

Facultad de Medicina de Rosario  
Cátedra de Urología. Jefe: Dr. R. Ercole

## TRATAMIENTO MEDICO DEL ANTRAX DEL RIÑON (A propósito de cinco observaciones personales)

Por los Dres. R. ERCOLE y E. MATTOS

En comunicaciones anteriores nos hemos ocupado del ántrax del riñón, destacando, al través de una casuística personal importante, la frecuencia de este proceso, lo que contrasta con el reducido número de observaciones que se registran en la literatura mundial. Hasta el año 1952, habíamos tratado en total 14 casos, a los que podemos agregar dos más observados en estos últimos años.

Antes del uso de la medicación antibiótica el ántrax del riñón se exteriorizaba habitualmente por su complicación más frecuente, el flemón perinefrítico, pasando en tal caso desapercibida para el clínico la supuración primitiva del parénquima renal. Hemos demostrado sin embargo al través de nuestras casuísticas personales cómo es posible llegar al diagnóstico en gran número de enfermos portadores de un flemón perinefrítico, del foco supurado en el riñón, y en otras oportunidades a establecer la existencia de dicha supuración antes de la complicación perirrenal.

Es indudable que con el advenimiento y la generalización de la medicación antibiótica, las supuraciones del parénquima renal (pionefritis) se han visto disminuídas en su frecuencia, como se comprueba por el menor número de publicaciones sobre el tema, y como lo venimos observando en nuestra propia experiencia personal. Por lo que se refiere a la pionefritis supurada, complicación habitual de las pionefritis antes del empleo de la medicación antibiótica, su observación en la actualidad es realmente excepcional.

Deseamos relatar las historias clínicas de 4 observaciones de ántrax de riñón en que el diagnóstico se hizo antes de que apareciera la complicación supurada perirrenal y las cuales evolucionaron rápida y favorablemente con la medicación antibiótica. Agregamos una 5ª observación en la cual, como consecuencia de una medicación antibiótica insuficiente, se instaló un proceso de pionefritis esclero-lipomatosa, de evolución tórpida, que planteó el diagnóstico de un tumor del riñón y que curó, una vez drenada quirúrgicamente la lesión, con una medicación antibiótica intensiva.

