

SOBRE TRES CASOS DE TUBERCULOSIS RENAL DE EVOLUCION POCO COMUN

Por el Dr. LEON D. ARRUES

Tiene como único fin la presentación de este trabajo el aportar algunos casos de tuberculosis renal que hemos observado y cuya evolución no corresponde a la sintomatología clásica; en efecto, uno de ellos con lesiones no comprobadas y que a nuestro juicio no pueden sino haber sido producidas por un proceso de bacilosis renal y en los otros dos, rubricados por la clínica y baciloscopia positiva, han iniciado su proceso sin lesiones vesicales al examen citoscópico ni traducidas por sintomatología con dicha localización.

En el año 1938 los Drs. A. Astraldi, L. M. Brea y J. S. Fernández presentaron a esta Sociedad un trabajo titulado "Tuberculosis renal sin Cistitis" en el cual presentaban también dos casos similares a los nuestros.

Las historias clínicas que a continuación transcribimos evidencian esta circunstancia agregándose además otras características que a nuestro criterio hacen más interesantes los casos.

Caso N° 1. — Corresponde a un enfermo que observamos desde el año 1941, de 43 años de edad, de excelente contextura física y que realiza pesadas tareas, pues supervisa obras en las selvas paraguayas, lo cual le exige pasar muchas horas a la intemperie y efectuar largos recorridos a caballo.

Entre sus antecedentes similares sólo anotamos de interesante, varios casos de tuberculosis pulmonar por rama materna.

El interrogatorio metódico solo permite hallar entre sus *antecedentes* personales una uretritis a los 17 años, gonocócica y que trató sin complicaciones; en el año 1930 dolores en ambas regiones lumbares sin irradiación ni repercusión urinaria y que cura con tratamiento a base de iodo salicilado.

En 1938 proceso inflamatorio a nivel del epididimo derecho y que después de fracasar las medicaciones locales obligó a la epididimectomía. Ignora si se ha efectuado biopsia.

El estado actual es excelente y sólo nos consulta porque ha vuelto a recrudecer sus dolores lumbares. En el examen clínico sólo nos llamó la atención el aumento de volumen de la glándula derecha que se papa fácilmente.

El examen macroscópico de la orina solo permitió observar algunos pequeños filamentos en el primer vaso; orinas límpidas y de buena concentración 1026, ácida y con una eliminación ureica de 18.50 por mil. Examen de sedimento algunos cristales de ácido úrico. Eritro, recuento y fórmula leuc. normal; azohemia -032 por mil, glucemia -090. Se efectuó examen bacteriológico directo e inoculación con resultado negativo.

Electrocardiograma normal y la presión arterial anotada fué de Mx. 15, Mn. 9.

Al estudio radiográfico directo se observa (Fig. 1), ambos riñones aumentados de volumen; en el lado derecho mostrando grandes sombras redondeadas que ocupaban casi toda su superficie y que daban la impresión de corresponder a las cálices muy dilatados; estas cavidades se dibujaban totalmente opacificadas por un jaspeado con alternativas de mayor y menor contraste, dibujándose con estas mismas características casi el tercio superior del ureter.

La urografía de excreción (Fig. 2), no alteraba la imagen del lado D ni en el negativo obtenido casi a las 3 horas; en el R. I. vías excretoras, ligeramente alargadas, pelvis globulosa correspondiendo la imagen a la de una glándula en función hipertrofica compensadora.

El examen citoscópico mostraba la mucosa de aspecto normal y exceptuando una ligera asimetría en la situación de ambos meatos, nada de particular.

Efectuamos una prueba de indigo carmín que comienza a eliminarse a los 3 minutos en el lado izquierdo, sin percibirse ni rastros del lado derecho a los 20 minutos.

En estas condiciones y teniendo en cuenta que se ha producido sobre el R. D. un pro-



Figura 1



Figura 2

ceso de calcificación de todas sus vías excretoras y por consecuencia llegado a la autonefractomia como final evolutivo de un proceso bacilar es que desde el punto de vista terapéutico adoptamos una actitud pasiva, después de explicar al enfermo su verdadera situación y la necesidad imperiosa de ser observado encada viaje que efectuara a esta capital.

Es así como lo controlamos durante los años 1943-44-45, anotando solamente como dato positiva en el lado derecha una ligera disminución en las opacidades anteriormente descriptas.

En el mes de octubre de 1947 atendemos una comunicación telefónica desde el Paraguay por la cual nos informan que este enfermo es traído urgentemente por vía aérea en estado grave.

