

LITIASIS RENAL CLINICA Y DIAGNOSTICO

Por el Dr. CONSTANCE COMOTTO

Nos ha correspondido tratar sobre clínica y diagnóstico de este importante tema que desde la antigüedad ha sido observado y estudiado al relacionar los ruidosos cuadros clínicos de cólicos lumbares con el hallazgo de concreciones más o menos grandes cuando éstas eran expulsadas por la orina. Hipócrates no sólo trató con una precisión admirable este tema, sino que prescribía abundante ingestión de líquidos como su tratamiento más racional. Galeno describe en forma precisa las arenillas y los cálculos renales y hasta los abscesos perinefríticos que pueden ser consecuencia, comparando además las concreciones urinarias a las gotosas, estableció así una vinculación entre ambas afecciones que la ciencia actual no ha hecho más que confirmar. Con el correr de los tiempos, pasando por Areteo y luego por la escuela árabe, con Avicena en primer término, se llega ya más cerca de nosotros a Fernel y a Paré, que poco más o menos repiten los conceptos de los antiguos. Recién en la época de Sydenham, de Morgagni, de Hoffman, de Van Swieten, aparecen descripciones casi completas sobre la litiasis urinaria, quedando su sintomatología bien establecida desde el punto de vista clínico. Morgagni en sus geniales lecciones, se ocupa de los cálculos latentes del riñón y describe en forma magistral el clásico cuadro clínico del cólico nefrítico. Las ideas de Galeno sobre las relaciones entre la gota y la urolitiasis, son actualizadas por Van Sydenham que establece definitivamente esa relación. Es a partir del descubrimiento del ácido úrico por Scheele en 1776, al que llamó "ácido lítico", por cuanto el gran químico sueco lo descubrió analizando cálculos urinarios, que comienza por así decir, la era química de la litiasis urinaria. Desde los primeros años del siglo pasado es conocida la naturaleza química de las concreciones urinarias, merced a los trabajos de Bergman, Wollaston y de Vauquellin en 1804. Ya entramos en la era contemporánea y con el prodigioso adelanto de las ciencias auxiliares de la medicina, la mayor parte de los claros que restaban en el conocimiento de esta afección quedaron colmados, si bien es verdad y en buena parte merced a teorías que casi seguramente la experimentación ha de confirmar. No queremos dejar pasar esta breve incursión por la historia, sin recordar las grandes figuras del pasado que padecieron esta enfermedad, citas que tomamos del magistral tratado de Civiale sobre las afecciones calculosas editado en 1838. Erasmo el gran filósofo en 1536, Federico III, gran elector de Sajonia en 1525; Colbert el famoso ministro de Luis XIV en 1683; Harvey, el gran anatomista inglés en 1657; el papa Inocencio XI en 1689; Leibnitz el filósofo en 1716; Montagne el filósofo francés en 1592; Felipe IV rey de Francia, en 1665; Scarpa, el gran anatomista italiano, en 1832.

Entraremos de lleno a encarar la parte clínica de la litiasis renal comenzando con la sintomatología y pasando luego al diagnóstico. En términos ge-

nerales debemos conservar la distinción clínica establecida por Albarran, en litiasis primarias y litiasis secundarias. La litiasis primaria se debe a una alteración de metabolismo, vale decir que es una afección de orden general, manifestándose en el riñón por la precipitación de elementos de la orina y formación de concreciones que provocan el cuadro clínico que caracteriza la enfermedad. Pueden estar afectados ambos riñones simultáneamente o separadamente. El canal urinario, en condiciones anatómicas y funcionales de normalidad, expulsa esas formaciones, con una sintomatología más o menos ruidosa, según la dificultad mayor o menor que el tamaño o la forma de la concreción u otros factores la provoquen. Pero a veces la formación del cálculo se produce en forma asintomática, llegando a adquirir grandes dimensiones sin que nada haga sospechar su existencia. Cuando las concreciones son pequeñas o de mediano tamaño su expulsión del canal urinario provocan en general un cuadro sindrómico que constituye el "cólico renal" sobre el cual volveremos más adelante. Otras veces las concreciones son múltiples y se las llama "arenillas", de granos más o menos gruesos y con sintomatología subjetiva en general escasa y hasta ausente, siendo identificadas por el grueso sedimento que deja al reposar la orina.

