

**FALSAS IMAGENES RADIOLOGICAS DE TUMOR VESICAL Y RENAL**

Dres. B. Otamendi y E. Gago

Traemos a consideración de esta Sociedad las diversas alternativas que se presentaron frente a un paciente urológico, debido a estudios radiográficos que podían ser considerados en su momento como típicos y que la evolución del proceso nos demostró lo contrario.

Entraremos a detallar la historia clínica; se presenta a nuestro consultorio un paciente que viene del interior del país, quien una semana antes presentó un típico cólico renal izquierdo de mediana intensidad con dolor lumbar irradiado a genitales. Se le efectuaron los análisis de rutina que arrojaron los siguientes datos positivos: orina ligeramente turbia con abundantes hematíes hemolizados; el hemograma informa: hematíes, 5.000.000 por c. c.; leucocitosis de 13.700 a predominio neutrófilo (87%); eritrosedimentación acelerada de 15 mm en la primera hora y 34 mm en la segunda. También se le efectuó una radiografía simple de árbol urinario que no mostraba signos de litiasis y urograma de excreción que a los diez minutos revelaba buena función renal derecha y falta absoluta de función renal izquierda (fig 1), imágenes que se repitieron en todas las placas realizadas a posteriori hasta los 60 minutos. El cistograma ponía en evidencia una hemivejiga izquierda reducida y una falta de relleno a ese nivel (fig. 2).

