

Servicio de Urología del Hospital
Alvear; Prof. Dr. JUAN SALLERAS

Por el Doctor
LEON D. ARRUES

TUBERCULOSIS RENAL Y TRAUMATISMO

POR las circunstancias que luego detallaremos, presentamos a consideración el enfermo cuya historia clínica es la siguiente:

H. P., argentino, soltero, 35 años de edad, empleado. Ingresó al Servicio el 29 de octubre de 1934. (Ver historia N° 2241).

Antecedentes familiares. — Padre falleció de cáncer al estómago. Madre vive y es sana. Son cuatro hermanos, dos de ellos son sanos, el tercero padece afección pulmonar.

Antecedentes personales. — En su infancia dice no haber padecido enfermedad de importancia. A los 13 años adquiere una blenorragia que curó bien en el término de dos meses. En junio de 1932 presenta un cuadro febril acompañado de decaimiento, anorexia, disminución de peso, por lo cual recurre a un médico que le diagnostica una afección pulmonar bacilosa y le indica se traslade a Córdoba, donde permanece cerca de un año y medio internado en un sanatorio.

Como su estado general mejora, resuelve nuevamente su regreso a Buenos Aires. Trae un informe médico del tisiólogo que lo trataba y que dice: "lesiones laterales ulcerosas en su comienzo con evolución a la fibrosis y pleuritis consecutiva en ambos vértices, más acentuada del lado izquierdo.

Enfermedad actual. — A su regreso de Córdoba y durante el viaje sufre un accidente automovilístico a consecuencia del cual se le produce una fractura de costilla izquierda. Previo vendaje es inmovilizado pero a las pocas horas de estar en reposo advierte una hematuria que se acentúa en las horas subsiguientes seguida de una retención que obliga a sondarlo, obteniéndose orina intensamente hematúrica. Dos días después la micción se efectúa espontáneamente persistiendo su hematuria.

A los 25 días es dado de alta y aparentemente se encuentra bien, pues casi no daba importancia a un ligero dolor que desde un comienzo sentía en la región lumbar derecha y que atribuía al traumatismo del accidente.

Tres meses después aparece polaquiuria diurna y nocturna, dolores al final

de la micción e intensos ardores durante la misma. En estas condiciones pasó 8 meses al cabo de los cuales por haber recrudecido estas molestias nos consulta.

Estado actual. — *Aparato urinario:* Riñón y uréter: examen físico negativo, no se palpan riñones y no hay puntos dolorosos. Puño-percusión de Murphy positiva del lado derecho.

Orinas: Turbias y ligeramente hematuricas a la uroscopia. El análisis de la orina global da los siguientes resultados:

Reacción: Acida. *Densidad:* 1018. *Urea:* 12.80 por mil. *Clouros:* 9 por mil. *Albúmina:* Vestigios. *Glucosa:* No contiene. *Sedimento:* Abundantes hematíes, abundantes glóbulos de pus que llenan el campo.

Examen bacteriológico. — Investigación directa de bacilos de Koch: negativo.

Inoculación de orina global en cobayo: positiva.

Prueba de la sulfonofotaleína. — Aparece a los 20 minutos y es indosable. Al día siguiente de este examen hace un cuadro febril con 38.5 de temperatura que pasa en dos o tres días.

Diuresis media: 1300.

Urea en sangre: 0.35 por mil.

Examen radiográfico. — Radiografía simple (Fig. 1): Riñón izquierdo más grande que el del lado opuesto. Riñón derecho de contornos regulares; en su parte media y a nivel del lugar que corresponde a pelvis renal se perciben algunas sombras de contornos difusos con los caracteres de las sombras de calcificación.

Pielografía descendente. — Se obtienen tres imágenes a los 7, 15 y 40 minutos, respectivamente. En ninguna de ellas se consigue visualizar las vías de excreción del lado derecho; en el izquierdo en cambio se observa en la primera radiografía (Fig. 2) algunas sombras redondeadas, que dan la impresión de corresponder a cálices dilatados, lo cual se confirma en el segundo negativo (Fig. 3) en el que con toda claridad se perciben además de aquéllos una dilatación de todas las vías de excreción a la cual acompaña también una marcada acodadura en V del uréter en su extremo inicial. Esta imagen se repite en la tercera radiografía (Fig. 4) con las mismas características. Por haber decaído el estado general del enfermo y a indicación de un clínico el enfermo decide trasladarse nuevamente a Córdoba donde permanece un año en el transcurso del cual, después de haberse repuesto (aumentó de peso, desaparición de sus febrículas, etc., decide nuevamente internarse).