En la litiasis secundaria, propiamente dicha, existe una o más causas locales que la producen, y pueden ser de diferente naturaleza pudiendo resumirlas en: causas de orden obstructivo; causas de orden inflamatorio y causas de orden nervioso y endócrino. Entre las causas de orden obstructivo debemos considerar las malformaciones congénitas de cualquier naturaleza, capaces de provocar una dificultad evacuadora y en consecuencia retención de orina, importantísimo factor de la formación litiásica. Corresponde a este grupo las compresiones de naturaleza intrínseca, desarrolladas en cualquier sector de la pelvis, cálices o en cualquier otro elemento de la estructura del riñón, capaz de constituir un obstáculo a la libre circulación de la orina. Más frecuentes con las obstrucciones de orden extrínseco que ya de origen congénito como bridas o membranas ya adquiridas, como las adherencias de origen quirúrgico o inflamatorio, actúan como factor mecánico. Lo mismo podemos decir de los procesos tumorales de vecindad, de lenta evolución, que por su contacto más o menos mediato con el riñón influyen en su normal función evacuadora. Estos son factores mecánicos que por simples leyes físicas provocan estancación de orina. El factor nervioso, que rige al factor dinámico, se hace presente desde el caliz renal donde se inicia la impulsión peristáltica, cuyo resultado será la vehiculización de la orina a través del aparato urinario superior. Cualquier trastorno de este orden que altere la tonicidad o el sincronismo indispensable para la evacuación normal de la orina, provocará un éxtasis más o menos acentuado. Todos sabemos que este mecanismo depende de la inervación del riñón y de sus dependencias y que cualquier alteración de aquella rompe el indispensable equilibrio que condiciona la función normal excretoria, trayendo como corolario la estancación urinaria en el segmento correspondiente a la alteración nerviosa.

La infección es un factor importantísimo de la litiasis renal, alterando por sí misma el equilibrio hidrosalino, electrolítico y coloidal, favoreciendo así la precipitación salina. mientras que del epitelio lesionado se desprenden partes, que junto a pirocitos, hematíes y fibrina, forman núcleos de atracción para los elementos que la orina resulta incapaz de mantener estabilizados, ya sean de

naturaleza mineral u orgánica. Se constituye así el cálculo cuya permanencia y crecimiento en el lugar de origen estará condicionada por la persistencia de las condiciones que lo provocaron. No debemos olvidar, como factor importante, la disminución del calibre canalicular provocada por el proceso edematoso inflamatorio en la zona de su acción. Debemos advertir que la litiasis primitiva, puede transformarse en secundaria en virtud del proceso irritativo local y sobre todo por la fácil infección que puede producirse. Como pasa tan a menudo en clínica, lo complejo de la patogenia no permite una limitación neta en la clasificación de estos tipos de litiasis.

Respecto de las alteraciones de orden anatómico y funcional que la litiasis primitiva puede provocar en el riñón, son de variada naturaleza e importancia, estando en relación con la permanencia más o menos larga de las concreciones dentro del órgano que no trae alteraciones evidenciables si es pasajera.

Nos hemos referido en los últimos párrafos a la litiasis primitiva y a las lesiones que puede provocar y sus consecuencias, lesiones que son de naturaleza parenquimatosas, es decir fundamentalmente específicas del órgano. Las lesiones microscópicas van desde la distensión de la cápsula de Bowman, de los túbulis y de los vasos de la zona medular y cortical, para llegar en la faz más avanzada el riñón contraído, pequeño, atrófico con las lesiones que caracterizan a la nefritis litógena. En la litiasis secundaria de acuerdo a su patogenia, las lesiones más interesantes son las del segmento excretor, en primer término a considerar, las ectasias caliciales o piélicas, traduciendo retención ya de causa mecánica cuando son producidas por estrecheces, compresiones, acodaduras, etc., o de causa dinámica cuando son debidas a procesos inflamatorios, nervioso o endócrino, pudiendo por supuesto complicar el cuadro cuando se superponen ambas y tendremos así las pielonefritis ligadas a la infección ascendente en su propagación al parénquima renal, aunque su origen por regla general es descendente, pielonefritis que en su evolución progresiva puede llegar a la pionefrosis. De lo que relatamos se deduce lo difícil que resulta establecer una separación neta, entre lo que debe considerarse como factor primígeno en cuanto a la faz infecciosa de la litiasis secundaria, es decir si se trata de una pielonefritis o pionefrosis o uropionefrosis calculosa o una calculosis primitiva infectada. Ante un cuadro clínico condicionado por la presencia de una litiasis y desde el punto de vista práctico, que es el que nos debe guiar en estas reuniones, lo que importa es establecer sobre todo si el proceso es aséptico o séptico, en la primera eventualidad los caracteres físicos, la repercusión anatómica y funcional sobre el órgano, la reversibilidad de las alteraciones y sobre todo la causa que las ha provocado nos servirán para orientarnos en la conducta terapéutica más apropiada. Y antes de seguir no debemos olvidarnos de las perinefritis esclerosas o esclerolipomatosas, que acompañan prácticamente en mayor o menor grado a las litiasis renales y sobre todo a las infectadas en cuyas formas avanzadas es frecuente el absceso perirrenal con doble colección de pus en reloj de arena, una dentro del riñón que ha dado origen a la otra, perirrenal. En ambas formas de litiasis es necesario considerar el número, la forma, la situación y el tamaño de los cálculos. El cálculo único puede estar situado en la pelvis renal y si su tamaño le permite una relativa movilidad resultan los más ruidosos en sus manifestaciones, pues al obstruir el ostium pieloureteral provocan crisis obstructivas con todas sus

