

Servicio de Urología del Hospital Alvear.

Por los Doctores

GERARDO VILAR y  
NATALIO CARTELLI

## RIÑÓN MASTIC

La dificultad de haber podido llegar a un diagnóstico preoperatorio de la enferma que nos ocupa, y el de habernos encontrado durante el acto quirúrgico con una forma no muy frecuente de la tuberculosis renal (Riñón Mastic) nos induce a presentar el caso.

Se trata de una enferma de 29 años de edad, argentina, soltera, que ingresa al servicio el 20/7/39.

Su enfermedad comienza hace 3 años con una hematuria de tipo total con coágulos alargados, polaquiuria diurna (cada 1 a 2 horas) y nocturna 8 a 9 veces) y ardores al final de las micciones. Este episodio se repite varias veces hasta que aparece dolor en ambas regiones lumbares para localizarse luego del lado izquierdo con irradiación a ingle del mismo lado, haciéndose sus trastornos vesicales - polaquiuria y ardores al final de las micciones, más intensos y persistentes y apareciendo hematuria de tipo final en ocasiones. Estas molestias se acompañan de cefalalgia, astenia, sequedad de vientre, ligera pérdida de peso (2 kilos) y dismenorrea. Las orinas se han hecho turbias con abundante sedimento. En este estado nos consulta. Ha tenido varias hematurias.

*Estado actual.* — Regular estado de nutrición, ha perdido poco peso. No hay edemas. Mucosas algo pálidas, lengua saburral. Pupilas iguales, simétricas, reaccionan bien a la luz y la acomodación. Apirética. Pulso regular, rítmico, algo hipotenso.

*Aparato respiratorio y circulatorio.* — Nada de particular.

*Riños y Uréteres.* — No se palpan. Punto costo muscular *Positivo* lado izquierdo. Resto normal.

*Vejiga.* — Inspección y palpación. Nada de particular. Capacidad 100 c.c. Sensible a la distensión. No hay retención.

Orinas: Turbias ácidas. Invest. Bacilos de Koch Negativa.

*Cistoscopia.* — Mucosa despulida en toda su extensión. En la mitad izquierda, se nota en la zona correspondiente al uréter izquierdo, como si la vejiga fuese atraída hacia arriba, dándole un aspecto infundibuliforme, y en torno de ella, edema y mucopus adherido y una pequeña ulceración.

El uréter derecho se encuentra casi en la línea media oculto en un repliegue, y se descubre su presencia por las eyaculaciones más o menos rítmicas que se perciben.

La Rad. simple (Fig. 1) no presenta nada de particular. Uroselectán (Figs. 2, 3 y 4), mala eliminación, consiguiéndose visualizar en la de los 15 minutos (Fig. 3) la pelvis y los cálices del lado derecho. (imagen tenue).

Intentamos practicar una pielografía doble, pero conseguimos únicamente cateterizar un orificio, el único que se vé en vejiga y que creemos es del lado izquierdo. La pielografía (Fig. 5) nos muestra haberse inyectado la substancia opaco del lado derecho, siendo la pelvis y los cálices de aspecto normal, y el uréter, describiendo en su 1/3 inferior, una curvadura y terminando en la parte izquierda de la vejiga.

En la imposibilidad de poder obtener una imagen de lado izquierdo, ya que la substancia excretora se eliminaba deficientemente, y el cateterismo de ese lado era imposible de practicar por no encontrarse el orificio ureteral, practicamos una urografía de excreción con distensión de vejiga que nos muestra: A los 5 minutos (Fig. 6) pelvis globulosa y cálices normales del lado derecho. Del lado izquierdo no hay eliminación. A los 15 y 45 minutos (Fig. 7 y 8) pelvis bien rellena de substancia opaca, algo dilatada (lado derecho). Uréter derecho dilatado, describiendo una curva de concavidad a la izquierda y terminando en vejiga al parecer del lado opuesto al de su inserción normal.

Lado izquierdo no hay eliminación. A la 1 1/2 hora (Fig. 9) resto de substancia opaca en pelvis y cálices derecho. Lado izquierdo no hay eliminación.