Se completa la observación del enfermo con los siguientes exámenes:

Vejiga: A la palpación profunda ligeramente dolorosa; capacidad 80 cm³. El lavado para practicar la cistoscopia es muy laborioso, pues el líquido recién se consigue aclarar a los 30 minutos, produciéndose de continuo intenso tenesmo.

Cistoscopia. — Introducido el cistoscopio y a pesar de haber transcurrido muy pocos minutos del lavaje, se debe evacuar nuevamente el líquido por hallarse el medio turbio. Se practica otro nuevo lavado al final del cual recién se consigue visualizar la mucosa vesical que a pesar de ello se halla recubierta de muco-pus

en todas sus paredes. El meato ureteral derecho se halla rodeado de algunas granulaciones y de pequeñas ulceraciones; su orificio se percibe entreabierto y dando la impresión de rigidez. Se intenta cateterizarlo pero a pesar de ejecutar distintas maniobras no se consigue hacer progresar la sonda.

Próstata. — Pequeña, blanda y sin ninguna característica digna de mención.

Uretra. — Buen calibre, pues se concibe pasar fácilmente un explorador N° 24. La palpación sobre-beniqué es negativa.

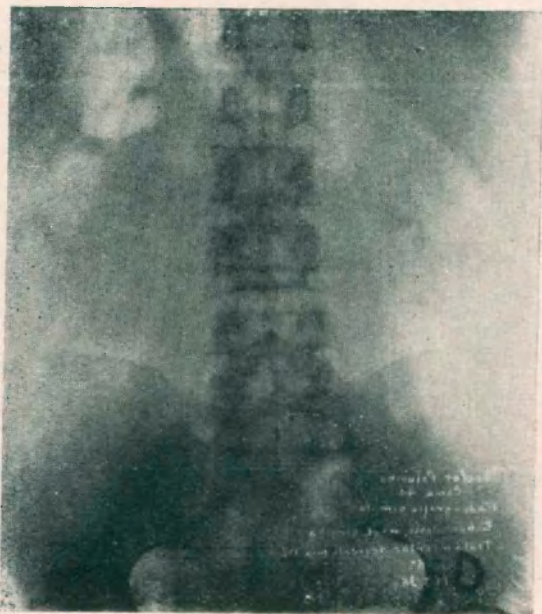


Figura N° 1
Radiografía simple.

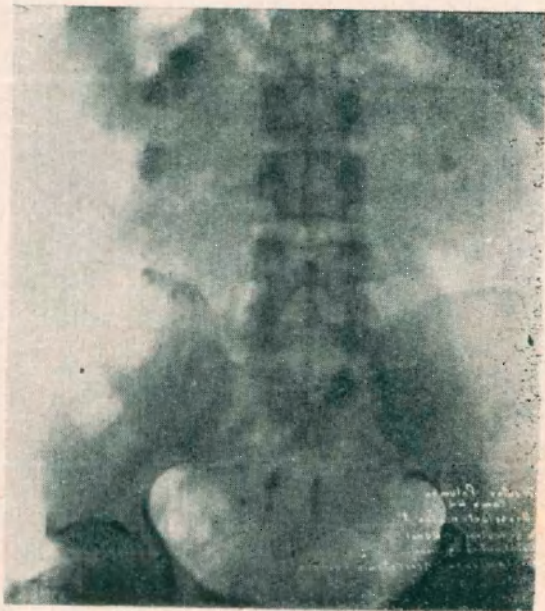


Figura N° 2
Urografía descendente a los 5'.

Genitales externos. — *Bolsas y su contenido:* Ambos testículos normales, epidídimos, indoloros a la presión y sin lesiones cicatriciales de procesos anteriores.

Habiendo mejorado el estado general del enfermo y aumentado en cambio su sintomatología vesical se decide intervenirlo el 29 de enero del corriente año.

Operación. — Anestesia general. Cirujanos Dres. Isnardi, Arrues y Albornoz. Lumbotomía por el método clásico. Se llega hasta riñón que se exterioriza fácilmente, ya que apenas existen algunas adherencias y previa ligadura del pedículo y del uréter se efectúa la nefrectomía.

Reposición de la pared en dos planos previo drenaje.