consecuencias. Si el cálculo es grande la pelvis le forma una especie de molde, y por regla general permanecen silenciosos y muchas veces son descubiertos accidentalmente con motivo de exámenes clínicos ajenos al aparato urinario. A veces en su crecimiento se prolongan dentro de los cálices y constituyen un cálculo coraliforme con extraordinaria tolerancia subjetiva, anatómica y funcional, hasta que un episodio infeccioso, obstructivo o hematúrico los pone en evidencia; a veces son bilaterales y se los ha podido seguir durante años compatibles con las actividades normales del enfermo. Otras veces la concreción ocupa un cáliz creciendo dentro de él y sobre todo si es de un cáliz inferior, la tolerancia es casi perfecta, mientras no se infecten, pues dada su posición tienen poca tendencia a desplazarse. En cuanto a la calculosis renal múltiple, la mayor o menor cantidad de concreciones hace mucho más difícil la extirpación de las mismas en el acto quirúrgico, que por supuesto debe conseguir eliminarlos en forma total para alejar así en lo posible la más o menos rápida reproducción de la litiasis. A veces junto a los cálculos bien definidos se encuentran verdaderos acúmulos de arenillas que colman el espacio libre intrarenal, formando un verdadero barro litiásico del que resulta muy difícil librar al órgano. En cuanto a la bilateralidad del proceso es casi la regla en la litiasis primaria, en la secundaria puede calcularse de acuerdo a las estadísticas de un 15 al 20 %; se deduce de esta gran incidencia sobre la bilateralidad en extremar la terapéutica conservadora respecto al órgano enfermo.

El síntoma principal de la litiasis renal es el dolor en la región costolumbar, irradiado en su forma típica hacia abajo y adelante, con variaciones en su intensidad, que puede llegar hasta el paroxismo, para calmarse de inmediato para luego comenzar del mismo modo un ciclo que puede durar desde algunas horas hasta algunos días, en las formas de tipo subintrante. Junto al dolor se presentan los síntomas reflejos traducidos por náuseas, vómitos, taquicardia, transpiración fría, tenesmo vesical. Bajo la acción dolorosa, el enfermo no está quieto un momento, agitado incesantemente, cambiando de posición como buscando una actitud que le dé el anhelado alivio. Hemos descripto brevemente los caracteres fundamentales del cólico nefrítico, cuando se presenta en su forma típica, pero nos apresuramos a recordar que de ninguna manera es patrimonio de la litiasis renal, sino una de las formas más frecuentes de presentarse esta afección. El cólico nefrítico traduce una distensión aguda de la pelvis renal, provocada por cualquier causa capaz de entorpecer, más o menos bruscamente, la evacuación piélica, poniendo en tensión las cavidades intrarrenales, provocando violentas contracciones espasmódicas que se traducen por el intenso dolor y los demás síntomas que lo acompañan. Pero así como este cuadro doloroso que traduce el sufrimiento del órgano no es patrimonio exclusivo de la litiasis renal, tampoco ésta es capaz de provocarlo siempre que se encuentre presente.

