

PIOURETER RESIDUAL TUBERCULOSO

Por los Dres. M. V. VILAR y JUAN A. GOLDARACENA

Presentamos un caso de complicación ureteral después de una nefrectomía por tuberculosis. Se trata de un pioureter tuberculoso que se tradujo clínicamente por un cuadro tífico. El tratamiento efectuado, la ureterectomía total, curó al enfermo.

Hospital Juan A. Fernández. Sala 6. Servicio del doctor Gerardo Vilar. Historia Clínica Nº 110.

H. B., argentino, de 25 años de edad, soltero, pintor de automóviles. Ingresó el 23 de noviembre de 1944, ocupando la cama 22.

Enfermedad actual: Comienza hace 5 años, a los tres días de guardar cama por un fleumón amigdalino, con intenso dolor lumbar de tipo cólico de lado izquierdo. No hubo hematuria ni reflejos vesicales.

Al poco tiempo nota ardor a la micción, sin polaquiuria notable, que persiste durante un año. Entonces tiene una micción hematúrica: orina de aspecto sanguinolento con coágulos vermiformes.

A los pocos meses es incorporado al ejército, notando gran decaimiento con adelgazamiento (de 70 a 52 kilos). Persiste el ardor a la micción sin polaquiuria. Es internado en el Hospital Militar durante 6 meses. Con reposo y tratamiento dietético aumenta 22 kilos, notando que sus molestias a la micción disminuyen pero no desaparecen. En este intervalo no se repitieron los dolores lumbares ni la hematuria.

Durante 1 año hace vida activa: trabaja, fuma y bebe en abundancia, bajando 12 kilos de peso. Tiene entonces una nueva hematuria total y abundante que dura 8 días, sin dolores lumbares. Es internado en el Hospital Piñero donde hace tratamiento sintomático.

Durante 3 años no nota alternativas y hasta desaparece el ardor a la micción que el enfermo atribuye a una cura muy intensa con sulfatiazol por una sícosis que padece. (¡Ha tomado 400 comprimidos!).

Por último, hace 25 días, tiene dolor en flanco izquierdo, intenso, no irradiado, con temperatura de 39°. Guarda cama durante 15 días en los cuales persiste el dolor y la fiebre vesperal (37°5 - 38°), con intensa sudoración y chuchos.

Antecedentes hereditarios y personales: sin importancia.

Estado actual: Enfermo normalmente desarrollado. Estado general deficiente, ha perdido 8 kilos de peso. Sicosis impetiginizada.

Aparato respiratorio y circulatorio sin particularidades.

Abdomen: plano, indoloro a la palpación.

Aparato génitourinario:

Micción: de ritmo normal. Ardor a la micción.

Orina: muy turbia.

Riñones: no se palpan. No hay puntos dolorosos.

Genitales externos: sin particularidades.

Uretra: libre. No hay residuo vesical.

Tacto rectal: Esfínter tónico. Ampolla libre. Próstata de caracteres normales. Vesículas seminales no se palpan.

Radiografía simple: negativa.

Urograma de excreción: Buena morfología y eliminación del lado derecho. Del lado izquierdo no hay imagen.

Endoscopia: orinas uniformemente turbias. Capacidad: 300 c.c. Mucosa sana. Cuello cóncavo. Meato ureteral derecho falciforme, sano. Evacuación clara. Indigo carmín: a los 4' intenso.

Meato ureteral izquierdo en un plano muy posterior, puntiforme. Eyacuación no se observa. Indigo carmín: negativo a los 15'.

Cateterismo ureteral:

Lado derecho se cateteriza sin dificultad. Se recoge orina líquida. La pielografía ascendente del lado derecho es normal.

Lado izquierdo: se introduce el cateter 1 cm. Fracasan todos los intentos de hacerlo progresar.

Exámenes de Laboratorio:

Orina: turbia, densidad 1012, contiene vestigios de pus, leucocitos aislados y agrupados, escasos hematíes.

Glucemia: 0.65%.

Azoemia: 0.34%.

Orina (examen bacteriológico) se observan abundantes polinucleares. Escasa flora de cocos. No hay Koch.

Evolución preoperatoria: Desde su internación el cuadro térmico señala picos subfebriles vespérales. En una ocasión tiene un intenso dolor lumbar izquierdo con propagación inguinal, que hace necesario sedar con morfina. Al mismo tiempo se anota aumento de temperatura durante dos días. El reposo en cama y la medicación reconstituyente mejoran su estado general y aumenta de peso. Sin embargo un nuevo episodio de dolor con aumento de temperatura dura 8 días y hace posponer la intervención. La diuresis que los primeros 12 días oscilaba entre 2000 y 2500, desciende luego a 1300 y 1500. Por último el 19 de enero de 1945, a los 58 días de internado se opera, con diagnóstico de probable pionefrosis tuberculosa.

