

# **Resultados de la Nefrectomía en la Tuberculosis Renal**

Trabajo presentado al II Congreso Nal. de Urología, reunido en Cali. — Agosto de 1958

*Dr. Antonio M. Pérez Gómez*

Profesor Agregado de Técnica Quirúrgica — Ex-Jefe de Clínica Urológica.

## ***I — INTRODUCCION***

Queremos en el trabajo que presentamos hoy, resumir los resultados obtenidos con la nefrectomía en la tuberculosis renal, basados en los casos operados durante 5 años (de 1953 a 1957 inclusive) en el hospital de S. Juan de Dios de Bogotá, tiempo que corresponde a la época en que desempeñamos el cargo de Jefe de Clínica Urológica (4 años), y un año más, el de 1957. Hemos totalizado así, 88 nefrectomías, número que incluye todos los casos operados por nosotros, y los operados por otros compañeros de jefatura, pero que tuvimos la oportunidad de observar hasta donde fué posible.

Se trata pues de resultados obtenidos en clientela hospitalaria, y creemos que es el primer trabajo y la primera estadística que sobre el particular se hace entre nosotros.

## ***II — INDICACIONES***

Se escogieron para la nefrectomía los siguientes casos:

1) — T. B. C. renal unilateral avanzada (destrucción de cálices, hidronefrosis acentuada, pionefrosis, cavernas).

2) — T. B. C. unilateral con riñón excluido y el otro sano.

3) — T. B. C. renal bilateral, con un riñón en estado más avanzado de lesiones que el otro.

Los demás casos se destinaron a tratamiento médico.

### III — PRUEBAS PRELIMINARES

Previas a la nefrectomía se hicieron:

1) — Exámenes de laboratorio de rutina. E. C. G. en mayores de 45 años.

2) — Orina para B. de Koch.

3) — Urografía.

4) — Cistoscopia y pielografía en los casos dudosos, o con riñón excluido.

5) — Examen de orinas separadas en los casos dudosos.

6) — Pruebas de eliminación renal en enfermos en mal estado. Se prefirió la urografía, pero se hicieron algunas pruebas de sulfofenoltaleína y de índice carmín.

### IV — TECNICA QUIRURGICA

En todos los casos se hizo la incisión de Guyón, excepto en 2 que se hizo la transversa. Para la ureterectomía la incisión de Gibton o la lateral oblicua.

En las nefrectomías solas el uretere se abandonó o se fijó a la piel.

En las Uretero-nefrectomías generalmente se hizo primero la extirpación del riñón, salvo contados casos en que se procedió al contrario.

### V — TRATAMIENTO PRE Y POSTOPERATORIO

*Preoperatorio:* Varios días con estreptomycin, y penicilina.

*Postoperatorio:* Series de estreptomycin, PAS e isoniácida, por diversos períodos a merced del cumplimiento de los pacientes. Localmente, instilaciones de aceite gomenolado en pocos casos. Somos partidarios de hacer más intenso el tratamiento local vesical, pero en nuestros casos, se hacía en consulta externa, lo que dificultaba su realización.

## VI — CLASE DE INTERVENCION

Entre nosotros se hicieron más de un 75% de nefrectomías por T. B. C. Wang dice que hoy día solo un 5% de las nefrectomías son por esta causa, donde se ve el alto porcentaje que hay en nuestro medio, de esta enfermedad.

CUADRO I

Nº de nefrectomías . . . . .				88
	Nefrect.	Uret-nefrect	Total	
1953 . . . . .	7	11	18	
1954 . . . . .	13	6	19	
1955 . . . . .	15	0	15	
1956 . . . . .	16	4	20	
1957 . . . . .	8	8	16	
Suma . . . . .	59	29	88	

Es decir, 2/3 de nefrectomías y 1/3 de Uretero-nefrect.

## VII — LADO Y SEXO

CUADRO II

Lado derecho . . . . .	49	56%
Lado izquierdo . . . . .	39	44%
Hombres . . . . .	37	42%
Mujeres . . . . .	51	58%

Este último dato es de importancia entre nosotros, ya que las estadísticas dan un volumen algo más alto de hombres que de mujeres en la T. B. C. renal, y fué uno de los hallazgos de este estudio.