El síntoma dolor con los caracteres de cólico nefrítico descripto de origen litiásico, es provocado por cálculos capaces de movilizarse, por lo general pequeños o de forma tal que les permite obstruir el ostium pielo ureteral, y al franquear este iniciar de emigración hacia la vejiga de donde será expulsado con la micción si no existe obstáculo en las vías urinarias inferiores. Hay enfermos que repiten este cuadro periódicamente expulsando sus concreciones con más o menos frecuencia transformándose en lo que se ha dado en llamar "ponedores de cálculos". Durante el tránsito ureteral y mientras transcurre el

mismo los dolores cólicos se repiten más o menos intensos y con algunas diferencias, sobre todo en la iniciación del dolor, que puede ser más bajo, de acuerdo a la altura donde se ha detenido la concreción, pero no es posible establecer reglas al respecto. Debemos citar el reflejo doloroso reno-renal en el cual el síntoma se produce, también en el lado sano y otras veces a lo que conocemos por dolor controlateral, en cuyo caso la sintomatología dolorosa y con los mismos caracteres que corresponden al síndrome, se produce exclusivamente en el lado opuesto al de la litiasis. Los grandes cálculos renales mientras no se movilizan y permanezcan como encastillados en el órgano, no provocan dolor y cuando mucho sensaciones gravitativas o de tensión. Los grandes cálculos encastillados dentro del riñón, solamente por desprendimiento de alguna parte que consiga encajarse en el ostium piélico serán capaces de condicionar el cuadro doloroso típico, y siempre que el funcionalismo del riñón no se encuentre muy disminuído, pues en este caso se produce una verdadera inhibición funcional, quedando de esa manera anulada una de las condiciones esenciales para que el cólico se produzca, es decir al no haber aporte de orina, no habrá aumento de tensión intrarrenal.

Tenemos entonces dos elementos que condicionan en esencia el dolor, uno mecánico, el cálculo, capaz de enclavarse y el otro dinámico, es decir espasmódico y de este hecho podemos deducir una conclusión terapéutica. Si actuamos desenclavando el cálculo, por cateterismo ureteral por ejemplo, evacuaremos además el contenido piélico, calmará el dolor. Del mismo modo si conseguimos actuar sobre el espasmo, obtendremos un resultado equivalente. Mencionamos lo que antecede nada más que como orientación terapéutica del cólico renal basada en la patogenia. Los cólicos nefríticos típicos son los provocados en general por los cálculos pequeños al enclavarse, y cuando el funcionalismo renal se encuentra conservado, como hemos dicho más arriba. El síntoma dolor, pero ya no con los caracteres descriptos, en general también está presente en las litiasis secundarias pero sin sus características específicas tan típicas. Son dolores de tipo gravitativo más o menos continuos, soportables casi siempre, que se acentúan con la marcha o el movimiento y se calman con el reposo, localizados en general en el ángulo costolumbar respectivo y que se deben a procesos ya congestivos o inflamatorios crónicos, provocados por la litiasis. Nos hemos referido al síntoma dolor en su carácter espontáneo, es decir, no provocado por el examen clínico, dolor que puede estar completamente ausente en el momento del examen y ser referido por el paciente o sus familiares en el interrogatorio. Con el examen objetivo del enfermo se reafirma el diagnóstico presuntivo, al que nos ha llevado la anamnesis si comprobamos la presencia del dolor, provocado por la presión en las zonas clásicas, de los cuales el del ángulo costolumbar es el más constante y representativo. Consideramos que los otros puntos que clásicamente se describen, se los encuentra pocas veces en los procesos patológicos del riñón, aunque su comprobación es un elemento positivo de importancia en el diagnóstico. Se sitúan a lo largo del abdominogenital, genito-crural y femorocutáneo, y es en las emergencias de estos nervios donde se explora la sensación dolorosa. La hematuria, constituye el síntoma de mayor jerarquía en las enfermedades del aparato urinario, su presencia llama siempre poderosamente la atención y da a aquéllas, el sello definitivo de su participación en el cuadro clínico que provocan confirmando con su presencia el diagnóstico presuntivo de tratarse de

una afección urológica la que está en juego. Pero no es la hematuria macroscópica la que caracteriza a la litiasis renal, sino la microscópica, la que debe buscarse siempre en el sedimento de la orina, cuando se sospeche la existencia de esta afección, una de cuyas características más constantes es la presencia de hematíes en el sedimento urinario, sobre todo después de un ejercicio algo intenso. Este signo es muy demostrativo si se lo busca primero en la orina de una micción obtenida después de un período de reposo para compararla con otra después de una actividad física más o menos violenta; la presencia de hematíes en el sedimento de esta última o el aumento neto de la cantidad de los mismos, es una prueba positiva para tener seriamente en cuenta frente a la presunción de una posible litiasis urinaria. No debemos olvidar que la hematuria puede ser el único síntoma de una litiasis latente.

