

Serv. de Vías Urinarias del Hosp.  
Salaberry, Jefe Dr. A. ASTRALDI

Por los Doctores

A. ASTRALDI, L. M. BREA  
y J. S. FERNANDEZ

## TUBERCULOSIS RENAL SIN CISTITIS

LA circunstancia poco frecuente —sin llegar a ser una excepción— de haber estudiado dos enfermos portadores de lesiones tuberculosas renales a forma úlcero-cavernosas, sin lesiones vesicales, es el motivo que nos induce a su publicación.

Los enfermos que entran en consideración: uno corresponde a la clientela privada de uno de nosotros, operada con diagnóstico de tuberculosis renal a forma piúrica, merced a los datos aportados por la pielografía retrógrada; la segunda corresponde al servicio de cirugía del Hospital Salaberry, enferma que se nos confió para su estudio e intervenida por el doctor Marín Moreno con diagnóstico pre-operatorio de tuberculosis renal merced también a la pielografía retrógrada.

N. N., 26 años. Enferma con un pasado urinario que data de tres años, considerada siempre como una colibacilúrica (pielitis). La primera vez que la observamos fué en mayo de 1938, presentaba un síndrome infeccioso, que se tradujo por escalofríos, fiebre y una piuria de naturaleza tal, que hizo sospechar por su carácter la posibilidad de una pionefrosis. Acompañó a este síndrome un síntoma constante, dolor en la región renal derecha. Se le aconsejó la internación en una clínica privada para su estudio, pero es perdida de vista hasta los seis o siete días en que requiere nuevamente nuestros servicios por encontrarse con un cuadro infeccioso neto: fuertes escalofríos, fiebre que llega a 41°, dolor en la región renal derecha. En este entonces el examen clínico arrojó los siguientes datos: palpación de ambas regiones renales indolora, sin defensa muscular. No se palpan los riñones a pesar de tratarse de un abdomen donde este método exploratorio es en extremo fácil de realizar. Sospechamos encontrarnos con una retención del sistema de excreción superior renal derecha y recurrimos sin titubear al cateterismo ureteral. Este se practica con suma facilidad: vejiga en absoluto normal, ambos meatos ureterales sin nada de particular, fácil propulsión de la

sonda en el uréter derecho (único cateterizado). Con gran sorpresa recogimos orinas claras y resolvimos — aunque sin fundamento, debemos confesarlo — dejar la sonda in-situ durante 10 horas, por la posibilidad de que se tratase de una cavidad abierta en el sistema de excreción y momentáneamente excluida, dado los antecedentes colibacilares de la enferma (absceso parenquimatoso colibacilar?). El diagnóstico de pielitis con retención quedó desechado por el cateterismo. No

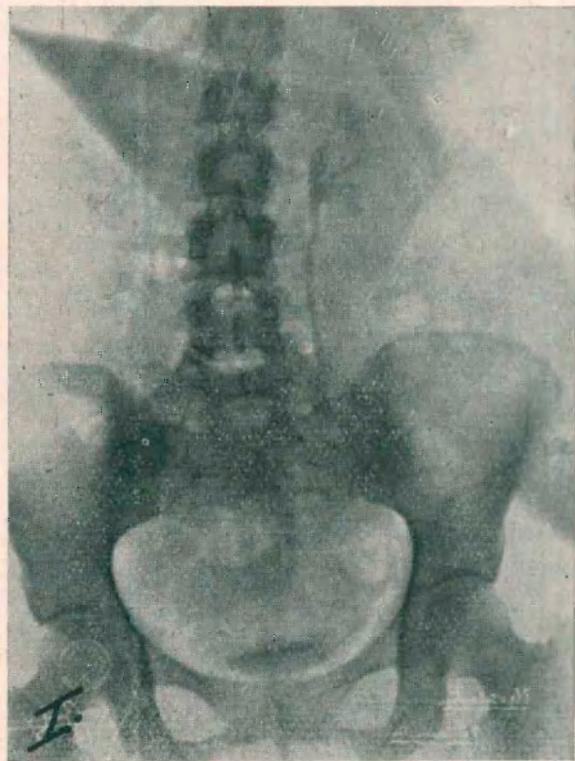


Figura N° 1

Obs. 1ª — Urografía excretora a los 15'