Inmediatamente de su llegada efectuamos un somero interrogatorio y llegamos a la conclusión que después de un discreto dolor en la región lumbar izquierda tipo cólico, se había establecido un estado de anuria que llevaba ya más de 60 horas; con estos antecedentes lo internamos y efectuamos inmediatamente un cateterismo del lado izquierdo; apenas introducida la sonda comienza a fluir por la misma orina a ritmo continuo, estableciéndose durante los 3 primeros días una diuresis media de más de tres litros. El examen radiográfico no mostró ninguna sombra calculosa. A los pocos días el enfermo es dado de alta y los exámenes efectuados sólo muestran la azohemia de 0.80 gr. por mil baja en una semana a 0.36.

Hace algunos días volvimos a observar al enfermo y la urográfica excretora muestra una perfecta eliminación en el lado izquierdo y se acentúa más la opacidad en el lado derecho. Los exámenes efectuados son los siguientes: Azohemia, 0,46; glucemia, 0,88. Eritro: Ind. de Katz 6. Prueba de concentración y dilución, muy buena. Mantoux: positiva.

Como padeciera de algunos trastornos intestinales le indican un examen de materias fecales que da como resultado el hallazgo de abundantes cantidades de formas vegetativa de Ameba Coli y lípidos mal digeridos, por lo cual consulta a uno de nuestros más distinguidos clínicos, quien después de observarlo e indicarle tratamiento para su amebiasis le insinúa la conveniencia de efectuar ectomía de la glándula renal efectuada teniendo en cuenta que podría actuar como foco séptico en un futuro no lejano.

COMENTARIOS

Aunque los exámenes bacteriológicos han sido negativos hemos rotulado a este enfermo como una tuberculosis renal o forma pseudoquistica que ha evolucionado a la calcificación. Asevera dichas posibilidades, los antecedentes familiares, un proceso epididimario espontáneo que debió resolverse por la resección del conducto probablemente bacilar y una imagen radiográfica del riñón izquierdo que a nuestro criterio no puede encuadrarse dentro de ninguna otra lesión.

De acuerdo a la evolución, Legueu incluye dentro de las distintas formas clínicas la tuberculosis renal y la pseudopoliquística también descritas por Kleppel, Petit, Lorenzo, Tuffier, Curtis y Carlier hallándose la transformación quística bajo la dependencia inmediata del proceso de esclerosis y en una etapa más avanzada la calcificación actuando las lesiones destructivas y obliterante de las pirámides como causas coadyugantes en la producción pseudoquistica.

Ya en 1914 Noël Halle en su trabajo de tesis efectuado en París sobre las formas clínicas de la tuberculosis crónica renal afirma que en algunos casos las lesiones cerradas pueden evolucionar a la curación y para Legueu Papín y Verdiac no es excepcional encontrarlos en las lesiones abiertas.

Todos están de acuerdo por cierto que son formas pseudoquisticas y Verdiac en uno de los casos intervenidos ha efectuado cortes en procesos de distinto tiempo de evolución constatando al principio las paredes constituidas por dos capas, la interna que presentaba lesiones de tuberculosis y la externa formada por una capa fibrosa con los tubos uriníferos comprimidos y en vía de regresión; en ningún caso por cierto observaron la pared revestida por el epitelio que caracteriza a las formaciones quísticas; son por lo tanto formas bien distintas a la que podrían corresponder a los riñones poliquísticos en los cuales se sobregregaría un proceso bacilar.

Estos casos dicen dichos autores "pueden llegar a la curación espontánea o médica y ésta se efectúa siempre a costa de la exclusión renal" agregando más adelante que "deben observarse muy de cerca, pues algunas veces requieren una nefrectomía en última instancia".

Volviendo a nuestro caso llama la atención la inexistencia de un cuadro clínico típico: doloroso ni febril, la falta de repercusión vesical comprobada a través de nuestro insistente interrogatorio como asimismo controlada por la citoscopia.

En lo que se refiere a la terapéutica seguirá a nuestro criterio supeditada a la evolución del proceso; llevamos observando al enfermo casi 11 años, su

excelente estado general, la falta absoluta de síntomas como asimismo la invariabilidad de los exámenes clínicos corrobora el acierto de nuestro criterio conservador.

Caso Nº 2. — R. B. 44 años. Casada. Inicia su afección súbitamente hace 10 años, con intensos dolores en la región lumbar izquierda con reflejos hacia adelante, estómago y región periumbilical.

A estos síntomas acompañaban alta temperatura, escalofríos y malestar general. Fué internada en un servicio hospitalario donde, según la enferma se comprueba una piuria muy marcada y el examen radiográfico directo negativo; le instituyen tratamiento médico y régimen alimenticio, como el cuadro febril desaparece es dada de alta persistiendo aunque menos marcados los dolores en la región lumbar. Desde entonces sus orinas persisten muy turbias y en los repetidos exámenes muestra marcada piuria. Estado subfebril.