Piuria. En las litiasis infectadas las orinas por regla son turbias, traducen macroscópicamente la intensidad de la piuria y su persistencia la importancia de la infección renal. A veces la piuria litiásica no se acompaña de otro síntoma urinario, y es de regla pensar en la tuberculosis sobre todo si las orinas no son francamente alcalinas, pero mientras se investiga la etiología bacilosa, debe despistarse la calculosis latente del riñón, que muchas veces se manifiesta por este síntoma clínico.

El diagnóstico del cólico nefrítico cuando se presenta con sus caracteres típicos es fácil, sobre todo si se acompaña de síntomas netamente urinarios, polaquiuria, tenesmo vesical, dolor en el glande o en trayecto ureteral, hematuria, piuria, etc., resulta difícil en las formas frustras o de poca intensidad. En algunos casos predominan los trastornos reflejos a cargo del gran simpático simulando cuadros de obstrucción intestinal, aunque en este último el dolor es más difuso y la detención de materias fecales y gases resulta absoluta. Con la peritonitis también puede confundirse pero el dolor es más superficial, lo mismo que los caracteres de la fiebre que siempre existe en la peritonitis aguda. Pero lo que confiere el sello característico de dolor renal, lo repetimos por su real importancia es la actitud del enfermo tan distinta frente a las entidades que hemos citado. En el cólico renal el enfermo es presa de enorme inquietud, no quedando quieto un minuto, por así decir, doblándose en dos, cambiando de posición incesantemente, buscando desesperadamente la actitud que le proporcione alivio a sus sufrimientos. En vez y como vivo contraste, en los procesos de orden peritoneal el enfermo se presenta como siderado, buscando en una inmovilidad casi absoluta calma a sus dolores. Ciertas neuralgias lumboabdominales pueden inducir a error pero la presencia de puntos dolorosos precisos en las emergencias nerviosas como el lumbar a nivel de la masa sacrolumbar el ilíaco en el centro de la cresta ilíaca, el hipogastrio sobre el borde superior de la rama pubiana correspondiente, el inguinal sobre el orificio, externos del conducto inguinal y por supuesto la ausencia de trastornos urinarios deben orientarnos. No debemos olvidar que el herpes zoster puede inducir a error aunque sus vesículas características lo identifican. En el cólico hepático la irradiación del dolor que en general es más anterior, se dirige hacia el hombro siendo uno de sus caracteres esenciales. En el cólico uterino y el salpingiano, y en general los procesos agudos del aparato genital femenino el dolor se sitúa en la fosa ilíaca en su mayor intensidad. El cólico apendicular sienta a veces un interrogante muy serio sobre todo en los apéndices retrocecales ascendentes y en los retrovesicales descendentes, no existe signo que en estos casos dé una seguridad absoluta para descartar la apendicitis y frente a un dilema de esta naturaleza está perfectamente

justificada la intervención quirúrgica sobre el apéndice o por lo menos el tratamiento clínico, como si se tratara de aquella afección. El tabes también en algunas de sus formas puede simular el cólico nefrítico que también puede ser representado en una crisis de histeria. No debemos dejar de recordar un valiosísimo elemento diagnóstico que lo constituye la cromocistoscopia que al constatar la ausencia o la perturbación en la eliminación del índigo carmín por el meato ureteral, nos proporciona un nuevo elemento positivo para avalar un diagnóstico.

La Radiología en el diagnóstico de litiasis renal. — Indiscutiblemente el examen radiológico es el procedimiento soberano para precisar en forma casi siempre indiscutible el diagnóstico de la litiasis renal, unas veces descubriéndola cuando ni se la sospechaba, otras dando su fallo casi inapelable frente a un cuadro clínico confuso, documentando así gráficamente lo que solo era presunción diagnóstica. Su empleo es absolutamente indispensable sobre todo en la patología del aparato urinario superior. Siempre la radiografía simple de aparato urinario debe preceder a las otras formas de este examen, siendo capaz de darnos un diagnóstico de certidumbre en casi todos los casos, de cualquier modo debe complementarse con la urografía excretoria para informarnos sobre la función del sistema y el grado de repercusión que sobre el mismo ha tenido la litiasis.

