

Se decide efectuar el control periódico del enfermo y se notifica a la familia de la patología hallada; se inicia terapia radiante. El enfermo concurre cada seis meses a nuestro servicio, donde se le practican estudios de laboratorio y radiológicos, sin comprobar anormalidades. Su estado general es bueno hasta que el 6/6/63 (10 años después) consulta nuevamente por hematuria total, comprobándose cistoscópicamente eyaculación hemática ureteral izquierda.

Urograma: Muestra riñón izquierdo con dislocación calicial manifiesta. Se decide su inmediata intervención quirúrgica.

Operación. Fecha: 18/6/63.

Anestesia general. Abordaje por lumbotomía izquierda. La nefrectomía se efectúa con dificultad por las adherencias y por el tamaño y vascularización de la glándula.

Anatomía patológica: Informe 10196 - 25/6/63 - Dr. Iaricci.

Tumor hipernefroide macrocelular (tumor de Grawitz).

El 17/7/63 alta de sala, habiéndosele aplicado tratamiento radiante. El 27/8/63 se le pesquiza a raíz de dolor en tórax metástasis pulmonar. Fallece el 4/10/63.

CONCLUSIONES

En los dos casos historiadados se llegó al diagnóstico de quistes renales, uno por su aspecto intraoperatorio y el otro por su estudio radiológico. La anatomía patológica y la evolución clínica de ambos demostró la malignidad del proceso.

Pese a los adelantos técnico-diagnósticos (radiografía, tomografía, aortografía, centelleo, ultrasonido, citología exfoliativa, modificaciones enzimáticas, v.g. Dehidrogenasa láctica, proteína C reactiva, etc.) cuando un tumor, aunque se presuma quístico pero determine una pérdida de sangre por vías excretoras, el urólogo debe sospechar siempre de la atipia del proceso y actuar en consecuencia, ya que la mayoría de los autores coinciden en que existe un 5 % de errores diagnósticos pese a todos los adelantos enunciados.

Hospital Fernández
Servicio de Urología

Rev. Arg. Urol.-Nefrol. Tomo 40. 1971
XI Congreso Argentino de Urología

EVOLUCION ESPONTANEA DE LA TUBERCULOSIS URINARIA

CURSO DE UN PROCESO BILATERAL OBSERVADO DURANTE 29 AÑOS

Por los Dres. ALFREDO A. GRIMALDI y RAMON J. ARTIGAS

La marcha espontánea y el final de la evolución de los tuberculosos renales se caracteriza por su *inconstancia*. Mientras unos enfermos siguen un curso progresivamente fatal, otros mantienen un estado general inmejorable durante largo tiempo.

Si recurrimos a distintos elementos de juicio se podrán apreciar diversos

grados de lesiones en estos riñones e incluso formas de *curación*, "como puede ocurrir en otras localizaciones tuberculosas..."

"La T.B.C. renal es casi siempre *bilateral*, experimentalmente" (Coulaud) y clínicamente debe tenerse presente este concepto permanente, a tal punto que Fey, afirmaba "la T.B.C. del riñón restante no es más que la confirmación del proceso tuberculoso desconocido cuando la nefrectomía..."

No son frecuentes los casos de T.B.C. renal bilateral de prolongada evolución. Nosotros hemos tenido la oportunidad de observar un caso desde el año 1941 hasta la fecha, seguido en nuestra labor asistencial de los hospitales Ramos Mejía, Piñero y J. A. Fernández. Son casi treinta años de marcha absolutamente caprichosa, controlada a grandes intervalos.

Nos referimos a una mujer, entonces de 25 años de edad, que no recibió ningún tratamiento específico ni aun cuando entró en la era de la estreptomina y otros fármacos tuberculostáticos (*Publicaciones Médicas*, Año 10, Sep. 1944, N° 7, pág. 171).

Creemos oportuno, aportar a las sesiones científicas de este Congreso, este caso de experiencia personal, que consideramos sumamente ilustrativo en lo que respecta a las distintas formas evolutivas del riñón tuberculoso.

Una larga *historia* de caracteres sumamente interesantes se inicia en el año 1941; Matilde V., argentina, soltera, de 25 años de edad, concurre al Servicio de Urología del Hospital Ramos Mejía, estableciéndose el diagnóstico cistoscópico, radiográfico y bacterioscópico (protocolo N° 30.562 de Laboratorio Central) de T.B.C. urinaria a forma clínica reno-vesical.

La enferma, rebelde y caprichosa, no aceptó si no de acuerdo a su propio criterio las indicaciones diagnósticas y terapéuticas prescritas. Pero, a pesar de todo, logramos controlarla esporádicamente y a grandes intervalos durante largos años, obteniendo un *verdadero "film" radiológico de su evolución*. Esta, de características sumamente interesantes, pudo ser documentada, repetimos, gracias principalmente al inapreciable recurso de la urografía excretoria.