Operación: Opera el doctor Jorge Vilar, ayudan los doctores Gerardo Vilar y C. Gómez del Campo. Anestesia general con éter. Incisión de lumbotomía oblicua. Se incinden el oblicuo

mayor y el menor en la misma dirección de la incisión de piel. Se separa por divulsión el transverso, se incinde el ligamento de Henle paralelo a la duodécima costilla. Se reclina el peritonco, abriendo la fascia de Zuckerkandle. Una vez alcanzada la glándula y liberado su borde externo y su polo inferior se aborda el polo superior que se hace subcapsular para evitar una adherencia muy firme. Se libera luego la cara posterior y la anterior en busca del pedículo envuelto en su porción yuxtarenal por fuerte reacción esclerolipomatosa. El uréter se encuentra muy dilatado y flácido, sin periureteritis. Bajo el control de la vista se pasan dos hebras de catgut con pasabilos de Deschamps, ligando el pedículo. Una vez ligado se secciona reclinando la glándula fuera de la herida sin seccionar el ureter. Sutura en dos planos musculares con catgut. Puntos separados en tejido celular. Piel con hilo. Una vez terminada la sutura se fija el ureter a torundas de gasa y se secciona entre dos pinzas tocando con yodo el muñón ureteral.

Postoperatorio sin mayores inconvenientes. Cicatriz de la herida por primera. Alta a los 13 días con el muñón ureteral abierto en la extremidad inferior de la herida.

El examen de la pieza enseña que se trata de una hidropionefrosis tuberculosa.

Un mes más tarde ha cerrado la fístula ureteral.

RESUMEN

Se trata de un hombre de 25 años con un proceso de 5 años de evolución caracterizado por orinas turbias, dolor lumbar izquierdo, hematuria y ardor a la micción. El examen demuestra que el riñón izquierdo tiene poca o ninguna función, que el uréter no es cateterizable y se encuentra retraído. La nefrectomía confirma que se trata de una tuberculosis renal por hidronefrosis.

Reingresa en octubre del mismo año. (Historia Clínica Nº 393) a los ocho meses de haber sido dado de alta, y refiere que durante 3 meses no tuvo ningún sintoma. Al término de ese periodo comienza sintiendo pequeñas molestias en fosa iliaca izquierda en conexión con la extremidad inferior de la cicatriz operatoria, según el enfermo. Más adelante nota a ese nivel la presencia de un tumor que aumenta progresivamente de tamaño y que le causa dolor. Al mismo tiempo tiene fiebre que llega a 38°. Durante 15 días persiste el dolor y la fiebre. La orina entre tanto es límpida.

Repentinamente cesa el dolor, el tumor desaparece y desciende la temperatura notando el enfermo que la orina se ha vuelto turbia. A los 2 o 3 días reaparecen los ardores al orinar, que progresivamente van disminuyendo al mismo tiempo que se aclara la orina. A los tres meses se repite un nuevo episodio doloroso y febril como el referido, volviendo a entrar luego las cosas en orden.

Por último el 28 de setiembre es visto en Consultorio Externo comprobándose que se encuentra febril con orinas ligeramente turbias y con un tumor del tamaño de una nuez, de consistencia blanda y dolorosa a la presión en la extremidad inferior de la herida. Además se palpa una formación alargada que por su dirección y caracteres se toma por una cuerda cólica. Con el diagnóstico de absceso posiblemente del muñón ureteral se le indica la necesidad de internarse, prescripción que solo cumple una semana después.

El examen en el día de su internación demuestra que la orina es límpida, que la formación que se palpa en la extremidad inferior de la herida se continúa hacia abajo y adentro profundamente en la fosa iliaca izquierda. Esta prolongación corresponde a lo que la semana anterior había sido tomado por cuerda cólica.

Se decide en consecuencia operarlo para extirpar el ureter. operación que ejecuta nuestro jefe el doctor Gerardo Vilar con la ayuda de los comunicantes.

Operación: Cirujano doctor Gerardo Vilar. ayudantes doctores: Jorge Vilar y Juan A. Goldaralena.