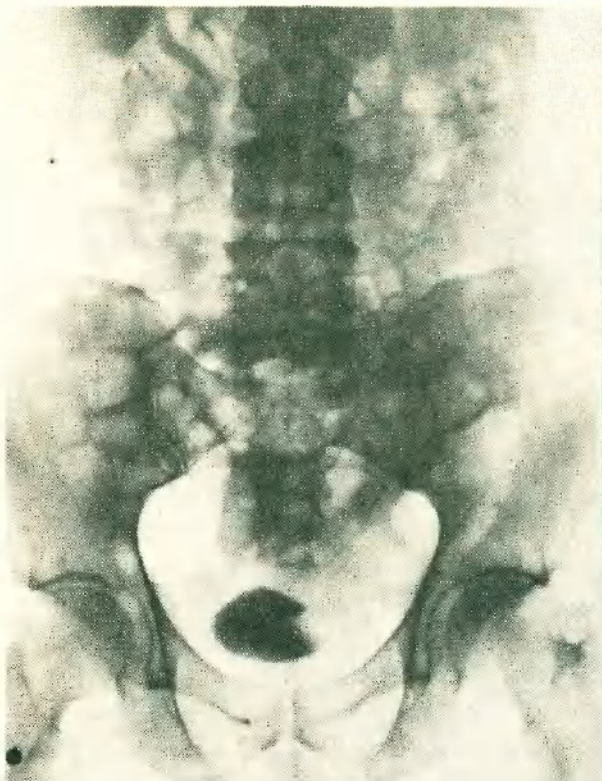


Fig. 1

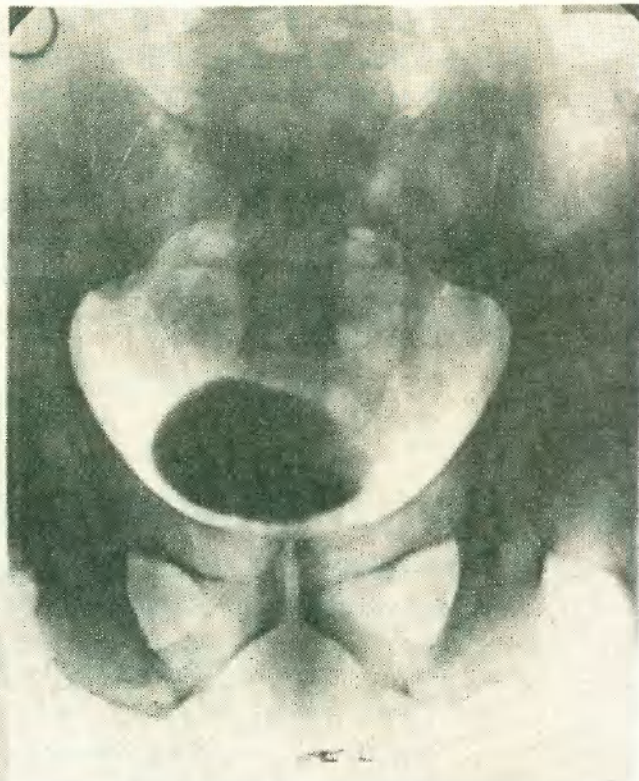


Fig. 2

El médico de cabecera presumió que se trataba de un tumor vesical que, obstruyendo la desembocadura ureteral, había causado el cólico renal, razón por la cual envía el enfermo a ésta para su estudio y tratamiento.

Observado por nosotros el estudio radiológico y vistos los análisis nos pareció un tanto raro que una tumoración de tal magnitud no hubiese producido una hematuria bien evidente por lo cual se procedió a efectuar una cistoscopia bajo anestesia general. Cuál no sería nuestra sorpresa al encontrar una vejiga prácticamente sana con excepción de una serie de petequias en la región perimeática izquierda. Ante tal circunstancia se resuelve efectuar un cateterismo ureteral izquierdo y pielografía ascendente del mismo lado que muestra elongación del cáliz superior, distorsión del cáliz medio y amputación del inferior. (fig. 3). Vaciada la vejiga se realiza un tacto rectal que evidencia una próstata de forma, tamaño y consistencia normales y ausencia de empastamiento a nivel vesical.

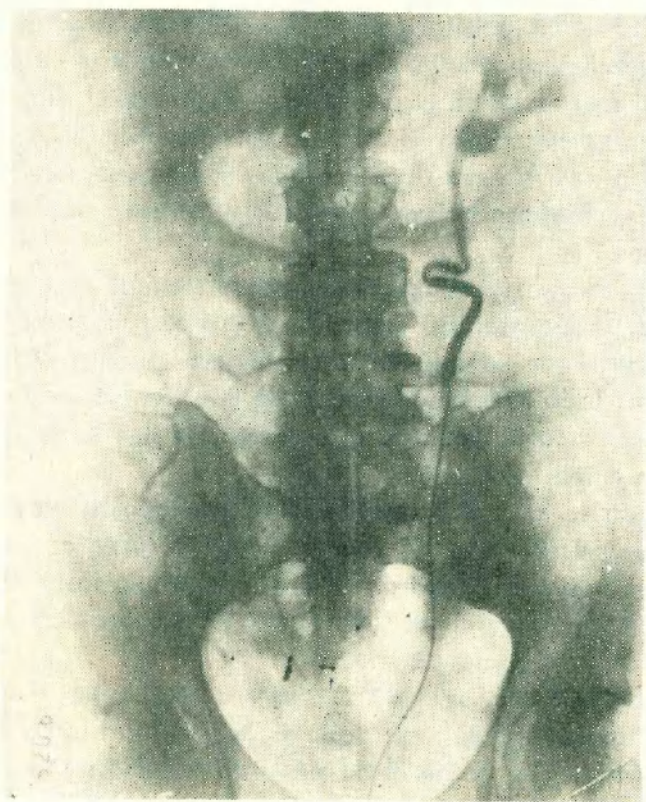


Fig. 3

Ante este cuadro creímos innecesario profundizar más en el estudio del paciente puesto que la imagen de tumor era, para nosotros, típica y propusimos la exploración quirúrgica.

La lumbotomía, realizada con la técnica habitual, nos permitió ver un riñón aumentado de tamaño pero sin las deformaciones correspondientes a un tumor de polo inferior como lo hacía presumir la pielografía ascendente.

Valorando el cúmulo de signos ya obtenidos nos pareció imprudente no efectuar la exéresis del órgano por lo cual procedimos a la nefrectomía.