Nos limitaremos a exponer las *etapas radiográficas sucesivas*, aclarando que su estado general mejoró sensiblemente y que en el último examen llevado a cabo a fines de 1969 fue *inmejorable; orinas claras, D. 1025; baciloscopia negativa, úrea en sangre 0,38, glucemia 0,82, G. R. 4.810.000, G. B. 6.200* y una *eritrosedimentación* de 45 mm en la 1ª hora. La pielografía descendente ofrecía una imagen *casi normal, anatómica y funcional, del riñón izquierdo, mientras que el derecho se hallaba excluido con la característica radiológica del riñón "mastic"*.

Esta última consulta fue motivada por trastornos dispépticos, que derivamos al clínico, aprovechando la oportunidad para convencerla de la importancia del control al que se sometió con discreta buena voluntad.

Deseamos aclarar que *desde 1941 no realizó ningún tratamiento* para su proceso tuberculoso ni aun cuando entró en la era de la medicación tuberculostática, y que los sucesivos controles se practicaban cuando reaparecía por motivos generalmente extrauroológicos. Y, así, aunque en forma irregular, se logró el levantamiento de un estado actual sintético durante los años 1942, 1944, 1949, 1954 y 1969.

He aquí las distintas etapas a través de los *controles urográficos* realizados en un periodo excepcionalmente prolongado de casi 30 años.

1ª etapa, 1941. — P.D. a los 5 minutos: *Ambos riñones* presentan discretas lesiones caliciales (*papilitis, con baciloscopia positiva*). (Fig. I.)

2ª etapa, 1942. — P.D. a los 20 minutos: *Riñón derecho con proceso ulcerativo* acentuado y el *izquierdo con imágenes típicas en bolas, ectasia y retardo* de la eliminación del fármaco, traduciendo la tendencia a la progresión excéntrica de las lesiones específicas. (Figura II.)

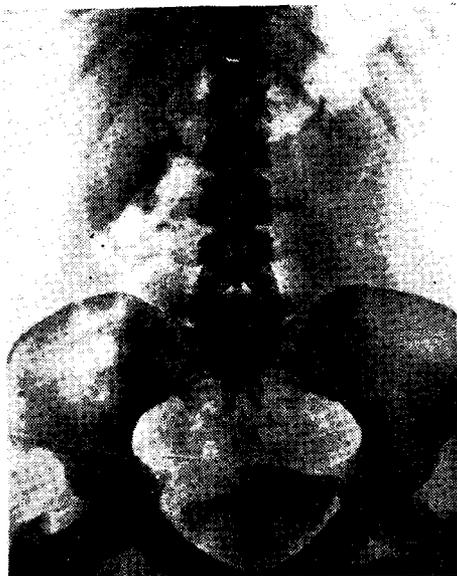


Figura I. — 1941.

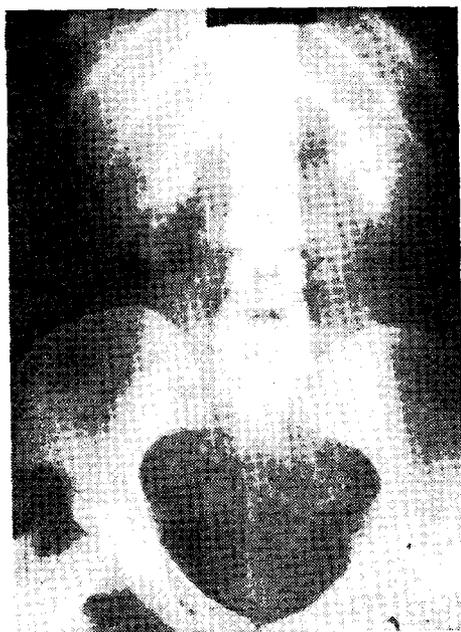


Figura II. — 1942.

3ª etapa, 1944. — P.D. a los 25 minutos: *Riñón derecho, excluido; riñón izquierdo, uronefrosis y total ectasia calicial.* (Figura III).

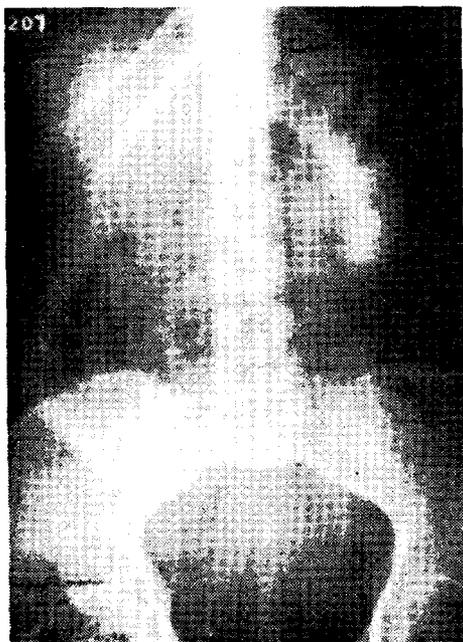


Figura III. — 1944.