*Cromocistoscopia.* — Se vé eyacular indigo carmín a los 4 minutos del lado derecho. No se vé ninguna eliminación en otra parte de vejiga después de 15 minutos. Se coloca sonda uretral gruesa del lado derecho (uret. der.) y sonda de vejiga, después de evacuarla completamente y se recoge en 2 tubos de ensayo durante 30 minutos la orina que sale por dichas sondas. El análisis químico nos muestra:

Riñón derecho	Vejiga
30' .....	Tiempo .....
12 c.c. ....	30'
6.80 .....	Volumen .....
14.75 .....	34 c.c.
L.g. tur. ....	Cloruros .....
	7.50
	Urea .....
	16
	Aspecto .....
	Lig. tur.
Abun. hematíes. Escasas células de descamación. Alg. células en raqueta.	Abun. hematíes y cilindros granulados. Abund. células en raquetas.

Como vemos, estos resultados se encuentran en desacuerdo con la urografía de excreción y la cromocistoscopia, por lo cual le dimos poco valor.

Como la enferma se quejaba de dolores continuos del lado izquierdo (rg. lumb.) y no pudiendo llegar a un diagnóstico preciso de su afección, decidimos practicar una lumbotomía exploradora.

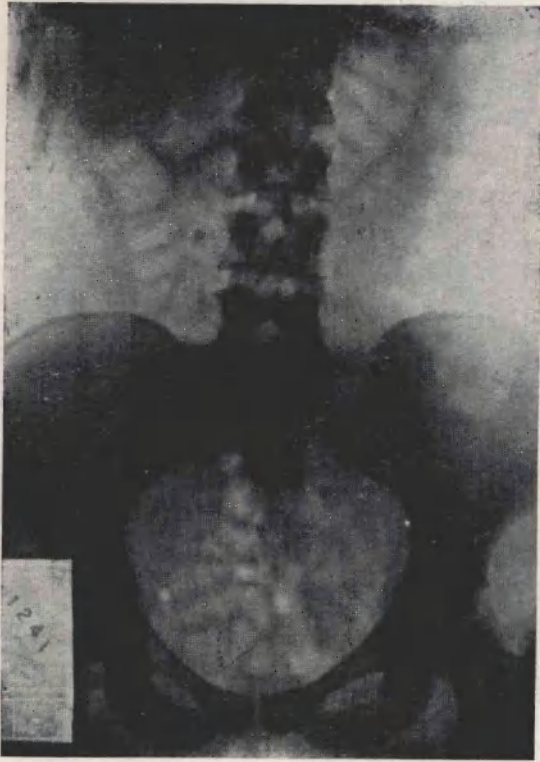


Figura 1. — Radiografía simple.

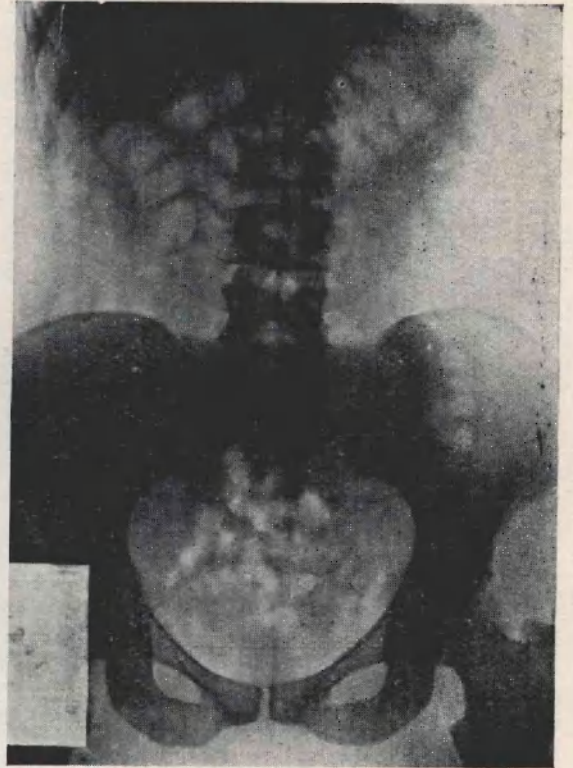


Figura 2. — Uroselectán 5'.

