

hematurias a consecuencia del mismo. En el mes de enero de 1968 se interviene, efectuándose adenectomía con la técnica de Hrynschak. A los siete días presenta dolor lumbar derecho sin notable exacerbación de la hematuria postoperatoria; tres días después se practica una urografía excretora que muestra una imagen bastante curiosa, aparentemente por ocupación de los cálices y de la pelvis por coágulos sanguíneos, las orinas fueron aclarando y el paciente dado de alta se trasladó a su provincia natal sin haber cesado por completo la hematuria. Vuelve a consultarnos un año y dos meses después, refiriendo que en ese lapso la orina se mantuvo permanentemente con sangre, de color caoba, sin coágulos. Se realiza cistoscopia que muestra eyaculación de orina sanguinolenta por el meato ureteral derecho. El análisis de sangre mostró 2.600.000 glóbulos rojos. No había plaquetopenia ni alteración en el tiempo de sangría, y el de protrombina era de 14 segundos. Se realiza nueva urografía que muestra imágenes normales de ambos riñones y su sistema excretor. El paciente es equilibrado con transfusiones y el 1º de abril de 1969 se efectúa exploración quirúrgica, el aspecto macroscópico del riñón era normal, por lo que se efectuó pielotomía para excluir el origen ureteral de la hematuria, observándose orina hemática por lo que se procede a la nefrectomía. El examen anatomopatológico fue realizado por el Prof. Dr. Grato Bur, quien informó: Riñón de 12 x 8 x 6 cms. de superficie, irregular. Al corte, relación cortico-medular conservada.

Examen microscópico: Pielonefritis crónica con zonas de infartamiento en la cortical. Pelvis con lesiones de pielitis granulomatosa hemorrágica.

Segundo paciente: P. P., 42 años, sexo femenino. En enero de 1968 comienza con orinas sanguinolentas, sin dolor ni temperatura, y consulta a los tres meses por persistir la hematuria. Al examen semiológico, puño percusión renal izquierda positiva. Medicada con antibióticos y corticoides durante un mes, la situación no se modifica. La cistoscopia demuestra hematuria por meato ureteral izquierdo. Análisis de sangre, normales. Orina. Bacteriología: 10.000 colonias de estafilococos. En marzo, una nueva cistoscopia confirma la hematuria por el meato ureteral izquierdo. Análisis de orina: densidad 1012 Reacc. Acida, albúmina 0,64 gr. %, abundante hemoglobina. Examen de sedimento: escasas células y leucocitos. Abundantes hematias. No se observan cilindros. Recuento de Addis: glóbulos rojos, 2.400.000 —leucocitos 25.000—, cilindros no se observan. Se realiza nueva urografía que no muestra patología al igual que la pielografía ascendente. El 23 de agosto se realiza nefrectomía izquierda. El examen histopatológico realizado por el Prof. Dr. Grato Bur informó: pielitis crónica hemorrágica.

CONSIDERACIONES:

La hematuria renal unilateral prolongada como en los casos comentados presenta al urólogo el dilema de la conducta a adoptar. Aún excluida la posibilidad de causas de orden general puede intentarse una terapia conservadora, la instilación de nitrato de plata en la pelvis y aun a veces la realización de una pielografía ascendente han interrumpido la hematuria, si bien cuando esto ocurre en una forma intermitente puede asociarse con la coincidencia de una remisión espontánea. La descapsulación renal y la denervación del pedículo han sido realizadas con variable éxito. El primero de nuestros pacientes se trataba de un hombre de edad avanzada que a pesar de poseer una cultura universitaria, no había concurrido a la consulta por más de un año a pesar de la continuidad de su afección y de la anemia y decaimiento en el estado general que le había provocado. Vivía en el interior del país y creímos que la solución radical que significaba la nefrectomía se adecuaba mejor a esas particularidades.

El segundo de los casos presentados tal vez se hubiera prestado más a una conducta distinta, pero la prolongación de la hematuria y la incertidumbre sobre sus causas inclina a veces a una solución quirúrgica que admitimos puede ser discutida y ése es uno de los aspectos que creemos justifica esta presentación a la consideración de nuestros colegas.

RESUMEN:

Se presentan dos pacientes con hematuria continua de un año y dos meses y ocho meses de duración, respectivamente, a raíz de una pielonefritis que fueron tratados por nefrectomía.

DISCUSION

Sr. PRESIDENTE (*Dr. Rocchi*). — Yo quisiera preguntar a los relatores si tienen alguna experiencia en las hematurias llamadas esenciales, que no hacen más que confirmar nuestra ignorancia en la etiología sobre las hematurias de origen inmunológico, que se observan en los niños después de la ingestión de leche cruda, chocolate y aspirina.

Dr. Pagliere. — Sobre eso, no tenemos experiencia.

Se han descrito hematurias de origen alérgico, pero cabe esperar que la hematuria fuera bilateral, aun cuando en algunos casos, en afecciones sistematizadas, puede ocurrir hematurias unilaterales a pesar de tratarse de una afección de sistema.

Sr. SECRETARIO (*Dr. Rebaudi*). — No hubiese sido preferible practicar una punción biopsica de esos riñones antes de proceder a una lumbotomía?

Dr. Pagliere. — Los criterios pueden ser muy distintos. Lo más probable es que la punción biopsia que tiene un valor relativo en la pielonefritis, porque puede ser focal, lo único que nos hubiera confirmado hubiera sido la existencia de una pielonefritis y nos hubiera dejado la duda acerca de la presencia de otra lesión, que nos inclinaba más a la conducta quirúrgica.

BIBLIOGRAFIA

- Ammann P. and Rossi E.*: Allergic haematuria. Arch. Dis. Child 41: 539-540, 1966.
Barrett W. A. and Reed W. G.: Abnormal bleeding in Urologic Surgery. Jour. Urol. Baltimore 81: 562-566, 1959.
Bernardi R., Rodríguez Seguí J. D., Leisner M.: Hematuria incohercible postadenomectomía debida a pielonefritis. Curación por nefrectomía. Rev. Arg. Urol. Nefrol. 35: 28, 1966.
Bourque J. P.: Le diagnostic des hematuries essentielles. XI Congrès de la Société Internationale D'urologie. Stockholm Suede, 1958.
Colby F.: Pyelonephritis. The Williams & Wilkins Co. Baltimore, 1959.
Datymmer H.: Essential renal hematuria. Urologia 35: 273-285 y 401-410, 1968.
Geddes A. M., Munro J. F., Murdoch J. Mc. Newsan J. E. and Selby Tulloch W.: Nephrectomy for cronic pyelonephritis. Symposium on pyelonephritis. Edimburgh, 1966 E. S. Livingstone Edimburgh and London, 1967.
Higgins C. C.: The clinical significance of hematuria. J. Amer. Med. Ass. 166: 203, 1958.
Marshall V. F. and Murphy E. H.: Inventory of cases of gross renal hematuria without evident cause. J. Urol. 88: 729-730, 1962.
Reubi F.: Néphrologie Clinique. Masson et Cie. 1961.
Schonebeck J. and Abbesen K. E.: Haematuria and hypofibrinogenia. Acta Chir. Scand. 132: 335-339, 1966.
Silva de Assis J.: The origin of the essential hematuria. XI Congrès de la Société Internationale D'urologie. Stockholm Suede, 1958.