

Servicio de Vías urinarias del Hosp.  
Salaberry. Prof. Adj. Dr. A. ASTRALDI

Por los Doctores

ALEJANDRO ASTRALDI, O.  
MASSOLO y E. ITURRIAGA

## FALSA INTERPRETACION PIELO- GRAFICA QUE OCASIONA UN ERROR

UN error de diagnóstico, cometido en base a un cuadro clínico más o menos definido y a una imagen pielográfica, cuya interpretación resultó falsa para la lesión a la cual se atribuía, son los motivos que justifican esta publicación.

### HISTORIA CLINICA

G. B.; 53 años; italiano; soltero; herrero; cama 1. Ingresó el 25 de enero de 1938. Historia clínica N° 154.

*Antecedentes hereditarios.* — Ignora datos de sus familiares, que viven en Italia.

*Antecedentes personales.* — No recuerda enfermedades de la primera infancia. A los 20 años, uretritis de etiología desconocida. Trata con lavajes sin haber hecho complicaciones, ni haber dejado secuelas. Chancro único en glande a los 30 años, con adenitis inguinal supurada. No efectuó tratamiento alguno.

*Enfermedad actual.* — Hace 8 días, sin pródromos, es sorprendido por una hematuria espontánea, total, sin coágulos, que se prolonga durante dos días, fecha en la cual concurre al Consultorio Externo de este Servicio, efectuándosele una cistoscopia, durante la cual se comprueban eyaculaciones sanguinolentas del meato ureteral izquierdo. Al día siguiente la hematuria cesa, internándose inmediatamente.

*Estado actual.* — Orinas de emisión y sedimentación claras; 2 a 3 micciones durante el día y una nocturna. No hay disuria.

### EXAMEN CLINICO GENERAL

*Aparato circulatorio.* — Tonos cardíacos normales. Presión al Baum-mánómetro: Mx. 13; Mn. 9.

*Aparato respiratorio.* — Nada de particular.

*Aparato digestivo.* — Normal.

*Sistema nervioso.* — Normal.

*Piel y mucosas.* — Bien coloreadas.

#### EXAMEN UROLOGICO CLINICO E INSTRUMENTAL

*Riñones y uréteres.* — Se palpa polo inferior de riñón derecho que excursiona con los movimientos respiratorios. Pelotea con dificultad. Sobre el lado izquierdo se palpa también el polo inferior de riñón, aumentado de volumen, regular, liso, indoloro, peloteo de Guyón franco. Excursiona con los movimientos respiratorios. No hay puntos ureterales dolorosos. Examen funcional global: Azoemia: 0,54 grs. ‰. Constante de Ambard: 0,150. Prueba de la sulfenolftaleína: 58 % en los 70'.

#### EXAMEN FUNCIONAL EN ORINAS POR SEPARADO

	<i>Riñón derecho</i>	<i>Riñón izquierdo</i>
Volumen . . . . .	3,5 c. c.	10 c. c.
Urea . . . . .	12,61 ‰.	17,65 ‰.
Cloruros . . . . .	9,00 ‰.	12,00 ‰.
Sedimento . . . . .	Escasos hematíes. Pocas células epiteliales.	Abundantes hematíes. Pocos leucocitos bien conservados. Muy escasos diplococos Gram positivos.
Indigocarmin . . . . .	Elimina a los minutos.	Elimina a los minutos.

*Examen radiológico.* — Radiografía simple: No acusa nada de particular. Pielografía retrógrada derecha: Imagen pelvicalicial con falta de nitidez por movimientos respiratorios, pero a pesar de ello, se observa un sistema de tipo ampular con cálices secundarios y terciarios y una imagen lacunar central, por superposición calicial. Pielografía retrógrada izquierda. Cálice superior desviado hacia arriba y adentro, casi en dirección vertical, con marcado afilamiento del mismo cálice.

*Uretra.* — Semiología normal. Pasa fácilmente un explorador a bola de Guyón N° 22. Examen uretroscópico no se hizo, al igual que el radiológico, por innecesarios.

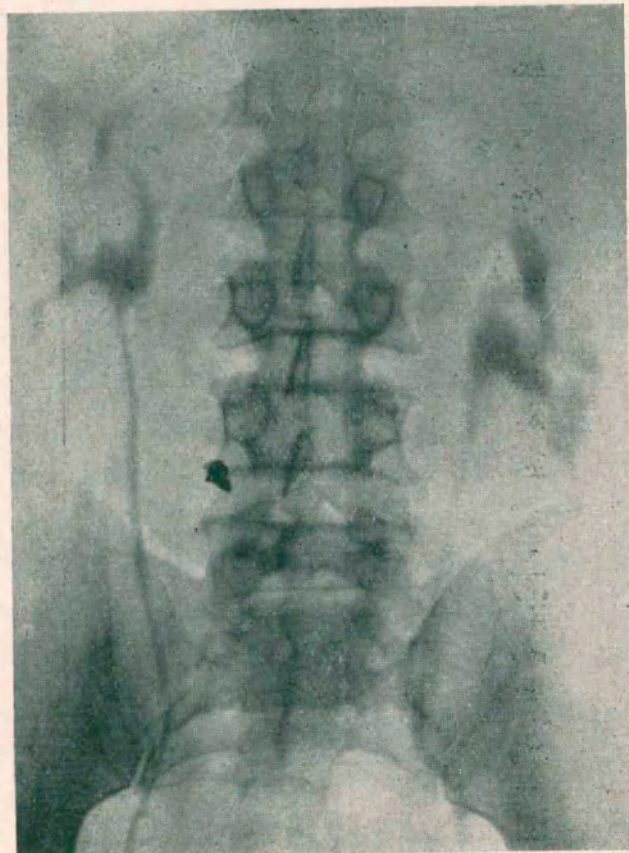
*Vejiga.* — Semiología normal. Sonda: Contractibilidad y sensibilidad conservada. No hay retención. Capacidad fisiológica. Cistoscopia: Mucosa de caracteres normales. Meatos ídem. El derecho eyacula rítmicamente orinas claras. El izquierdo, eyaculaciones sanguinolentas.