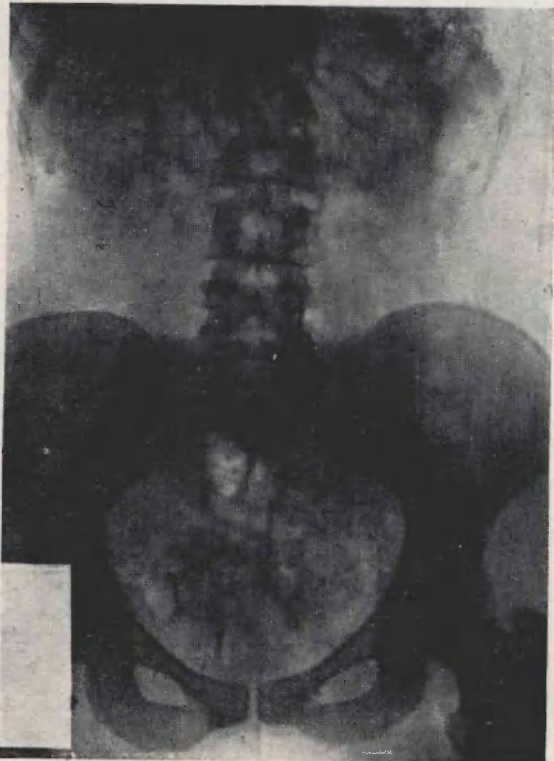


Figura 3. — Uroselectán 15'.

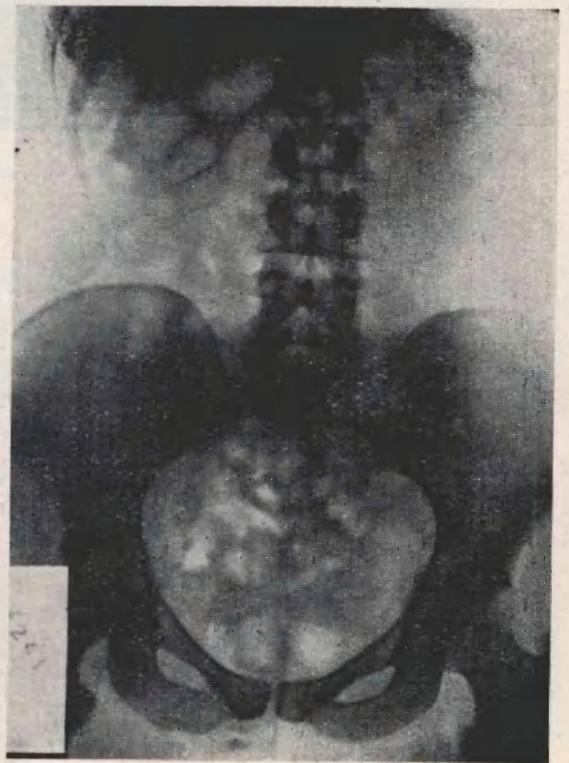


Figura 4. — Uroselectán 45'.

Operación. — Día 29/11/39. — Dres. Vilar y Cartelli. Anestesia general: Eter.

*Lumbotomía izquierda.* — Se abre celda renal y se explora dicha región, encontrando un riñón grande, de superficie abollonada, con zonas blandas íntimamente fijado a dicha región por gran número de adherencias que dificultan su exteriorización. Se libera el uréter el cual se encuentra tenso y se liga seccionándolo, desapareciendo rápidamente del campo operatorio. Se toma el pedículo con dos clamps después de liberarlo y se secciona entre dos ligaduras. Cierre

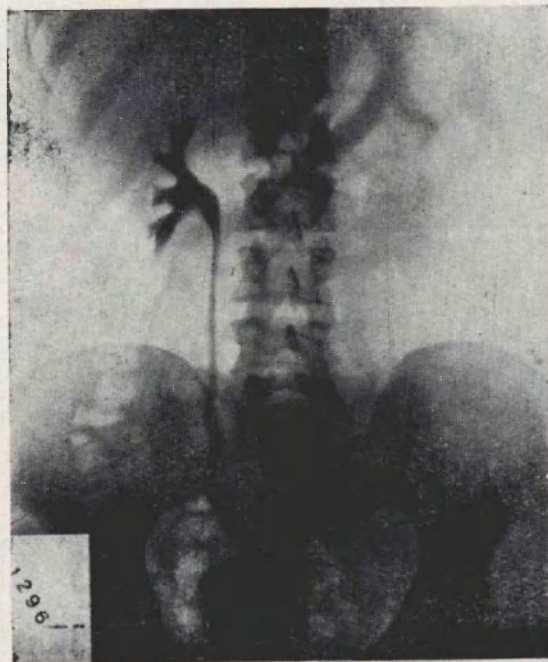


Figura 5. — Pielografía derecha.

de pared por planos sin dejar drenaje. Cierre por primera. Post-operatorio normal.