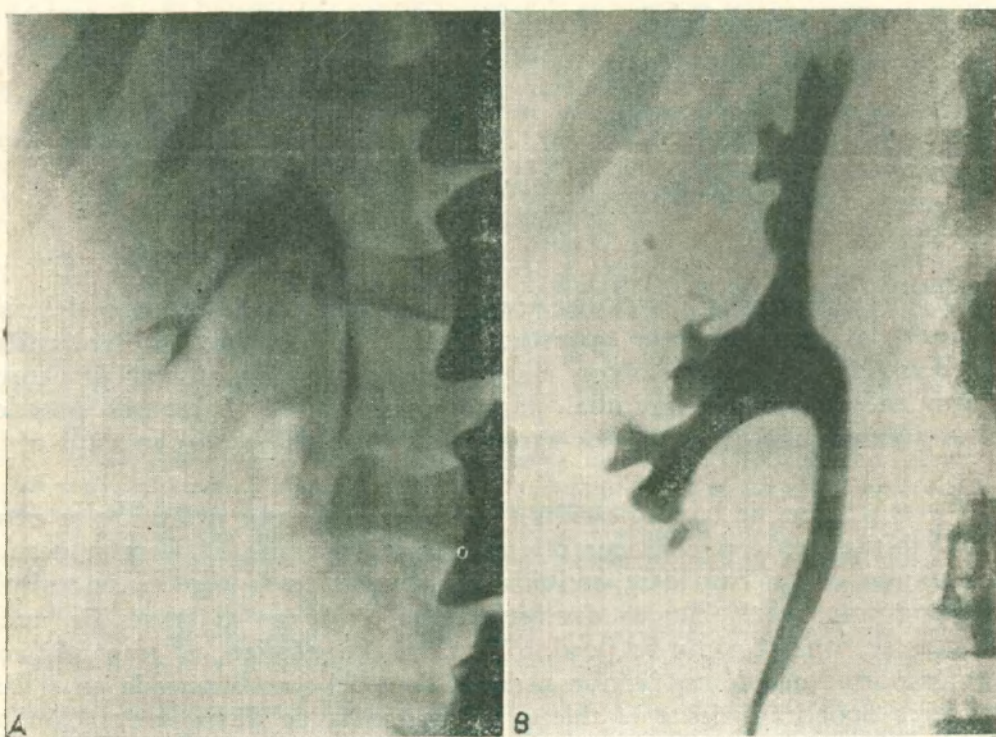
## OBSERVACIONES PERSONALES

*Observación N° 1.* — H. C. 668. P. Aldo G. 29 años, argentino, coltero. Ingres a nuestra Clínica Privada el 28-12-1944.

*A. P.:* Sin importancia. No hay antecedentes de proceso supurativo cortical.

*Enf. actual:* Desde hace 4 meses decaimiento general con pérdida de peso. Desde hace un mes temperatura que aumenta progresivamente hasta llegar a  $39^{\circ} \frac{1}{2}$  por las tardes. Por las mañanas temperatura que oscila entre  $37^{\circ}$  y  $37^{\circ} \frac{1}{2}$ .

*Est. actual:* Tanto el examen general como el de su aparato génito-urinario no ponen en evidencia ninguna anormalidad. Tan sólo la palpación del riñón derecho despierta un discreto dolor, alcanzándose apenas el polo inferior. No existe ningún signo de perinefritis.



*Fig. 1.* - *Observación N° 1.* — A. Urograma por excreción antes del tratamiento. B. Pielografía por relleno antes del tratamiento.

*Exploración radiográfica: Radiografía directa:* Negativa.

*Urograma por excreción:* Del lado izquierdo buena eliminación, pielograma morfológicamente normal. Del lado derecho la visualización del pielograma no es tan nítida como la del lado izquierdo. Es posible sin embargo establecer que el cáliz inferior está afilado y que el cáliz medio está desplazado contra la pelvis.

Sombra renal grande, sobre todo ensanchada.

*Pielografía por relleno:* Del lado derecho se observa un rechazo y deformación del cáliz medio que contrasta con el ensanchamiento del diámetro transversal del riñón. El cáliz medio está como comprimido sobre la pelvis.

*Evolución:* Con el diagnóstico de ántrax del riñón, se medica al enfermo con penicilina a la dosis de 30.000 U. en forma intramuscular cada 3 horas, totalizándose 1.500.000. Desde el segundo día la temperatura desciende a la normal, el enfermo desde entonces no vuelve a tener más temperatura, habiendo una evidente mejoría en su estado general con recuperación del apetito. Con el objeto de controlar el estado de sus riñones se efectúa una nueva exploración radiográfica.

*Urograma por excreción:* Lado izquierdo: buena eliminación, pielograma de aspecto normal. Lado derecho: buena eliminación, pielograma normal. Llama la atención si comparamos estas radiografías con las radiografías antes de la medicación antibiótica, que la morfología del pielograma es totalmente distinto, ya que el cáliz inferior no está más afilado y el cáliz que se encontraba oprimido sobre la pelvis y deformado se ha desplazado nuevamente a su posición normal. El riñón se ha reducido de tamaño, no presentando un aumento en el diámetro transversal. El enfermo es dado de alta a los 20 días de su internación.



Fig. 2 - Observación N° 1. — Urograma por excreción después del tratamiento antibiótico.

*Observación N° 2.* — H. C. 1273. S. N. - Diego C. 9 años, argentino. Ingresa a nuestra Clínica Privada el 6-4-1951.

*A. P.:* Forúnculo hace un mes, en la actualidad curado.

*Enf. actual:* Desde hace 20 días proceso febril con oscilaciones entre 38 y 39°, y dolor referido a su flanco del lado derecho. Por este motivo y con el diagnóstico de apendicitis aguda, se le practica una apendicectomía, que naturalmente no mejora al enfermo cuyo proceso febril y dolor persisten hasta el momento en que nos consulta.