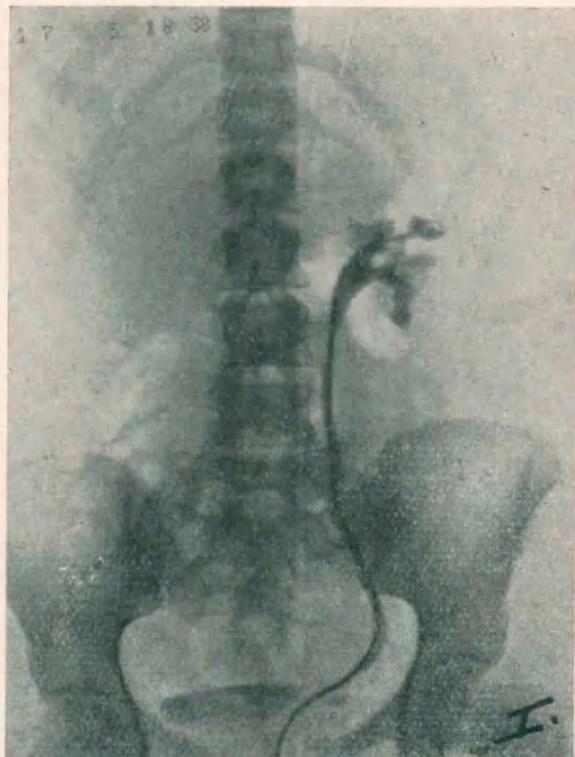


Figura N° 2

Obs. 1ª — Pielografía retrógrada

dejaba de preocuparnos también, la posibilidad de que se tratara de un doble sistema de excreción a uréter bifido y haber por azar cateterizado el sistema de excreción sano.

Las orinas globales antes del cateterismo, así como la recogida por la sonda ureteral, como la que nos daba la vejiga (micción espontánea), eran macroscópicamente claras. A la mañana siguiente, el cateterismo fué hecho a las 24 horas; retiramos la sonda; la enferma se encontraba apirética con muy bueno estado general, orinas claras; el dolor había cesado.

Un nuevo examen urológico nos revela: Examen directo de las orinas globales acusa en su sedimento una piuria colibacilar y ausencia de B. de Koch (paradoja de la tuberculosis renal de Legueu?). La palpación de ambas regiones renales no despierta dolor en los puntos renales ni ureterales y en las respiraciones teres se hacen con facilidad. Los exámenes practicados con las orinas recogidas profundas se alcanza el polo inferior del riñón izquierdo. Vejiga: Semiología nada de particular; cistoscopia, buena capacidad; mucosa de aspecto normal;

que nosotros hemos cateterizado el lado sano; y esta coincidencia está en el hecho que durante aquél debió haber existido una franca evacuación del contenido de las cavidades del lado izquierdo no evidenciada, dado que después de practicar el cateterismo no se recogió ni observado el líquido vesical.

Los dolores en la región renal derecha siendo la lesión izquierda no tienen otra explicación — creemos — que la de los reflejos reno-renales de Guyón.

Examen de la pieza: Marcada peri-nefritis lipomatosa, predominando en el polo superior, riñón disminuído de volumen, aspecto lobulado especialmente en el polo superior, cara posterior y anterior, sembrado de elementos nodulares y miliares. Al corte, tres cavernas tuberculosas típicas, la correspondiente al cálice superior excluída, separada de la pelvis por tejido lipomatoso.

Dado el aspecto macroscópico francamente tuberculoso de la lesión no se realiza el examen histológico.

Historia N° 193. Hospital Salaberry, Servicio Prof. A. Astraldi.

R. de G., 33 años. Refiere que comienza hace cinco años con dolores en el flanco izquierdo, continuos, sin irradiación, sin reflejos gástricos y acompañados de polaquiuria diurna y nocturna cada 15 a 30 minutos. Es sometida durante 5 meses a un tratamiento médico que no da resultado. En ocasiones hematurias totales, discontinuas, sin coágulos, precedidas de dolores en el flanco izquierdo con irradiación a la ingle del mismo lado. Espontáneamente mejora y pasa 6 meses sin sentir molestias. Hace 4 años comienza otra vez los dolores en el flanco izquierdo en forma continua, exacerbándose en ocasiones, acompañándose entonces de escalofríos y temperatura alta, 40°, inapetencia y debilidad general. Tres meses antes de ser vista por nosotros persistían los dolores con las mismas características mencionadas, polaquiuria diurna y nocturna cada 10 a 20 minutos, temperatura que se mantiene hasta que la examinamos, oscilando entre los 37 y 40°.

