

**DIAGNOSTICO PIELOGRAFICO DE LA TUBERCULOSIS RENAL.  
NUEVA OBSERVACION.  
Por el Dr. JUAN SALLERAS**

Deseo insistir una vez más en la importancia que tiene, la pielografía, en el diagnóstico de la tuberculosis renal. Dicha importancia se acrece, en aquellos casos, que como el presente faltan las comprobaciones de laboratorio a saber: carencia de bacilos de **Koch** y pruebas funcionales superiores del lado enfermo.

La clínica y la endoscopia sin embargo estaban francamente del lado tuberculoso: en efecto había antecedentes de una fístula tuberculosa del epididimo que todavía persiste y una serie de granulaciones grises en la vecindad del ureter izquierdo enfermo.

La nefrectomía confirmó los datos pielográficos, mostrándonos dos ulceraciones tal como lo hacía sospechar la pielografía.

Los detalles de la presente observación están consignados en forma sintética, en la historia N° 1361, de mi servicio del Hospital Juan A. Fernández. Corresponden al enfermo R. S. de 41 años, pintor, que ocupa la cama 4 de la sala 11. Ingresó el 30-VI-33. Continúa en el servicio.

Se trata de un sujeto que no tiene antecedentes hereditarios ni personales de importancia, fuera de una blenorragia antigua que curó sin complicaciones.

Su enfermedad comienza hace uno y medio años con dolor lumbar izquierdo irradiado a ingle y testículo del mismo lado: se acompaña de polaquiuria, disuria y oliguria, con una hematuria total acompañada de coágulos alargados, síntomas que duran pocos días. Dichos cólicos se repiten más o menos cada mes y presentan siempre el mismo carácter. Seis meses después



Historia 1361. — Pueden verse, por las flechas, las ulceraciones de los cálices superior y medio.

Los detalles de la presente observación están consignados en forma simple de su comienzo nota el paciente, que su bolsa derecha aumenta de volumen en forma indolora y que lentamente la piel adhiere al epididimo acabando por abrirse un absceso del que queda actualmente una fistula con todos los caracteres tuberculosos. Los cólicos y sus hematurias totales, continúan hasta su ingreso al servicio de urología del Fernández, sumando un total de trece y presentando siempre los mismos caracteres.

Examen del enfermo. — Riñones; Examen físico, negativo. Radiografía simple, negativa, aunque llama la atención que el borde externo del riñón izquierdo presenta una escotadura al nivel de su cáliz medio; dicha escotadura la vemos mejor en la pielografía y se confirma su presencia en la nefrectomía. Esta deformación del borde renal tiene mucha importancia para el diagnóstico de los procesos de la glándula en general y de la tuberculosis en particular, tal

como lo hicimos notar nosotros en un trabajo titulado "Valor de la radiografía simple y de la pielografía, en el diagnóstico de la tuberculosis renal", publicado en la Revista Argentina de Urología y también en la Sociedad de Cirujía de Buenos Aires el año pasado.

*Pielografía doble ascendente.* — Riñón derecho, normal. Riñón izquierdo, con su borde deformado en su parte media, con una escotadura hacia adentro que alcanza muy cerca del cáliz medio, pudiéndose medir por comparación muy bien la pérdida de sustancia renal existente a ese nivel. El cáliz superior está agrandado a expensas de la zona medular y su borde es borroso, lo mismo sucede con el cáliz medio el que termina con una papila borrosa, festoneada y una pequeña cavidad casi en contacto con la cápsula propia. Esta proximidad es un signo seguro de falta de sustancia renal a ese nivel y por lo mismo de cavidad a expensas de la medular (signo de tuberculosis) tiene para nosotros todo el valor de un signo diagnóstico. Resumiendo diremos deformación de contorno renal y ulceraciones papilares que avanzan siempre a expensas de la glándula, en forma de sacabocados, signos pielográficos evidentes de tuberculosis renal. El uréter, ni la pelvis renal no presentan nada patológico. (ver figura 1).

#### EXAMEN FUNCIONAL

*Riñón derecho. 30'*

Cantidad 22 cc.

Urea 8,96 mil

Cloruros 8,60 „

Orina límpida, sin pus, ni Koch.

*Riñón izquierdo. 30'*

Cantidad 18 cc.