*Anatomía Patológica.* — Riñón aumentado de volumen, de superficie irregular, abollonada con muchas zonas blanduzcas. Abierto por su borde convexo se ven una serie de cavidades que contienen una substancia con el aspecto de *masilla* y que la expresión da salida a dicha substancia de otras cavidades no visibles al corte pero en comunicación con las cavidades visibles. Parénquima renal desaparecido y reemplazado por cavidades que contienen la substancia descrita separadas por tabiques y un tejido consistente de aspecto blanzusco.

#### COMENTARIOS

El caso que terminamos de exponer nos hizo pensar en el primer momento tratarse de un riñón único. En efecto, la urografía de excreción practicada 2 veces, la 2ª con distención de

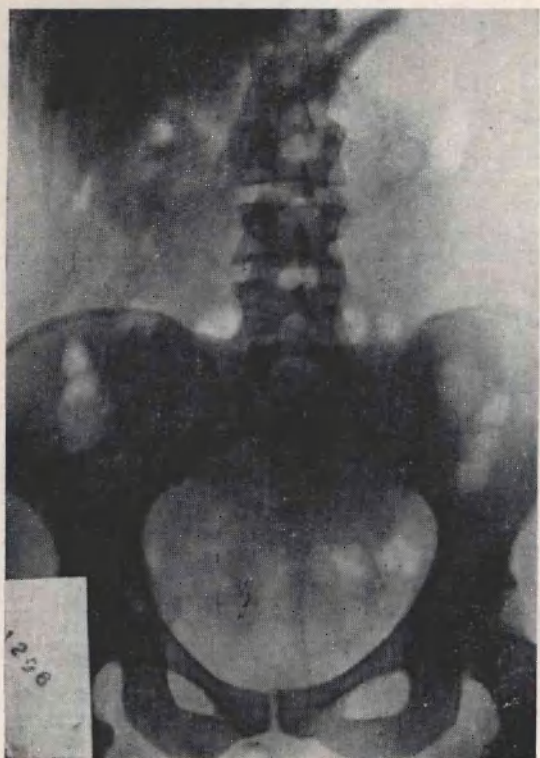


Figura 6. — Uroselectán 5' (con distensión de vejiga).

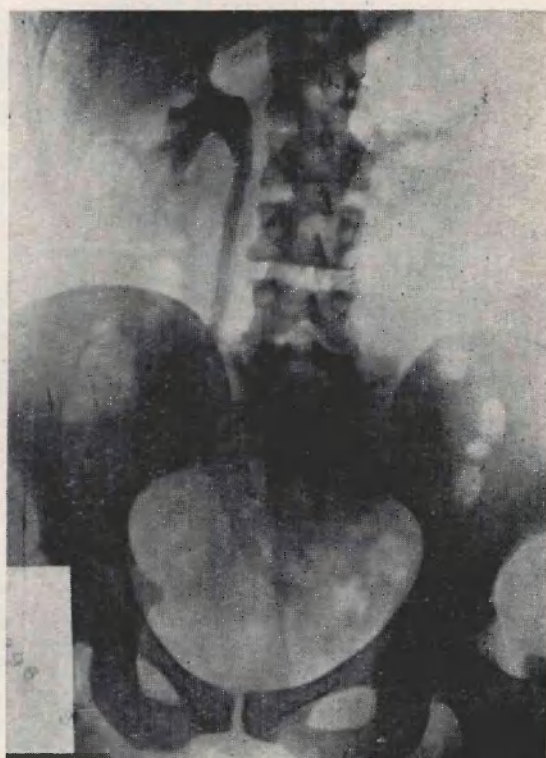


Figura 7. — Uroselectán 15' (con distensión de vejiga).

