

Cát. del Prof. B. MARAINI
Servicio de Clínica Médica

Por el Doctor

GUILLERMO IACAPRARO

TUBERCULOSIS RENAL A FORMA CLÍNICA HEMORRÁGICA

LA circunstancia de habernos visto en dos ocasiones ante un cuadro clínico no muy frecuente que nos llevó a sentar el diagnóstico de tuberculosis renal, justifica a nuestro entender el breve comentario de esta publicación.

Bien es conocida por todos nosotros la evolución clínica de la bacilosis urinaria y bien sabemos que en la gran mayoría de los casos el interrogatorio minucioso del enfermo y un examen clínico urológico completo permite siempre sospechar su existencia. En los casos que vamos a referir la aparición de la afección corresponde a cuadro clínico bien definido por cierto, pero no se observa con frecuencia en la tuberculosis sino por el contrario es casi característica en la gran mayoría de los casos de las neoplasias (sean ellas benignas o malignas).

Ambos enfermos evolucionaron con cuadro clínico similar: la hematuria único síntoma, y el diagnóstico etiológico lo permitió sospechar los antecedentes del enfermo y los confirmó el examen bacteriológico.

Tuffier en 1893 describió la forma clínica hemorrágica de la tuberculosis renal. Relata este autor la observación de un enfermo en el cual las graves hematurias lo llevaron al diagnóstico de tumor vesical y al cual le practicó una talla hipogástrica. Posteriormente la nefrectomía mostró algunos abscesos tuberculosos del riñón.

La observación de Pousson relatada por Agostini es un ejemplo de hematuria de larga duración en la faz inicial de la tuberculosis.

Malherbe y Legueu citan el caso de Routier quien practicó una nefrectomía de urgencia por hematuria tuberculosa grave. El riñón extirpado y abierto no demostró lesiones macroscópicas, se encontró luego en un exámen atento en el vértice de una papila una lesión tuberculosa microscópica con una arteriola abierta.

Albarrán cita una observación análoga: la nefrectomía puesto el riñón al descubierto, fué decidida únicamente por encontrar en la superficie del parénquima una pequeña placa ligeramente amarilla. El exámen histológico mostró que la sustancia cortical y medular estaba sembrada de pequeños tubérculos miliares.

Nicolich cita un caso en el cual después de una hemorragia renal grave de 15 días la nefrectomía mostró una ulceración papilar.

Rafin cita el caso de hematurias durante 14 meses sin interrupción que llevaron a la enferma a un estado de extrema anemia absolutamente comparable a la producida por pólipos uterinos.

La nefrectomía mostró lesiones tuberculosas, mientras el exámen bacteriológico de orina y la inoculación al cobayo fueron siempre negativas.

Blum relata la observación de una hematuria fulminante en una mujer cuyo exámen de riñón mostró un pequeño núcleo del tamaño de un poroto y una ulceración tuberculosa en la papila.

Estos ejemplos son suficientes para demostrar que existe una forma de tuberculosis renal caracterizada por la importancia y duración de las hemorragias. En esta forma clínica la expresión de Albarrán el síntoma prima sobre la enfermedad etiológica y el pronóstico puede ser muy grave por el hecho mismo de la hematuria.

Anatómicamente y ello está perfectamente demostrado la hemorragia corresponde a menudo a lesiones pequeñas, poco importantes y que resultan a veces imposibles de descubrir, son lesiones ulcerativas de la región papilar debidas a necrosis de nódulos tuberculosos pequeños.

Albarrán y otros sostienen además que a veces la hematuria no es debida a la lesión bacilar misma sino a la nefritis concomitante, considerándose en este caso dentro del cuadro de las nefritis tuberculosas hematóricas.

Solo el exámen bacteriológico de la orina puede reconocer con

certitud el origen tuberculoso de estas formas hemorrágicas y el hallazgo del bacilo a veces es difícil pues no debemos olvidar que corresponde a lesiones ulcerativas mínimas.

