

NEFRALGIA POR ESTENOSIS INFUNDIBULAR

Dr. SIMON WAINBERG *

Muy poca atención ha sido conferida a las estenosis del infundíbulo calicial, tal vez por haber sido atribuida ésta a las obstrucciones pielo-ureterales y del tracto urinario inferior.

Fraley en 1966 señala un síndrome caracterizado por nefralgia secundaria a la dilatación del cáliz superior mayor, que él atribuye al cabalgamiento de vasos anómalos sobre el infundíbulo. Al año siguiente, en 1967, insiste en el tema, refiriendo tres casos que llegaron a la exploración quirúrgica y demuestra la compresión infundibular por el vaso intrarrenal. El tratamiento consecutivo hizo desaparecer el síndrome nefrágico.

A pesar de la insistencia de Fraley en dar importancia al mecanismo compresivo sobre el infundíbulo por anomalías vasculares debemos reconocer otras causas de estenosis de dicho segmento, a saber:

- a) Extrínsecas; la ya citada, por compresión tumoral o quística.
- b) Intrínsecas; cálculos, tumores, coágulos y estenosis propiamente dichas postinflamatorias, en especial de origen tuberculosa.

De este último tipo hemos observado un caso que creemos de interés referir.

T.G. de U., de 33 años de edad, italiana, casada, con hijos. Historia clínica N° 7056. Ingresa el 20/11/67. Egresada el 16/12/67.

Antecedentes hereditarios: Madre viva y sana. Padre fallecido de accidente cerebro-vascular. Tres hermanas vivas y sanas.

Antecedentes personales: Sin importancia. Operada de apendicitis hace 8 años.

Enfermedad actual: Comienza hace un año con dolor lumbar derecho irradiado hacia adelante y hacia abajo. Los dolores leves al principio fueron aumentando de intensidad, a veces con los caracteres de tipo cólico, con intermitencias y períodos de acalmia.

Algunos trastornos disúricos con orinas turbias, también a intermitencias.

Estado actual: Todos los aparatos sin particularidades dignas de mención, riñones no se palpan acostada ni de pie. Puño percusión derecha levemente dolorosa.

Laboratorio: Hemograma: Sólo discreta leucopenia de 5800 elementos y 3.690.000 rojos. Neutrofilia de 77 % y linfocitopenia de 18 % Glucemia y urea dentro de límites normales. Eritrosedimentación: 1ª hora 14 mm., 2ª hora 36 mm. I. de K. 16 mm.

Orina: Densidad: 1020, ácida, con discreta leucocituria y bacteriuria. Coloración de Gram del sedimento urinario: negativo. Urocultivo para flora polimicrobiana: no desarrollan gérmenes. Ziehl Neelsen: no se observan bacilos ácidos alcohol resistentes. Cultivo para Koch: negativo; inoculación al cobayo: al mes muere el animalito y el laboratorio sugiere repetir el examen.

Como la repetición de los análisis demandaba mucho tiempo y debido al recrudecimiento de la nefralgia se decide la intervención quirúrgica con el propósito de explorar y efectuar una nefrectomía parcial superior derecha, en especial porque el urograma de excreción demostraba una

* Vera 671, Cap. Fed.

caliectasia superior con estenosis del infundíbulo y dificultad en la evacuación de dicho cáliz en las radiografías retardadas (Fig. 1). Agreguemos que el examen panendoscópico y cistoscópico sólo reveló una uretritis crónica leve con formaciones pseudopolipoideas en uretra.



La flecha señala la estenosis del infundíbulo del cáliz superior derecho.



Pos-op.: "Nefrotomía polar superior derecha".

El 1/12/67 se realiza la nefrectomía segmentaria superior derecha con incisión de Pflaummer y resección subperióstica de la 12ª costilla. La exploración no reveló alteraciones macroscópicas groseras y no se observó anomalías vasculares. Se resecó el parénquima incluyendo cáliz y todo el infundíbulo calicial.

La intervención y el postoperatorio inmediato y mediato sin eventualidades. Fue dada de alta el 16/12/1967. El examen histopatológico de la pieza remitida reveló "Tuberculosis folículo-caseosa". Se instituye tratamiento específico con la triple droga: Estreptomina - P.S.A. - Nicotina.

La enferma curó de sus dolores en forma instantánea y hasta la fecha su estado general es muy bueno. Inoculación y cultivos permanecen negativos. La urografía postoperatoria no revela alteraciones (Fig. 2).

Conclusiones

La obstrucción infundibular produce dilatación calicial, caliectasia y nefralgia. Si bien el éstasis de orina en un cáliz obstruido puede actuar de reservorio y determinar infecciones recurrentes en el árbol urinario, el germen muchas veces no aparece en las pruebas de aislamiento, razón por la que los cultivos específicos o inespecíficos y aun la inoculación al cobayo pueden resultar negativos. Sin embargo el examen histopatológico generalmente confirmará su presencia como en nuestro caso.