

Serv. de Vías Urinarias del Hosp. Alvear

Por los Doctores

J. W. ALVAREZ COLODRERO,

L. D. ARRUES y A. BIANCHI

COMENTARIOS SOBRE UN CASO DE NEFRITIS HEMATURICA

MUCHO se ha escrito y comentado sobre este interesante tema y sólo es nuestro objeto al presentar esta comunicación comentar un caso y deducir algunas enseñanzas que él mismo nos dejara.

La historia clínica que tiene el N° 3678 corresponde a E. S., española, 24 años, soltera, ingresa el 9 de Enero de 1939.

Antecedentes personales. — Ha sido operada de apéndice hace tres años. Reglas normales. No ha padecido otras afecciones.

Enfermedad actual. — Inicia su enfermedad hace tres meses, espontáneamente, sin molestia ninguna, nota que la orina se torna de color obscuro rojizo (hematuria). Esta persiste hasta el día de la fecha con algunas intermitencias. Según la enferma es raro el día que la orina es blanca. Desde hace 8 días siente algunas molestias que se traducen por ligeros dolores de tipo cólico intestinales de irradiación transversal y con ligera localización hacia Mac Burney. En la actualidad polaquiuria nocturna (dos o tres veces). Desde la época de la iniciación de la enfermedad la enferma manifiesta que lenta pero firmemente sus fuerzas físicas han disminuido: el menor esfuerzo la agita y le provoca ansiedad y mareos: pierde el apetito y el sueño y nota que su facies va tomando un marcado tinte amarillento; ha abandonado su trabajo, yendo poco a poco toda esta sintomatología en aumento.

Estado actual. — Discreto estado general: la piel se pliega fácilmente, ha perdido en los tres meses de enfermedad casi cinco kilos; piel seca, amarillenta; mucosas y conjuntiva decoloradas e intensamente pálidas. No hay temperatura. Pulso frecuente a 100 por minuto, pequeño, hipotenso.

Examen físico. — *Abdomen:* vientre flácido, depresible. A la inspección nada de particular. *Palpación:* Lado derecho en las grandes inspiraciones se logra palpar casi la mitad de la glándula, no es dolorosa, de consistencia normal y de superficie regular. Lado izquierdo: no se palpa, no hay puntos dolorosos.

Vejiga. — Nada de particular a la palpación externa.

Uroscopía. — Primer vaso: orinas hematóricas, sin coágulos, segundo vaso orinas hematóricas.

No hay retención.

Cistoscopia. — Buena capacidad 150 cc. Mucosa normal, los vasos se dibujan claramente. Eyaculación hematórica de uréter derecho que se halla situado en las 7 horas, orificio entreabierto y rodeado de mucosa de aspecto normal. Lado izquierdo, eyaculaciones de orinas claras.

Examen radiológico: Radiografía simple negativa. Urografía excretora (Fig. 3) se efectúa con pielofanina iniciándose la eliminación en ambos la-



Figura N° 2

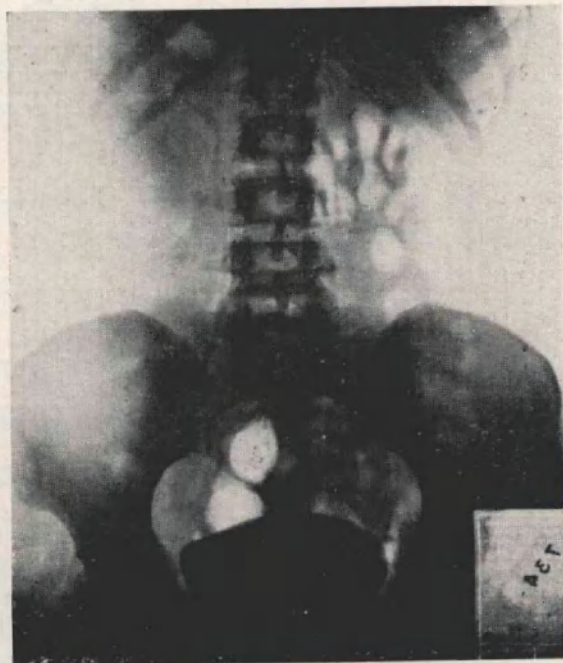


Figura N° 3

dos a los cinco minutos. A los 15 minutos vejiga llena, mejor eliminación en lado izquierdo. A los 30 minutos ya no se perciben las vías excretoras.

