

## SOBRE UN CASO DE PERINEFRITIS ESCLEROSA

Por los Dres. RICARDO BERNARDI y JOSE TINELLI

La perinefritis pura o primitiva, como expresión de una entidad nosológica, es cada vez más rara ya que las enfermedades infecciosas capaces de producirla en las que predominan los gérmenes gram positivos del tipo del stafilo y estrepto, etc., son cada vez más fácilmente combatidas por los antibióticos. La perinefritis secundaria, supurada y especialmente la escleroso-lipomatosa es por cierto más frecuente que la primera, pero como resulta de la reacción pericapsular de un proceso más llamativo e importante que ella, como una litiasis o tuberculosis renal, por ejemplo, sus manifestaciones clínicas y anátomo-patológicas pasan a un segundo plano frente a la gravedad de la enfermedad originaria.

Es por estas razones que en la práctica urológica actual, no existe casi la "perinefritis enfermedad" por lo que no se piensa frente a un proceso doloroso, afebril y abacteriano, como el que presentamos. De allí la rareza de esta observación a cuyo diagnóstico clínico presuntivo llegamos solamente por 3 hechos significativos:

- 1) Dolor permanente, exacerbado por la inspiración profunda, los movimientos del torso y la palpación.
- 2) La ausencia de piuria y gérmenes a pesar del terreno bacilar.
- 3) Por el agrandamiento, irregularidad del contorno e inmovilidad de la glándula.

Existía sin embargo una típica lesión calicial superior, del lado izquierdo al pielograma, curada al parecer, porque no acusó bacilos de K, en repetidos análisis e inoculaciones e incapaz de producir "per se" el intenso dolor que acusaba la enferma.

Por exclusión localizamos la lesión en la cápsula perirrenal: formulando el diagnóstico de "perinefritis esclero-lipomatosa", que la intervención confirmó plenamente, según lo demuestra el examen anátomo-patológico realizado por el Prof. Monserrat.

Las dificultades de este raro diagnóstico en la actualidad, se confirman al pensar que esta paciente observada por nosotros al comienzo de su enfermedad renal, hace más de 14 años, fué vista luego por distinguidos colegas en la larga y penosa trayectoria de su mal, sin que, al decir de la enferma, persona bastante inteligente y acostumbrada por sus afecciones a tratar y penetrar en la psicología médica, le formularan nunca un diagnóstico convincente.

## Resumida brevemente la historia de la enferma en la siguiente:

A. de S., argentina de 35 años, presenta como antecedente importante una tuberculosis pulmonar izquierda tipo infiltrativo, hace 18 años y *curada clínicamente hace 15 años*. 1 año después, hace 14, la vemos por primera vez con una discreta hematuria de tipo total, indolora e intermitente, proveniente del lado izquierdo. El examen cistoscópico y bacteriológico no mostró lesión específica, salvo el sospechoso terreno bacilar. La hematuria desapareció totalmente, presentando luego una discreta piuria intermitente, *sin bacilos de Koch*, en los repetidos exámenes e inoculaciones realizados en varios servicios de la Capital. Desde hace 8 años, comienza a sentir un discreto dolor lumbar izquierdo sin irradiación, intermitente al principio, que paulatinamente se acrecienta en intensidad y duración, imposibilitándole en los últimos meses los trabajos domésticos, los movimientos de flexión y giratorios del torso, así como la incorporación en la cama, debiendo recurrir a los allegados con el objeto de sentarse en la misma.

Teniendo en cuenta el antecedente bacilar se le realizaron varios exámenes uro y pielo-



FIGURA 1: Aspecto del riñón, mostrando el intenso proceso perinefrítico, sobre todo en el polo superior, en donde está englobada la suprarenal.

gráficos, mostrando estos últimos la lesión descrita que a pesar de sus características no reveló bacilos de Koch en ninguno de los numerosos exámenes practicados, hecho que por cierto desorientó a los colegas y no justificaba por otra parte los dolores. Le instituyeron, a pesar de ello, un enérgico tratamiento específico a base de estreptomina, Pas. ácido nicotínico, Ca., vitaminas, analgésicos, etc., que no mejoraron su estado general ni local; la enferma empeoró francamente por lo que recurrió nuevamente a nuestra consulta después de 14 años.

Repetidos los exámenes bacteriológicos, cistoscópicos y uro-pielográficos, observamos la lesión calicial descrita y ninguna otra manifestación clínica o cistoscópica de carácter específico, como se verá en las radiografías adjuntas.

Con respecto a la radiografía del tórax, según el Dr. Casares, "se observan lesiones de tipo nodular en ambos campos medios sup. y medios; imágenes anulares, de bordes finos y contornos irregulares, de aspecto cavitario a nivel del 4º y 6º espacio intercostal posterior del lado derecho; discreta esclerosis difusa con marcado enfisema en el resto de los pulmones".

Sin embargo, desde el punto de vista clínico-pulmonar, la enferma presenta discreta tos con expectoración escasa, sin bacilos de Koch, en repetidos exámenes.