**Macroscopía:** La morfología externa era la de un riñón turgente y aumentado de tamaño. El corte longitudinal mostraba un parénquima de color normal y el cáliz inferior rodeado de un tejido indurado, de 3 mm de espesor, de color blanquecino; la luz del cáliz estaba ocupada por un coágulo sanguíneo que se amoldaba a sus paredes.

Prácticamente no podemos explicarnos el motivo de las alteraciones del cáliz medio y superior pero pensamos que son de origen congénito puesto que en el urograma los cálices derechos muestran cierta atipia.

**Microscopía:** Llevada la pieza anatomopatológica a la Cátedra Titular de Urología donde se efectuó el estudio histológico, se llegó al siguiente diagnóstico: Parénquima: glomérulos con edema, congestión y secreción en el espacio de Bowman, sin reacción fibrogénica. Tubos dilatados, sobre todo los colectores. Lesiones de degeneración turbia en los tubos contorneados. La luz de estos tubos está ocupada por sustancia amorfa de aspecto líquido. Procesos inflamatorios ascendentes con células linfocitarias predominantes. Congestión intersticial. La papila tiene tubos dilatados y procesos inflamatorios con necrosis, predominando las células histiocitarias y linfocitarias. El epitelio de revestimiento de la papila está conservado salvo en la zona media donde hay una ulceración. En el espacio interpapilar existe una extensa zona necrótica con detritus celulares, sangre y elementos de la serie blanca.

**Diagnóstico:** Pielonefritis con papilitis ulcerosa y absceso necrótico interpapilar y subepitelial.

**CONSIDERACIONES.** ¿Cómo podemos interpretar las imágenes radiológicas? En primer lugar la desviación vesical con ese falso signo de Constantinesco puede ser debida a que el proceso en total era una nefropieloureteritis y la zona vesical del lado afectado presentaba una contractura muscular (Ley de Stokes). Además la falta de relleno vesical era una falsa imagen producida por gases de la ampolla rectal.

Más problemática es la interpretación de la pielografía ascendente especialmente en lo que se refiere a las alteraciones morfológicas del cáliz superior y medio; pero si nosotros comparamos en el urograma las imágenes de los cálices del riñón normal, veremos que existe cierto parecido por lo que podemos pensar en una formación congénita.

La imagen de amputación del cáliz inferior, zona renal más afectada por el proceso inflamatorio, era debida a que dicha cavidad se hallaba ocupada por coágulos sanguíneos que no permitieron la entrada de sustancia de contraste. Creemos traer un caso interesante de falso diagnóstico debido a imágenes radiológicas que hemos considerado típicas, no habiendo empleado otros métodos (retroneumoperitoneo, aortografía, etc.) por no considerarlos necesarios y que posiblemente nos hubieran evitado la intervención quirúrgica.

**CONCLUSION.** Presentamos un falso diagnóstico originado en imágenes radiológicas.

**SR. PRESIDENTE.** En consideración.

**DR. SCHMIDT.** Quería preguntar cuantos días transcurrieron entre el urograma endovenoso y la cistoscopia.

**DR. OTAMENDI.** Entre siete y diez días; posiblemente más cerca de los siete que de los diez.

DR. SCHMIDT. Hacia el comentario por la posibilidad del pasaje de material necrótico a través del orificio ureteral. Y además, quería saber si le hicieron una cistografía más o menos al mes.

DR. OTAMENDI. Cuando uno hace la cistoscopia después de pasar un cálculo o encuentra abierto o encuentra edema. Y eso no ocurrió. Aparte, el enfermo jamás refirió ningún otro problema. Lógicamente, creo que esa deformación vesical merece ser completada a posteriori; el enfermo lleva prácticamente dos meses y medio de operado y no se ha vuelto a hacer. Pensamos efectuar un estudio radiográfico al cabo de seis meses. Es un enfermo un poco pusilánime y en este momento no se le podría hacer.