Los cálculos renales son más o menos opacos a los rayos X según su constitución química. Los de ácido úrico puro, que no son frecuentes, resultan transparentes a los rayos mientras que los cálculos magnésicos así como los de oxalato son perfectamente opacos en general, influyendo también el tamaño en su visualización. Frente a una imagen opaca, de aspecto coraliforme y en cualquier posición que ocupe dentro del abdomen, no se puede pensar en otra cosa que en su verdadera significación urinaria. Pero no siempre la imagen es tan absolutamente típica; podemos aceptar la realidad de un cálculo cuando una sombra triangular con vértice hacia abajo y proyectándose dentro del área del parénquima renal más o menos visible no nos deja dudas sobre su real significado. Pero no siempre es así, aunque el parénquima renal se esboce y la cobije, una imagen sospechosa puede pertenecer a otro órgano, sobre todo en el lado derecho, en el cual un cálculo de la vesícula biliar puede proyectarse dentro de la sombra renal. Otras veces es un ganglio vecino calcificado el que proyecta su imagen pseudo calculosa. También debemos tener en cuenta las anomalías de posición del órgano que sitúa la concreción fuera de los límites de las zonas anatómicas que topográficamente corresponden al riñón.

Algunas de las dudas que acabamos de citar, son posibles de aclarar variando simplemente la proyección de las imágenes sospechosas en cuestión, así por ejemplo una sombra que en posición dorso placa se proyecta dentro de la zona renal, en posición lateral se proyectará sobre la columna vertebral o por detrás de ella si corresponde al riñón, mientras que lo hará por delante de la columna vertebral si se trata de un cálculo vesicular por ejemplo. Queremos también recordar al rectángulo de Bazy-Morand que resulta útil para orientarnos en cuanto a la posición topográfica de una concreción, por cuanto si se encuentra proyectada dentro del área del mismo, no solo estará dentro del riñón sino dentro de la pelvis renal. El rectángulo de Bazy-Morand está formado por dos líneas horizontales que pasan por el centro de la primera y segunda vértebra lumbar y limitadas hacia afuera por dos verticales a seis centímetros de la línea media; su área en un riñón normalmente colocado,

corresponde a la pelvis renal. Pero no queremos extendernos en la descripción de recursos, que tenía su importancia en la época anterior al pielograma de excreción, que es capaz de resolver casi todos los problemas de la índole de los que planteamos. El urograma excretorio nos proporciona una imagen gráfica del sistema excretor, dándonos nociones a este respecto tan precisas por lo general, como las de un pielograma ascendente y con las ventajas sobre éste, de dar una representación no solo morfológica sino funcional, pues es tributario directamente de la actividad específica del riñón y hasta cuando ésta última no se cumple, la negatividad de la imagen o su insuficiencia nos proporciona un dato de suma importancia, frente a un cuadro clínico en el cual la participación del riñón fuera dudosa. De manera que la coincidencia de una sombra radiológica sospechosa, preexistente por supuesto en la radiografía simple, con el pielograma obtenido, reafirma el diagnóstico y le da certeza y precisión. Solamente en los casos de falta o disminución marcada de la función secretoria renal y en los que resulte indispensable la visualización de las cavidades renales, ya para individualizar como renal a la concreción que planteara dudas sobre su verdadera significación, y ya para conocer las condiciones intrínsecas del sistema canalicular del órgano, indispensables para el pronóstico y la correcta indicación terapéutica, se recurrirá al pielograma ascendente o de relleno. En cuanto a la evolución y pronóstico debemos insistir en el concepto de considerar la litiasis renal como una afección seria y grave. Su evolución depende de muchos factores que consideramos brevemente. Debe tenerse en cuenta el tamaño, el número, la situación, la forma, la naturaleza, la uni o bilateralidad del proceso, la infección, los daños anatómicos o funcionales que los cálculos hayan provocado en el riñón. El estado general del enfermo se apreciará por los exámenes clínicos de práctica y el laboratorio nos informará en cuanto a la repercusión funcional que la afección ha provocado. La litiasis renal tiende a la destrucción del órgano en tiempo más o menos largo, ya sea por nefritis litiásica, por atrofia del órgano, por dilatación o por supuración, en forma más o menos lenta y más o menos ruidosa, según el tamaño, la forma y la localización topográfica del cálculo. Cuando es fijo, aséptico, puede ser completamente silencioso y perfectamente tolerado, debe considerarse como una excepción. Cuando está situado sobre unos de los polos es menos grave su evolución, que cuando se encuentra en la pelvis renal. El cálculo infectado conduce rápidamente a la destrucción del órgano que lo aloja, la pielonefritis, la pionefrosis, la uropionefrosis, el absceso pionefrítico son sus consecuencias si se lo deja librado a su evolución natural. Si la litiasis es bilateral por supuesto el cuadro es mucho más sombrío, y el enfermo sucumbe por uremia progresiva que se suma a los accidentes provocados por la infección. Puede esperarse la expulsión espontánea de los cálculos de menos de un centímetro de diámetro y la expectativa debe regularse por las condiciones locales y generales que se presenten. Los cálculos únicos son de mejor pronóstico que los múltiples. Los cálculos coraliformes llevan casi siempre a la nefrectomía, que solo se practicará como último recurso.

