

Servicio de Urología del Hosp. Alvear
Jefe Prof. Dr. JUAN SALLERAS

Por los Doctores
J. W. ALVAREZ COLODRERO
y LEON D. ARRUES

ATROFIA RENAL POR TUBERCULOSIS

NO es común observar en las tuberculosis renales casos en los cuales el proceso abandonado a su propia evolución llegue a producir lesiones de atrofia renal como el caso que pasamos a describir.

E. M. de S., 42 años, italiana, casada. Historia de Sala N° 3331. Ingresó al Servicio el 13 de mayo de 1938.

Antecedentes personales. — Niega afecciones propias de la infancia. Menarquia a los 13 años. Reglas irregulares, no periódicas y en algunas oportunidades dolorosa en el 1° y 2 día, durando por lo general 3 ó 4. No hubo embarazo ni aborto. Es constipada crónica. Hace un año y medio operada de hernia inguinal derecha.

Enfermedad actual. — Se inicia hace más o menos 10 años con crisis vesicales caracterizadas por polaquiuria discreta con dolor y ardor final, episodios que se repiten periódicamente adquiriendo paulatinamente mayor intensidad y siendo cada vez más rebeldes a los tratamientos que en otras oportunidades se daban rápidamente sus síntomas. Es observada en su país de origen por un médico, quien le receta faja y tratamiento higiénico dietético. Desde hacen dos años los síntomas vesicales adquieren una intensidad extraordinaria; la polaquiuria se acentúa obligando a la micción cada 10 minutos durante el día y cada media hora durante la noche. Los ardores son casi permanentes con sensación de tenesmo y pujos, debiendo la enferma casi guardar reposo absoluto, pues sus padecimientos se exacerban al menor movimiento.

Nunca ha observado sangre y sí ligeros dolores lumbares sin poderlo referir a un determinado punto, irradiándose en algunas oportunidades hacia el hipogastrio. Este estado la lleva nuevamente a consultar a un colega quien le indica instilaciones de nitrato de plata y gomenoladas, regímenes y medicamentos cetógenos sin lograr empero mejoría alguna a pesar de haber insistido en el mismo durante casi un año.



Figura N° 1
Rad. simple. Riñón derecho grande
I pequeño y deforme



Figura N° 2
Urografía excretora 5'. Se percibe sólo
eliminación del lado D.

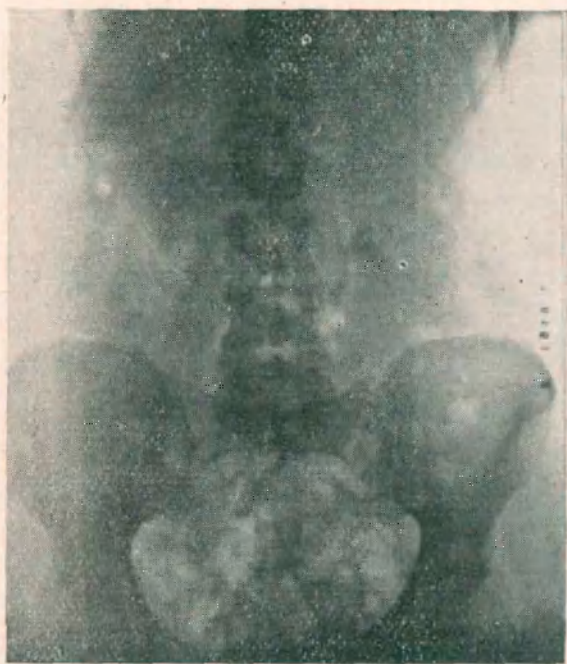


Figura N° 3
Urografía excretora 15'. Eliminación
del lado D.



Figura N° 4
Urografía excretora. (Posición de pie)
El riñón desciende 2 traveses de dedo

Estado actual. — Mal estado de nutrición, dice haber disminuído algunos kilos de peso, inapetencia, lengua saburral, facies demacrada que exterioriza sus continuos padecimientos. Pulso: 85 por minuto, regular y de buena tensión. *Uroscopías* Orinas uniformemente turbias en ambos vasos, observándose especialmente en el segundo grumos mucopurulentos. *Diuresis media*: 1300 c. c.

Examen físico: Abdomen blando, depresible, indoloro, cuerda cólica derecha.

Riñones y uréteres. — Riñón derecho: Se palpa polo inferior en decúbito supino es de consistencia normal y excursiona perfectamente con los movimientos respiratorios. En posición de pie se palpan casi sus 2|3 inferiores. Tiene peloteo y contacto lumbar. Riñón izquierdo: No se palpa. Efectuando palpación bimanual a pesar que la pared abdominal se contrae, da la impresión de que la loge se encuentra ocupada.