*Est. actual:* El examen general es negativo. En el examen de su aparato urinario se constata tan sólo de positivo el hecho de que la palpación del riñón derecho provoca dolor. El riñón no se palpa y no hay ningún signo semiológico de perinefritis.

*Exploración radiográfica: Radiografía directa:* Negativa.

*Urograma por excreción:* Del lado izquierdo, buena eliminación, pielograma de aspecto normal. Del lado derecho: Sombra renal aumentada de tamaño. Deficiente eliminación del líquido de contraste. Falta de relleno de los cálices superiores y relleno incompleto de cálices medio e inferiores.

*Evolución:* Con el diagnóstico de ántrax del riñón, se resuelve realizar una medicación antibiótica. Se le indican 200.000 U. de penicilina y 0.15 grs. de dihidroestreptomocina cada

4 horas. A las 24 horas de esta medicación, hay una franca mejoría general del enfermo, y la temperatura desciende a lo normal, mejoría que se acentúa en los días subsiguientes. Diez días después de iniciada la medicación antibiótica, el enfermo es dado de alta, curado, habiéndose practicado previamente un urograma por excreción de control.

*Urograma por excreción de control:* Del lado izquierdo, buena eliminación pielograma normal. Del lado derecho, también muy buena eliminación y el pielograma es normal, habiéndose dibujado perfectamente los cálices inferiores y medio que en el pielograma anterior no se visualizaban.

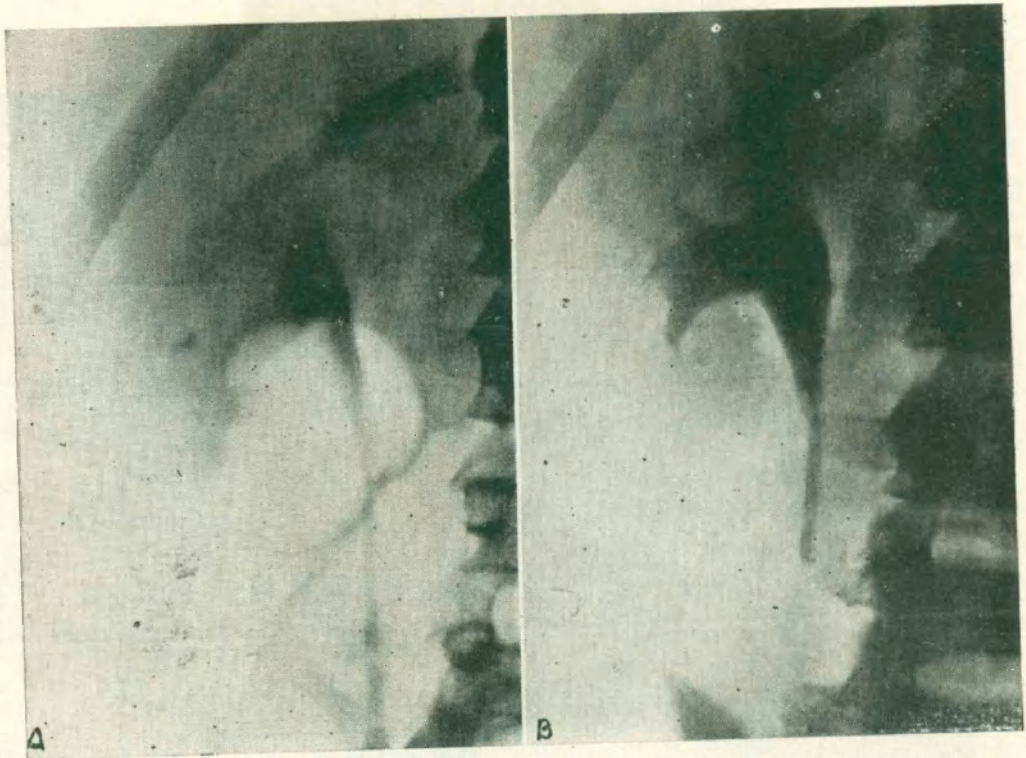


Fig. 3 - Observación N° 2. — A. Urograma por excreción antes del tratamiento. B. Urograma por excreción después del tratamiento.