El examen urológico que le practicamos arroja los siguientes datos: micciones 4 a 5 diurnas y dos nocturnas. Orinas de emisión turbias y piúricas (cateterismo vesical). Riñones: Derecho, nada de particular. Izquierdo, a la palpación se comprueba: la presencia de una tumoración que ocupa el hipocondrio y la fosa lumbar izquierda, perdiéndose hacia arriba por debajo del reborde costal; hacia abajo llega hasta un través de dedo por encima de la espina iliaca; por dentro, hasta un través de dedo de la línea media y por fuera hasta el reborde corporal. La superficie es ligeramente irregular, de consistencia dura y uniforme, muy dolorosa a la palpación. Excursiona con los movimientos respiratorios, tiene contacto lumbar y peloteo positivo. Puntos costos - muscular y vertebral dolorosos. Punto ureteral superior doloroso.

Vejiga: Semiología nada de particular. Cistoscopia: mucosa de aspecto normal capacidad 250 c. c., meatos ureterales, ligeramente entreabierto el izquierdo. Cateterismo fácil de ambos lados.

Examen de orinas por separado:

*Riñón derecho*

Vol., 5,5 c. c.  
Urea, 8,82 ‰.  
Débito, 0,04 grs.  
Sedimento:  
Escasos hematíes y leucocitos. No  
hay B. de Koch.

Orinas globales: Sedimento. No hay B. de Koch. Abundante pus, regular  
cantidad de cocos.

*Riñón izquierdo*

Vol., 8 c. c.  
Urea, 5,04 ‰.  
Débito, 0,04 grs.  
Sedimento:  
Pus, escasos cocos. No hay B. de  
Koch.

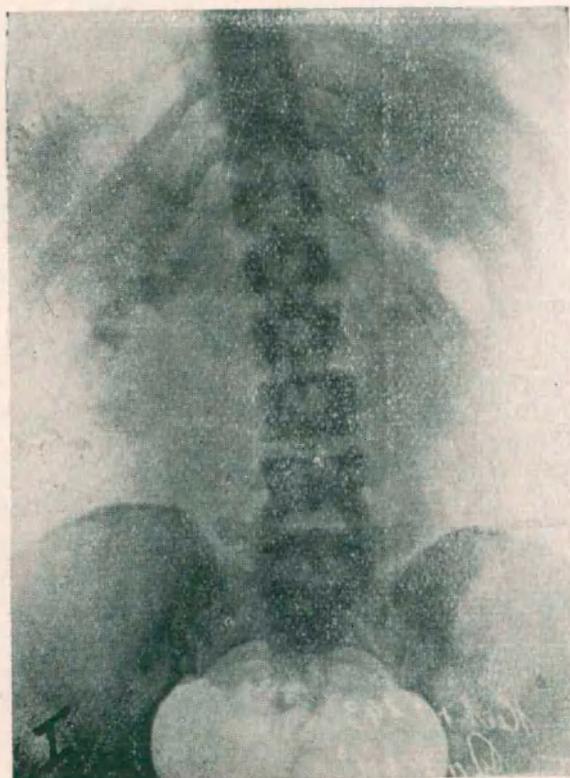


Figura N° 3

Obs. 2ª — Urografía excretora a  
los 30'