### VIII — EDAD

CUADRO III

---

10 a 20 años . . . . .	15 casos	17%
20 a 30 " . . . . .	33 "	37%
30 a 40 " . . . . .	22 "	25%
50 a 60 " . . . . .	6 "	7%
60 a 70 " . . . . .	1 "	1%

---

88

---

Esto coincide con otras estadísticas, en que la edad preferida es entre 20 y 30 años (1/3 de los casos).

### IX — CAPACIDAD VESICAL

Se controló en 36 casos, y no en 52. Deficiencia que en parte achacamos a los internos, encargados de llevar las historias, y en parte a nosotros mismos.

CUADRO IV

---

*Capacidad vesical:*

Controlado en 36 casos: (41%).

Intolerancia absoluta . . . . .	3 casos
0 a 100 c. c. . . . .	23 "
100 a 200 c. c. . . . .	6 "
200 a 300 c. c. . . . .	2 "
Más de 300 c. c. . . . .	2 "

No controlados: 52.

---



## X — TIEMPO DE CONTROL DE LOS ENFERMOS

Este dato es condicionado a los mismos enfermos y a su cumplimiento.

### CUADRO V

#### *Tiempo de control*

En hospital (días) . . . . .	31 - Grupo I
De 1 a 6 meses . . . . .	18 - Grupo II
De 6 a 10 meses . . . . .	4 - Grupo III
1 año . . . . . 10 }	
2 años . . . . . 13 }	
3 años . . . . . 4 }	33 - Grupo IV
4 años . . . . . 4 }	
5 años . . . . . 2 }	
Más de 5 años . . . . .	2 - Grupo V
(8 y 11 años).	

Hay que anotar que en este trabajo hay casos del año pasado que no han tenido tiempo para controlarse más.

Estos datos nos dan una idea del incumplimiento de los pacientes en nuestro medio, de su poca comprensión por su problema de enfermedad y de la deficiencia de nuestras entidades hospitalarias en lo referente a acción social, inexistente en ellas.

## XI — RESULTADOS POSTOPERATORIOS

No hay que discutir aquí la conveniencia de la nefrectomía en los casos en que está indicada, pues desde las primeras hechas en 1869, solo se ha hablado de la bondad de sus resultados. Queremos hacer algunas consideraciones relativas a nuestra estadística.

Cuál fué el porvenir de nuestros enfermos operados por tuberculosis renal?

Vimos ya que 31 pacientes no volvieron una vez que salieron del hospital. Cómo podemos catalogar tales casos? Es muy posible que la mayoría hayan sido buenos casos, pues de habérseles manifestado algún síntoma, hubieran vuelto a la consulta, como aconteció con los que volvieron con motivo de su cistitis o polaquuria. Algunos de esos 31 pacientes seguramente vendrán después con alguna complicación o con el otro riñón infectado.

En cuanto a los pacientes que continuaron con el tratamiento médico, se han mantenido sin la aparición de nuevos focos y con el mínimo de complicaciones.

Algunos volvieron a consultar pero tardíamente, y estos casos constituyen prácticamente los malos resultados, que no podemos achacar a la conducta seguida, sino a los mismos pacientes.

En la mayoría de los enfermos de T. B. C. renal ésta es bilateral, pero las lesiones del riñón llamado "sano" no son comprobables por los medios de diagnóstico usuales, y de ahí la necesidad de los tratamientos médicos postoperatorios prolongados.

Traemos a cuento aquí los resultados obtenidos por Medlar en 30 enfermos muertos de tuberculosis pulmonar, sin que ninguna tuviera síntomas de T. B. C. renal. En los cortes hechos en 44 riñones de tales enfermos, considerados como sanos, se descubrieron 367 lesiones tuberculosas, y había 22 pacientes con T. B. C. renal, y 17 con lesiones ya curadas. Qué no diremos de enfermos con un bacilo selectivo por el tejido del riñón?

#### CUADRO VI

##### *Resultados.*

Volvieron a control (en buenas condiciones) . . .	49	...	55,3%
No volvieron . . . . .	31	...	35 %
Suma . . . . .	80	...	90,3%

##### *Casos malos*

(Volvieron tardíamente).

