

Servicio de Clínica Médica del
Prof. MARIANO R. CASTEX

Por los Doctores

A. ASTRALDI, LUIS M. BREA,
E. MASSEI y J. P. TORROBA

FISTULA RENO-PULMONAR

N. N. Lituano, 37 años.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales y enfermedad actual. — Nacido a término, lactancia materna; cuando muy pequeño, refiere que, en una oportunidad entró en *retención aguda completa* de orina. No da datos concretos por ser un antecedente que conoce por referencias de la madre. Siempre tuvo muchos "granos" diseminados por todo el cuerpo, estafilococcia cutánea, hasta la edad de 21 años. Ignora si tuvo otras afecciones propias de la primera infancia. Dice, aunque no precisa bien, que desde chico sintió *molestias para orinar*, dolores en la región vesical, chorro a veces fino y que en ocasiones se interrumpía bruscamente; sentía necesidad de tironearse del miembro para calmar sus molestias.

Este estado disúrico hizo crisis a la edad de 14 años en que entró bruscamente en *retención aguda completa* de orina, permanciendo 48 horas sin micciones espontáneas, con dolores vesicales, durante las cuales, por el miembro corría un flujo purulento, mezclado con "piedritas" del tamaño de un grano de maíz. Estuvo con fiebre alta, escalofríos, sólo se le practicaron lavajes exteriores con agua caliente y un remedio por vía oral que desconoce. Al cabo de las 24 horas, reaparecen las micciones espontáneas, orinando como 2 litros de orina mezclada con pus y sangre. El comienzo de la primera micción fué muy doloroso, dolor que fué cediendo paulatinamente en el transcurso de la misma. No se restableció completamente, sintiendo siempre molestias a nivel de la vejiga, que no precisa con exactitud.

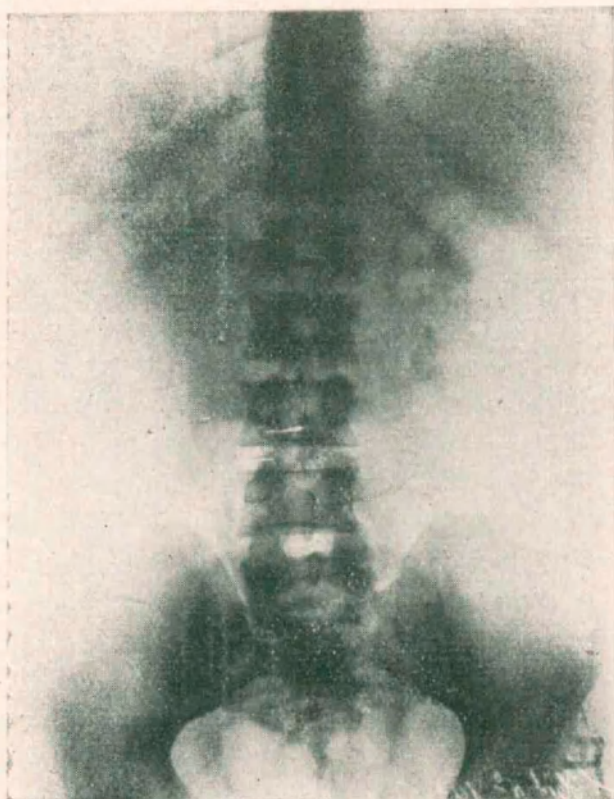
Desde hace muchos años, no puede precisar cuántos, pero desde la edad de 15 años por lo menos, recuerda tener tos y una expectoración "sucfa" a veces acompañada de dolor en la espalda. Esto se hizo más notable al hacer la conscripción con los ejercicios de equitación, que exacerbaban los dolores y la expectoración. A la edad de 22 años lo operan de una fimosis y le practican una resección parcial del prepucio, lo que mejora las condiciones de la micción, especialmente del corro, que se hace más grueso.