Post-operatorio. — Bueno, sólo algunas décimas de temperatura (37,2 y 37,5) el segundo y tercer día de la intervención. La diuresis oscila entre 900 y 1.200 cm³.

El 26 de febrero se retira del servicio en buenas condiciones. Ha aumentado casi dos kilogramos de peso, su capacidad vesical aumenta a 200 cm³, y sus orinas poco a poco se aclaran. La polaquiuria ha disminuído ostensiblemente, ya que el enfermo efectúa sus micciones cada 3 o 4 horas.

Examen anátomo-patológico. — La pieza obtenida muestra un riñón en cuya superficie se exteriorizan algunos abscesos fluctuantes (Fig. 5).

Incindido por su parte media (Fig. 6) se observa que el tejido cortical y medular casi ha desaparecido, habiendo sido reemplazado por gran cantidad de abscesos repletos de sustancia caseosa.

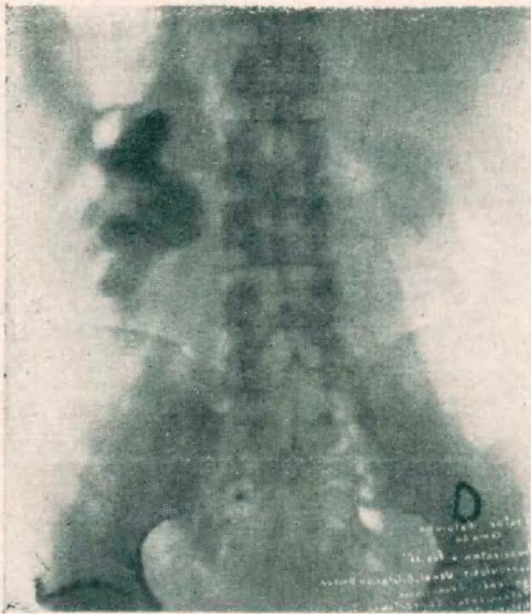


Figura N° 3
Urografía descendente a los 15'.

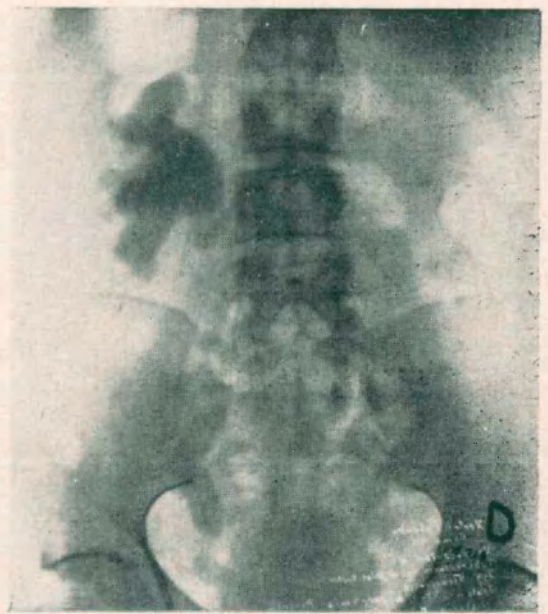


Figura N° 4
Urografía descendente a los 45'.

Examen microscópico. — Muestra una pielonefritis tuberculosa con fuerte extensión de la caseosis, tal como puede observarse en la microfotografía que adjuntamos (Fig. 7).

COMENTARIOS.

Nos encontramos, pues, en presencia de un caso de tuberculosis renal en el cual llama la atención las circunstancias que comentamos a continuación:

1º) Iniciación del cuadro clínico renal coincidente con un traumatismo.

2º) Marcada dilatación de las vías de excreción.

3º) Importancia del valor funcional del uroselectan.

A pesar del interrogatorio efectuado al enfermo no existía antes del accidente que coincidió con la iniciación de su cuadro renal, síntoma alguno que acusara la lesión: ni dolores lumbares, ni hematurias ni polaquiuria. Sólo después de algunas horas de aquél se inicia su proceso.

¿Qué relación podría existir, pues, entre la localización renal de su tuberculosis y el traumatismo? De haber hallado lesiones me-



Figura N° 5
Riñón obtenido en la nefrectomía
cara externa.