He aquí el cuadro clínico de nuestros enfermos.

J. G. A. M., de 29 años, argentino, casado.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Eruptivas comunes de la infancia; uretritis que cura sin complicaciones y sin dejar secuelas. Hace 5 años, lesiones bacilíferas tra-

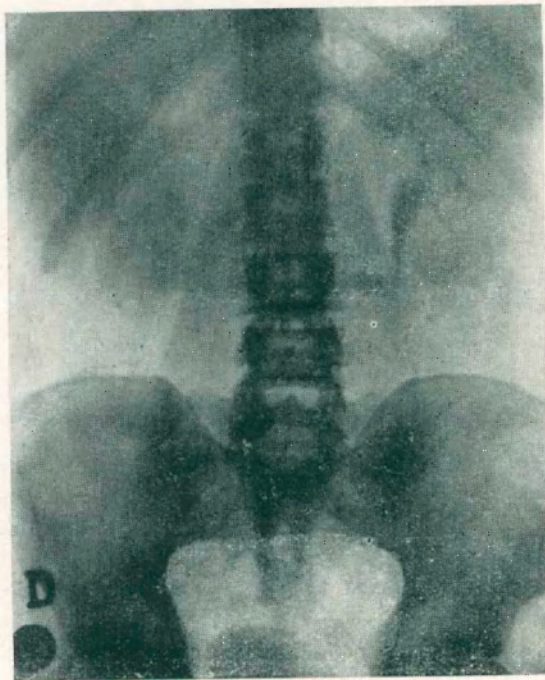


Figura N° 1

tadas con reposo; clima y terapéutica apropiada, cura perfectamente, clínica y radiográficamente.

Discreta toxemia crónica enterógena. Fumador de un atado de cigarrillos diarios.

Enfermedad actual. — Hace 7 meses sin trastorno alguno y sin síntoma premonitor de ninguna especie, tiene una hematuria abundante, total, permanente, indolora, con coágulos alargados, cilíndricos que no altera el movimiento o el reposo y que cede sin medicación alguna a los 3 días. Permanece el enfermo en condiciones normales con orinas claras y micción normal, y hace un mes y medio se repite la hematuria con iguales caracteres; el reposo y la medicación de uso corriente no la modifica. No hay dolores, micción fácil y normal. No hay polaquirea.

Examen urológico. — Se realiza en plena hematuria.

Micciones cada 4 ó 5 horas, de día; no hay micción nocturna.

Riñones y uréteres: semiológicamente, nada de particular.

Uretra: semiológicamente, nada de particular. Por innecesario no se realizan los exámenes endoscópicos.

Vejiga: semiológica e instrumentalmente, nada de particular.

Cistoscopia: vejiga absolutamente sana. Brillo, color y vascularización normal.

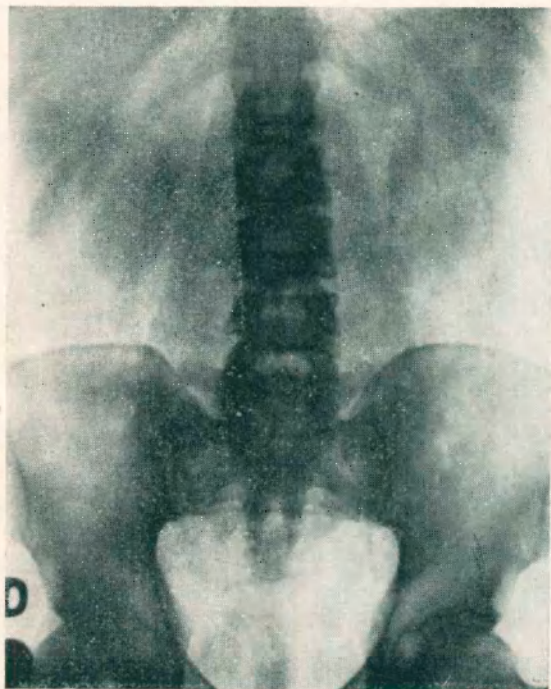


Figura N° 2



Figura N° 3

Eyaculación francamente hematúrica del meato ureteral derecho.