Desde entonces, siguió sin novedades, pero sin estar nunca completamente bien. A medida que pasaron los años, la tos y la expectoración se hicieron más intensas, tiñéndose esta última ligeramente de sangre. No volvió a tener nuevos

episodios agudos de su aparato urinario. pero continuaron esas molestias mal definidas que siempre lo aquejaron.

Constipado crónico, pasa hasta dos días sin evacuar su vientre.

Desde varios años atrás sufrió de dolores en la fosa ilíaca derecha, no muy intensos que se exacerbaban cuando corría o andaba a caballo. irradiados hacia la pierna derecha, inapetencia y estado dispéptico. Hace 4 años le practicaron



Nº 1. — Radiografía simple.

una apendicectomía en el Hospital Alvarez. bajo anestesia general, no fué un episodio agudo. Desde entonces, los trastornos dispépticos se acentuaron, por lo cual deja espontáneamente el cigarrillo, el alcohol y cuida su alimentación, a pesar de lo cual no siente mejoría. Este estado dispéptico se manifiesta por inapetencia, dolores difusos sin localización precisa, nerviosismo que se hace más evidente con los cambios de temperatura, especialmente los días húmedos. En estas condiciones, es examinado por un facultativo, quien le saca una radiografía de estómago y donde se aprecia un cálculo en la pelvis renal derecha, por lo cual nos es remitido.

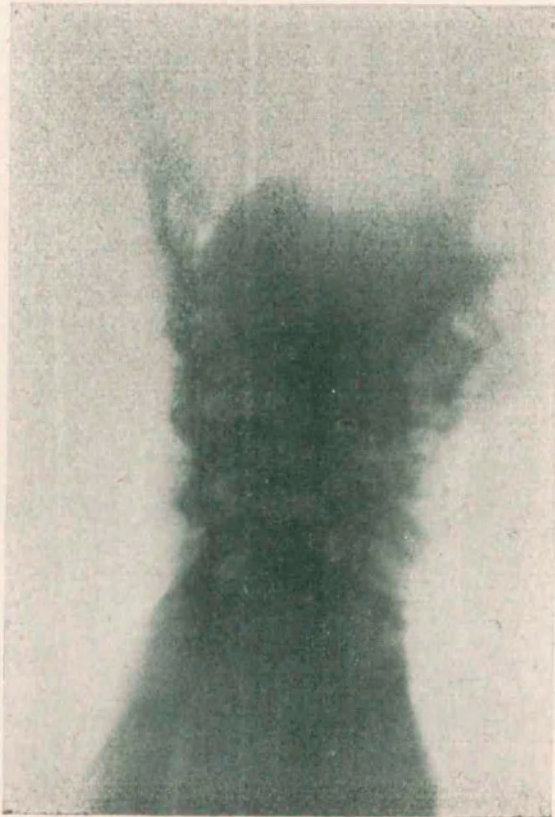
En estos últimos 4 años la tos y la expectoración se han hecho intensas y esta última, sanguinolenta, tomando el aspecto de "jalea de grosellas", especialmente en las épocas frías.

Las orinas, casi siempre han sido turbias macroscópicamente y las molestias a nivel de la cintura y la vejiga, se han mantenido hasta la actualidad.

Examen clínico urológico. — Orinas de emisión, turbias piúricas, dejan discreta cantidad de sedimento.

Micciones, de día 3 a 4 veces, de noche a veces una. Sin disuria.