Figura N° 6
Riñón obtenido en la nefrectomía,
corte mediano.

nos avanzadas podríamos con mayor seguridad afirmar que la contusión y la congestión que fué su consecuencia habrían predispuerto dicha localización. Bien conocidas son las experiencias de Albarrán que previa ligadura del uréter inyecta en un conejo por vía subcutánea sedimento de bacilos de Koh produciendo en esta forma una localización exclusivamente renal. Las de Hauser, que inyecta bacilos de Koh debajo de la piel y previo traumatismo del riñón, logra una tuberculosis renal. Todas estas experiencias fueron corroboradas por Meitzner, quien prueba que más que el éxtasis urinario que producía Albarrán con sus ligaduras era la congestión la que predisponía a la glándula para infecciones tuberculosas. Por lo demás el hecho de ser más común esta afección en la mujer y en el

lado derecho, de acuerdo a casi todas las estadísticas, ha sido interpretado en favor de una predisposición a la tuberculosis para esta glándula más expuesta a los procesos renales: ptosis, uronefrosis, litiasis.

Volviendo a nuestro caso llama la atención sin embargo que, desde la fecha de su traumatismo hasta que el enfermo es interve-

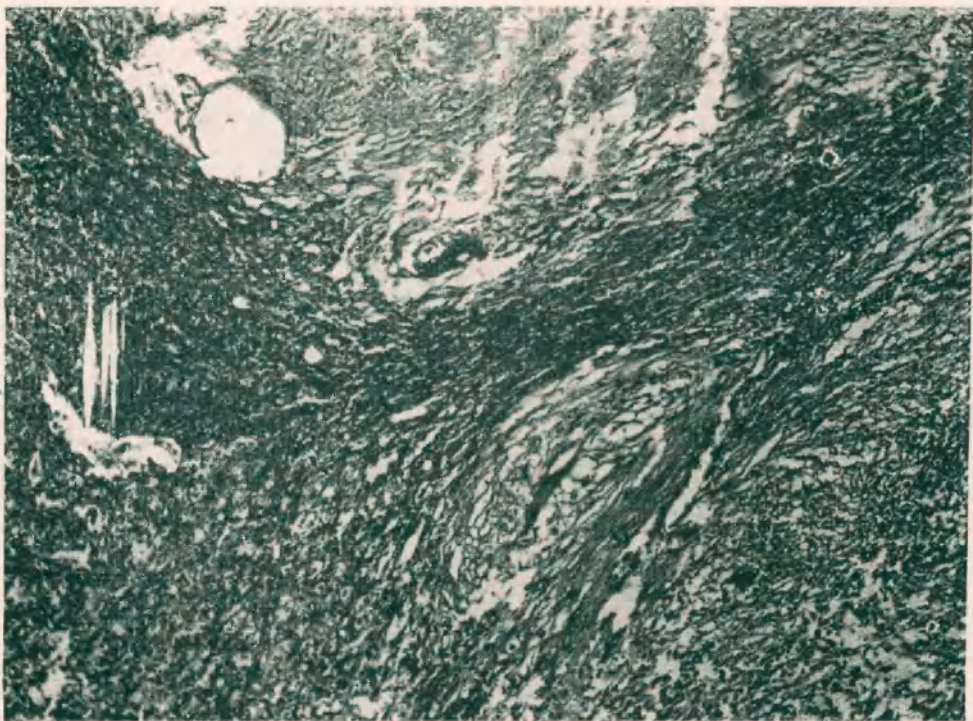


Figura N° 7

Examen anatómopatológico efectuado por el doctor L. Bianchi.
(Microfotografía).

En la parte superior se ve el caseum. En la inferior derecha varios folículos tuberculosos y entre ambos una zona infiltrativa linfocitaria. En la parte inferior izquierda restos de tejido renal, ya muy alterado.

nido ha transcurrido apenas un año y dos meses, tiempo por cierto demasiado corto para la formación de lesiones tan avanzadas.

Hemos, sin embargo, observado en el servicio del Doctor Salleras un caso de tuberculosis renal que luego fué presentado a esta Sociedad y en el cual seguimos por la pielografía la evolución en el proceso en el transcurso de un año. Fué así que pudimos comprobar en este lapso de tiempo, que la lesión apenas perceptible en la primera pielografía en una de las papilas, mostraba en las siguientes lesiones groseras visibles en casi todos los cálices.

A título de observación anotamos además que el proceso de perinefritis era en nuestro caso poco acentuado, lo cual podría hablar en favor de un proceso de marcha muy rápida.

DILATACIÓN DE LAS VÍAS EXCRETORAS.

