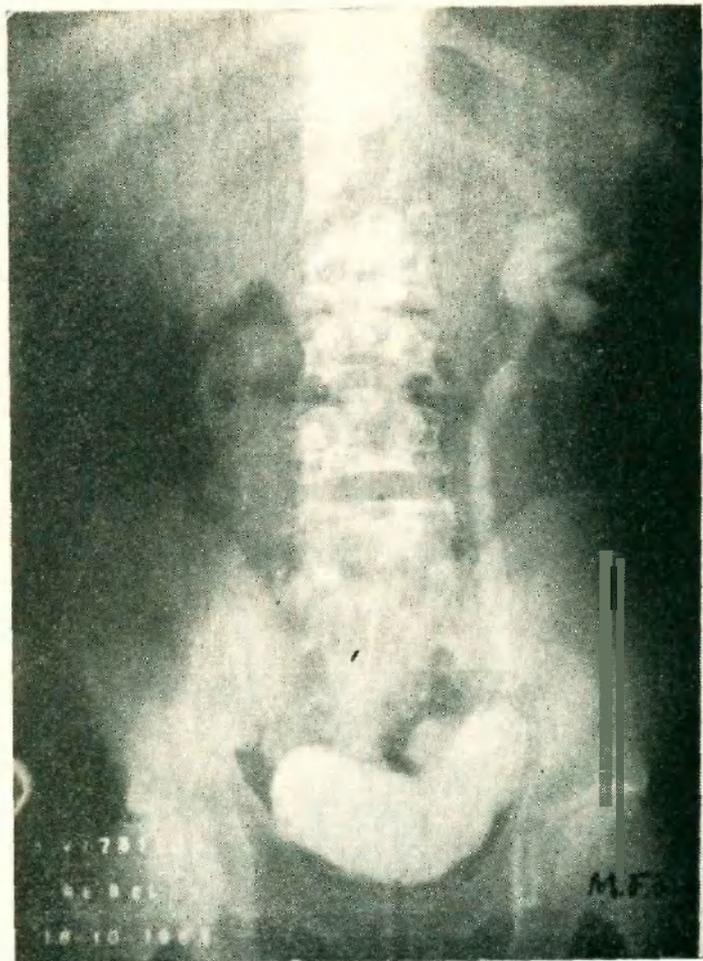


Figura 3

Posteriormente un cálculo migrado del cáliz inferior produce una obstrucción ureteral, por lo que nos vemos precisados a una nueva intervención en la que se extrae el cálculo a través de ureterotomía económica.

En julio del año pasado se retira definitivamente la sonda nefrostómica previa comprobación del buen pasaje uréteroileal y la ausencia de residuo piélico.

La evolución ulterior, que se mantiene hasta la actualidad, revela micciones de 150 a 200 c.c., de orinas claras. La cistografía retrógrada muestra un reflujo vésicorrenal (Fig. 3), pese al cual no hay dolor lumbar ni episodios de infección urinaria. La cistografía post-miccional muestra un vaciamiento satisfactorio con un residuo de 30 c.c. (Fig. 4).

La azohemia se mantiene en 0,30 g. por mil y la prueba de la sulfofenolftaleína arroja un 30 % en una hora. La presión arterial se encuentra dentro de los límites normales.

Hace seis meses, debido a una reactivación de su Tuberculosis pulmonar el enfermo debió ser trasladado al Hospital Santojanni para su correcta atención y se encuentra actualmente totalmente restablecido.

Controlamos su estado urinario en forma periódica, no habiendo tenido hasta el momento ningún trastorno, funcionando la vejiga ileal a entera satisfacción.

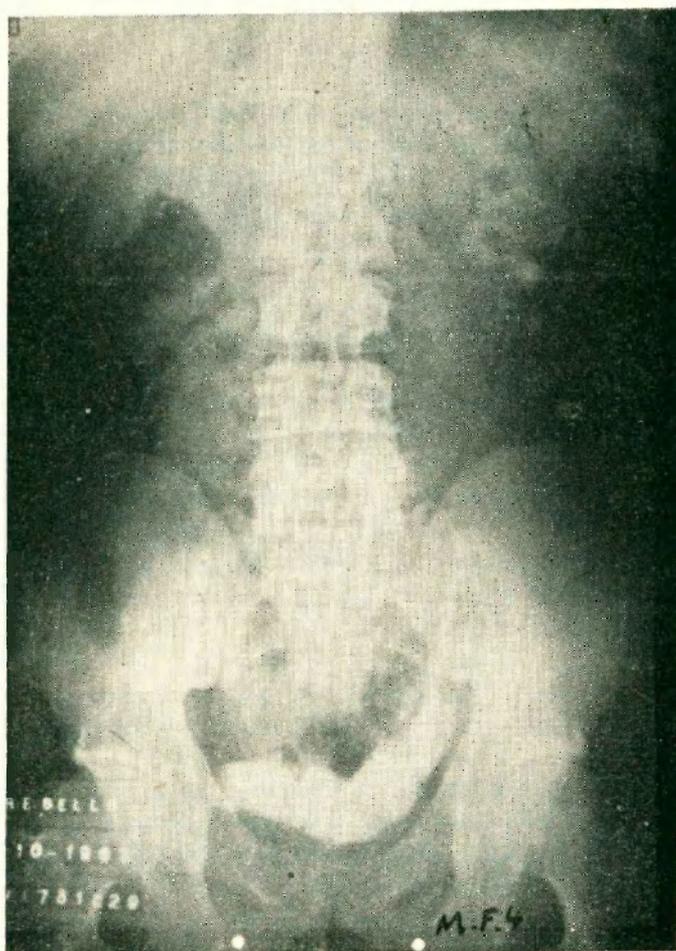


Figura 4

#### DISCUSION

*Dr. Bernardi:* Desco felicitar a los relatores por el interesante trabajo presentado y la manera en que han sabido soslayar la situación de este paciente.

*Dr. Guzmán:* Quisiera preguntar al doctor Fazio qué tipo de anastomosis se realizó y si se investigó la presencia de reflujo en el postoperatorio.

*Dr. Fazio:* En primer término, quiero agradecer las amables palabras del doctor Bernardi. Al doctor Guzmán le diré que la anastomosis que se hizo terminal del uréter con lateral del intestino, pero fuera de la zona del cierre.

Además, el tutor que se dejó, que fue una guía, se sacó por la pared anterior del ileon, no a través de la uretra. Esa sonda tutor se dejó por espacio de 20 días. Luego se retiró y no se investigó de inmediato la existencia de reflujo. La anastomosis se hizo en un plano, a puntos separados de catgut.

*Dr. Guzmán:* ¿Se fijó el ansa a la pared o había un trayecto intraperitoneal o extraperitoneal? ¿El tutor fue retirado directamente?

*Dr. Fazio:* Sí, doctor, fue retirado directamente por el peritoneo a fosa ilíaca izquierda.