*Observación N° 3.* — H. C. 4252 S. N. - Lucrecia E. M., argentina, 3 años de edad. Ingres a nuestra Clínica privada el 10-3-1957.

*Ant. personales:* Anginas y otitis a repetición. No hay antecedentes de forunculosis.

*Enf. actual:* Desde hace 16 días la enfermita presenta temperatura entre 38 y 38° ½ como único sintoma. Fué tratada con Cloromicetina sin resultado. Desde hace tres días acusa dolor en el flanco izq., razón por la cual la enferma nos es remitida para su tratamiento.

*Est. actual:* Enfermita con facies sufriente; taquicardia y postración acentuada. El examen general resulta negativo. En el examen de su aparato urinario, se comprueba la palpación del riñón derecho es indoloro y en cambio la palpación del riñón izquierdo despierta franco dolor. El riñón no se alcanza a palpar aunque esta exploración resulta dificultada por el dolor que acusa la paciente. El resto del examen de su aparato urinario resulta negativo.

*Exploración radiográfica:* Radiografía directa: Negativa.

*Urograma por excreción:* Del lado derecho: buena eliminación, pielograma normal. Del lado izquierdo: eliminación defectuosa. Falta de relleno de los cálices inferiores.

*Evolución:* Con el diagnóstico de ántrax del riñón se indica Penicilina a la dosis de 300.000 U. cada seis horas. Al cuarto día la temperatura desciende a lo normal y la enferma no acusa más dolor local. Al 7º día nuevo repunte febril, razón por la cual se aumenta la dosis de penicilina a 500.000 U. cada seis horas. Desde este momento la temperatura desciende a la normal y la enferma es dada de alta a los 9 días del tratamiento totalmente recuperada. No hay dolor local y la palpación del riñón resulta negativa. Se practica un nuevo urograma por excreción de control, que pone en evidencia un pielograma del lado izquierdo totalmente normal, lo que contrasta con el pielograma anterior.

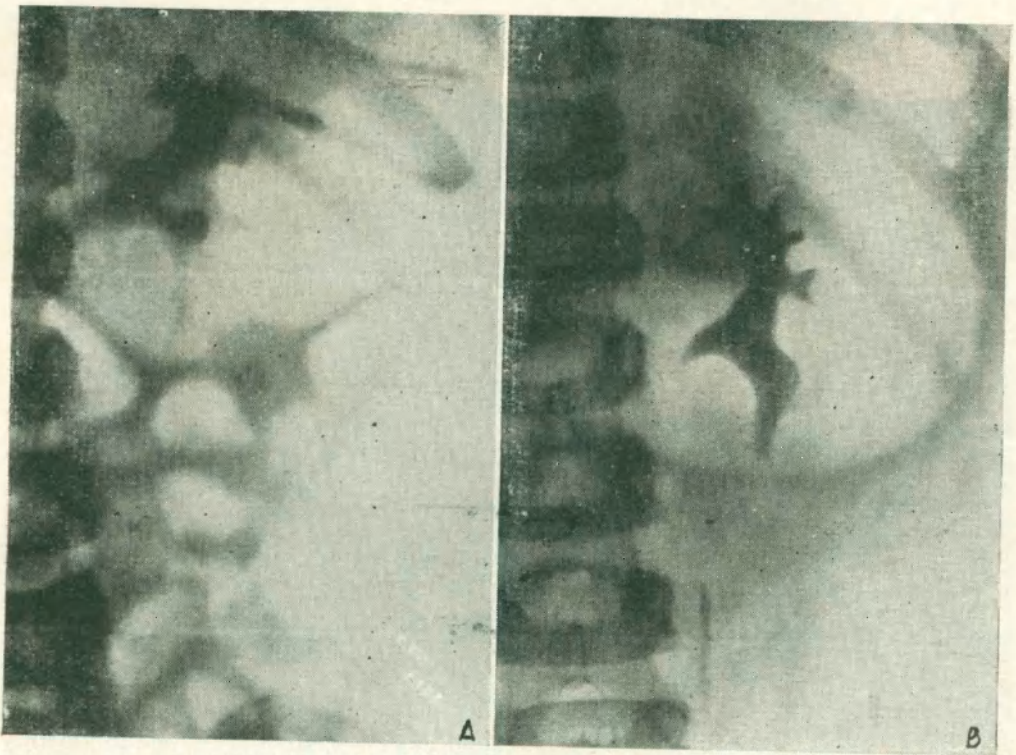


Fig. 4 - Observación Nº 3. — A. Urograma por excreción antes del tratamiento. B. Urograma por excreción después del tratamiento.