Riñones. Inspección, nada particular; palpación dolorosa del lado D, se



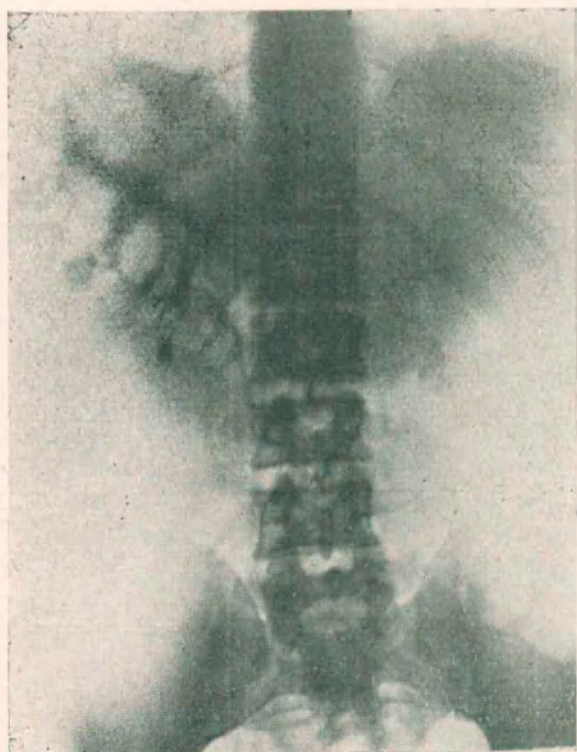
N 2. — Radiografía simple lateral derecha.

alcanza a tocar "algo" que parece polo inferior del riñón, que no tiene movilidad respiratoria. Lado izquierdo, indoloro, en las respiraciones profundas se alcanza a palpar polo inferior, que excursiona con los movimientos respiratorios.

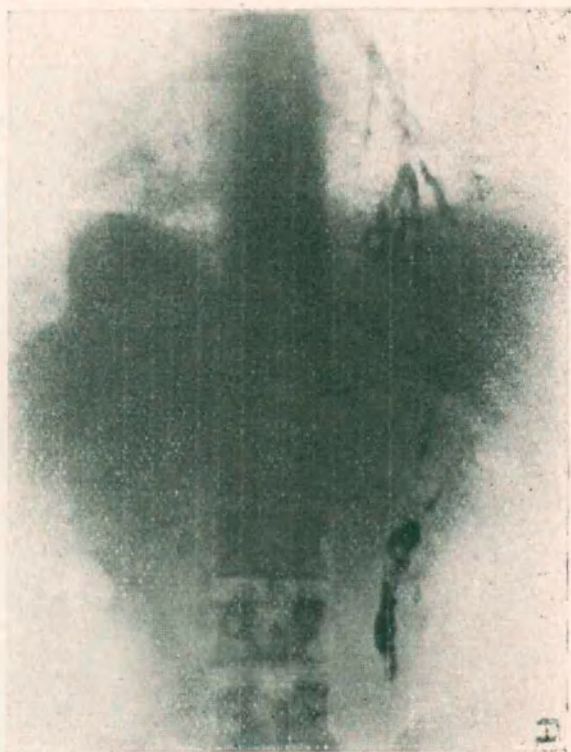
Radiología. Simple N° 1, del lado D, se ve una imagen calculosa que reproduce la forma de la pelvis; lado izquierdo nada digno de mención. Simple de perfil sobre el lado D, N° 2, por delante del cuerpo de la segunda vértebra lumbar se observa la imagen calculosa.

Urografía excretora. N° 3, 4, 5, lado izq., buena aparición, buena eliminación y evacuación. Sombra pelvi-renal de caracteres normales. Sobre el lado D, no hay rastros de eliminación de la sustancia opaca.

Pielografía retrógrada. N° 6, 7, 8. La N° 6 con ioduro de sodio. Al inyectarse el enfermo acusa cosquilleo de garganta y siente que la boca se le llena de una sustancia con gusto a iodo, que le provoca fuertes accesos de tos y expectora el líquido inyectado mezclado con mucus. Se observa la sonda ureteral que está en relación en su parte terminal con la sombra sospechosa de cálculo, a ese nivel, por arriba, y por debajo, la imagen del líquido inyectado, sin poder éste definir con exactitud el continente. De ahí para arriba una zona intermedia de



N° 3. — Urografía excretora a los 15'.