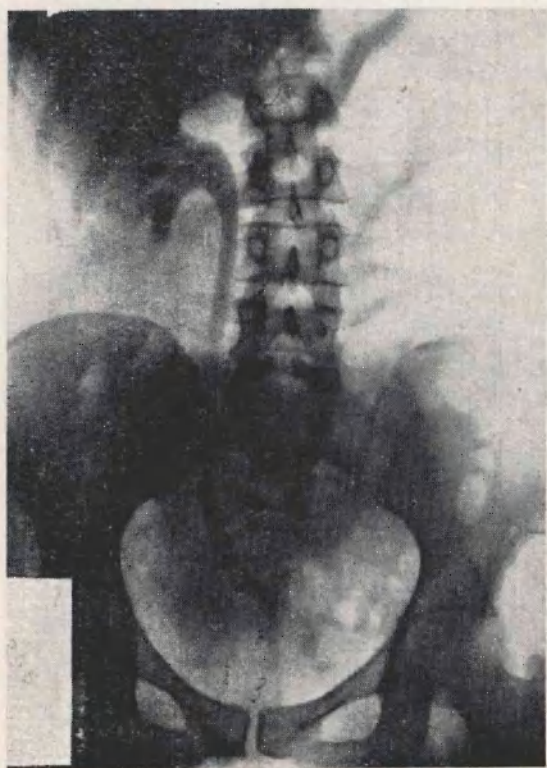


Figura 8. — Uroselectán 45' (con distensión de vejiga).

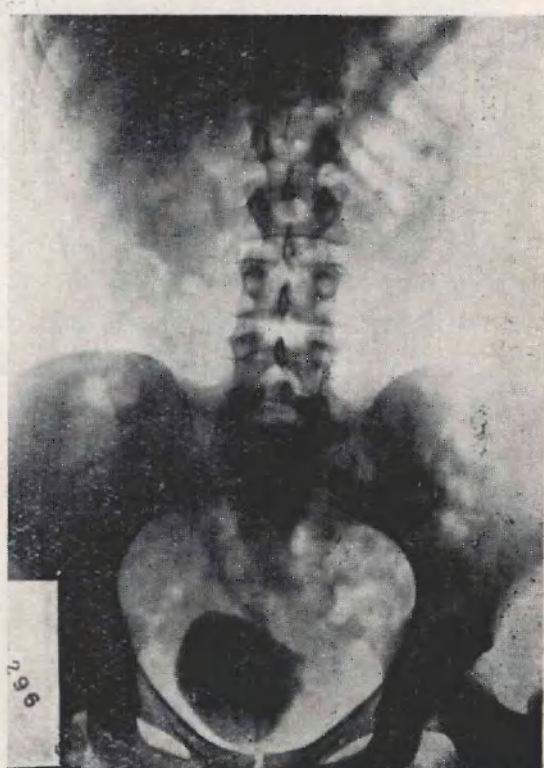


Figura 9. — Uroselectán  $\frac{1}{2}$  hora (con distensión de vejiga).

vejiga, no mostraba ninguna imagen del lado izquierdo. En la vejiga, la ausencia de orificio ureteral izq. y la negatividad de la cromocistoscopia de ese lado, apoyaba nuestra manera de pensar.

El examen de la orina con una sonda ureteral gruesa colocada en uréter derecho, y una sonda en vejiga, nos daba distintos elementos en el análisis, siendo en la orina recogida por sonda la eliminación de la úrea y los cloruros mejor que del lado derecho. lo que estaba en desacuerdo con la urografía de excreción, pues no podíamos admitir que un riñón con tan buena eliminación no lo hiciese con la substancia excretora inyectada y con el indigo carmín. Por lo tanto, a pesar de dichos análisis a los cuales les dimos poco valor; al antecedente de haberse encontrado Bcc. de Koch en un análisis de orina practicado hacía tiempo (dato que nos suministró su médico de cabecera); a las hematurias que había presentado la enferma —una de las cuales estando internada y cuyo punto de partida no pudimos localizar—, (pues en el momento del examen había desaparecido) y por el aspecto que presentaba la porción correspondientes al uréter izquierdo que se encontraba como tironeada hacia arriba por el uréter —signo al cual le dimos mucha importancia—, nos hizo pensar en que se trataría de una forma de Tuberculosis Renal curada o excluida con función renal - CERO.