Anestesia Raquídea con Novocaina 0.12 grs. excelente. Incisión oblicua en fosa iliaca izquierda. Se incide la aponeurosis del oblicuo mayor y se separan el oblicuo menor y el transversal por divulsión. Se reclina el peritoneo hacia adentro llegando con facilidad al muñón

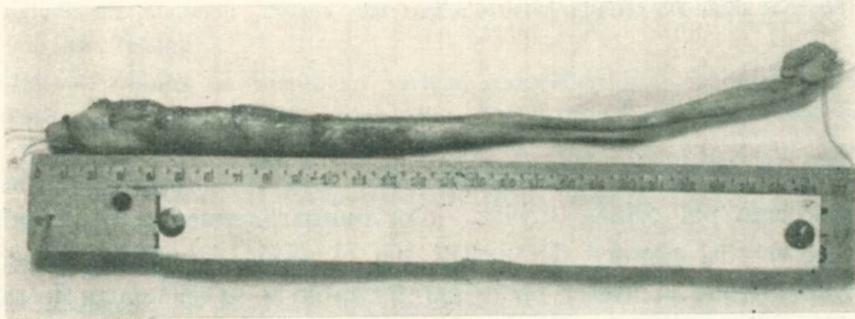


Figura 1

ureteral, que se encuentra distendido simulando una asa de intestino ocupado. Se libera a disección roma todo el ureter especialmente su extremidad vesical hasta la vejiga misma. En cambio no se disecciona la extremidad superior, subdérmica, para liberarla secundariamente. Se secciona entre ligaduras el ureter bien cerca de la pared vesical y se tocan ambos extremos con tintura de yodo, defendiendo el ureter liberado con gasa.

Cubierta la herida operatoria con una compresa, se aborda el extremo superior por la piel. Una pequeña incisión de tres centímetros en losange circunscribiendo la extremidad inferior de la cicatriz a la altura donde se palpa la pequeña tumoración formada por el muñón ureteral, permite liberar el ureter a disección roma. A esta altura se encuentra cierta reacción periureteral.

Una vez liberado se extrae todo el ureter por la pequeña incisión. Cierre por planos. Tubo de drenaje en la extremidad inferior de la herida que llega hasta el pequeño muñón yuxta vesical. Rubberdam en la pequeña incisión complementaria.

El informe del anatómo patólogo, doctor Bianchi, dice: Ureteritis tuberculosa caseosa. La figura muestra el aspecto de la pieza.

El postoperatorio transcurre sin accidente. La herida cicatriza por primera. A los dos días de operado el enfermo hace notar que no tiene ninguna molestia al orinar. La orina es límpida. Se da de alta a los 10 días de operado en excelentes condiciones.

Tres meses después lo vemos en el Consultorio Externo completamente restablecido: no acusa ninguna molestia la orina es límpida y ha aumentado cerca de 10 kilos de peso. Esta mañana, a las siete meses de operado, concurre al hospital: se encuentra perfectamente.

COMENTARIOS

Esta observación la juzgamos interesante desde dos puntos de vista. Por un lado señala una complicación alejada de la nefrectomía por tuberculosis, de escasa frecuencia. Efectivamente, de la consulta bibliográfica sobre piouréter y de la opinión de cirujanos de gran experiencia surge que son escasísimas las observaciones de piouréter tuberculoso. Más frecuentes son los casos por litiasis o estrechez ureteral. El hecho de que habitualmente el muñón ureteral no se transforme en una bolsa de pus se explica por la permeabilidad ureteral hasta la vejiga y por la persistencia del peristaltismo que evacúa activamente las posibles secreciones endoureterales. Este peristaltismo está condicionado por la conservación del sistema nervioso del uréter. Las maniobras operatorias de debridamiento y sobre todo, las ureteritis y periureteritis son las causas más comunes de lesión nerviosa.

En nuestro caso existían los dos factores: la estrechez ureteral a un centímetro del meato y la falta o disminución del peristaltismo por estar el uréter muy dilatado y con lesiones inflamatorias. No pudimos dilucidar si la estrechez era congénita o inflamatoria ya que no se extirpó el uréter hasta el meato.

En otro orden de ideas deseamos destacar que clínicamente teníamos elementos suficientes para prever una contingencia como la acaecida. El meato ureteral en un plano posterior al del lado sano, que indicaba la lesión ureteral; la imposibilidad de cateterizar el uréter, aún empleando sondas muy delgadas; el hallazgo durante la intervención de un uréter muy dilatado, son datos que debieron ser tenidos más en cuenta.

Al realizar la nefrectomía abocamos el uréter a la herida, seccionándolo a dos centímetros por fuera de la misma después de haber suturado completamente la vía de acceso y de haber colocado el apósito estéril. Esta técnica es la de elección en el Servicio y es la descrita por Wildbolz sólo modificada en la forma en que se fija el uréter: Wildbolz lo hace a la piel, nosotros lo fijamos a torundas de gasa. De esta manera queda la extremidad superior del uréter

abierta, haciendo de válvula de seguridad. Además se evita la contaminación de la herida y por último permite el tratamiento tópico del uréter.

Se ha discutido mucho si se debe extirpar conjuntamente con el riñón el uréter o no. La opinión que ha prevalecido es la de considerar suficiente para la mayoría de los casos la nefrectomía sin ureterectomía. Sin embargo, en casos como el nuestro, creemos justificada una intervención mayor: la nefrectomía con ureterectomía total. Determinarían dicha actitud la lesión ureteral y la dificultad de drenaje, ya sea por estrechez o litiasis.