Vejiga. — A la palpación externa intensamente dolorosa. Capacidad 80 c. c., muy irritable y sensible al contacto y a la menor distensión.

Uretra. — Buen calibre, pasa fácilmente un explorador N° 22.

Tacto vaginal. — Punto ureteral inferior intensamente doloroso en el lado izquierdo.

Citoscopia. — Mucosa despulida, no se observan los vasos, abundante mucopus adherido a pesar del cuidadoso lavaje previo, no se observan ulceraciones, pero no se observa ninguna porción de vejiga sana con su brillantez característica. Uréter derecho en las 8 horas, eyacula rítmicamente orinas de aspecto límpido. Uréter izquierdo no se encuentra a pesar de la minuciosa búsqueda, hallándose en el sitio que le correspondería un intenso edema que impide su visualización.

Examen radiográfico. — Radiografía simple (fig. 1). Lado derecho: Riñón grande, su polo superior se proyecta a nivel de la 12ª vértebra dorsal y el inferior por debajo de la 3ª lumbar. Es de contorno regular. Lado izquierdo: Sólo se percibe una pequeña sombra, del tamaño de un huevo de gallina de contornos irregulares, con algunas abolladuras, de aspecto atigrado y que ocupa la región que correspondería al riñón.

Urografía de excreción. — Uroselectan B. Se inicia la eliminación a los 5 minutos, percibiéndose claramente en el lado derecho los cálices de contornos nítidos y regulares y la pelvis renal ligeramente globulosa; falta absoluta de eliminación del lado izquierdo. A los 15 minutos se repite la imagen anterior, observándose además el trayecto ureteral en casi toda su extensión y el reservorio vesical pequeño pero de opacidad muy intensa. La radiografía obtenida en posición vertical a los 45 minutos muestra que la glándula ha descendido casi tres traveses de dedo, observándose en el uréter algunas sinuosidades. Se obtiene una radiografía a los 90 minutos, no percibiéndose eliminación en el lado derecho.

Enfisema peri-renal de Carelli. — Se efectúa con el fin de determinar con mayor seguridad si existe glándula en este lado, constatándose la presencia de un riñón pequeño del cual se observa sobre todo el borde interno y el polo inferior y que se encuentra desplazado hacia arriba.

Examen funcional. — Cromocitoscopia: Se inyecta por vía endovenosa 0,0025 mm. de índigo-carmín, iniciándose la eliminación en el lado derecho a

los 4 minutos y alcanzando su máximo a los 8 minutos; a los 30 minutos de la inyección no se advierte eliminación del lado izquierdo.

Azoemia: 0,40 por mil.

Orina global. — Cantidad en 24 horas: 1300 grs. Aspecto: Turbidez pálida. Densidad: 1015. Reacción: Ácida. Cloruros: 7 grs. por mil. Urea: 15,37 grs. por mil. Albúmina: Vestigios. Sedimento: Abundante cantidad de glóbulos de pus. Regular cantidad de hematíes. Células de descamación.

16/V/8. — Se envía orina al laboratorio recogida por sonda uretral para investigar bacilos de Koch, recibándose el siguiente informe: Regular cantidad

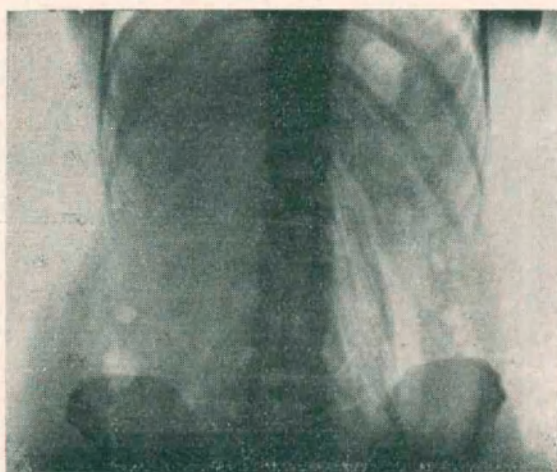


Figura N° 5

Enfisema perirrenal I — La glándula pequeña y deforme se halla desplazada hacia arriba

de bacilos de Koch. Signo de Colombino francamente positivo. El 18/5 se repite el examen con el mismo resultado.

Operación. — 27/V/38. Anestesia general. Cirujanos: Dres. Arrúes y Alvarez Colodrero. Lumbotomía por el método clásico; se llega a la loge encontrándose en la misma un intenso proceso esclero lipomatoso, más acentuado a nivel del polo superior donde el aislamiento de la glándula es muy laborioso, debiéndose, previa disección para evitar un vaso polar, incidir las adherencias a tijera. Previa ligadura del uréter lo más bajo posible y del pedículo tomado con dos clamps se obtiene la glándula. Drenaje de la loge mediante un tubo de cautchut.