*Observación Nº 4.* — H. C. 4111. L. R. argentina, soltera, 26 años. Ingresa al Servicio de Urología del Hospital Centenario el 9-1-1957.

*Ant. personales:* S. p. No hay antecedentes de forunculosis.

*Enf. actual:* Hace 9 días mientras se desempeñaba en sus tareas habituales, tiene un fuerte dolor que localiza en la región del hipocondrio derecho con irradiación hacia atrás. Al día siguiente el dolor se hace más intenso y continúa en forma persistente hasta la fecha. Tiene escalofríos y temperatura elevada que llega a 39 y 40°. Por este motivo es internada en la Sala XVII del Hospital de donde se nos la envía para su tratamiento a este Servicio.

*Est. actual:* El examen general resulta negativo, salvo un marcado estado de postración general. La enferma es normotensa.

*Examen de su aparato urinario:* Riñón izquierdo no se palpa. Riñón derecho se lo palpa aumentado de tamaño, poco móvil con la impresión de estar fijo a los planos profundos y resultando esta exploración muy dolorosa. Vejiga: normal. Citoscopia: sin particularidades. Examen genital: negativo.

*Exploración radiográfica:* Radiografía directa: Sombra renal derecha agrandada, particularmente a expensas de su polo inferior.

*Urograma por excreción:* Del lado izquierdo: buena eliminación, pielograma de aspecto normal. Del lado derecho: deficiente eliminación, no visualizándose los cálices inferiores y medios. Marcado engrosamiento del polo inferior del riñón.

*Cistograma:* Normal.

*Pielografía:* Por relleno del lado derecho: falta parcial de relleno de cáliz medio. Cáliz inferior rechazado hacia la línea media, con relleno incompleto y con imagen de falta parcial de relleno.

*Evolución:* Con el diagnóstico de ántrax del riñón se indica penicilina a la dosis de 200 000 unidades cada cuatro horas y estreptomycinina:  $\frac{1}{2}$  grs. cada 8 horas. Al cabo del 4º día de tratamiento la temperatura desciende a la normal y el dolor disminuye. Al cabo de los 12 días de tratamiento la enferma se considera curada: no hay dolor, no hay temperatura y el



Fig. 5 - Observación N° 4. — A. Pielografía por relleno antes del tratamiento. B. Pielografía por relleno después del tratamiento.

riñón se ha reducido de tamaño palpándose el polo inferior, móvil e indoloro. Se practica una pielografía por relleno para control y la enferma es dada de alta curada.

*Pielografía por relleno de control:* Pielograma normal. El cáliz medio se ha rellenado perfectamente y en cuanto al cáliz inferior que estaba desplazado hacia la línea media y afilado ha vuelto a retomar su posición normal.

*Observación N° 5.* — H. C. 1306. H. F. - Miguel Antonio P., 25 años, italiano, soltero. Ingresó al Servicio de Urología del Hospital M. Freyre el 8-5-50.

*Ant. personales:* S. I. No hay antecedentes de forunculosis

*Enf. actual:* Hace seis meses inicia su sintomatología con dolor en la región renal derecha, que se propaga hacia la fosa iliaca del mismo lado, y se acompaña de escalofríos y luego temperatura elevada, sobre todo nocturna. Es internado en un Servicio hospitalario donde se lo trata con inyecciones, siendo dado de alta a los 20 días, aunque persiste un dolor discreto en la zona renal, dolor que ha persistido hasta la fecha. No refiere temperatura, pero el médico que lo

asiste comprueba la existencia de una tumoración en hemiabdomen derecho, razón por la cual lo envía a nuestro Servicio con el diagnóstico de tumor de riñón.