*Próstata.* — Se tacta con caracteres normales.

*Bolsas.* — Continente y contenido normal.

*Marcha de la enfermedad.* — Febrero 6: 20 c. c. suero clorurado hipertónico; 500 c. c. suero glucosado isotónico c/ 5 Un. insulina. Febrero 7: Idem.

Febrero 8: Idem. Operación. Anestesia general. Incisión de Israel. Se llega a celda renal y se exterioriza fácilmente el riñón izquierdo, que se presenta aumentado de volumen. A la palpación se nota en polo superior un núcleo redondeado, duro, del tamaño de una nuez. Se practica la nefrectomía. Drenaje de loge con gasa. Cierre de pared en tres planos. Inmediatamente a la intervención, 20 c. c. de suero clorurado al 20 % y 500 c. c. suero glucosado isotónico c/ 5 Un. insulina.



Febrero 10: Se retira la mecha de loge renal. Buen estado general y local. Febrero 12: Apósito ligeramente humedecido por líquido serosanguinolento. Febrero 15: Se retira la mitad de puntos de piel. Febrero 16: Se sacan el resto de puntos de piel. Curación escasamente húmeda. Febrero 17: Comienza a deambular. Curación seca. Febrero 19: Alta en perfectas condiciones.

De la lectura de la historia clínica, dos circunstancias resaltan, como decíamos en las primeras líneas de esta comunicación. Por una parte, el cuadro clínico basado en la hematuria y en el tumor, que nos hizo pensar, creemos con razón, en la posibilidad de encontrar-

nos en presencia de un tumor renal. Por otra parte, la pielografía, complemento indispensable para esta clase de diagnóstico, hizo —por razones que más adelante veremos— que ratificáramos ampliamente la concepción clínica antes mencionada. La intervención, por otra parte, aún con la pieza en la mano y antes de proceder a la nefrectomía, nos dió elementos de juicio, como vemos en la historia clínica, para confirmar nuevamente el diagnóstico clínico-radiológico, pues una dureza a la palpación, ya bimanual, ya interdigital, en un enfermo que presenta un cuadro como el presente, nos obliga a comprender la necesidad de una nefrectomía y nos coloca en la obligación de efectuarla sin titubeos.

Pero viene entonces el examen macroscópico de la pieza al corte y el examen hispatológico practicado por el doctor Monserrat y llegamos a la comprobación de que se trata de una simple congestión de papila renal.

Lastimoso es cometer errores, pero es menester reconocer que debemos muchas veces aprovecharnos de ellos y sacar conclusiones que nos lleven a aclarar conceptos y a evitar repeticiones innecesarias de tales errores. En atención a ello, entraremos en detalle.

Respecto al cuadro clínico la hematuria está justificada por las lesiones que la anatomía patológica nos muestra. Ahora bien, pretender hacer un diagnóstico diferencial entre las hematurias producidas por congestión de papilas y por neoplasias renales, en las diferentes etapas de estas últimas, nos parece una tarea tan imposible como ridícula.

Entrando en la parte semiológica diremos que el riñón era palpable por aumento de volumen, como lo confirmó posteriormente la pieza anatómica y este aumento no está justificado por otra causa, que no sea la simple congestión pasajera del órgano.

Y entramos en la última fase de este diagnóstico que nos pareció tan claro y que a la postre resultó erróneo. Nos referimos a la pielografía.

En ésta, dos hechos fundamentales son a considerar, dentro de la gama de modificaciones que los tumores de riñón imprimen a las vías de excreción. En primer lugar, el cambio de orientación de uno de los elementos del sistema de excreción y que aquí lo es el cáliz superior, que sin ser en absoluto vertical, lo es en forma relativa y lo suficiente como para ser paralelo a la dirección del uréter. Por otra

parte, la desaparición más o menos completa de uno de los elementos constitutivos de la imagen piélica y que en este caso era también el cálice superior y presentaba una desaparición parcial, por cuanto es marcado el afilamiento del mismo.

Es necesario recurrir al capítulo de los errores de diagnóstico pielográfico, por deficiencias técnicas u otras causas, para encontrar los motivos que indujeron al mismo en este caso. Si así lo hacemos, veremos que hay dos causas que lo pueden justificar. Ellas son: insuficiente distensión del sistema pelvicalicial, o toma radiográfica en el momento de contracción del mismo, o ambas a la vez. En cuanto al cambio de orientación del cálice, puede interpretarse como una disposición normal para el riñón en causa y es conveniente recordar una observación de Motz, interpretado también erróneamente por esta causa como cáncer de riñón, cuando la nefrectomía le hizo comprobar que era una hidronefrosis.

La cantidad de errores cometidos por falsas interpretaciones pielográficas, es muy grande en la literatura extranjera y también observamos algunos en la nuestra, y nosotros creemos, que su número debiera ser mayor aún, si fuéramos un tanto más sinceros en declarar nuestros errores, que cuando son bien intencionados resultan benéficos, ya que nos pueden enseñar mucho y por otra parte, su recuerdo nos evitará caer en la repetición. No cometen errores solamente aquellos que no hacen nada, pero en realidad, son éstos los que cometen el mayor de los errores: "el no hacer nada".

Para concluir repetiremos un hecho conocido por todos, pero quizás un poco olvidado: las imágenes pielográficas que traducen la existencia de un cáncer de riñón no han sido, no son y no serán jamás, patognomónicas de esta lesión.