N° 4. — Pielografía retrógrada.

trayectos irregulares en forma de digitaciones que traducen dos cosas: trayectos tortuosos múltiples y de paredes irregulares y en 2° lugar, dando la impresión de encontrarse dentro de una masa que está como perforada.

Uno de ellos llega hasta una cavidad en pleno parénquima pulmonar. En la N° 7, con lipiodol se puede observar francamente la comunicación entre el árbol bronquial y la vía de excreción renal.

Uréteres, nada de particular.

Uretra, permeable al explorador, N° 24, nada digno de mención.

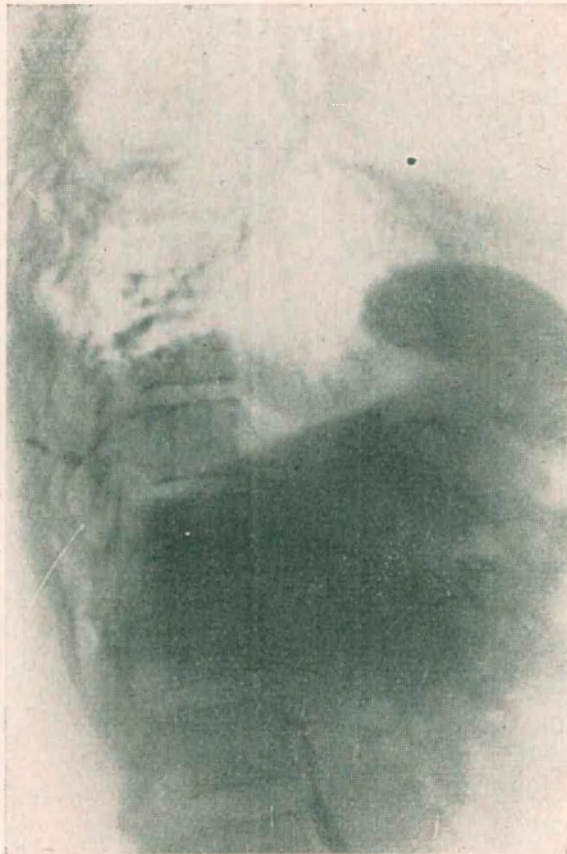
Uretroscopia, no se realizó.

Uretrografía, se aprecia una diverticulosis prostática bilateral.

Vejiga, palpación simple y bimanual, no hay dolor, no hay retención, buena capacidad, contractibilidad y sensibilidad conservadas.

Cistoscopia, capacidad 200 c. c., llama la atención en la pared inferior la presencia de un ligamento interuretérico en extremo desarrollado, constituyendo

enfermedad que se llama "Barra inter-uretérica". El meato D, muy dilatado a las 9 horas, en ocasiones se ven salir verdaderos "tallarines" purulentos. El meato izq. no es visible. En repetidas ocasiones, incluso con índigo carmín no puede localizarse, pese a la intensa oleada que de él proviene. El cateterismo ureteral D. es factible, el izq. imposible. Durante su permanencia, el cateter D no da orina.



N° 5. — Uretra-broncografía lateral.

Cistografía, no hay reflujos pasivos ni activos.

Próstata, de caracteres normales.

Bolsas, continente y contenido, sin nada de particular.

Examen clínico general. — Aparato circulatorio. Pulso, regular, igual, de buena tensión, frecuencia 72'.

Corazón se percute dentro de límites normales, tonos limpios, bien timbrados.

Presión arterial. Mx. 138; Mn. 85. Baumanómetro.