Los grandes cálculos coraliformes que se amoldan dentro de las cavidades renales, son de pronóstico reservado, bien tolerados y subjetivamente asintomáticos muchas veces, y compatibles con una buena función renal, mientras que se infecten o provoquen hematurias repetidas o cuadros dolorosos, cuya aparición no se puede prever, y cuya única solución definitiva es la nefrectomía, condicionada por supuesto a las condiciones que presente el otro riñón. Los cálculos móviles del riñón son susceptibles de enclavarse en el ostium pieloure-

teral en forma más o menos parcial y provocar ectasias más o menos pronunciadas, verdaderas hidronefrosis con consecuente repercusión sobre el parénquima renal, cuyo pronóstico siempre debe ser aleatorio, hasta que la evolución ulterior a la eliminación de la causa, revele la recuperación renal anatómica y funcional. Repetimos que la infección agrava siempre el pronóstico, provocando lesiones que difícilmente son reversibles en forma integral, como pudiera esperarse de un proceso aséptico. Las pelvis intraparenquimatosas, hacen el pronóstico más reservado, pues aparte de la dificultad técnica que ellas provocan en el acto quirúrgico, las lesiones ectásicas se producen casi a expensas del parénquima, con consecuencias mucho más serias que cuando se produce sobre todo a costa de una pelvis extraparenquimatosa.

No debemos por último olvidarnos de citar la anuria que provocada por un cálculo en un solo riñón puede pasar desapercibida, pero no así cuando es total, hecho por desgracia nada raro en la litiasis del aparato urinario superior, de orden reflejo y que muchas veces lleva a la muerte al enfermo. La composición química del cálculo tiene también mucha importancia pronóstica, así los fosfáticos o magnésicos resultan los más recidivantes y de crecimiento más rápido frente a los compuestos de uratos y los de oxalatos.

Al terminar nuestro relato debemos advertir que, interpretando el espíritu de estas reuniones conjuntas, no hemos expuesto para nuestros colegas urólogos, por cierto sino para los muy estimados colegas de la Asociación Argentina de Dietología y Nutrición que tanto nos honran en esta reunión, trayéndonos magníficos aportes sobre un tema que la mayoría de nosotros solo conocemos en lo indispensable. En la creencia que hemos cumplido con esta finalidad damos por terminado nuestro cometido, continuando el Dr. Bernardi con el capítulo "Tratamiento de la Litiasis Renal.

Sociedad Argentina de Urología

Reunión Extraordinaria Conjunta con la

Asociación Argentina de Nutrición y Dietología

Presidentes:.. Dres. José S. Dotta y Arturo López Gil

Secretarios:.. Raúl J. Borzone y Pedro J. Vernocchi

7 de Noviembre de 1958

PALABRAS DEL SEÑOR PRESIDENTE

Sr. Presidente (Dr. López Gil). Sras. y Sres.: vamos a continuar esta noche con la reunión conjunta entre la Sociedad Argentina de Urología y la Asociación Argentina de Nutrición y Dietología. El programa de esta noche va a ser modificado en el orden para dar lugar a que hable en primer término el Dr. Eisler que se va a referir a la dietoterapia de la litiasis renal. El Dr. Bernardi lo hará en segundo término para referirse al tratamiento urológico y luego vamos a pasar a un cuarto intermedio a fin de dar oportunidad a los interesados para que formulen las preguntas que serán consideradas en mesa redonda. En el pupitre que está a la entrada y sobre esta mesa hay algunas hojas de papel para que los que así lo deseen formulen las preguntas por escrito. Vamos a ceder inmediatamente la palabra al Dr. Mario Eisler.