Eyaculación clara del meato izquierdo.

Zonas periureteral y trigono: normal. Cuello, ídem.

Próstata: vesículas seminales y genitales, nada de particular.

Examen radiológico renal. Radiografía simple de árbol urinario. Nada de particular.

Urografía excretora: con uroselectan B, se obtienen los clichés a los 5, 15 y 30 minutos del final de la inyección. Nefrograma izquierdo: normal. En el lado derecho puede observarse a nivel del polo superior del riñón que la sustancia opaca no marca ni delimita el cáliz superior pero parece rellenar una cavidad que estuviera en pleno parénquima aumentando la nitidez de contraste en la parte como si se tratara de una perfecta caverna. (Figs. Nos. 1, 2 y 3).

Examen funcional renal: a) global. Azohemia: 0.38 %. K. de Ambard:

0.075. b) orinas por separado. Riñón derecho. Volumen: 24 c. c. Urea: 5.76 ‰, débito: 0.13 gramos.

Cloruros: 5.20 ‰.

Sulfofenoltaleína: 7 % en 30 minutos.

Sedimento. Numerosos hematíes, apreciable cantidad de células de tipo pelvis renal.

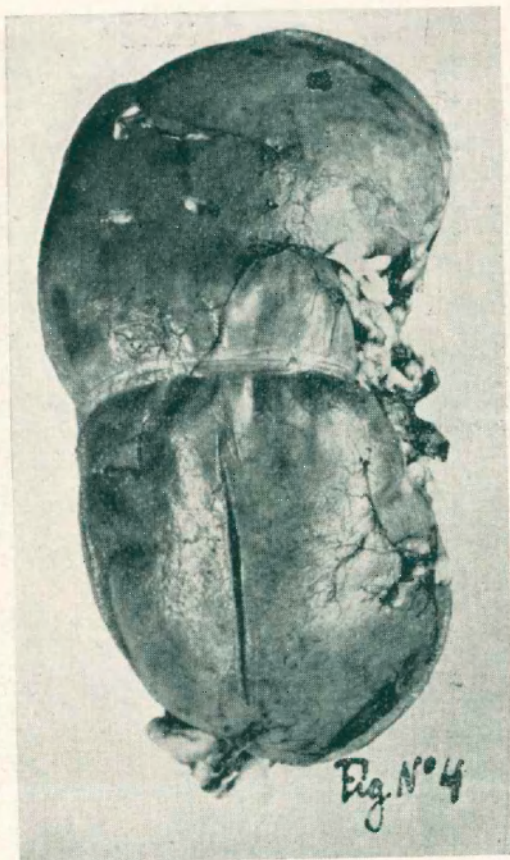


Figura N° 4

Leucocitos normales, algunos degenerados.

Muy escasos bacilos de Koch.

Riñón izquierdo. Volumen 22 c. c. Urea: 8.82 ‰, débito ureico: 0.19 grs.

Cloruros: 9.20 ‰.

Sulfofenoltaleína: 15 % en 30 minutos.

Sedimento: algunos hematíes. Raras células epiteliales, leucocitos bien conservados y en cantidad equivalente a los de la sangre.

Ausencia de flora microbiana.

Exámenes de la sangre. Reserva alcalina. 58.2 c. c. de CO_2 (como bicarbonatos en 100 c. c. de plasma a 0° y 760 mm. de presión.

Cloremia: cloro plasmático 3, gramos, 55 por ‰, cloro globular 1, gramos 80 ‰.

Índice clorémico: 0.50.

Orinas globales: densidad 1.016.

Urea: 15.20 grs. ‰. Cloruros: 5.90 ‰.

Sedimentos: abundantes hematíes, leucocitos normales, algunos en degeneración. Regular cantidad de bacilos de Koch.