*Est. actual:* El examen general no demuestra nada de particular.

*Aparato genito urinario:* Riñón izq. no se palpa, no hay dolor. Del lado derecho se palpa una tumoración que ocupa el flanco y el hipocondrio y que se extiende hacia abajo hasta la línea media umbilical y hacia adentro hasta el borde externo del recto anterior. Por arriba se pierde por debajo del reborde costal. Es poco dolorosa, de consistencia firme y de superficie algo irregular. Poco desplazable y escasamente móvil con la respiración. Pelotea y tiene contacto lumbar. El resto del examen del aparato genito-urinario resulta negativo.

*Exploración radiográfica:* Radiografía directa negativa. Urograma por excreción: del lado izq. buena eliminación, pielograma normal. Del lado derecho: buena eliminación. El pielograma demuestra un desplazamiento de los cálices inferiores hacia la línea media. Pielografía por relleno: del lado derecho: se confirman los datos que ya ha proporcionado el urograma por



Fig. 6 - Observación Nº 5. — A. Pielografía por relleno, preoperatoria. B. Urograma por excreción, postoperatorio.

excreción. Los cálices inferiores están francamente desplazados hacia la línea media al punto de casi contactan con el uréter.

*Exámenes de laboratorio:* El examen de sangre revela una leucocitosis discreta (10.300 glóbulos blancos). Con fórmula normal. Eritrosedimentación: en la 1ra. hora 28 mm., 2da. hora 70 mm. e índice de K. 31.50. El examen de orina es normal.

*Evolución:* En este enfermo se plantea el diagnóstico de una tumoración del riñón o una perinefritis de evolución tórpida como consecuencia de una terapéutica antibiótica incompleta. En estas condiciones resolvemos la intervención.

*Operación:* 24-5-1950.

*Anestesia:* con Pentotal sódico.

Lumbotomía anatómica con sección parcial del oblicuo mayor. Llegado a la loge se constata que la cápsula grasosa está reemplazada por una cáscara dura de degeneración fibrolipomatosa que se extiende particularmente sobre la cara anterior del riñón y que tiene un espesor de varios cm. Seccionada esta cápsula se llega al riñón consiguiéndose la liberación subcapsular del mismo. La cara posterior del riñón es normal pero en cambio en la cara anterior en la unión del cuerpo con el polo inferior se constata la existencia de un núcleo

indurado que se calcula del tamaño de una avellana y que se tiene la impresión de que va bien en profundidad en pleno parénquima renal. Liberado ampliamente el riñón se deja tubo de drenaje y se efectúa el cierre de la pared en la forma habitual. Lino en la piel.

*P. O.:* Normal; no tiene temperatura en ningún momento. Se lo medica con Penicilina a razón de 200.000 u. cada seis hs. Se saca el drenaje al 6º día. Buena cicatriz operatoria. El enfermo es dado de alta muy mejorado.

Un mes después concurre al C. E. constatándose que la tumoración que se palpaba en su hemiabdomen derecho ha desaparecido y en esta oportunidad se le practica urograma por excreción de control.

*Urograma por excreción de control:* Radiografía directa negativa. Del lado izq. pielograma de aspecto normal. Buena eliminación. Del lado derecho también buena eliminación. Pielograma normal. Llama la atención que los cálices inferiores que estaban desplazados en el pielograma efectuado antes del tratamiento hacia la línea media han vuelto a ocupar la posición normal.

En un trabajo que presentamos al V Congreso Americano de Urología, realizado en Méjico en el año 1951, destacamos la importancia del diagnóstico radiográfico del ántrax del riñón, en particular en base a las deformaciones del pielograma. Agrupamos estas alteraciones pielográficas en las siguientes formas:

- 1º) Imágenes de compresión de los cálices y de la pelvis.
- 2º) Desplazamiento total o parcial de la vía excretora.
- 3º) Ectasia parcial o total de la vía excretora.
- 4º) Deformación calicial.

Se trata en definitiva, como vemos, de alteraciones pielográficas semejantes a las que se observan en los tumores del riñón.