Esta anomalía, que fué ya advertida en la pielografía, fué corroborada también en el lado enfermo en el cual el uréter tenía un grosor de casi dos centímetros y cuya mayor parte correspondía a la luz del conducto. El proceso de periureteritis macroscópicamente apenas era perceptible.

VALOR FUNCIONAL DEL UROSELECTAN.

Una vez más se vez reafirmados los conceptos sentados por Lichtemberg en sus afirmaciones con respecto al valor de la eliminación del uroselectan como índice de valor funcional. A pesar del resultado obtenido por las demás pruebas funcionales realizadas llevamos al enfermo a la intervención con los resultados consignados en la historia clínica.

Discusión:

Dr. Llano. — Yo deseo contribuir con una observación personal, en la que también es indudable la influencia de traumatismo en la génesis de la tuberculosis renal.

HISTORIA CLÍNICA:

P. C., argentino, 41 años, casado, domiciliado en Bigand. Ingresó el 11 de octubre de 1933 a la sala XI del Hospital Centenario.

Antecedentes. — Blenorragia a los 19 y a los 28 años, con orquitis en la segunda oportunidad; curado.

En febrero de 1931, mientras hembra bolsas, resbala y al caer sobre un tablón de madera, sufre la contusión de la región lumbar y flanco derechos. Aparece hematuria total, sin expulsión de coágulos, y cede a los tres días mediante reposo y una bebida prescrita por un médico. Queda durante tres meses con molestias en la región lumbar. Reintegrado ya a su labor reaparecen las hematurias, con expulsión de arenillas y grumos blanquecinos que sedimentan en el

recipiente. A los tres días las orinas aclaran gracias a unos sellos que le recetan, pero queda con dolor lumbar, fiebre por las tardes y anorexia. Ocho días antes de su ingreso experimenta un dolor violento en la región lumbar derecha con irradiación al testículo e hipogastrio del mismo lado y sigue una hematuria total, con gran expulsión de grumos blanquecinos. Esto dura un día. El día de tu ingreso viene con hematuria.



Al examen observamos el hipocondrio derecho y el flanco del mismo lado más prominentes que en el lado opuesto. Se palpa una tumoración que llega casi hasta la línea media, hacia dentro, hacia abajo hasta la línea bi-iliaca y hacia arriba se confunde con la masa hepática; mate a la percusión, superficie lisa en las caras externa y anterior, borde interno irregular, escasamente móvil con los movimientos respiratorios, consistencia dura, contacto lumbar y dolorosa. La cistoscopia descubre eyaculación sanguinolenta del lado derecho.

El examen de orinas por separado informa: *Riñón derecho*, cantidad: 15 c. c. en 40 minutos; albúmina, 2.75 grs. $\%$; úrea, 5 grs. $\%$; cloruros, 2 grs.; sedimento, abundante pus y hematíes y uratos amorfos. *Riñón izquierdo*, cantidad, 40 c. c.; albúmina, 0.20 grs. $\%$; úrea, 25 grs. $\%$; cloruros, 8.50 grs.; leucocitos normales y escasos hematíes en sedimento. Tiempo de recolección: 45 minutos.

Durante su hospitalización sufre varias hematurias y la última, que dura diez días, desaparece el 20 de noviembre de 1933. La temperatura no pasa de 38°.

Operación. — (30 de noviembre de 1933). Cirujano: Dr. M. A. Llanos. Ayudante: Dr. Tettamanti. Raquianestesia con 0.10 grs. de novocaína. Incisión lumboiliaca y resección de la última costilla. Se rechaza peritoneo, se cae sobre la tumoración, y se observa ésta con los límites anotados en la palpación durante



el examen clínico. Intensa esclerolipomatosis perirrenal. Se efectúa nefrectomía, con doble ligadura de catgut N° 4 en el pedículo que no hace buena hemostasia debido a la intensa lipomatosis y obliga a dejar pinzado el pedículo. Drenaje con tubo de goma y gasa. Sutura parcial de la herida. Apósito.

El 4 de diciembre de 1933 se retiran las pinzas. Buen post-operatorio. Egresó el 21 de mayo de 1934 en buenas condiciones y con un aumento de 15 kilogramos sobre el peso observado a su ingreso.

El examen anátomo-patológico, practicado por el Dr. Ruiz, (protocolo N° 4632), formula el diagnóstico histológico de *tuberculosis fibro-caseosa y atrofia renal*.