

CALCULOS BLANDOS

Dres. CARLOS A. SAENZ * y RODOLFO M. SOCOLOVSKY (Méd. Residente)

Los cálculos blandos llamados así por su consistencia, constituyen una entidad poco frecuente y menos aún sospechada en los diagnósticos diferenciales de imágenes radiotransparentes.

Boyce y King refieren 11 observaciones en el año 1959, Allen y Spence 8 en 1965 y Küss, Denis, Dimopolus 8 en 1969. En niños Innes Williams 8 en 1963 y J. Bruzière 6 en 1967. Como dato histórico cabe mencionar a Gage y Beal que en 1908 fueron los primeros en reportar esta entidad que denominaron "cálculos fibrinosos".

En la mayoría de los casos relatados se los ha encontrado asociados a infección urinaria, alteración marcada de la función renal, balance fosfocálcico normal (hipocalciuria según Boyce King y Allen Spence), presencia de una matriz mucoproteica que ocupa el 65 % del cálculo, y mineralización (si existe) fosfocálcica siempre posterior a la formación del cálculo.

El caso que presentamos corresponde a R. R. de 3 años de edad. H. C. N° 12453 del Serv. de Urología del Hospital Penna. Ingresó 11/9/69.

Este niño fue enviado a nuestro servicio por presentar desde hacía más de un año hematuria, infección urinaria episodios de retención aguda de orina, y cólicos renales derechos. El paciente había sido sondado en varias oportunidades por sus retenciones vesicales. En abril de ese año habían eliminado 2 pequeños cálculos. A su ingreso presentaba: disuria intensa con gran esfuerzo y dolor miccionales, polaquiuria.

Examen físico: Paciente en buen estado general, peso 19 Kg., T. A. 80/60. Afebril. Sus aparatos respiratorio, cardiovascular y digestivo no presentaban alteraciones.

Como dato positivo manifestaba dolor durante las maniobras palpatorias del riñón derecho.

Los exámenes de laboratorio comprobaron infección urinaria a gérmenes gram (—). El resto de la rutina permaneció dentro de cifras normales.

Estudios Radiológicos: Rx. simple de abdomen: Se observa una imagen de mayor densidad en zona correspondiente al Riñón derecho (fotografía N° 1).

Urograma excretor: Riñón izquierdo de mayor tamaño que lo habitual, con buena función, se observa ectasia del uréter en su tercio inferior (señalado con una flecha en la Rx.). Riñón derecho: Se observa doble vía excretora, el hemiriñón superior con buena función excretora muestra caliectasia que se continúa con uréter de aspecto normal. El hemiriñón inferior muestra groseras dilataciones pielocaliciales ocupadas por litiasis coraliforme de poca densidad radiológica. El uréter en su tercio inferior se ve ectásico y relleno por sustancia opaca con densidad semeiante a la que ocupa la vejiga, lo que hace sospechar que su relleno sea debido a reflujo (señalado con flecha en la Rx), (ver fotografías N° 2 y 3).

Uretrocistografía: Vejiga de gran tamaño de 400 ml. de capacidad, que alcanza de frente al cuerpo de L4 (fotografía N° 4). Cistouretrografía miccional: En oblicua se observa ligera ectasia de la uretra posterior, con interrupción del chorro por posible válvula (señalada con flecha) y disminución del caudal urinario uretral. No pudo demostrarse radiográficamente reflujo activo o pasivo (fotografía N° 5).

* Juncal 2141, Cap. Fed.

Con los diagnósticos de 1) Doble sistema pielocalicial derecho con litiasis coraliforme del hemiriñón inferior. 2) Distensión vesical por válvula uretral con probable reflujo ureteral. Se opera el 18/9/69