Considerando que el ántrax del riñón tiene en algunos casos una evolución lenta, la que se exagera todavía con una medicación antibiótica insuficiente y que la temperatura es un síntoma que también se observa en los tumores del riñón, es lógico suponer que ante una imagen pielográfica de tipo tumoral pueda plantearse, como en algunas de nuestras observaciones, el diagnóstico de un cáncer de riñón. El antecedente de la infección periférica mínima (forúnculo, ántrax, panadizo), representa en estos casos un elemento de valor diagnóstico indiscutible.

Las cuatro primeras observaciones que presentamos destacan la importancia de la exploración radiográfica, en particular del urograma por excreción, para el diagnóstico precoz de estas piodenofritis, antes de que aparezca la complicación supurada perirrenal.

En todos estos casos hemos utilizado como medicación antibiótica la penicilina, con el agregado en alguno de ellos de estreptomina (Observ. N° 2 y 4), y el resultado obtenido ha sido realmente espectacular, no solamente al conseguirse la curación del proceso supurado, sino también al obtenerse una recuperación íntegra tanto anatómica como funcional del riñón, como se demuestra en el urograma por excreción posterior al tratamiento.

Contrastan estos resultados en la evolución del caso N° 5 que nos consulta con el cuadro de una grosera perinefritis de tipo esclerolipomatosa como consecuencia de una medicación antibiótica insuficiente en el momento de la instalación del proceso renal.

Constituida la perinefritis, y entibiado el proceso con la medicación antibiótica que se efectuó posteriormente, se constituyó la citada reacción fibrolipomatosa perirrenal que se exteriorizó como una gruesa tumoración en el hi-



pocondrio, en la cual pudo plantearse el diagnóstico con un cáncer del riñón. Fué suficiente el drenaje de la lesión y una medicación antibiótica intensiva, para curar la lesión que determina en el urograma por excreción una imagen pielográfica de tipo tumoral.

1. — Si bien es cierto que con la medicación antibiótica las pionesfritis han disminuído en su frecuencia, su observación no resulta excepcional como lo demostramos a través de nuevas observaciones personales. Consideramos en cambio que el flemón perinefrítico, complicación habitual de las pionesfritis antes de los antibióticos, resulta en la actualidad de observación excepcional.

2. — En todo el proceso febril indeterminado, sobre todo cuando existe el antecedente de una infección periférica mínima, el urograma por excreción debe constituir una operación de rutina. En el caso de una pionesfritis y en particular de un ántrax de riñón el urograma por excreción pondrá en evidencia una imagen pielográfica de tipo tumoral, elemento fundamental para el diagnóstico.

3. — Diagnosticado el ántrax del riñón la terapéutica que cabe es la medicación antibiótica y en particular, de acuerdo con nuestra experiencia la penicilina. Solamente estará indicada la intervención quirúrgica, cuando la medicación antibiótica fracase o en el caso de que ya se haya instalado la complicación supurada perirrenal.

#### BIBLIOGRAFIA

1. *Ercole, R.* — "Antrax del riñón en una niña de nueve años. Valor diagnóstico de la pielografía". *Rev. Méd. de Rosario*. 1933, pág. 938.
2. *Ercole, R.* — "Antrax del riñón". *Anales de Cir.*, T. 1, 1935, pág. 103 y *Rev. de Buenos Aires*. 1934, pág. 548.
3. *Ercole, R. y A. Fort.* — "Antrax del riñón. Enucleación del ántrax". *Anales de Cir.* T. IV. 1938, pág. 98 y *Soc. de Cir. de Ros.* T. V, 1938, pág. 201.
4. *Ercole, R. y A. Fort.* — "Antrax del riñón. A propósito de dos nuevas observaciones personales". *Rev. Arg. de Urol.* 1940, pág. 301.
5. *Ercole, R.* — "Antrax del riñón. A propósito de ocho nuevas observaciones personales". *Rev. Arg. de Urol.* 17: 7; 1948.
6. *Ercole, R.* — "Radiología clínica del ántrax del riñón". V Cong. Americano de Urol. México. 1951. *Rev. Esp. de Urol.* 7: 221; 1952.
7. *García, A. y Casal J.* — "A propósito del tratamiento del ántrax del riñón". *Rev. Arg. de Urol.* T. XVI, 1947, pág. 41.