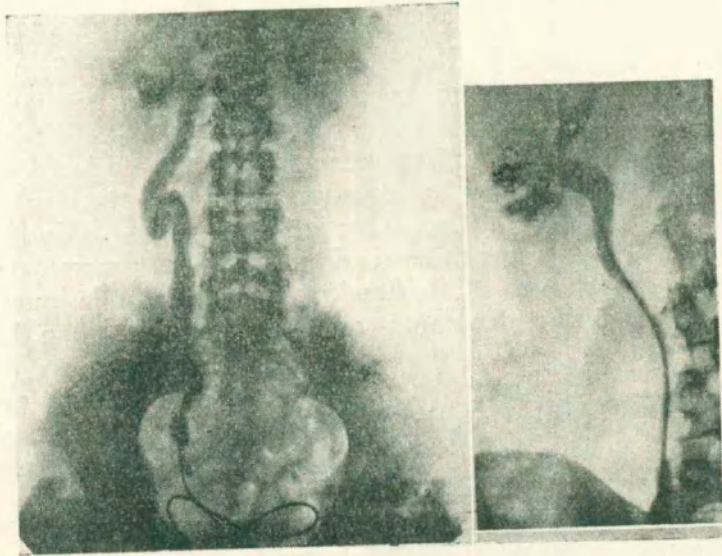


Figura 3

Figura 4

Un año después vuelve nuevamente a padecer de intensos cólicos del mismo lado y temperatura hasta 40° que persistió durante un largo lapso de tiempo; comienza entonces su peregrinación y a pesar de ser sometida a distintos tratamientos persiste el mal estado general, llegando a rebajar casi 20 kilos de peso. Sin probable orientación diagnóstica es enviada al Servicio de Endocrinología que dirige la Dra. Sara Schnitman, quien apenas comprueba la piuria existente nos envía la enferma para su estudio.

La observamos por primera vez el 24 de enero de 1948, comprobando su pésimo estado general y temperatura que oscila entre 38 y 39°.

El examen físico solo permite controlar intenso dolor en fosa lumbar izquierda, siendo casi imposible efectuar la puño-percusión.

Orinas intensamente piúricas con 1014 de densidad, alcalinas y que al examen bacteriológico permiten fácilmente el hallazgo de gran cantidad de bacilos alcohol-ácidos resistentes. Al examen citoscópico buena capacidad vesical, mucosa ligeramente despulida pero a pesar de la búsqueda meticulosa no se perciben lesiones específicas. Cromo-citoscopia lado D. elimina a los 3'; lado Izq., no hay eliminación a los 15'.

El examen radiográfico por urografía de excreción permitió comprobar la exclusión funcional de lado izquierdo y la pielografía ascendente de este lado (Fig. 3), borramiento de los extremos papilares de los cálices y dilatación de los mismos. El trayecto uretral casi con el calibre de un hansa delgada intestinal presentaba en su parte media una marcada acodadura.

Previo intento de tratamiento médico para mejorar su deplorable estado general (sonda permanente, transfusiones, antibióticos, etc.), resolvemos en vista de nuestro fracaso efectuar la ectomía no sin antes establecer ante los familiares el grave riesgo quirúrgico que la misma significaba. En estas condiciones es operada el 31 de enero de 1948.

Operación. — Se inicia con anestesia local, teniendo en cuenta el estado labil de la enferma y se completa con pentotal, pues al llegar a liberar la glándula nos hallamos en presencia de un proceso esclerolipomatoso tan intenso que hacía muy dolorosa cualquier maniobra.

Ligado el pedículo exteriorizamos la glándula y casi dos terceras partes del ureter que abocamos a piel en el extremo inferior de la incisión, alargada hacia abajo para facilitar este tiempo. Sulfamidoterapia y drenaje de la loge. Nueva transfusión, penicilina y estreptomina a dosis de un gramo por día.

Post-operatorio excelente, a los 7 días es dada de alta para ser observada en su domicilio particular y 15 días después comienza a deambular reintegrándose a sus tareas un mes después.

El examen anatómopatológico efectuado por el Dr. Etcheverry dió las siguientes conclusiones: tuberculosis renal en forma fibro-caseosa. A raíz de esta observación citadas a la enferma, que aumentó más de 20 kilos.

COMENTARIOS

Se trata, como vemos, de un proceso bacilar crónico en forma pionefrónica y en el cual nunca comprobamos lesiones en vejiga ni manifestaciones clínicas que las evidenciaran.