Post-operatorio. — La temperatura oscila entre 37 y 38½° durante los 3 primeros días, bajando por debajo de 37 al cuarto.

Examen anátomo-patológico. — El riñón obtenido es de aspecto lardáceo. Tiene 6 c. c. en su eje mayor por 4 en su diámetro transverso. Es de consistencia

muy dura, observándose que en su superficie abollonada se encuentran adherencias bien constituidas, sobre todo a nivel de su polo superior en el que se encuentran algunas bandas fibro-adiposas muy difíciles de romper. Incindido en su parte media se observa la cortical transformada en un tejido de consistencia dura, con algunos vasos neoformados y reemplazando a la cortical un tejido pálido y escleroso que rodea a dos cavidades de superficie anfractuosa que llena un líquido siruposo y algunas concreciones que se depositan en su pared.



Figura N° 6
Corte longitudinal del riñón

Estudio microscópico (Dr. Arturo Bianchi). — El tejido en estudio corresponde como se ve en la figura correspondiente (fig. 6) a un riñón reducido al tercio de su volumen normal con existencia de grandes cavidades en su parénquima, conteniendo substancia fibrocásea y que lo transforman en una masa hueca.

La zona de parénquima renal que en dicha figura parece de aspecto conservado muestra al examen histo-patológico profundas alteraciones las que consisten en 1° intensas lesiones inflamatorias de los glomérulos, los que exhiben todos los tipos posibles que se observan en dicho estado, desde las glomerulitis agudas (raras sin embargo en este caso) hasta las más clásicas glomerulitis proliferativas y cicatriciales, observándose rarísimos glomérulos poco alterados.

En el intersticio renal existen intensa lesiones infiltrativas crónicas y esclerosas las que comprimen a los tubos que se encuentran fuertemente atrofiados.



Figura N° 7

Fotografía de la pieza obtenida. Se perciben las lesiones cavernosas claramente.

Las finas arteriolas y arterias renales, muestran intenso espesamiento arterio-esclerótico de su pared con fuerte reducción de su luz.

Este tejido está separado de las cavidades citadas por una fuerte membrana conjuntiva con degeneración hialina, la que en su cara interna, es decir pelviana,

muestra restos de substancia caseosa, calcificada y algunos nódulos tuberculosos fibrosos.



Figura N° 8
Grasa perirrenal que se adhería fuertemente a la glándula

Post-operatorio alejado. — La enferma fué dada de alta el 11/6/1938, indicándosele la conveniencia de volver periódicamente a consultorios para observar la evolución de su proceso vesical. Cinco meses después las molestias vesicales persisten con las mismas características que antes de la intervención.

El caso que presentamos interesa desde varios puntos de vista: 1° *Del punto de vista clínico*, pues una vez más debemos insistir en la ventaja del tratamiento quirúrgico precoz con el fin de evitar lesiones vesicales incurables e irreductibles; todos los urólogos hemos tenido oportunidad de observar enfermos de tuberculosis renal y que sólo llegan al especialista en última instancia después que los clínicos han ensayado múltiples medios terapéuticos siempre con resultado negativo; además la intervención quirúrgica precoz al suprimir el foco principal evita las lesiones secundarias. (Pielovesicales, genitales, etc.).

2° Desde el *punto de vista radiológico*. a) la urografía de excreción fué categórica al demostrar la falta absoluta de función del órgano enfermo; b) el enfisema perirrenal de Carelli nos permitió asegurar la presencia del riñón enfermo que ninguno de los otros métodos radiológicos nos permitió constatar; c) el enfisema contribuyó poderosamente a asentar el diagnóstico de la forma anátomo-patológica de atrofia renal al mostrar un riñón pequeño y deforme e indicándonos la presencia de firmes adherencias en el polo superior de la glándula.

3° Desde el *punto de vista anátomo-patológico* nuestro caso puede encuadrarse en la clasificación de Oppel, dentro del grupo de las atrofias renales por tuberculosis (Folia-Urológica 1907, T. 1º, Nº IV) Riñón atrófico de Marión. Formas muy raras de la tuberculosis renal y que son debidas a la reabsorción del contenido caseoso, reducida por la oclusión de las vías de excreción y que excluye la glándula parcial o totalmente dando lugar ya a una hidronefrosis en el primer caso o a una infección purulenta en el 2º, con reabsorción de las partes sólidas y marcada tendencia a la fibrosis y a la atrofia.