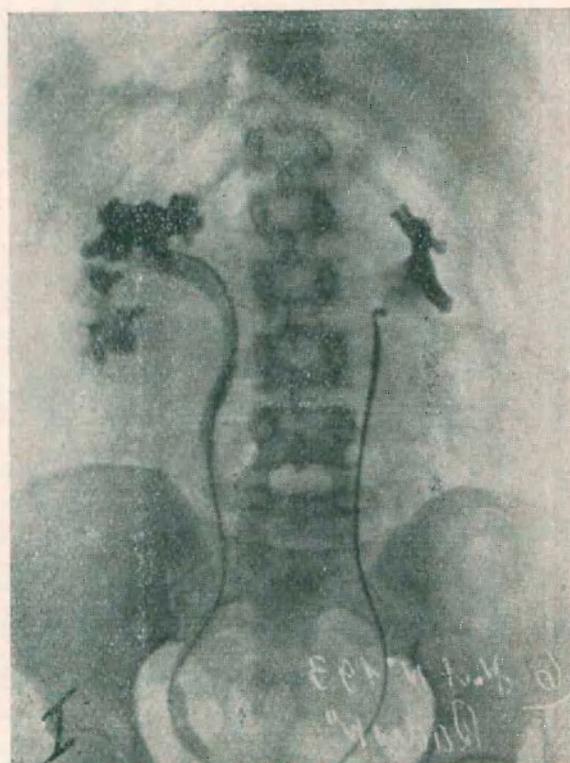


Figura N° 4

Obs. 2ª — Pielografía retrógrada

Examen funcional renal global: Azoemia, 0,34 ‰; P.S.P., 79 ‰. K. de  
Ambard, 0,125.

Examen radiológico: Radiografía simple ántero-posterior con sondas ure-  
terales in-situ; la del lado izquierdo hace una curvatura en ángulo recto abierto  
hacia afuera, limitando por debajo una tumoración del tamaño de una naranja.

Pielografía retrógrada: Se observa del lado izquierdo un sistema pelvi-cali-  
cial que demuestra un órgano en rotación, dando la impresión de que el borde  
interno puede ser superior al anterior y una cavidad en comunicación con el sis-  
tema de excreción.

Urografía excretora: Per-Abradil obtenidos los clichés a los 5, 15 y 30  
minutos del final de la inyección. Aparece a ambos lados primero en el derecho.

Nefrografía bilateral, desaparece en el lado derecho, retención en el lado izquierdo. diagnóstico radiológico: Tuberculosis renal izquierda a forma úlcera-cavernosa. Tratamiento: Nefrectomía Dr. Marín-Moreno.

*Examen de la pieza.* — Marcada perinefritis lipomatosa y fibrohipomatosa, predomina sobre la cara posterior 1|3 medio y sobre polo inferior en toda su extensión. Cápsula adhiere íntimamente, engrosada. Se retira ésta para mejor estudio del riñón. Este está ligeramente disminuído de volumen a expensa de su extremo inferior. El riñón presenta dos porciones nítidamente separables por un surco que abarca ambas caras y borde lobulado; en la cara posterior tercio medio, una zona de reblandecimiento. El resto sembrado de nódulos. *Al corte:* dos zonas bien delimitables, una superior con lesiones macroscópicas de nefritis y una inferior con una amplia caverna de paredes anfractuosas de tipo ulcerativa, rodeada ésta de tejido renal también con lesiones de nefritis. Una degeneración lipomatosa a punto de partida pericalicial y que llega en algunos lugares a 2 cms. de espesor le separan de la región piélica. Esta degeneración lipomatosa está en vías de excluir al cálice inferior, no habiendo llegado a su exclusión total por cuanto se le puede seguir cómodamente con la vista y con una sonda.

El examen histiológico (Dr. Latienda): Tuberculosis caseosa.

Vemos pues, por la lectura de estas observaciones, que se trata de dos casos de tuberculosis renal unilateral a forma piúrica —sin cistitis— según la nomenclatura de Legueu y adoptada por Tran-Van-Nu en su tesis de doctorado, y que fueron reveladas por el examen pielográfico-retrógrado, con franca confirmación quirúrgica.

Lo que llama la atención y es la característica de estas formas clínicas, la ausencia de lesiones vesicales, en casos de tuberculosis renales abiertas y decimos abiertas por lo que nos muestra la radiografía, cavidades en amplia comunicación con el sistema de excreción.

En el riño, lo mismo que en otros órganos en comunicación con el exterior por conductos o cavidades, la tuberculosis da lugar a lesiones abiertas o cerradas; en estas últimas, ya sean de cortical o de medular (formas hematóricas) son explicables la ausencia de lesiones vesicales, por falta de bacilos de Koch en las orinas, y tan es así que cuando estas lesiones se transforman en abiertas, se traducen por la forma común que es la vesical o con cistitis.