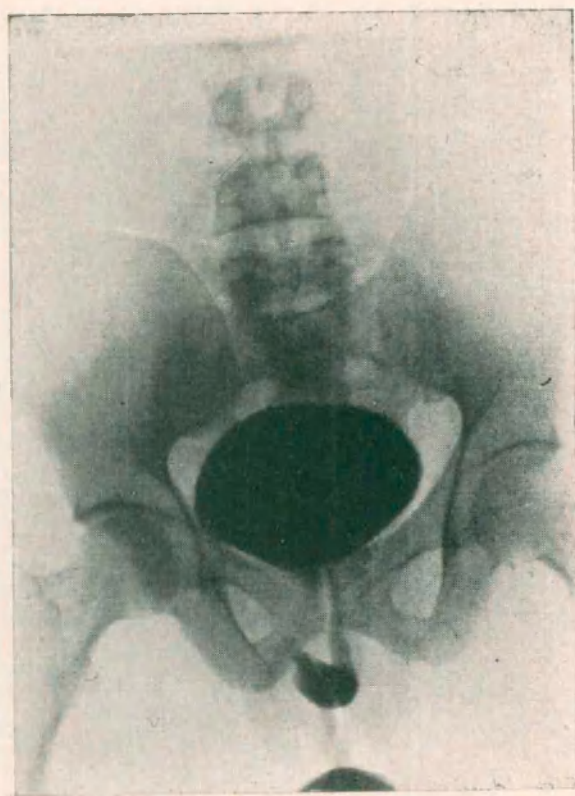
Aparato digestivo; dientes en regular estado de conservación, anorexia desde el comienzo de la enfermedad, abdomen de buena movilidad respiratoria, se palpa ciego y colon descendente espásticos. Hígado y Bazo, no se palpan.

Sistema nervioso; nada digno de mención.

Aparato respiratorio; semiológicamente no se encuentra nada que llame la atención. Radiografía simple, el único elemento digno de ser tenido en cuenta es una imagen que se observa en la base del pulmón derecho, redondeada, de contornos bastantes precisos que parece ser una cavidad. La broncografía con lípidol la llena sólo parcialmente, pero pone en evidencia su comunicación con



Nº 6. — Broncografía lateral.



N 7. — Uretro-cistografía.

bronquio. Las tomografías prueban que está situada en la parte posterior e inferior del parénquima del pulmón derecho. Bronquiectasia.

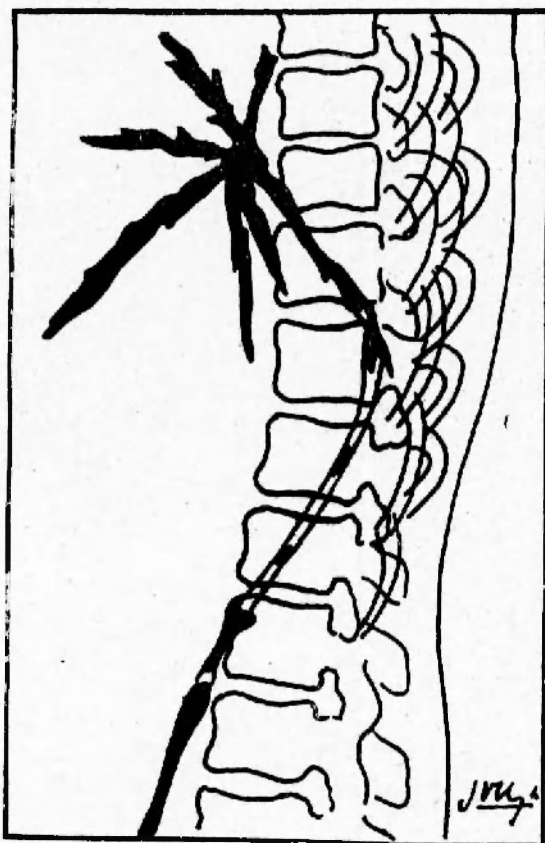
Examen de esputos: No se observan células cancerosas, ni bacilos de Koch, ni rastros de úrea, ni de hongos (actinomicosis).

COMENTARIOS

De la lectura de esta observación, analizada a fondo hasta en el más mínimo de sus detalles, se comprende todo el interés que ella encierra no sólo por su naturaleza, sino también por su extrema rareza, dado que en la literatura nacional no hemos encontrado ningún caso como el que presentamos. Solamente podemos mencionar una publicación similar en algunos de sus aspectos y firmada por

Vicente Gutiérrez y Arturo Serantes, bajo el rubro de "Pionefrosis con vómica en antiguo litiásico. Nefrectomía y curación", presentada en la Sociedad Argentina de Urología, en el año 1934.