Propagación al otro riñón . . . . .	4	.....	4,6 %
Complicaciones renales no-TBC. . . . .	3	.....	3,4 %
Complicaciones generales . . . . .	1	.....	1,13%
	8		9,13%

En cuanto a los otros 57 pacientes, hubo 4 casos con propagación al otro riñón, de éstos 2 que volvieron a última hora y murieron en el hospital, sin control anterior, y 2 que se sometieron a tratamiento. Fuera de estos 4 casos, hubo otro que murió a los 5 días de la intervención, otro a los 2 meses por uremia y otro a los 10 meses en coma de causa que no se estableció.

Estos casos malos se deben en realidad, a la falta de cooperación de los pacientes.

## XII — CONTROL BACTERIOLOGICO DE LA ORINA

Se hizo control de orina por B. K. especialmente en enfermos aún en el hospital, y en aquellos del grupo IV, es decir que llevaban más de un año de haber sido intervenidos. Es de anotar que todos los controlados siempre presentaron ausencia del bacilo en la orina. Aparecen 5 casos con resultado positivo que corresponden a enfermos que volvieron solamente cuando ya la enfermedad había invadido el otro riñón. En los casos negativos se incluyen los operados con nefrectomía sola, así que la recidiva hay que achacarla a la falta de cumplimiento de los pacientes.

No hubo tampoco albúmina en esas orinas, pero sí en muchos casos se halló pus, debido a la cistitis residual.

### CUADRO VII

#### *B. K. en orina - Postoperatorio.*

	B. K. (—)	B. K. (+)
Controlados en hospital - Grupo I . . . . .	8 . . . . .	0
Control 1 a 6 meses - Grupo II . . . . .	5 . . . . .	1
Control 6 a 10 meses - Grupo III . . . . .	4 . . . . .	1
Control 1 a 5 años - Grupo IV . . . . .	23 . . . . .	1
Control más de 5 años - Grupo V . . . . .	0 . . . . .	2
Suma . . . . .	40 . . . . .	5

### XIII — NEFRECTOMIA Y URETERO-NEFRECTOMIA

Se hicieron 59 nefrectomías y 29 uretero-nefrectomías. Esto es  $\frac{2}{3}$  de unas y  $\frac{1}{3}$  de las otras.

Ha habido dos escuelas en cuanto a ésto. Los partidarios de las primeras, y los de las segundas. Está demostrado que la tuberculosis ureteral es secundaria a la renal; para extirpar el uréter completamente hasta su implantación en la vejiga es preciso hacer una incisión complementaria como la de Gibson, cosa factible si el paciente se encuentra en buenas condiciones generales para soportar la prolongación del acto quirúrgico. Se justifica esta nueva intervención?

Nos limitaremos a lo que hemos podido observar en los casos aquí estudiados.

De 3 uréteres que se extirparon tiempo después de la nefrectomía, se hizo examen anatomopatológico en dos.

El primero, extirpado a los cuatro meses de la nefrectomía dio fibrosis y ureteritis inespecífica. El segundo dio T. B. C. en evolución, pero en este caso se había presentado invasión al otro riñón, comprobada.

En el tercer caso, no se hizo examen, pero la orina era negativa para B. K. - Había sí cistitis.

Los casos de T. B. C. propagada al riñón remanente, que fueron 4, se presentaron en enfermos que no hicieron el tratamiento médico postoperatorio, que obraría sobre focos incipientes.

La uretero-neo-cistostomía se hizo en casos de estrechez intramural producida por cistitis residual.

Podemos ver en el siguiente cuadro el resumen de algunos datos comparados.



## CUADRO VIII

*Resultados comparados.*

	Nefrecto (Sobre 59)	—	Uret-Nefr (Sobre 29)
Ureterectomía posterior . . .	1 TBC. y 2 No-TBC.		
Fístulas cutáneas . . . . .	3 . . . . 5 % . . . . .	1 . . . .	2,9%
Contaminac. otro lado . . . .	4 . . . . 6,7% . . . . .	0 . . . .	
Uretero-neo-cistost. . . . .	1 . . . . 1,7% . . . . .	1 . . . .	3,4%
Muertes . . . . .	2 . . . . 3,4% . . . . .	2 . . . .	6,8%
B. K. (—) . . . . .	20 . . . . .	12	
B. K. (+) . . . . .	4 . . . . .	0	

Los datos expuestos nos inclinan a creer que cada una de las dos formas de intervención tiene sus indicaciones, y éstas no pueden determinarse sino ya una vez expuesto el riñón y palpado el uréter. Se debe extirpar este órgano, si se encuentra duro, grueso, o con signos claros de foco tuberculoso. Naturalmente teniendo en cuenta el estado general del paciente.