Se realiza cistotomía suprapúbica hallándose doble meato ureteral



FIGURA 1



FIGURA 2

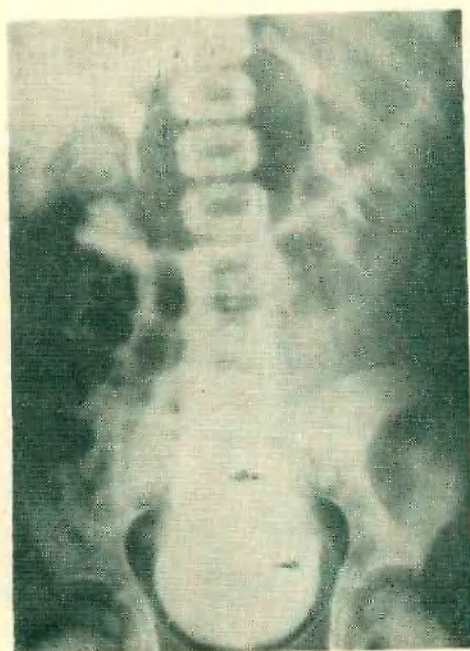


FIGURA 3

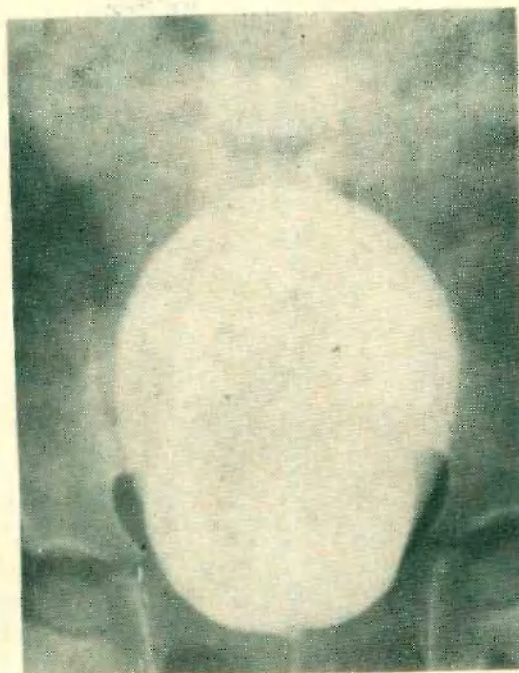


FIGURA 4

derecho. con orificio inferior normal y el superior dilatado calibre 18F., resección de la válvula uretral que corresponde al tipo 1 de Young. A continuación por incisión pararectal externa derecha supraumbilical y por vía extraperitoneal se realiza la nefroureterectomía total derecha. Cierre por planos dejando cistostomía suprapúbica.

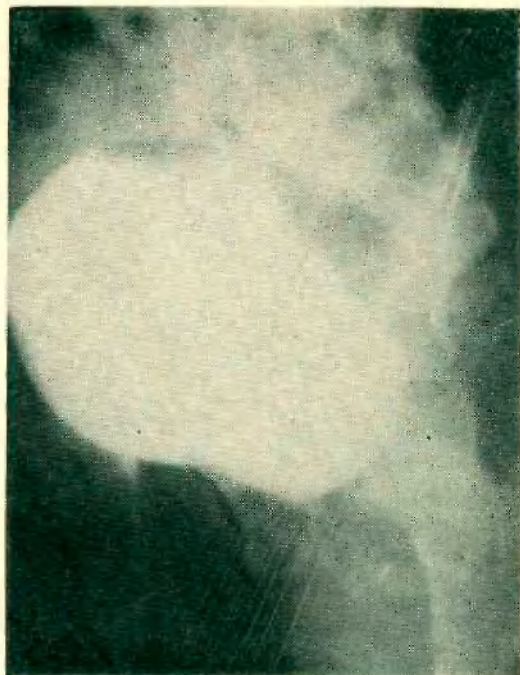


FIGURA 5

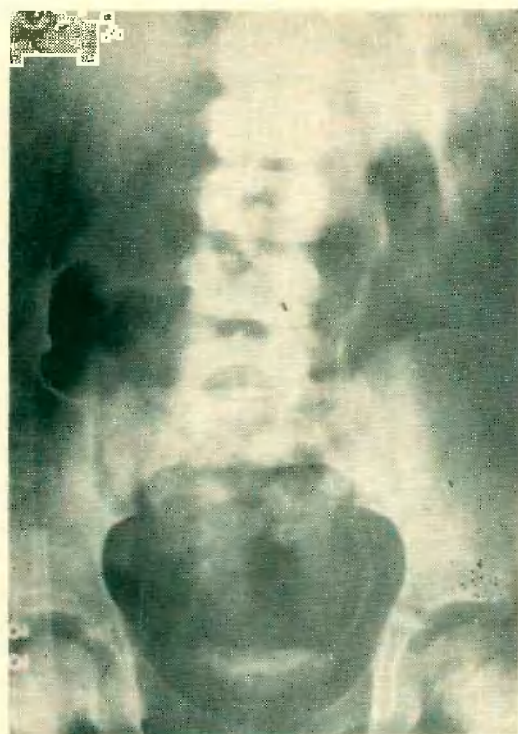


FIGURA 6



FIGURA 7



FIGURA 8

Informe anátomo patológico Macroscopía: Riñón de 8x4x3. Abierta la pieza se halla dilatación manifiesta pielocalicial ocupada por una masa blanda en parte calcificada. El parénquima se halla reducido a una lámina de 3 mm. de espesor.

