

porque se consigue el mismo efecto terapéutico en el mismo tiempo y a un costo menor.

4. Facilidad de aplicación que permite contar con la colaboración del paciente.
5. Franca y rápida mejoría del trofismo de los tejidos de la lesión y zonas adyacentes.
6. Claro efecto antimicótico.

En todos los casos de balanopostitis y dermatitis abdominal se produjo franca mejoría o curación, evidente mejoría del trofismo de una incisión quirúrgica perineal dehiscente e hipotrófica, en una escara sacra se observó mejoría del trofismo con evidente granulación y disminución del tamaño. También se observó la curación de un proceso micótico en la piel de la cara interna del muslo de un incontinente que presentaba además balanopostitis.

Por los resultados expuestos creemos que las curas "secas" con el producto estudiado <sup>1</sup> son útiles en la práctica urológica diaria para el manejo de los procesos dermatológicos derivados de la patología urológica aquí descripta.

## RESUMEN

Se pasa revista a la franca curación y/o mejoría de lesiones comunes en la práctica urológica, tales como balanopostitis, dermatitis abdominal, incisiones quirúrgicas perineales dehiscentes e hipotróficas, escaras, sacras, lesiones tróficas por orinales de incontinencia, ureterostomías, etc., obtenida con un polvo medicamentoso a base de hidropetrocresofenes. La regresión de las lesiones se acompañó asimismo de disminución del edema, de los fenómenos inflamatorios muy marcados en la balanopostitis de los incontinentes y en las dermatitis abdominales adyacentes a fistulas suprapúbicas permeables.

Creemos que el compuesto cuya evaluación clínica presentamos es útil en la práctica urológica.

Hospital Salaberry  
Servicio de Urología

XI Congreso Argentino de Urología  
Rev. Arg. Urol. Nefrol. Tomo 40, Año 1971

## RESOLUCION QUIRURGICA COMO UNICA TERAPEUTICA EN DOS CASOS PATOLOGICOS SECUELA DE T.B.C. UROGENITAL

Por los Dres MARTIN MENDOZA, JOSE LO MORO, RICARDO NOVOA y  
EMILIO POBLET

Sabemos bien que la T.B.C. renal siempre es secundaria a toda primoinfección pulmonar. Una vez instalada en el mismo, y no detectada a tiempo siguiendo el curso evolutivo fisiopatológico acarreará serias consecuencias, no sólo orgánicamente sino que cuando la patología se extienda a todo el trayecto excretorio o parte del árbol urogenital comprometerá como en los dos casos que aportamos a vuestra consideración: la *función renal excretora*.

Cibert manifestó que es un proceso semitardío, pero con graves secuelas no tratadas. Según Levati en un relato en el X Cong. Arg. de Urol. recuerda que según Küster y Shapira la T.B.C. renal se instala en 3 % con relación a la T.B.C. pulmonar.

Puigvert nos ha transmitido su vasta experiencia en las secuelas cicatrizales instaladas en el uréter, que son inmodificables por la acción farmacológica, dejando una fibrosis que ocasionará la obstrucción y obligará a la cirugía reparadora, o a la extirpación del riñón tuberculoso cuando fracase la terapéutica farmacológica y las plásticas reparadoras quirúrgicas.

*Caso 1:* A. D., 35 años. Caso particular. 15/5/1968.

*Antecedentes personales:* Manifiesta la paciente que a los 5 años padeció de una afección pulmonar, llevándole largo tiempo en curarse. A los 20 años es asistida nuevamente por una osteomielitis de tibia de pierna derecha. operada, cura nuevamente.

*Enfermedad actual:* Hace 6 meses consulta una colega por trastornos urogenitales; leucorrea, ardor a la micción, polaquiuria. Esta la trata sintomatológicamente mejorando 2 meses. Vuelve a consultar por los mismos síntomas, pero mucho más intensos agregándose: polaquiuria nocturna que la obliga a realizar su micción cada hora.

Tratada mejora en parte, pero bruscamente una noche es asistida por un cólico renal derecho y hematuria total. Sale de este cuadro y se le realiza un estudio urográfico. Con él es enviada a nosotros en calidad de consulta.

La imagen patológica que mostraba la pielografía era: dilatación ureteropielocalicilial y uronefrosis derecha (cáliz superior apollado). Se completa su estudio con: cistoscopia, pielografía ascendente y análisis rutinarios de sangre y orina.

*Cistoscopia:* Orina turbia, capacidad débilmente disminuida, mucosa muy congestiva con infusiones sanguíneas y pequeñas granulaciones blanquecinas, especialmente alrededor de orificio ureteral derecho y barra interureteral. El meato ureteral derecho eyacula orina turbia. El izquierdo orina clara.

*Pielografía ascendente:* Muestra grosera dilatación ureteropielocalicilial derecha con estrictura de tercio medio de uréter y dilatación supraestenótica.