Un hecho evidente atrae la atención, y es la existencia de una



Nº 8. — Gráfico de la radiografía Nº 5.

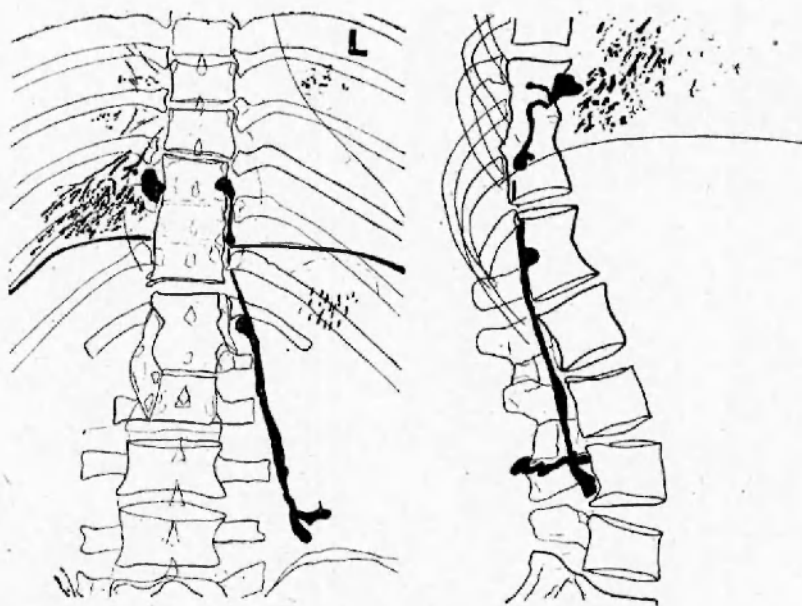
comunicación entre el aparato urinario y el árbol respiratorio, mediante un trayecto fistuloso.

Si ya de por sí, el hecho es raro, más difícil nos resulta interpretar su etiopatogenia, por la circunstancia de haber sido, en absoluto, silenciosa en su constitución, dado que la claridad del enfermo para responder a la anamnesis nos permite suponer que no ha olvidado un episodio, que de haber existido, debe por fuerza haber sido ruidoso y haber podido llegar a su diagnóstico por la circunstancia fortuita de un examen instrumental.

De la fístula reno-brónquica en sí, es decir, de su fase estática, no nos ocuparemos y dedicaremos las líneas que a continuación vienen, a la parte que consideramos de mayor importancia e interés, cual es la etio-patogenia.

Como todo elemento anómalo de comunicación, por su origen, no puede ser considerado sino como una lesión adquirida o congénita.

De haber tenido lugar después del nacimiento, dada la data



Nº 9. — Gráfico del trabajo Imbach y Lenden.

del proceso, no podemos considerarlo lógicamente como la resultante de una lesión tumoral, sino más bien de naturaleza inflamatoria.

Ahora bien, si aceptamos la naturaleza inflamatoria de la afección, ¿cuál ha sido el camino seguido para la constitución del trayecto fistuloso, del aparato urinario hacia el pulmón, o de éste hacia aquél?

Analizaremos los elementos que obran a nuestra disposición.

La sintomatología pulmonar se ha reducido a dolores mal definidos y a la expectoración que llegó a adquirir el aspecto de "jalea de grosellas" y que, según consta en la historia, presenta desde la edad de 15 años aproximadamente.

Hemos visto, también, que los exámenes realizados con los esputos, sólo acusan hematies y no revelan la presencia de células cancerosas, ni bacilos de Koch, ni hongos. De manera, pues, que las concepciones a formular, no pueden ser sino teóricas y solamente basadas en los elementos que la exploración nos proporcione.