Microscopía: Atrofia parenquimatosa con imágenes de pielonefritis. El cálculo revela estar formado por una sustancia amorfa que se disocia

y adquiere en partes aspecto granular. La válvula uretral es una formación de tejido conectivo recubierta en sectores por capa epitelial (informe Dr. R. Ibarra, Protocolo N° 4968).

El examen químico del cálculo demuestra que está constituido por mucoproteínas y fosfato amónicomagnésico (informe Dr. J. Nachpitz). La evolución del paciente fue satisfactoria extrayéndose la sonda vesical al octavo día. Los controles sucesivos señalaron la persistencia de la infección urinaria por *Stafilococos epidermis* y *Ps. aureoginosa* que cedió al tratamiento instituido, hallándose desde diciembre ppdo. asintomático y libre de infección hasta la fecha.

En los controles radiológicos efectuados, se observa, a los siete meses de su intervención:

Urograma excretor: Buena función y morfología del riñón, y desaparición de la ectasia del tercio inferior del uréter (fotografía N° 6).

Cistografía: Vejiga de aspecto normal (fotografía N° 7).

Uretrocistografía miccional: Uretra permeable con aumento del caudal urinario (fotografía N° 8).

Consideraciones

Nuestro paciente presentaba las condiciones, que como se ha mencionado, acompañan generalmente a esta afección, es decir infección urinaria, patología obstructiva del árbol urinario, sospecha de reflujo del hemiriñón inferior derecho favorecido por trayecto intravesical más breve de su uréter y destrucción del parénquima renal afectado.

En los casos que fue posible efectuar estudio bioquímico de los componentes de este tipo de litiasis, se observó, que la matriz está compuesta por una forma modificada del uromucoide (mucoproteína urinaria que se originaría en el parénquima renal) y también varios constituyentes inmunológicamente activos, entre ellos uno denominado Matriz sustancia A. de bajo peso molecular que se encuentra en alta concentración en las orinas de pacientes infectados y litiásicos, no así en los sanos. Se sospecha que esta sustancia de formación intrarenal descendería por los túbulos hasta la pelvis, lo cual sería posible por las lesiones papilares de la pielonefritis concomitante y de esta forma daría origen a estas formaciones blandas que sólo secundariamente se calcificarían con fosfatos cálcicos o amónico-magnésicos.

Resumen

Se presenta un paciente con litiasis renal blanda portador de patología infecciosa y obstructiva del aparato urinario, y su solución quirúrgica adecuada.

Se hace consideraciones sobre la fisiopatología de la afección.

B I B L I O G R A F I A

- 1) *Campbell, M. F.*: Clinical Pediatric Urology. Philadelphia. Saunders, 1951.
- 2) *Gage, A. and Real, H. W.*: Fibrinous calculi in the Kidney. Am. Surg. 1908, 48, 378-387.
- 3) *Kuss, R., Denis, M., Dinopolus, C.*: Les calculs "mous" de l'appareil urinaire chez l'adulte. J. de Urol. 1969. T. 75.
- 4) *Williams, D. I.*: Matrix calculi. Brit. J. Urol. 1963, N° 34-35:415.

Sr. Presidente (Dr. Rocchi). — Recordamos que el cuarto jueves del mes de junio habrá de realizarse la Asamblea Extraordinaria para proceder a la elección de vicepresidente de la Sociedad Argentina de Urología.

No habiendo más asuntos que tratar, se levanta la sesión.

—Así se hace siendo las 23 y 15.

SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA

Jueves 25 de junio de 1970

ASAMBLEA EXTRAORDINARIA

Presidencia: *Dr. Alberto Rocchi*

Secretaría: *Dr. A. Sergio Rebaudi*

—A la hora 21 y 55, dice el:

Sr. Presidente. — Queda abierta la asamblea extraordinaria. Dando cumplimiento al Orden del Día corresponde elegir Vicepresidente de la Sociedad Argentina de Urología para el período 1970-71. Se invitará a los socios miembros titulares a emitir su voto.
—Así se hace.