Si el estado general no fuera propicio, abocar el uréter: en estos casos está especialmente indicado.

Por último deseamos señalar que las molestias vesicales persistieron después de la nefrectomía y cedieron rápidamente a la ureterectomía. Pensamos que es conveniente ante una cistitis residual recordar la posibilidad de reinfecciones por persistencia de lesiones en el muñón ureteral.

Elejimos para designar la afección tratada, el nombre de piouréter residual tuberculoso, considerando que traduce con propiedad la realidad clínica y anatómopatológica.

CONCLUSIONES

- 1º Antes de ejecutar una nefrectomía, deben valorarse las condiciones del uréter correspondiente.
- 2º En casos de lesión ureteral con mala evacuación, tener en cuenta la posibilidad de reseca totalmente el uréter.
- 3º Si estuviera contraindicada la ureterectomía, abocar a la herida operatoria.
- 4º Ante una cistitis persistente después de la nefrectomía por tuberculosis, estudiar la posibilidad de que sea por reinfección ureteral.

BIBLIOGRAFIA

1. *Caultk, John Roberts.* — The significance of the ureter sin Surgery. *Surg. Gynec. Obst.* 1929, 49:228 - 233.
2. *Dodson, Agustín Ingram.* — Tuberculosis of the Kidney and its Treatment. *Urological Surgery.* Cap. XI. p. 201. Mosby St. Louis. U. S.

3. Davison, Selvan. — Pyoureter 17 years after Nephrectomy. J. A. M. A. 1942. 118: 137- 138.
4. Hyman, Abraham. — Empyema of the ureteral stump following incomplete ureterectomy. Ann. Sug. 1923. LXXVIII: 387 - 397.
5. Jeck, Howard S. — Pyo-ureter. Sur. Gynec. Obst. 1931. 52:1158 - 1163.
6. Lotin, H. — L'uretere apres la nephrectomie. Arch. Urol. de la Clin. d Necker. 1914. I:145 - 196.
7. Marion. — Traite D'Urologie, Masson. 1921. T. I. p.405. Tuberculoses de L'uretere.
8. Wildbolz. — En Handbuch de Urologie de Lichtenberg. Voelcker y Wildbolz. Cap. sobre Tuberculosis urinaria. T. IV p. 133 Folgen der Nefrektomie auf den zurueckbleibenden Ureterstumpt. T. IV p. 120 Versorgung des Ureterstumptes.

DISCUSIÓN

Dr. Irazu. — *En un trabajo anterior mio hice consideraciones respecto a la evolución del uréter después de la nefrectomía. En esas observaciones, he encontrado persistencia del canal en nefrectomía por neoplasia y otros procesos.*

Recuerdo también, algunos casos en que la involución se hizo hacia la esclerosis. Otro caso de piouréter, llegó por ureteritis a una peritonitis mortal.

En la actualidad, tengo en asistencia un piouréter tuberculoso y recuerdo asimismo la evolución retardada de una cicatrización de un piouréter tuberculoso.

En conclusión, podemos decir que debemos adherir al criterio sustentado por el doctor Vilar, en el sentido de que siempre que sea posible, un uréter enfermo debe ser extirpado para evitar una intervención secundaria o una complicación grave de otro orden.

Dr. Bernardi. — *Desde el punto de vista quirúrgico, nosotros preferimos hacer la incisión mediana infraumbilical para la extirpación del uréter. Nos hemos encontrado con que, hechas dos incisiones, las consideramos suficientes, desprendiendo relativamente poco uréter.*

Como hemos tenido dificultades en algunos casos, quiero insistir en ese detalle, para poder desprender el uréter bien hacia arriba de la herida infraumbilical y evitar que se vuelque su contenido en la cavidad peritoneal por esas maniobras un tanto violentas.

Dr. Vilar (Jorge). — *Al doctor Irazu, le diré que, efectivamente, en varios trabajos que hemos leído y cuya nómina figura en la bibliografía de este trabajo, notamos que muchas veces persiste la luz y el peristaltismo del muñón ureteral. Donde más se ha observado eso ha sido en los casos de hidropniefrosis y de litiasis ureteral. Trabajos efectuados en autopsias por Laurent de-*

muestran que no es frecuente que el uréter se esclerose completamente. Para ello, tiene que estar ya muy lesionado. En general, la luz persiste durante tiempo indeterminado.

Al doctor Bernardi, he de decirle, que, en este caso, la ureterotomía se hizo con mucha facilidad. El uréter se desprende fácilmente; únicamente en la porción ureteral que estaba adherida a la porción anterior, hubo cierta dificultad, pero como se abordó por el lado de la piel, esas dificultades fueron fácilmente obviadas.