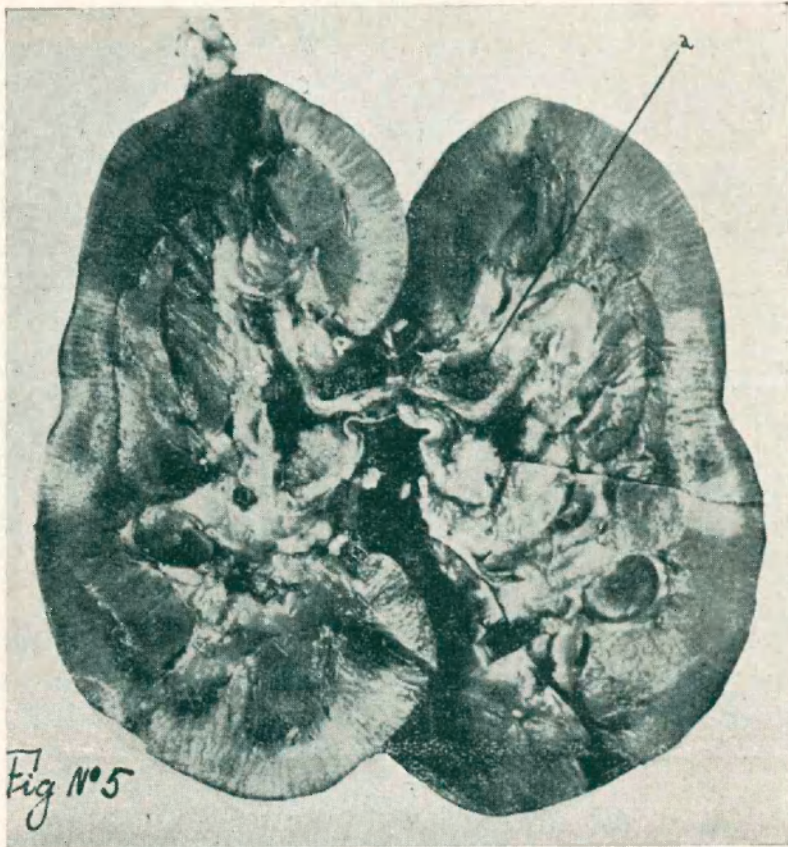


Figura N° 5.

Examen general. Corazón: normal. Pulmones: nada de particular. Radiografía: normal.

Operación. Dr. Iacapraro. Con anestesia general se hace la incisión lumbar clásica en el lado derecho. Se exterioriza el riñón. Tamaño, superficie, color, consistencia normal. Uréter aparentemente sano.

Pese a ello no dudamos en practicar la nefrectomía; elocuente es para ello: la hematuria, el déficit ureico y clorurado, la presencia de bacilos de Koch y la imagen cavernosa en el polo superior del nefrograma.

Abocamos el uréter a la pared. Sutura muscular por planos. Discreto drenaje con tubo. Suite normal. Es dado de alta en perfectas condiciones a los 15 días.