Comencemos por los procesos extra-pulmonares. R. Imbach y Lenden, en su trabajo sobre "Fístulas bronquiales por espondilitis tuberculosas", del año 1938, dicen que la complicación más frecuente de las espondilitis de este origen, es el absceso frío, que éstos pueden fistulizarse por rotura o perforación en los órganos internos y que si esto es raro, lo es igualmente o más aún, cuando la perforación se hace en los bronquios y riñón. Sólo registra hasta la fecha 10 observaciones entre casos clínicos y de necropsias. En nuestro caso, esta eventualidad puede ser descartada por la ausencia de lesiones en columna del tipo de las espondilitis tuberculosas y por no haber existido vómica que pusiera en evidencia la complicación mencionada. Lo mismo podemos decir referente a la posibilidad de osteítis giógenas.

En cuanto a los procesos de parénquima pulmonar, si bien es cierto que existen deformaciones bronquiales, éstas son del tipo de las dilataciones adquiridas y no se concibe, clínicamente, que el proceso fuera primitivo bronco-pulmonar y secundariamente abierto en vías urinarias, porque para constituirse fístulas de esta manera, debe ir, previamente, a la supuración, y es sabido que los procesos supurados bronco-pulmonares, se abren antes en las vías respiratorias altas, con un cuadro clínico muy intenso, general y local. Por otra parte, las lesiones pulmonares no cicatrizan sin pérdida de substancia.

Estos conceptos no encuadran en nuestra observación porque el enfermo no ha presentado el cuadro clínico mencionado y en el parénquima pulmonar radiológicamente no se observan alteraciones de importancia y de tipo cicatricial.

En síntesis, por lo que hemos expuesto, descartamos en la patogenia del proceso en causa, toda lesión adquirida pulmonar o extra-pulmonar abierta en el sistema pelvi-calicial y que haya seguido una trayectoria descendente.

Nada hay, tampoco, que permita suponer la naturaleza congénita, pues las deformidades bronquiales, ya hemos visto, tienen las características de lesión adquirida.

Veamos ahora qué elementos existen que permitan suponer que la fístula sea ascendente, es decir, un proceso renal o peri-renal abierto secundariamente en bronquios.

Primeramente, mencionaremos los que hemos encontrado a este respecto.

La publicación de Gutiérrez y Serantes, refiere un caso de un viejo litiásico varias veces operado, que hace un absceso perinefrítico que se abre en bronquio y se elimina por vómica. La nefrectomía pone punto final con todo éxito a la enfermedad, sin dejar como es lógico, secuela fistulosa alguna.

Anclave, nos dice que las fístulas reno-pulmonares se presentan de tiempo en tiempo, que han sido particularmente observadas después de abscesos perinefríticos y de pielonefritis. Estas fístulas, son el origen de abscesos a repetición y menciona un caso de Marcés, de 1853, de una fístula renal por calculosis que se abre al pulmón y al colon.

Dambrin, menciona una fístula reno-brónquica y dice que la abertura de los flemones perinefríticos a los bronquios, es excepcional, cree haber observado un caso. El caso presentado por Dambrin tenía una masa dolorosa y mal limitada en el flanco izquierdo, una proctitis del mismo lado muy pronunciada, temperatura elevada y una vómica purulenta, fétida de unos 500 gs. Radiológicamente no hay lesión pulmonar ni lesión sea. La pielografía retrógrada descubre la fístula reno-brónquica que fué sospechada por una broncografía a lipiodol que denotaba una masa opaca sub-diafragmática. El enfermo es operado para drenar el absceso y la fístula cierra en buenas condiciones.

Richer, en un enfermo que no tiene grandes trastornos y sólo un poco de tos, no sabemos por qué circunstancias de orientación clínica, practica una pielografía a collargol y a las 48 horas, el paciente expectora la substancia inyectada. La radiografía muestra una broncografía con un trayecto trans-diafragmático.