que se privaba de vitamina A. La misma produciría según Higgins (2) una queratinización de la mucosa del tracto urinario, que traería aparejada desprendimientos microcálculos renales intraparenquimatosos en 5 ratas sobre 6, en las que se efectuó la experiencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Osborne, T. B., Mendel, L. B. y Ferri, E. L. — J.A.M.A., 69-32, 1917.
2. Higgins, C. C. — "Litiasis Renal", Springfield III, C. C. Thomas, 1943.
3. Escudero, A. y Boscop. — "Calculosis experimental en la avitaminosis A". Publicación del Instituto Municipal de la Nutrición. Vol 1, año 1935, pág. 274-283.
4. Sloan, L. L. y Strong, G. H. — J.A.M.A., 121: 566, 1943.
5. Fuji-Maki. — Japan Medical World, 6-29, 1926.
6. Ne. Carrison, R. — Brit. J., I: 1909, 1932.
7. Guersel, A. E. — J.D'Urol., 42: 447, 1936.
8. Novel. — Proc. Roy. Soc. Med., 29: 1092-1295, 1936.
9. Holmes, R. J. y Coplan, M. M. — J. Urol., 23: 477, 1930.
10. Hammersten, G. — Eine experimentelle Studie über Calcium Oxalate als Steibilder in den Harnwegen. Lunds Universitäs Arskrift M. F. T. 32: N° 12, 1937.
- Hammersten, G. — The possible usefulness of estrogens and alluminium hydroxide gels in the management of renal stone. J. Urol., 53: 507-520, 1945.
11. Shorr, E. y Carter, A. C. — Los gels de aluminio en el tratamiento de los cálculos fosfáticos del riñón. J.A.M.A., 144, 1549, 1950.
12. Alfie, I. — Cistinuria familiar. Rev. A. A. de Dietológica. Vol. VI, enero-julio 1948. Nos. 21 y 22, págs. 177-181.
13. Mandl, F. — Therapeutischer versuch bei einem fall von ostitis fibrosa generalizata mittels extirpation eines opithel körperchen tumors. Zentral Bl. Chir. B., 260, 1925.
14. Barley y Surcocich. — J. Urol., 37, 746, 1937.
15. Chute, R. — "El tratamiento médico de la litiasis urinaria". The Medical Clinica of North America, Set. 1954, pág. 1461.
16. Allbright, F. — New England Journal Medical, 228: 81-91, 1943.
17. Weil, M. P. y Montalant. — "El problema de la gota". Revue de Rëumathisme. Tomo 15, 65, marzo 1948.
18. Mayer, J. — Ztschr. Klin. Med., 3: 613, 1939.
19. Butt, A. J., Hauser, E. y Traina, V. — Tratamiento médico de la litiasis renal mediante el incremento de los coloides protectores urinarios por la hyaluronidasa. La Presse Medical, 60, N° 5, pág. 106, 23-1-1952.
20. Prien, E. L. y Walker, B. S. — J.A.M.A., 160, 555, 1956. Salicilamina y ácido salicílico en la urolitiasis recidivante. Día Médico, XXVIII, 23-8-56, pág. 1845.
21. Schwarz, D. y Taylor, J. — Canad. M. A. J., 63, 559, 1950.
22. Winsbury-White. — Infección focal, 1935.
23. Carr, R. J. — "Una nueva teoría sobre la formación de los cálculos renales". British J. Urology, 26, 105-117, junio 1954.
24. Koch, E. y Boshamer, K. — "Recientes investigaciones sobre la formación de cálculos renales". Miverna Chirurg., 10, pág. 389, 1955.
25. Oppenheimer, G. D. — "Nephrectomy us - conservative operation in unilateral calculous disease of the opper. urinary tract". S. G. y N. Obstet., 65, 829-836, 1937.
26. Mauric, G. y Barbizeg, J. — "El agua en la prevención de la litiasis renal". (3er. Congreso Intenacional de Evian). Edición Expansión Scientifique, 23, Rue de Cherche-Midi, París.
27. Barret, G. S. — J. Urol. 66: 315-330, 1951.
28. Taylor, J. R., Alcoc, A. J. B. y Gildes, J. A. — The Canadian Med. As. J.. Vol. 75, N° 1, pág. 29, junio 1956.
29. Gautier y Lavagne. — "Tratado de Medicina". Publicado por Lemières, A. y otros. París, 1949.