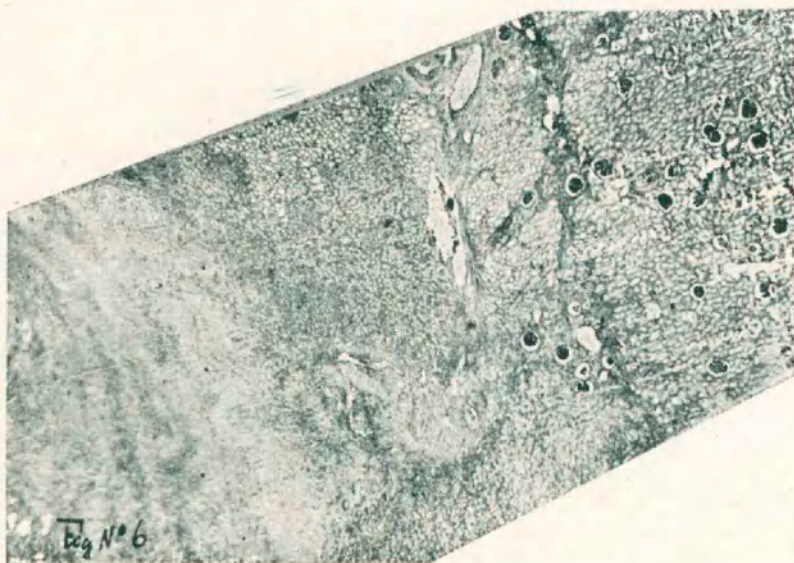


Figura N° 6

Se practica al mes un examen bacteriológico de orinas: ellas son cristalinas y no se establece al examen microscópico la presencia de pus ni de bacilos de Koch.

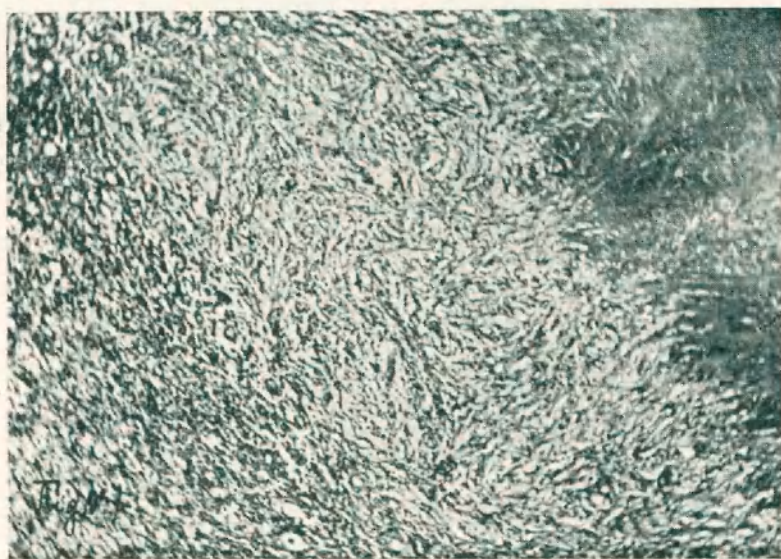


Figura N° 7

Examen anátomo patológico. Macroscópicamente el riñón en superficie, nada de particular. La sección muestra como única lesión una caverna llena de caseum

a nivel del polo superior, del tamaño de una moneda de 5 centavos y en franca comunicación con el cálice superior. (Figs. Nos. 4 y 5).

El examen histológico demuestra la existencia de un franco tubérculo baciloso en caseosis con sus clásicos folículos: con su célula gigante central, elementos epitelioides y la corona linfoide periférica. (Figs. Nos. 6 y 7).

La segunda observación personal que no podemos sino relatarla, fué seguida y estudiada en colaboración con nuestro amigo y colega, doctor Pangaro.