Sr. Presidente. — Invito a los doctores Levati y Rufino a efectuar el recuento de votos y escrutinio correspondiente.
—Realizado el recuento de votos y escrutinio, se obtiene el siguiente resultado: Votan 23 miembros titulares. En blanco: 2 votos; Dr. Alsina: 1 voto, Dr. Paglieri: 3 votos; y Dr. Carreño: 17 votos.

Sr. Presidente. — En consecuencia, ha sido electo Vicepresidente de la Sociedad Argentina de Urología el Dr. Oscar Carreño, para el período 1970-71. (Aplausos.)

Habiéndose dado cumplimiento al motivo de esta asamblea extraordinaria, queda levantada la misma.

—Así se hace siendo las 22 y 5.

—A la hora 22 y 5, dice el:

Sr. Presidente. — Queda abierta la Tercera Sesión.

1º — Lectura y aprobación del acta de la sesión anterior.

Sr. Presidente. — En consideración. Si no hay observaciones se dará por aprobada.

—Se aprueba.

2º — Asuntos Entrados.

Sr. Presidente. — Por Secretaría se dará lectura de los asuntos entrados.

—Solicitan ser miembros adherentes los doctores Víctor Alberto Levin, del Hospital María Rodríguez; Carlos Windaus, del Hospital Rawson; y Orlando Kozamen, del Hospital Rawson.

—Se aprueba.

—La Sociedad Argentina de Cirujanos comunica que ha nombrado nueva Comisión Directiva, siendo su Presidente el Dr. Horacio Mónaco.

Sr. Presidente. — Procederemos a informar acerca del Programa Oficial del Congreso a realizarse en Mar del Plata.

—Se lee.

Sr. Presidente. — Comunicamos que el sábado 27 a las 17,30 tendrá lugar la reunión de Urología y Nefrología de la Prov. de Bs. Aires.

3º — Comentarios y disertación sobre las operaciones realizadas durante la sesión quirúrgica por el Dr. Luis Lisandro Sánchez Sañudo.

Sr. Presidente. — Esta mañana tuvimos oportunidad de asistir a una interesante sesión quirúrgica en el Servicio de Urología del Hospital Rawson. Se realizaron diferentes operaciones en forma muy efectiva y sobre todo una sobre un gran tumor de riñón, resuelta en forma brillante por el Dr. Sánchez Sañudo, a quien invitamos a pasar para que nos explique los detalles del caso.

Dr. Sánchez Sañudo. — Esta mañana se operaron 4 enfermos relativamente comunes en un Servicio de Urología. Se intervino una enferma con tumor de riñón, que concurre a la consulta con hematuria; fue estudiada de acuerdo a lo que es habitual en el Servicio. Se hizo diagnóstico de un tumor de riñón; quedando la duda de que pudiera tratarse de un quiste. Se efectuó una nefrectomía a través de una lumbotomía, previa resección de la XIIª Costilla, sin dificultad; el pedículo se encontraba descongelado. La pielografía ascendente, con una toma de frente y otra de perfil, mostraba un tumor de borde anterior fácilmente abordable y felizmente nada adherido. De manera que con una incisión amplia se pudo hacer la operación por la vía lumbar sin ningún inconveniente.

La segunda enferma operada, fue nefrectomizada hace 8 años; se trataba de una paciente con una enfermedad poliquística del riñón, a quien se tuvo que efectuar una nefrectomía del riñón derecho porque padecía de una intensa piónefrosis con abscedación por muchos quistes, lo que obligó en aquella oportunidad a realizar la nefrectomía.

Concurre a la consulta hace pocos días, quejándose de fuertes lumbalgias; se le hace, previo estudio serológico, una pielografía y se confirma la presencia de grandes cavidades, lo que se interpretó que como consecuencia de la obstrucción

Como se trataba de una enferma infectada y obstruída, considerando que se estaba frente a un riñón poliquístico ya complicado, durante la sesión quirúrgica de esta mañana se le practicó una lumbotomía y el vaciamiento de los quistes de acuerdo a la técnica que sigue la Operación de Payr y la descapsulación del riñón.

Las restantes dos operaciones fueron dos adenomectomías de próstata que se efectuaron de acuerdo al clásico procedimiento de Freyer. Nada más.

Sr. Presidente (Dr. Rocchi). — No habiendo presentación de enfermos radiografías e instrumental, se pasará a las Comunicaciones.