*Baciluria positiva:* Con todos estos datos, más antecedentes personales se le instituye tratamiento de T.B.C.: Isoniazida-Estreptomina, ácido para-amino-salicílico, durante 2 meses, en que es nuevamente examinada. Nos manifiesta que su cistitis mejoró muy poco haciéndose rebelde; micción diurna imperiosa y nocturna cada 20 minutos y a veces con hematuria postmiccional. Se intensifica el tratamiento con las 3 drogas, durante un mes y medio. Al no mejorar lo suficiente se decide su intervención quirúrgica.

*Parte quirúrgico:* Por el grado avanzado de la patología macroscópica de riñón, pelvis y uréter hasta el meato teniendo como seguridad para la enferma la buena función del otro riñón se decide practicar la nefroureterectomía total hasta implantación del mismo en vejiga (sacrificando parte de ésta).

*Resultado de biopsia* realizado por la Dra. Baron Lis: Parénquima renal con focos de granomatosis y zonas caseosas y la presencia de células de Langhans.

*Postoperatorio:* Bueno en general. Durante los 2 primeros meses persiste polaquiuria y hematuria postmiccional que alarma a la paciente. Se intensifica el tratamiento clásico, reposo, vitaminoterapia durante 6 meses; mejorando casi totalmente. Aumento de peso, orinas claras, micciones cada 3 horas.

Es examinada periódicamente hasta hace 2 meses en que se le da el alta definitiva con recomendación de continuar su tratamiento y no descuidarlo por un año más.

*Caso 2:* A. B., 23 años. Caso particular, marzo de 1970.

Paciente que asiste un colega por un cólico renal izquierdo, tratado mejora; a los 3 días vuelve a repetirse, se nos consulta y luego de examinarlo y tratarlo aconsejamos examen radiográfico de su aparato urogenital. El resul-

tado de éste nos muestra buena eliminación bilateral, pero el izquierdo muestra grosera dilatación ureteropielocalicial por cálculo enclavado en porción terminal de uréter. Agotados todos los tratamientos médicos y negándose el paciente a ser cateterizado se decide a la intervención quirúrgica.

*Parte quirúrgica:* Incisión mediana infraumbilical, cistostomía, se cateteriza meato ureteral izquierdo, pero el catéter no progresa más de 5 cm., comprobándose que existe obstáculo. Por consiguiente se decide abordar uréter por vía endovesical, se realiza incisión alrededor del mismo y se disecciona éste hasta el lugar del stop, pasando por las paredes vesicales; se continúa un cm más y se visualiza un cálculo del tamaño de una lenteja de superficie rugosa adherido a mucosa erosionada por debajo del cuerpo extraño. El uréter se presentaba estenosado en un trayecto de casi 20 cm y por arriba una dilatación ureteral muy marcada. Ante la duda de una posible recidiva calculosa se decide realizar la ureterectomía de toda la porción estenosada y realizar el reimplante con técnica antirreflujo.

Se deja sonda Pezzer, se cierra vejiga con puntos separados y los demás planos según técnica.

*Estudio histopatológico:* Dr. Winograd. Proceso inflamatorio de tipo inespecífico fibroso que afecta mucosa, submucosa y serosa de esa porción de uréter. Entremezclado con fenómenos de colagenización se aprecian pequeñas granulaciones blanquecinas semejantes a típicos folículos específicos T.B.C.

*Postoperatorio:* S./p. A los 25 días de operado el paciente se encuentra muy bien, sin dolor, buena micción.

A los 6 meses de su operación se realiza control urográfico, mostrando buena función y conformación anatómica renoureterovesical bilateral. No hay reflujo del uréter reimplantado.

*Tratamiento efectuado:* Isoniazida, Estreptomina, Acido paraamino-salicílico. Este tratamiento lo continúa hasta la actualidad.

*Aclaración:* Dentro de los antecedentes personales refiere el paciente que a los 15 años de edad, padeció de una afección pulmonar que le demandó un año de tratamiento.

## CONSIDERACIONES

El primer caso por su presentación con toda la sintomatología inherente a la T.B.C. renal y estudios practicados que certificaron la lesión ya irreversible renoureteral por llegar la paciente tarde a la consulta médica se le practicó la exéresis renoureteral derecha.

El segundo caso sin antecedentes urogenitales y su forma de comienzo en el curso de un cólico renoureteral izquierdo por litiasis, afección que suele ir asociada a la T.B.C. que es una enfermedad litogénica por la lesión estenosante que deja como secuela en el uréter. Esto nos permitió conservar anatómicamente el órgano mediante la cirugía conservadora (ureterectomía de extremo inferior con reimplante).

## BIBLIOGRAFIA

- Astraldi, A.: Brea. R. A. U., p. 168-71, 1938.  
 Arrues, L.: R. A. U., p. 151-153. V. 20. 1951.  
 Levati, H.: R. A. U. X Cong. A. de Ur., p. 134-136. 1968.  
 Irusta A.; Irazú J. n col.: R. A. U. V. XXXVIII. n.º 267, 1969.  
 Puigvert, A.: Actualiz. Nefro-Urol., p. 117-119, 1967.