Caso N° 3. — G. O. 44 años. Soltero. Argentino. Este paciente fué observado por nosotros hace más o menos un mes y logramos recoger los siguientes datos:

Niega venéreas. Hace 10 años, abceso de pulmón que drena por vías naturales y es tratado con sulfamidas y tónicos generales. Hace 2 años ligera urotitis que se manifiesta por secreción escasa y ardores a la micción. Es tratado como un proceso banal, pues el examen bacteriológico es negativo.

Desde hace un mes dolor lumbar del lado derecho, observando sus orinas ligeramente turbias y con pesados filamentos. Como recrudecieran sus dolores lumbares consulta a un clínico, quien comprobando una piuria muy marcada nos envía al enfermo para su estudio. El análisis de orina permite observar además de la piuria una densidad de 1012, cloruros -4.10 y fosfatos -2.60.

Insistimos en nuestro interrogatorio estableciendo que sus micciones se efectúan cada 4 ó 5 horas durante el día, no hay nicturia ni síntoma alguno que indique reacción vesical. La urografía de excreción es poco demostrativa, pues muestra buena eliminación del lado izquierdo, no visualizándose bien el riñón D. por la presencia de gases intestinales.

La citoscopia sólo permite comprobar un ligero edema en el meato ureteral derecho que caracterizamos sin dificultad, fluyendo la sonda orina a ritmo ininterrumpido, lo cual nos permite recoger más de 50 cc. de orina en el término de una hora.

La pielografía ascendente (Fig. 4), muestra lesiones ulcerativas a nivel del cáliz medio e inferior con todas las características de las producidas por el bacilo de Koch.

Como el clínico que nos envía en enfermo es además un hábil laboratorista, le insistimos que efectúe la baciloscopia con sumo cuidado y al día siguiente nos llama para comunicarnos, no por cierto sin sorpresa, que después de observar el exténdico más de una hora, halló en varios campos vacilos alcohol ácido resistentes.

Hasta tener el resultado de la inoculación instituímos tratamiento médico a base de estreptomina (2 gr.) y ácido para-amido salicílico (18 gr. por día) y que tolera bien. En el intervalo de los últimos 20 días ha observado dos hematurias totales, alejadas por cateterismo.

CONCLUSIONES

También llegamos en este caso a localizar el diagnóstico de bacilosis renal derecha sin manifestaciones vesicales, a pesar de existir un ligero edema del meato y lesiones ulcerativas bastante pronunciadas a nivel de las papilas correspondientes a los cálices medio e inferior.

Nuestra experiencia —creemos conveniente destacarlo— es que el examen bacteriológico directo en los procesos bacilares abiertos, es casi siempre positivo,

hallándose este resultado casi siempre supeditado a la paciencia y el tiempo que dispone el laboratorista para esta observación.

DISCUSIÓN

Dr. Bernardi. — Deseo referirme al primer caso en particular.

Llama la atención por qué el Dr. Arrues ha dejado al enfermo durante tantos años con un proceso aparentemente tuberculoso del lado derecho y con antecedentes tan cargados. Creo que es un tanto arriesgado. Se me ocurre que debió hacerse la nefrectomía; el enfermo, tengo entendido, que aún tiene su foco.

La imagen un tanto rara se justifica porque el riñón izquierdo presenta una anomalía de rotación, vale decir, que tiene una multiplicidad de cálices y una dilatación piélica debida a una estenosis pielo-ureteral. Eso justifica la bolsa que se observa del otro lado.

La anuria del lado izquierdo quizá se deba a esa estenosis, agregada al factor tóxico renal derecho.

En el segundo caso, ya que se trata de una forma estenosante, quizá hubiera sido conveniente extirpar todo el ureter con una incisión media infraumbilical, como se hace habitualmente.

Quisiera saber si en el tercer caso extirpó o no el riñón.

Dr. Arrues. — Estoy esperando el resultado de la inoculación. Además, estoy haciéndole tratamiento médico.

Dr. Bernardi. — Creo que existiendo bacilo de Koch no se debería esperar más, máxime cuando hay una lesión ulcerativa del cálice inferior y lesiones vesicales.

Dr. Arrues. — Creo que ese proceso bacilar, que ha llegado a la calcificación, es muy antiguo, de larga evolución, y probablemente si el Dr. Bernardi hubiera comprobado el estado general del enfermo, quizá hubiera obrado con el mismo criterio.

Cuando el médico que lo asistía me sugirió la idea de llevar a este paciente a la ectomía, le pregunté si él indicaría una lobectomía en una caverna calcificada de un pulmón.

En el segundo caso, creo no haber dejado más de 3 o 4 cms. de uréter y no hice la resección completa, porque se trataba de una enferma en pésimas condiciones generales.

Y en el tercer y último caso, estoy intentando tratamiento médico para tener una experiencia mayor, ya que se trata de un paciente que no tiene lesiones vesicales.