

DISCUSION

Dr. Fascio. — Quisiera saber qué conducta se siguió en los casos presentados, por ejemplo en el que tenía un divertículo en el polo superior del riñón derecho.

Dr. Scorticati. — Es un caso que lo conozco bien, ya que lo sigo desde hace 8 años. Se trata de un joven que tiene poliglobulia, cuya causa no hemos podido determinar. Nos pareció interesante la asociación, sin sintomatología urológica; para mejor objetivar la imagen le hicimos una P.A.D. Se controla periódicamente, sin problemas.

BIBLIOGRAFIA

- Abeshouse B. S. y Abeshouse G. A.:* Calyceal Diverticulum. *Urologia Internationalis* 15, n° 6, p. 329/357, 1963.
- Ougier J. et Schlienger F. M.:* Les cavités pseudo-kystiques annexées aux calices renaux. *Sem. Hosp. Paris*, 38: 3567-3569, 1962.
- Kisseler B., Merten M., Thurn P.:* Zur Röntgenologischén diagnose und differential diagnose des kelchdivertikels der nierf. *Fortsch Röntgen Nuklear med.* 96: 222-225, 1962.
- Fischel R. E., Pikielny S. S.:* Congenital calyceal diverticulum visualised by retrograde pneumopyelography. *The British Journal of radiology*, vol. 35., 417, 1962.
- Bossi R., Fabris P.:* Considerazione clinico radiologiche su alcune immagini extra pieliche-yuxta caliciali. *Archivo Ital. de Urol.* Vol. XXXVII, fasc. IP. 3-28.
- Yow R. M. and Bunts Carl R.:* Calyceal Diverticulum. *Journal of Urology*. Vol 73, n° 4. April 1955.
- Prather G. C.:* Calyceal Diverticulum. *Journal of Urology*, n° 1, p. 55-64, 1941.
- Trabucco A.:* Divertículo de riñón. *Revista Argentina de Urología*, n° 7, pág. 211, 1938.
- Alonso J. G.:* Divertículo calicilar. *Revista Argentina de Urología*, n° 6-8, pág. 60, 1969.
- Puigvert A.:* Malformaciones de la pirámide renal de Malpighi, 1965.

Hospital J. M. Ramos Mejía
Sala de Urología

Sociedad Argentina de Urología 22-4-71
Rev. Arg. Nefrol. Tomo 40. Año 1971

CALCULOS BLANDOS RENALES

Por los Dres. BALDOMERO SATORRE, ALBERTO S. HERNANDEZ, CARLOS CAMBRIGLIA y ELIAS J. ROCHMAN

Los cálculos blandos constituyen un tipo particularmente raro e interesante dentro de la patología litiásica urinaria.

Kuss, Denit, Dinopoulos, 1969, 8 observaciones. Gage, 1908, 2 casos. Boyce, 1959, 11 casos. Willams, 8 casos en niños. Allen, 1965, 8 casos.

Estas cifras hablan por sí solas de la baja incidencia de esta enfermedad en relación a los diferentes tipos de concreciones halladas en el aparato urinario.

Motiva la presente comunicación una observación nuestra en el Servicio de Urología del Hospital Ramos Mejía.

Paciente A. V. 48 años, masculino, casado.

Sin antecedentes litiásicos en su familia, siendo los datos positivos de la historia, los siguientes:

Antecedentes personales: diabetes desde hace 10 años. Cólicos renales derechos desde hace 17 años con intervalo de 2 a 3 años con eliminación de concrementos que no analizó. Hace 6 meses violento cólico renal derecho que cedió a la medicación habitual. Hace un mes cólico renal derecho que es tratado de la misma manera, a los 15 días de este episodio empeora su estado general en forma gradual y es internado con diagnóstico de precoma diabético, (glucemia 3.80 R. A. 17). Es instituido el tratamiento correspondiente. A las

48 horas sufre un violento escalofrío. Se llama a la consulta con urología y se constata temperatura rectal de 40 grados, dolor suave en flanco derecho, debido a sus antecedentes se pide urografía excretora retardada con doble dosis. El examen demuestra buena función renal izquierda con retardo funcional derecho, intensa ectasia pieloureteral e imágenes lacunares del mismo lado. Debido a este hallazgo y ante la imposibilidad de control de su cuadro diabético y de los signos de sepsis se decide cateterizar el riñón derecho. Se coloca catéter N° 8 sin dificultades. Se recoge por el catéter orina intensamente piúrica dejándose colocado el catéter.

Disminuye la temperatura y se equilibran glucemia y acidosis.

Aprovechando el cateterismo, se le practica uretero pielografía ascendente, advirtiéndose una estenosis ureteral de carácter extrínseco a la altura de los vasos ilíacos, persistiendo las imágenes lacunares aparentes ya en el urograma secretos. Se decide entonces la intervención quirúrgica: Cirujano Dr. Baldomero Satorre. Explorado el riñón se constata intensa pielonefritis crónica. Siguiendo el uréter aparece una bandeleta que lo cruza francamente a la altura de los vasos ilíacos por encima de ellos y lo comprime. Se decide la nefrectomía. Se realiza según técnica.

Al seccionar el uréter a la altura de los vasos ilíacos sale por el mismo un largo molde de apariencia fibrinosa seguido por abundante secreción purulenta. Se liga el muñón distal. Cierre por planos.

Posoperatorio con evolución satisfactoria, la glucemia se estabiliza en 1.20, siendo dado de alta en buenas condiciones.

Abierta la pieza se ven amplios moldes de un tejido blando de consistencia viscosa.

Informe anátomo patológico: Protocolo N° 10.681. Dr. Osvaldo Eguía.

Macroscopía: Riñón aumentado de volumen que muestra la pelvis dilatada y conteniendo en su luz unas formaciones blandas, lisas de color blanco amarillentas que han tomado la forma de las cavidades que ocupan.

Microscopía: El parénquima renal muestra un acentuado infiltrado inflamatorio intersticial linfocitario y sobre todo de polinucleares neutrófilos.

Dentro de los tubos renales se ven también acúmulos de polinucleares. Debajo de la mucosa pélvica es abundante el infiltrado crónico y exudativo.

Las formaciones que moldean la cavidad pélvica están constituidas por una sustancia protéica amorfa con colonias micóticas agregadas.

Diagnóstico: Pilonefritis crónica con focos exudativos supurados. Moldes protéicos amorfos dentro de la pelvis renal.

Cabe hacer aquí ahora, algunas consideraciones sobre esta rara enfermedad. Es de predominio en el sexo masculino todos los casos comunicados fueron unilaterales. La infección fue siempre en síntoma dominante con predominio de los Gramne gativos. El dolor puede ir desde una sorda lumbalgia al cuadro clásico de cólico como vimos en este enfermo.

El diagnóstico es principalmente radiográfico caracterizándose por su radiotransparencia presentándose como imágenes lacunares bien delimitadas con contornos regulares, únicas o múltiples en forma unilateral.

Diagnóstico diferencial: Debe hacerse con: a) litiasis úrica; b) tumor de vía excretora; c) degeneración quística pieloureteral; d) necrosis popular; e) cuáguilo sanguíneo.

La matriz de estas formaciones 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