Urea 15,32 mil (enfermo)

Cloruros 9,30 „

Ligeramente turbia, pus 20/25, leucocitos por campo No Koch.

Se repiten los exámenes para investigar el bacilo de Koch en dos laboratorios diferentes y los resultados son igualmente negativos. Sin embargo, el signo de Colombino (orina ácida, con leucocitos deformados y mal teñidos) resulta positivo y ya sabemos el valor importante que tiene según nosotros lo venimos comprobando desde hace varios años.

*Vejiga.* — Examen externo, negativo. Examen interno: Buena capacidad, sin retención. *Cistoscopia.* Mucosa de aspecto normal, excepto al nivel del ureter izquierdo que es más rojo que del derecho. Por dentro de este ureter se observa una serie de granulaciones grises, sin ninguna ulceración y descansando sobre una placa rojiza, despulida, que contrasta con las zonas vecinas completamente normales, (cistitis parciales). En el techo hay dos granulaciones próximas a la burbuja de aire.

*Uretra.* Nada de particular.

*Organos genitales.* — Próstata: sin lesiones palpables. La vesícula está espesada, pero no nodular. El deferente tampoco es nodular pero sí engrosado uniformemente. El epididimo, es nodular y adherido a la piel, en donde se abre por una fístula antigua. El testículo es normal.

Con los antecedentes, de cólicos renales típicos acompañados de hematuria, con la fístula tuberculosa, las granulaciones grises próximas al ureter izquierdo congestivo, los datos pielográficos (ulceración de cálices izquierdos y el signo de Colombino positivo, hicieron diagnóstico de tuberculosis renal izquierda. Queda por explicar el porqué el riñón enfermo tenía mucho mejor "debit" ureico y clorado, casi del doble. A este respecto conviene recordar que al comienzo de toda tuberculosis renal, está ya demostrado por la fisiopatología desde hace muchos años, existe una hipertrofia glandular compensatriz que explica a nuestro criterio la aparente disociación entre el riñón sano y el enfermo. De acuerdo con tal diagnóstico, procedemos a la intervención quirúrgica.

**Operación.** — Ayudan los Dres. Vilar y Alvarez Colodrero, con anestesia por eter.

**Día 28 de julio de 1933.** — Lumbotomía izquierda. Se exterioriza el riñón con alguna dificultad por perinefritis al nivel de la escotadura renal descripta al hablar de radiografías. Se liga el uréter y enseguida el pedículo con dos hilos de catgut. (2). Al aflojar los clamps que tenían pinzado el pedículo, se produjo una regular hemorrágia, debida seguramente a un vaso polar superior que nos pasó desapercibido a pesar de tenerlos siempre presentes. Se toma dicho vaso aisladamente, se liga y se cierra la pared a tres planos dejando un tubo de 2 cm. de diámetro en la cavidad.

**Post-operatorio.** — Normal. Se retira el tubo a las 48 horas.

**Anatomía patológica macroscópica.** — Borde externo con una buena escotadura que le da un aspecto grosero bilobular, teniendo a este nivel una fuerte cantidad de tejido fibroso adherido a la cápsula propia.

Incindido el riñón por su borde convexo, se pueden observar muy claramente una ulceración comparable a un chanero blando con

sus bordes excavados en forma de sacabocados y siguiendo dicha ulceración que comprende toda la papila del cáliz superior, una sufusión sanguínea que se extiende hasta la cápsula y en medio de la misma una serie abundante de granulaciones grises muy parecidas a las vesicales descritas, que van también hasta dicha cápsula. Al nivel del cáliz medio, otra ulceración de su papila, pero de aspecto fibroso que se continúa con una pequeña porción de parenquima, hasta el borde renal justo al nivel de la escofadura ya descrita, dando la impresión en conjunto de una lesión muy antigua que hubiera ido a la curación por fibrosis; la unión con la pelvis renal se hace por medio de un cáliz tubular fibroso y rígido. La pelvis renal y el ureter no presentan ninguna anormalidad.

Resumiendo nosotros pensamos que en este riñón hay dos tipos de lesiones, una fibrosa curada y otra reciente a evolución lenta con fenómenos hemorrágicos a repetición (zona de infiltración gris) con grandes equimosis.

---