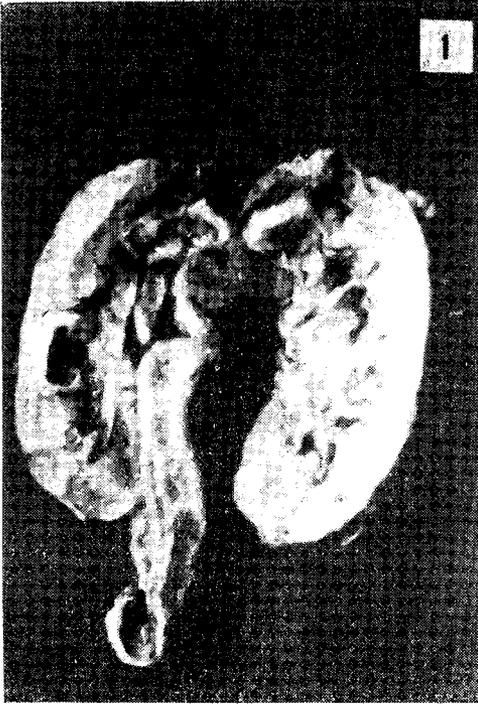


Fig. 1  
1er. caso  
Pieza: mostrando grave destrucción de  
riñón y uréter

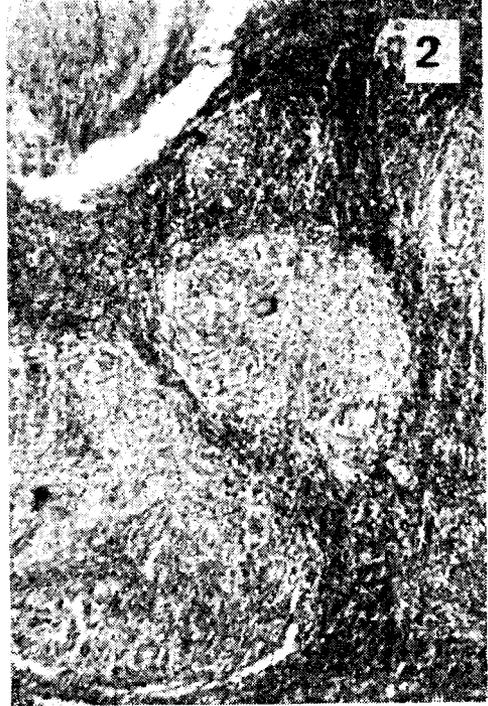


Fig. 2  
Histología de lesión T. B. C.

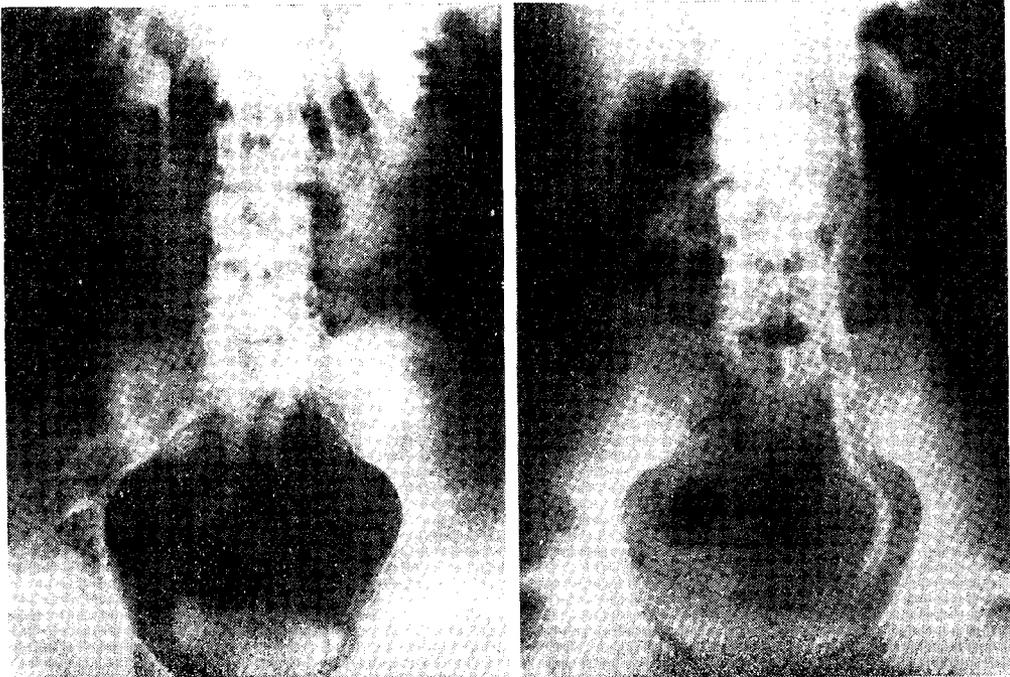


Fig. 3  
Caso 2: Urografía: muestra gruesa dilatación pielocalicial con el cálculo en  
región pelviana.