Por esto mismo nos parece más conveniente comenzar la intervención por la parte alta, por el riñón, y no como lo hacen algunos cirujanos, que comienzan con la incisión de Gibson para seccionar el uréter primero. Además se puede hacer una inspección previa del mismo riñón.

## XIV — RESECCIONES PARCIALES

La heminefrectomía, resecciones polares y calicectomías no han entrado aún en nuestro medio, que a este respecto es completamente radical. Estas operaciones dan como complicaciones, las fístulas, infecciones y hemorragias, por cuya causa no han sido completamente aceptadas. Además requieren una vigilancia estrecha del paciente antes y después de la intervención.

La escuela nuestra es la de extirpación del órgano entero o hacer tratamiento médico.

## XV — COMPLICACIONES

Fueron de dos clases: 1) Inherentes a la misma nefrectomía y 2) Propias de la T. B. C. renal.

1 — *Inherentes a la nefrectomía.*

*Fístulas cutáneas*, tres casos, sin mayor complicación.

*Neumotórax*. - Pocos casos sin complicación tratados con sutura en el acto quirúrgico.

*Hemorragia* - Masiva en un caso, que se controló con compresas a presión y pinzas. Estas se quitaron 4 días después, pero volvió a sangrar, se pudo controlar con ligaduras. Se trataba de la arteria espermática y una vena gruesa.

2 — *Propias de la T. B. C. renal.*

*Cistitis* - Solo hubo 8 casos en que la cistitis inicial cedió pronto. En los demás casos salidos del hospital y controlados, la cistitis o la poliaquiuria, fueron constantes. Esta última ocasionada por la reducción de la capacidad vesical, ya por la misma cistitis o por pericistitis. Podemos considerar esta secuela, como la más constante.

Se pudo comprobar que en algunos casos, no obstante haber desaparecido el pus y las bacterias de la orina, la capacidad vesical continuaba reduciéndose, probablemente por pericistitis, cosa que debiera investigarse mejor.

*T. B. C. concomitante en otros órganos*. Principalmente se encontró en los pulmones, epidídimo y próstata.

En los pulmones, hubo 5 de los casos operados que la presentaban. (No incluimos aquí la de los casos bilaterales inoperables). Este es un índice alto ya que Lattimer dice que solo se presenta la T. B. C. renal en el 4% de los pulmonares.

T. B. C. epididimaria en 4 casos, se hizo epididimectomía.

La T. B. C. prostática se presentó en forma benigna y sin complicaciones, en los casos de T. B. C. epididimaria. Se encontraron duros los lóbulos prostáticos.

*T. B. C. en otro riñón*, 4 casos, 3 de ellos a los pocos meses de la nefrectomía y el otro a los 2 años.

*Hematuria*. - Se presentó en 5 casos bastante tiempo después de la operación, con B. K., negativo, y cistitis intensa, causa de ésta complicación. (Hematuria macroscópica).

*Estrechez ureteral e hidronefrosis*. - En 5 casos, con hidronefrosis como consecuencia; en 2 se hizo uretero-neo-cistostomía.

*Complicaciones anatómicas*. - Un caso con doble uréter bilateral. Lleva tres años de control y la enferma está bien. Ha tenido 3 hijos en ese lapso.

También hubo escasos pacientes con vasos polares.