Pielografía ascendente: (Fig. 2). El cáliz inferior aparece apenas lleno de la sustancia de contraste, observándose en el superior sus bordes irregulares y deflecados.

Tiempo de evacuación: La radiografía obtenida a los 10 minutos muestra que la sustancia se ha evacuado totalmente.

Examen de laboratorio: Azoemia: 0.38.

Recuento globular: 2.800.000 glóbulos rojos.

Tiempo de coagulación: 3 minutos.

Examen global de orinas: Aspecto: turbio-hematórico.

Densidad: 1.018.

Reacción: ácida.

Cloruros: 8 x mil.

Urea: 16 x mil.

Albúmina: 0,50 x mil.

Sedimento: Gran cantidad de células de decamación, escasos cristales de uratos. Algunos cilindros granulados. Gran cantidad de glob. roj.

Examen de orina recogida por cateterismo del riñón izquierdo: Son de aspecto límpidas, no observándose en el sedimento ni cilindruria ni glóbulos rojos.

Al examen directo no se observan bacilos de Koch, en el sedimento.

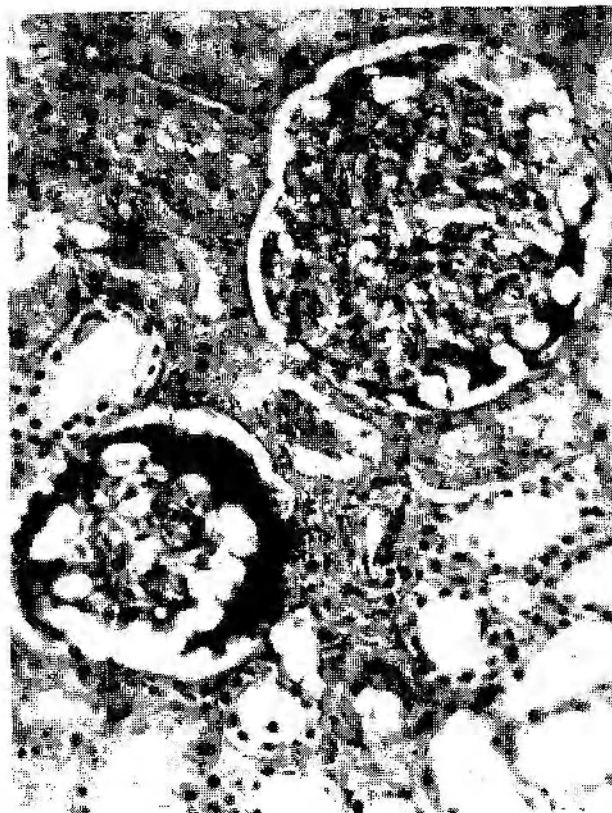


Figura N° 4

Operación: 20. 1. 39. Drs. Arrues e Isnardi. Anestesia general. Lumbotomía derecha. Se libera y exterioriza la glándula que tiene muy pocas adherencias y se pediculiza con toda facilidad. Se secciona el uréter cuyo aspecto es normal y se toma el pedículo con dos clamps, seccionándolo. Toilete de la loge, drenaje con un tubo de goma; sutura en 3 planos.

Post-operatorio ligeramente febril, entre 37° y 38° A los 7 días se evacua un pequeño hematoma. A los 25 días buen estado general.

Es dada de alta el 2 de Febrero, indicándole la conveniencia de volver periódicamente lo que hace a los 2 meses. Se le recoge orina que son límpidas y su examen químico y el del sedimento muestran que son normales.

Examen de sangre: Recuento globular: 4.000.000 de glóbulos rojos.

Examen anatómo-patológico: El órgano enviado mide 9 x 6 x 4, apareciendo

de forma conservada, de color grisáceo amarillento. viéndose bajo la cápsula una zona rojo-marrón, mucho más abundante en el polo superior, cara posterior y en la zona media del órgano. La cápsula se desprende perfectamente, demostrando su desprendimiento que las indicadas hemorragias asientan tanto sobre esta membrana como sobre el parénquima renal subyacente.

La superficie del riñón muestra una característica lobulación fetal, algunas depresiones cupuliformes y una superficie lisa del color gris amarillento ya indicado.



Figura N° 5

Las hemorragias renales se presentan en forma irregular, de carta geográfica y separadas por extensas zonas de parénquima renal con los caracteres ya descritos.