En suma como saldo positivo teníamos:

- 1) Su antecedente pulmonar, clínicamente inactivo en la actualidad.
- 2) Hematuria total, intermitente, aparecida hace 14 años, de pocos días de duración.
- 3) Una discreta piuria en el presente, *sin bacilos de Koch* en numerosos análisis e inoculaciones;

4) Un pielograma que mostraba una lesión calicial superior izquierda que a pesar de estar en comunicación con las vías de excreción *no acusó bacilos*.

5) Desde el punto de vista clínico:

a) Adelgazamiento, postración, inapetencia, escalofríos intermitentes; b) dolor lumbodorsal izquierdo, espontáneo, exacerbado por la palpación, permanente e intenso en los últimos meses, que le dificultaban la respiración profunda, los movimientos, etc.; c) agrandamiento, irregularidad y fijeza de la glándula.

6) El antecedente de un largo tratamiento clínico a base de estreptomina PAS, ácido isonicotínico, Ca., analgésicos, etc., infructuoso con respecto a su principal síndrome: *el dolor*, cada vez más intenso y prolongado hasta hacerse permanente.

Nos quedaban pues, 2 elementos positivos a juzgar en cuanto a la etiología del dolor:

a) Se debía a la lesión calicial o b) a la probable e infrecuente perinefritis.



FIGURA 2: Glándula adrenal

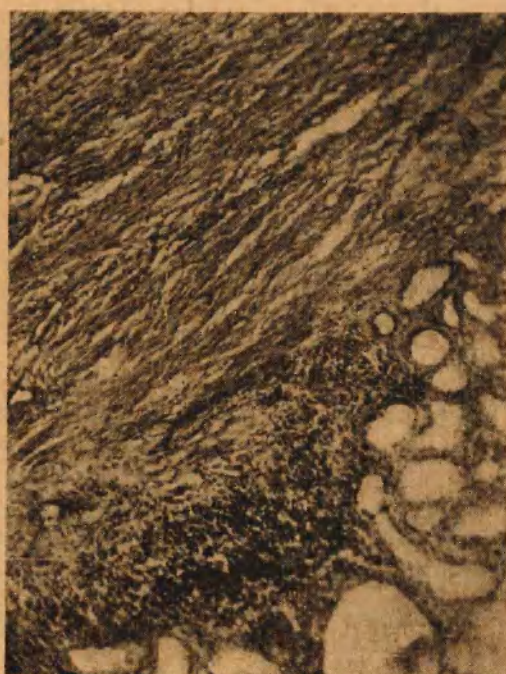


FIGURA 3: Aspecto fibrohistiocítico del proceso perirrenal.

La primera causa la descartamos de inmediato porque nunca observamos dolor apreciable en las lesiones bacilares exclusivas, aún avanzadas, del tipo úlcero-caseoso, salvo la existencia de una obstrucción calicial, piélica o ureteral, del mismo origen.

2º) Por exclusión, en nuestro razonamiento, nos quedaba la *lesión capsular*, abonada por la sintomatología y el examen semiológico.

Pero restaba otro punto por dilucidar: la perinefritis ¿era primitiva o secundaria a la lesión renal? Lógicamente pensamos en un origen secundario, teniendo en cuenta el terreno, la lesión calicial curada y el intenso tratamiento estreptomínico instituido, casi 500 g. en 3 años, conocida la tendencia hacia la esclerosis que produce esta droga.

La nefrectomía practicada mostró una intensa reacción perinefrítica, esclero-lipomatosa, que alcanzó a 5 cm. de espesor, en el polo superior, englobando a la suprarrenal y con fuertes adherencias al bazo, peritoneo, aorta y músculos vecinos.

El examen anatómo-patológico realizado por el Profesor Monserrat reveló "una glándula deformada con intenso proceso perirrenal, con zonas hemorrágicas enquistadas y reacción fibroblástica. En el polo superior la reacción es más intensa, con la glándula suprarrenal incluida".

¿El examen de los preparados *no muestra lesión específica?*

*Diagnóstico:* "Proceso reactivo proliferativo englobando a la suprarrenal (Perinefritis crónica con hemorragias enquistadas)".

A los 3 meses de la intervención la enferma aumentó 6 kilos de peso y se halla en excelentes condiciones.

#### RESUMEN .

Se trata de una enferma con antecedentes de tuberculosis pulmonar curados en la actualidad y una lesión renal calicial, sin bacilos de Koch, aunque pielográficamente específica que presentó una intensa perinefritis responsable de su intenso dolor que desapareció con la nefrectomía.

Su lesión poco frecuente motivó una serie de consideraciones clínicas que llevaron al diagnóstico preoperatorio de la misma, en un caso de difícil interpretación.

#### BIBLIOGRAFIA

- Paull D. P. Causey J. C. and Hodges.* -- C. V.: J. Urol. - V. 73 - N° 2, febrero 1955.  
*Vest S. A. and Barelare B.* -- J. Urol. - 38, 1953.
-