#### DISCUSION

*Dr. García.* — Nosotros también tenemos 4 observaciones muy interesantes de ántrax de riñón, supuraciones pionesfriticas observadas en la era de los antibióticos: 3 de ellas las hemos presentado el año pasado en sesión anual de la Asociación Médica Argentina al ocuparnos del tratamiento de las afecciones infecciosas no específicas del riñón.

Estamos de acuerdo con los relatores, pero diríamos que en dos de los casos se ha tratado de formas pseudotumorales en el sentido radiológico y semiológico, palpatorio, ya que eran voluminosos riñones con participación evidente de la atmósfera perirrenal. Desde el primer momento hicimos el diagnóstico con absoluta seguridad, porque la sintomatología séptica era incuestionable al igual que los antecedentes. Uno de esos enfermos había sido atendido en un servicio de cirugía general como un empiema vesicular y llevaba más de una semana con tratamiento de antibióticos. Abrigamos el temor de que la lesión perirrenal al esclerosarse creara un porvenir incierto al riñón. El riñón como un órgano acorazado que compromete el porvenir del mismo y hemos tenido ocasión de operar riñones con intensa reacción perinefrítica.

Instituímos el tratamiento con penicilina a grandes dosis y utilizamos eritromicina, que en el último caso fué sumamente eficaz ya que con la penicilina evolucionaba muy lentamente.

Es extraordinaria la evolución alejada de estos casos y la recuperación funcional del riñón.

Uno de los pacientes lleva más de dos años y tenemos controles de casi 3 años de evolución, en que la imagen del riñón es tan extraordinaria que no se pudo descubrir, funcional ni anatómicamente, el menor resto de esa gruesa deformación, cuya participación perirrenal nos hizo abrigar temores.

El último caso, que es reciente, después de casi 3 meses, tuvo un nuevo repunte febril, que ha cedido rápidamente con la eritromicina, habiéndose normalizado el hemograma, la eritrosedimentación y todas las pruebas de repercusión general.

Estamos de acuerdo con que la recuperación es extraordinaria, pues radiológicamente, no puede asegurarse si ese riñón ha sido asiento de una lesión tan grave.

Uno de nuestros enfermos tuvo una reacción fibrosa y con la eritromicina el proceso se redujo totalmente, al punto que a los pocos días no podía reconocerse ningún vestigio de su pasado patológico.

*Dr. Trabucco.* — Deseo aprovechar la gran experiencia de los doctores Ercole y Mattos para preguntarles si han observado frecuentemente ginecomastia en los ántrax de riñón.

*Dr. Dotta.* — Voy a reducir mi aporte a un solo caso. A los antibióticos, hemos agregado la radioterapia.

La observación que he de presentar, corrobora, en parte, lo que dice el doctor García respecto a la acción de los antibióticos. Se trataba de un chico de 15 años; el médico tratante pensaba en el diagnóstico de ántrax de riñón, pero se le instituyó una medicación insuficiente. Llegó a la consulta después de 10 días de tratamiento con penicilina. La dosis de penicilina que se le administraba era aparentemente pequeña (150.000 unidades cada 6 horas), pues no consiguió regular el proceso. La elevamos a 250.000, agregando la eritromicina, con lo cual se consiguió una evolución favorable de la afección.

Como la resistencia de los gérmenes a la penicilina era positiva, creemos que la eritromicina contribuyó a la evolución feliz de este caso.

*Dr. Mattos.* — Agradezco la interesante contribución de los doctores García, Trabucco y Dotta.

El trabajo a que hace referencia el doctor García, es conocido por nosotros, al punto que figura en nuestra bibliografía.

Al doctor Trabucco le diré que no tengo conocimiento de la existencia de ginecomastias en los enfermos portadores de ántrax de riñón que he visto. No sé si el doctor Ercole ha podido comprobarlo.