La arteria renal se presenta dura y blanquecina, de paredes espesadas y luz reducida, estando rodeada por escasa grasa del hilio renal.

El corte del órgano mostró: cortical de 1 cm. fuertemente pálida en general mientras que en las zonas donde se han descrito las hemorragias subcapsulares, el parénquima renal es de color rojo oscuro, solamente en 1 ó 2 milímetros por debajo de la misma.

El corte demuestra que en algunas pirámides, especialmente las del polo citado, se han producido extensas hemorragias en su intersticio, ya que se ven li-

neas blanquecinas correspondientes a los tubos renales destacándose sobre una zona rojo obscura que tiene las formas y relaciones de las pirámides de Malpighio. Estas zonas rojo oscuras llegan hasta la pelvis renal en la zona correspondiente a este cáliz.

En el resto de su extensión el bacinete muestra ligero espesamiento.

La grasa que lo rodea es aquí tan escasa como en el hilio ya descrito.

Diagnóstico anatómico: Anemia renal, hemorragias focales subcapsulares de las pirámides y sub-pelvianas.

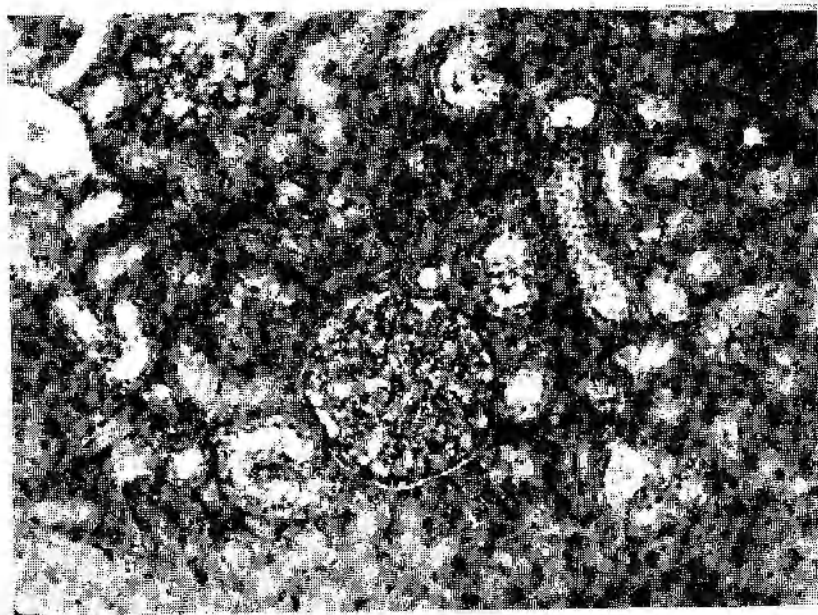


Figura N° 6

El examen hispatológico efectuado después de sobre fijación en el líquido de Bouin inclusión y cortes en parafina y coloración por la hematoxilina eosina, etc., demostraron que la cápsula renal no presentaba alteraciones, mientras que el parénquima renal subyacente mostraba muy especialmente en las zonas que por sus especiales caracteres anatómicos fueron objeto de estudio microscópico las alteraciones siguientes: sobre el fondo de anemia difusa con moderada nefrosis turbia se destacan algunos puntos muy llamativos donde los glomérulos se muestran tumefactos por un derrame sanguíneo que llena la cápsula de Bowman tal como se ve en las microfotografías adjuntas (fig. 4 y 5), encontrándose los hematíes destruídos por la fijación usada.

En la vecindad de los glomérulos así alterados, los tubuli contorti presentan alteraciones involutivas mucho más marcadas que las ya descritas completadas por un derrame hemorrágico dentro de su luz (fig. 6).

Los vasos sanguíneos, especialmente las arterias periglomerulares, se muestran intensamente congestivas.

El intersticio renal no presenta alteraciones, las arterias muestran moderada hiperproliferación con lesiones arterioescleróticas de sus ramas gruesas, presentándose el resto de los glomérulos algo congestivos algunos y normales otros.

En las pirámides se vió fuerte congestión de sus capilares intersticiales y en algunos puntos, hematies dentro de la luz de los tubos.



Figura N° 7

En la pelvis renal se observaron zonas infiltradas por linfocitos y asociadas a esclerosis, descamación de la mucosa y marcada congestión de la misma tal como se ve en la figura 7.