Friéderich, en una observación de fístula reno-brónquica-duodenal, relata un enfermo de 28 años con un proceso de flanco izquierdo, por una incisión lumbar abre un absceso perinefrítico, se

establece una fístula yuxtarenal-cutánea. Al hacer una pielografía retrógrada, le sorprende una fístula reno-brónquica-duodenal. Agrega que en los procesos fistulosos renales, la lesión primitiva está siempre en riñón, son procesos inflamatorios, especialmente tuberculosos. Los menos, tumorales, y dice conocer dos casos de fistulas reno-brónquicas.

La lectura de estas observaciones, cuya revista hemos creído de necesidad, muestran, a excepción del caso de Richer, un común denominador, que ratifican los conceptos de Anglave, que se refieren a los procesos supurados peri-renales, lógicamente de origen renal.

Nuestra observación, sin pretender con ello colocarla dentro de un cuadro de extrema rareza, no puede entrar dentro de esta categoría, siempre y cuando nos ajustemos a la clínica, pues la anamnesis no acusa ningún episodio que podamos interpretar como un absceso perinefrítico: en ese sentido, es en absoluto muda.

Nosotros presumimos, puesto que no cabe otra concepción, que el proceso debió haber existido, perinefritis supurada, abierto secundariamente en el árbol respiratorio, y que se constituyó en una forma torpida, a sintomatología larvada, o frusta, al punto de no llamar la atención del enfermo, pues cuesta admitir que éste pueda haber olvidado un antecedente de esta naturaleza, que de haber existido en la forma habitual que estamos acostumbrados a ver en los abscesos perinefríticos, forzosamente hubiera dejado recuerdos indelebles en su memoria.

Creemos, además, que la abertura se ha producido de abajo hacia arriba, por la existencia de una sombra que por sus características radiológicas, permite sospechar que se trata de un cálculo y que si él existe debe haber sido, y no concebimos otra patogenia, producto de la existencia de un riñón, que en el momento actual no podemos afirmar que persista como tal, en su función de órgano.

No ha podido ser puesta en evidencia ni su fase secretoria ni excretoria.

El índigo carmín, en las reiteradas oportunidades que se inyectó, nunca fué recogido ni visualizado en lado D; nunca pudo colectarse orina en los numerosos cateterismos realizados, el Uroselectan no denota imagen nefrográfica ni vías de excreción, y las cuatro pielografías retrógradas hechas, una con ioduro de sodio y tres con

lipiodol, no son capaces de aclarar la existencia de un sistema pelvicalicial.

Que la estafilococcia cutánea haya dado lugar a un absceso de riñón y éste, secundariamente un absceso peri-renal que en su evolución espontánea se ha abierto en bronquio, es posible; que la perinefritis esclero-lipomatosa haya destruído el riñón y sólo reste en la actualidad el cálculo que se observa en las placas radiográficas, es también posible, pero lo que llama poderosamente nuestra atención, es que todo se haya desarrollado silenciosamente.

Para completar el comentario de esta historia clínica, diremos que los episodios de retención precedidos de disuria, nos hicieron sospechar la posibilidad de un absceso de próstata abierto espontáneamente en uretra, y la diverticulosis o cavernosis prostática actual, es la confirmación de aquella presunción y certifica la exactitud de lo que el enfermo acusó.

Que este proceso pueda ser congénito, sólo puede admitirse por razones embriológicas, dada la vecindad de los cuerpos de Wolff y de los esbozos pulmonares y pudiera haberse producido durante el desarrollo ontogénico una coalescencia que persistiera después de la diferenciación. Nada hay que permita afirmarlo.

SÍNTESIS FINAL

Sólo en base a las observaciones anteriormente mencionadas, excepción hecha de la de Richer, (que es la que más se asemeja a la nuestra) estamos obligados a admitir que un proceso inflamatorio piógeno peri-renal se ha abierto a los bronquios y a las vías de excreción, evolucionando en forma muda, sin poderlo afirmar.