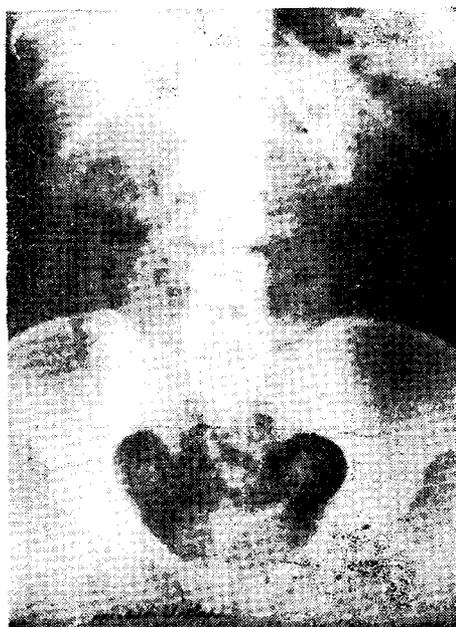


Figura IV. — 1949.

Entonces (cita más arriba), ante estas etapas referidas, hablamos de la importancia de la T.B.C. urinaria dentro de la especialidad, de sus múltiples formas, de la intensidad y rapidez evolutiva de las lesiones y también de la posibilidad de curación espontánea...

4ª etapa, 1949. — P.D. a los 10 minutos: *Riñón derecho, excluido; riñón izquierdo, reducción marcada de las lesiones anteriores y mejoría funcional evidente.* (Figura IV).

5ª etapa, 1954. — P.D. a los 5 minutos: *Riñón derecho excluido, riñón izquierdo se acentúa el proceso de recuperación anatómica y funcional ureteritis del segmento pelviano.*

6ª etapa, 1969. — *Rd. directa: Riñón excluido "mastic" del lado derecho, riñón izquierdo (P.D. a los 5,30 minutos), imagen casi normal.* (Figuras V - VI.)

Este examen coincide con el *excelente estado general y urinario* practicado y referido más arriba.

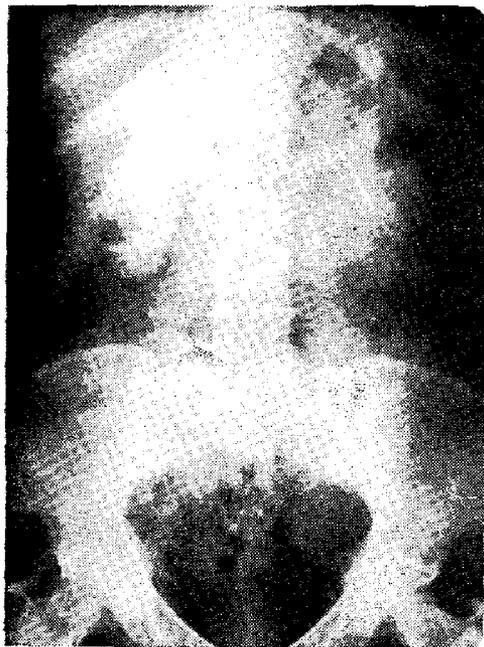


Figura V. — 1969.

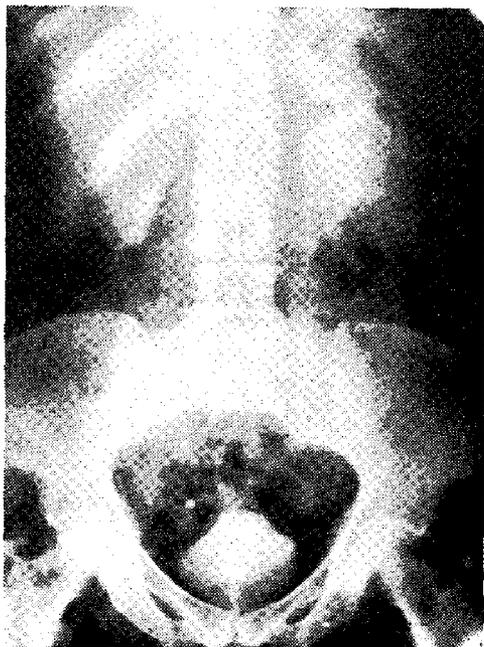


Figura VI. — 1969.

COMENTARIOS

Consideramos que no caben más comentarios que los expuestos. El proceso evolutivo está presente gráficamente y no es más que el reflejo de los fenómenos fisiológicos y anátomo-patológicos, inclusive los de recuperación, que se han producido en ambos riñones.

RESUMEN

Un proceso tuberculoso bilateral padecido por una mujer joven desde 1941 sigue, hasta 1969, un curso evolutivo de características sumamente ilustrativas en lo que respecta a las distintas modalidades anátomo-patológicas posibles, lo que confirma la *reconocida inconstancia de la marcha espontánea de la T.B.C. urinaria*. Se destaca también el periodo prolongado de observación (casi 30 años) y el estado actual muy satisfactorio.