Lo interesante es, observaciones de tuberculosis renales abiertas y sin cistitis.

Debemos hacer constar que en nuestras observaciones la búsqueda del bacilo de Koch en las orinas globales así como en la de

los dos cateterismos ureterales, fué siempre negativa al examen directo, y es precisamente sobre este punto que queremos insistir. No es nuestra intención hacer cátedra sobre la investigación del bacilo de Kock en el sedimento urinario, pero dada la circunstancia de ser poco común observaciones de esta naturaleza, es que vamos a recordar suscintamente lo que al respecto nos dice Wolgensinger y Colson.

Estos autores, en un trabajo original del año 1934 sostienen que el método de examen directo es insuficiente e incierto, y adjuntan algunas estadísticas como la de Küster, que sobre 195 casos de tuberculosis renales encuentran 101 exámenes positivos. Israel, en tuberculosis renales con vejiga atacada un 61% y con vejiga indemne, un 20%. Colson, 57,95% de resultados positivos.

En lo que se refiere a la inoculación al cobayo, a pesar de que Marión, dice tener un 90% de resultados positivos, debemos recordar algunas objeciones hechas a este método. Calmette, ha mostrado la infección tuberculosa espontánea del cobayo; Martín, en el año 1932 ha comprobado la contaminación accidental por las jaulas y que la inoculación negativa no excluye necesariamente la infección tuberculosa. En atención a los resultados dudosos del método, así como a la infidelidad del mismo, estos autores lo han abandonado desde 1923 en el servicio del Prof. André, de Nancy. Concluyen diciendo que consideran el método de las microculturas como el procedimiento del porvenir. Está actualmente en estudio considerando el método de elección el de enriquecimiento, que es lo que nosotros pensamos comenzar por realizar: la combinación del examen directo con el de Ellermann-Erlandsen, que da un 68% de resultados positivos para el examen directo y un 91% en total. Sobre 84 casos de estos autores, el resultado ha sido positivo en un 95,45%, confirmados luego por la nefrectomía.

El procedimiento consiste a "grosso modo" en tres centrifugaciones a 4.500 revoluciones por minuto con adición de carbonato de soda y la coloración conocida por Zihel-Nielsen.

En los casos que presentamos, sólo hemos practicado el examen directo en la forma habitual realizada. Dos eventualidades pueden haberse presentado: no había realmente bacilos de Koch en las orinas y en esas circunstancias se explican la ausencia de lesiones vesicales; o bien existían y el método directo ha sido incapaz de re-

velarlos. En este caso quedaría por explicar por qué habiendo eliminación de bacilos de Koch por las orinas, la vejiga no participa del proceso como lo hace habitualmente. Santy y Thevenot hacen a propósito de un caso semejante, interesantes reflexiones. Rechazan la hipótesis de que se traten de formas de comienzo, pues los casos que figuran en la tesis de Tran-Van-Nu son enfermos de largos años de evolución en su enfermedad. No aceptan tampoco la exclusión de las lesiones como explicación, pues los uréteres permanecen permeables y las lesiones en franca comunicación con el sistema de excreción, como lo hemos podido comprobar nosotros en nuestras observaciones por medio de la pielografía retrógrada. No participa tampoco de la hipótesis de Blatt que cree ver en estas formas clínicas atípicas una modalidad especial del bacilo de Koch, a desecharse dado que la inoculación de estos bacilos han dado francas tuberculosis ganglionar. En cambio, debe aceptarse tal hipótesis por la circunstancia apuntada por el mismo autor de que en las culturas, estos bacilos se reproducen en forma distinta a la habitual y por otra parte por el hecho de la evolución de estos operados, que es en extremo benigna. En síntesis: 1° Estas formas clínicas de la tuberculosis renal sin cistitis, aunque raras, existen. 2° Obliga cada vez que se le sospeche a agudizar los exámenes clínicos para despistarlas valiéndose de los métodos de enriquecimiento o de las micro-culturas, y 3° Queda la laguna a demostrar en forma evidente el por qué el bacilo de Koch en estas circunstancias no lesiona la vejiga.