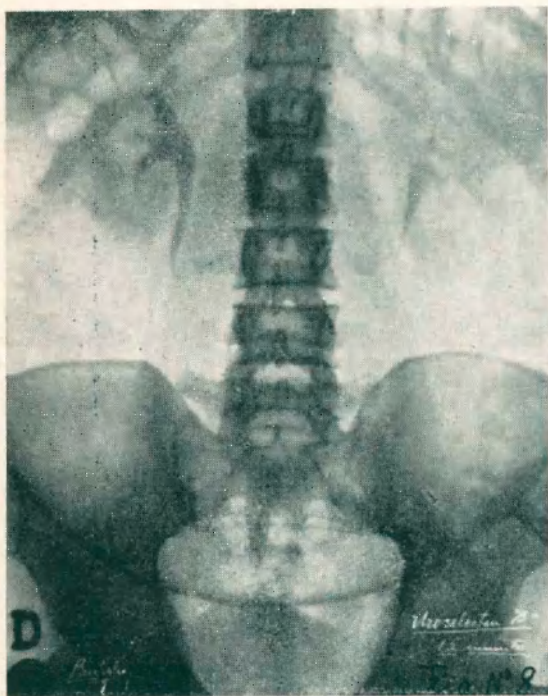


Figura N° 8

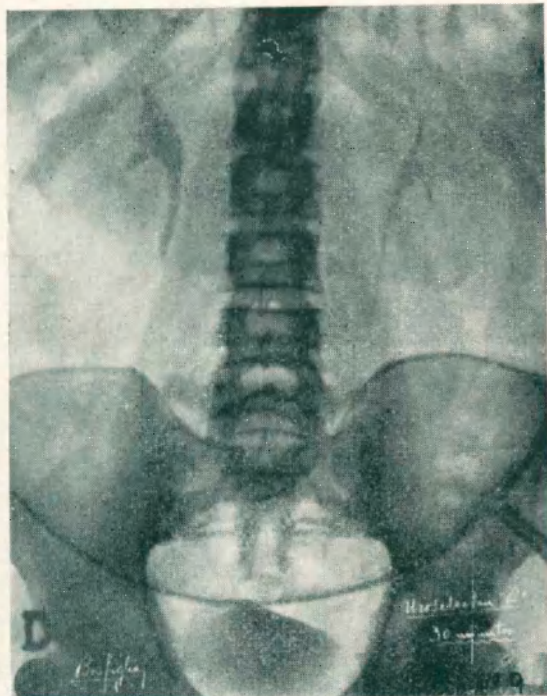


Figura N° 9

C. M., soltera, enferma de 26 años de edad. Como único antecedente de importancia una coxalgia a los 15 años de edad.

Como cuadro clínico una hematuria total, abundante, indolora, permanente y con coágulos. Sin fenómenos vesicales y sin dolor. Todos los exámenes radiográficos negativos.

Uroselectan: nada de particular. (Figs. Nos. 8 y 9).

A la cistoscopia: la vejiga sana, franca hematuria izquierda. El cateterismo ureteral demostró la existencia de bacilos de Koch en el riñón izquierdo. La enferma fué operada de urgencia por la gravedad de su hematuria practicándosele una nefrectomía.

El examen macroscópico del riñón no demostró lesión alguna y el examen histológico permitió después de secciones repetidas hallar una pequeña lesión folicular tuberculosa a nivel de la región papilar del cálice inferior.

Dimos a esta observación el valor de enseñanza clínica que merecía, pero no lo comentamos en trabajo alguno. Hoy lo agregamos a nuestro segundo caso observado; por la similitud en su evolución. Consideramos de interés las observaciones relatadas, pues confesamos que no es habitual en nuestra presunción diagnóstica el pensar en la tuberculosis renal ante cuadro clínico semejante, y si ello no es frecuente no por eso debemos dejar de sospecharlo sobre todo cuando en los antecedentes del enfermo existe un pasado bacilar. Y esto último es en general lo único de valor que suministra el enfermo, pues como siempre obedece la hematuria a lesiones renales incipientes no debemos pretender encontrar síntomas clínicos urinarios y fenómenos vesicales.

En estos enfermos la gran mayoría de las veces las orinas son claras, la micción normal y la vejiga sana; lo único que puede revelar el diagnóstico es el exámen bacteriológico de orina. Quien hubiera escuchado el relato de su afección hacia ambos enfermos no hubiera dudado que muy posiblemente se trataba de una neoformación benigna o maligna vesical o renal y sin embargo el bacilo de Koch era el agente etiológico causal.

Despistando la afección en estas condiciones podemos pretender curar radicalmente al enfermo de su bacilosis urinario con la nefrectomía precoz.

No sucede lo mismo cuando existen lesiones vesicales constituidas, bien conocemos la intensidad de ciertas cistitis tuberculosas rebeldes, muchas veces a todo tratamiento a pesar de la nefrectomía.

Salvar al ureter y a la vejiga de la lesión bacilar he ahí la importancia del diagnóstico precoz y del oportuno tratamiento.