Este diagnóstico presuntivo, al cual se agregaba el dolor que acusaba la enferma en la región renal izquierda, en ocasiones irradiado a ingle correspondiente, su piuria y sus molestias vesicales nos indujeron a practicar una lumbotomía izquierda. La abertura de la celda renal, nos puso de manifiesto un riñón aumentado de volumen, con una gran perinefritis que lo mantenía fijo en su celda y un uréter engrosado muy tenso cuya sección lo hizo desaparecer bruscamente del campo operatorio, y que era el que nos daba la imagen vesical del lado izquierdo antes descripta, es decir tironeada hacia arriba, cosa cosa que comprobamos al practicar nueva cistoscopia, la que nos mostró que el aspecto infundibuliforme era mucho menor pero sin desaparecer totalmente, lo que posiblemente es debido a lesiones periureterales que mantienen al uréter fijado en parte a las regiones vecinas.

La sección del riñón nos mostró, parénquima desaparecido y una serie de cavidades llenas de una substancia con aspecto de masa que es característica del riñón mastic.

DISCUSION

Dr. Pagliere. — *Desearía preguntarle al comunicante si realmente él cree que la orina que ha dado la sonda introducida en la vejiga es del riñón izquierdo o del riñón derecho, que se ha filtrado a través de la zona ureteral.*

Dr. Schiapapietra. — *Aprovechando el tema de riñón mastic, traigo las fotografías correspondientes a un riñón mastic, para que sirva de casuística. Corresponden las radiografías (las exhibe) a un sujeto que atiendo desde hace mucho tiempo por otra lesión. Jamás se había quejado de síntoma urinario alguno. Lo perdí de vista durante un año y me consultó porque le habían descubierto en una radiografía cálculos en el riñón derecho, según él. Hago un examen urológico, cuyos detalles eran pobres o casi sin sintomatología y se hizo este examen radiográfico. Le propuse la intervención; ese hombre se volvió a alejar. Un mes después, durante el cual había estado en tratamiento naturalista, vuelve con un absceso lumbar, que lo obliga otra vez a la consulta. Ese absceso se drenó. El hombre, entonces, se dispuso a la nefrectomía. La pieza con las fotografías correspondientes y los resultados biológicos se acompañarán al resumen de esa casuística.*

Dr. Cartelli. — *Para contestar al doctor Pagliere, nosotros creemos dos cosas. En primer lugar, que el análisis fué mal hecho. Sin embargo, en la sonda vesical, el resultado es mucho mejor que el del otro lado.*

*Creo, muy interesante la casuística aportada por el Dr. Schiapapietra, sólo que es un riñón mastic con abundante cantidad de fosfato.*

Dr. Astraldi. — *Creo que es un defecto capital que estamos cometiendo todos, sin excepción, cuando hacemos cateterismo ureteral y no dejamos una sonda de control. Hay una operación muy sencilla, una regla de tres, que nos permite conocer la cantidad de orina que viene del riñón derecho y del riñón izquierdo, en el supuesto de que ella se filtre entre la sonda y el uréter.*

*Repito, que es absolutamente necesario siempre que se hace cateterismo ureteral dejar una zona de control para adjudicar las*

cantidades que vienen del riñón derecho y del riñón izquierdo, porque en los casos en que se filtra orina, es necesario adjudicarla.

Dr. Cartelli. — En nuestro caso el resultado viene a ser exacto. De modo que el valor que les damos es cero.

Dr. Vilar. — Hay otra interpretación y es que la orina de un riñón no toda es igual y puede ser que la que filtre entre las paredes del catéter sea diferente a la que viene del mismo catéter.

Hace pocos días, hemos hecho un cateterismo que nos dejó perplejos. Un riñón que nos parecía sano, al hacer cateterismo dió orina purulenta y después, orina límpida.

En ese enfermo, es posible que la sonda ureteral haya cateterizado un cáliz y el catéter haya tomado la orina del cáliz superior. Eso nos explicaría que esa orina que tiene que ser del mismo riñón nos da un tenor diferente por una parte y por otra. Creo que se podría interpretar en ese sentido. La que rebalsa no es la misma que la que se toma por el catéter, que a veces se introduce por un cáliz determinado.

---