#### CUADRO IX

##### *Complicaciones.*

Por nefrectomía	{ Fístulas cutáneas . . . . . 3 . . . . . 3,4 %	
	{ Neumotórax . . . . . Pocos	
	{ Hemorragias . . . . . 1 . . . . . 1,13%	
Por TBC renal	{ Cistitis, poliaquiuria . . . . . 49	
	{ Tuberc. otros órg. . . . .	{ Pulmones . 5 .. 5,65%
		{ Epidídimo 4 .. 5,5 %
		{ Próstata
	{ Contam. otro riñón . . . . . 5 .. 4,5 %	
	{ Hematuria . . . . . 5 .. 5,65%	
	{ Estrechez ureteral (Hidronefrosis) . . . . . 5 .. 5,65%	
	{ Complicaciones anatómicas	{ doble
		{ uréter . 1 - 1,13%
		{ Vasos
	{ polares.	

#### XVI — TBC BILATERAL

a) *Inoperable*. - Al mismo tiempo hubo 21 casos de T. B. C. renal inoperable, de los cuales 4 con granulía. Esto da un 19%

de casos inoperables, porcentaje que bajaría al computar los casos incipientes.

b) *Operable*. - Se intervinieron dos casos con lesiones avanzadas.

### CUADRO X

#### *T. B. C. Bilateral.*

Inoperables . . . . .	21 (4 granulia)	19%
(Entre 109)		
Operables . . . . .	3 avanzados	

#### *Operaciones complementarias.*

Ureterectomías . . . . .	3
Uretero-neo-cistostomías . . . . .	2
Ureterostomías cutáneas . . . . .	2
Ileocistoplastias . . . . .	1
Epididimectomías . . . . .	5 (1 bilateral)

### XVII — OPERACIONES COMPLEMENTARIAS

De éstas intervenciones (ver cuadro), tenemos qué anotar el mal resultado que dieron las ureterostomías cutáneas, que pueden considerarse como innecesarias ya en un enfermo con un solo riñón en mal estado; ambos pacientes murieron.

La ileo-cisto-plastia hasta ahora se está haciendo entre nosotros, parece que con buen resultado.

### XVIII — MUERTES

La mortalidad operatoria fué 0. En el postoperatorio inmediato se presentó una muerte, a los 6 días, en que el enfermo entró en coma sin causa aparente.

Mortalidad tardía, hubo 4 así:

1 por uremia a los dos meses de operado.

1 a los 10 meses, entró en coma, por causa no determinada.



1 a los 4 años, por calculosis renal e insuficiencia.

1 a los 8 años, por T. B. C. del riñón remanente. Se le hizo ureterostomía cutánea.

### CUADRO XI

#### *Muertes*

Postoperatorio inmediato . . . . .	1 (6 días) . . .	1,13%
Tardías: 1 - Uremia a los 2 meses	} . . . . .	4,5 %
1 - Coma a los 10 meses		
1 - Cálculos a los 4 años		
1 - TBC. riñón residual a los 8 años		

### XIX — RECOMENDACIONES

1) — Es indispensable que en los centros en que se haga tratamiento quirúrgico de la TBC renal, tengan un servicio de acción social o de visitadoras sociales que se hagan cargo de instruir a los pacientes y convencerlos de la necesidad que tienen de volver al control del médico una vez que salgan del hospital. Es inútil el trabajo llevado a efecto con gran costo y sacrificio ya que una vez operado el paciente se desentiende por completo de su afección con menoscabo de su estado clínico. Igualmente se debe dar instrucción a las enfermeras y a las religiosas, para que cooperen en esta misión. La estadística que acabamos de presentar nos da una idea del incremento del costo y del perjuicio ocasionado por estas deficiencias en la cooperación del enfermo.

2) — La ureterostomía cutánea no da resultado, y el riñón acaba por infectarse, con la consiguiente merma de su función y muerte del paciente en los casos de riñón residual.

3) — Conviene que a todos los pacientes se les lleve el dato de su capacidad vesical, antes y después de la intervención, y con cierta regularidad, con el fin de ver la necesidad de tratamiento local o de ampliación de la capacidad vesical, e investigar la par-

te que en su reducción tiene la pericistitis, ya que la decorticación de la vejiga ha dado buenos resultados en algunos casos.

4) — Es preferible iniciar una uretero-nefrectomía por la parte renal, con el fin de explorar el estado del riñón y del uréter.

5) — Debe intensificarse el tratamiento local en las cistitis residuales, especialmente con lavados vesicales.

### BIBLIOGRAFIA

Se consultaron las historias clínicas del archivo del hospital de San Juan de Dios, de Bogotá.