Diagnóstico: Nefritis y pielitis hemorrágica.

COMENTARIOS

Una hematuria que tiene larga duración, que es espontánea, indolora, que no se acompaña de coágulos, debe siempre hacer sospechar una nefritis hematórica.

Estas casi siempre se acompañan de otros signos de nefritis: edema, albuminaria, cilindruria, etc. En nuestro caso, lo confesamos, la pielografía de relleno nos indujo a error, estando sin embargo prevenidos por el hecho de haberla practicado en el decurso de una hematuria que fué localizada por cistoscopia proveniente de la glándula derecha. Atribuimos la opacidad e irregularidad en el relleno que observamos en el cáliz inferior a un coágulo, pero la irregularidad y el desflecamiento de la imagen a nivel del cáliz superior nos indujo a la sospecha de que habría sobreagregada una lesión a Koch, a pesar de que el examen directo de la orina fuera negativo y de la no existencia de lesiones vesicales tuberculosas: el estado de gravedad que la hematuria tan persistente llevaba paulatinamente a nuestra enferma, nos indujo a intervenir con urgencia a fin de cohibirlas y practicamos la nefrectomía y no la decapsulación apoyados en esa imagen pielográfica que nos hiciera en parte desviar nuestro primitivo diagnóstico.

Silvio Rolando relata en el Journal D'Urologie (marzo de 1937) un caso análogo al nuestro en el cual también se llegó a la nefrectomía porque la pielografía de relleno mostraba un estrangulamiento del cáliz superior en su porción inicial. Marión recuerda la importancia que tiene la pielografía de relleno en la nefritis hematórica gracias a la cual en algunos casos es posible entrever la patogenia de estas hematurias.

DISCUSION:

Dr. Astraldi. — *No se trata de una nefritis hematórica sino de un glomérulo nefritiz agudo. El día 13 de febrero de 1938, se presentó al Salaberry, un hombre de unos 35 años de edad, estado general excelente, con una hematuria tan intensa que tuvo que procederse inmediatamente a hacer un lavado, utilizándose de 5 a 6 litros de agua. Después se hizo una uretroscopia con el Mac Carthy, pudiéndose comprobar así presencia de sangre en el uréter del lado derecho. Se le inyectó coaguleno y se esperó.*

El día 14 seguía más o menos en las mismas condiciones en lo que se refiere a su hematuria, pero no a su intensidad.

El día 15, como persistiera la hematuria, se le hacen dos transfusiones de sangre de 50 c.c. cada una y dos inyecciones de coaguleno.

El día 16, a las 9 de la mañana, tiene una hematuria tan intensa, que sin diagnóstico se resuelve hacerle una nefrectomía de urgencia. La practica el doctor Mazzolo y se le saca un riñón. Se hizo el examen de la pieza y se vió que se trataba de una glomérulo nefritis aguda. Traigo este caso a colación porque fué el primero que ví.

Dr. Castaño. — Conozco un caso, en que había el antecedente de una angina muy grave. La hematuria en este enfermo se produjo poco tiempo después de su angina.

Después de hacerse un examen urológico de riñón aparecieron unas sombras sospechosas en la pelvis, lo que obligó al cirujano que era un cirujano general, a creer que podía tratarse de un papiloma de la pelvis. Con ese motivo se fué a la intervención. En el acto quirúrgico, en apariencia no se tocaba nada, pero ante la idea que se tenía, se hizo la nefrectomía. En el estudio anatómopatológico se descubrió que se trataba de una nefritis aguda, como la que describió el doctor Astraldi, siendo la hemorragia exclusivamente de ese lado.

Dr. Llanos. — Nosotros hemos tenido en la práctica, oportunidad de observar varios casos de nefritis hematórica. En todos ellos, hemos hecho simplemente la decapsulación y el resultado siempre ha sido positivo.

Un hecho raro que hemos tenido oportunidad de observar, ha sido en una nefritis bilateral, en la que hicimos la decapsulación en el riñón que sangraba más; después de la decapsulación de ese riñón se detuvo por completo la hemorragia de ambos riñones. Sería quizá debido a un fenómeno reflejo.

Desde luego, la actitud en el caso de los doctores Astraldi y Castaño, se encuentra justificada, porque se trataba de una lesión diferente a una nefritis crónica hematórica.

Estoy muy satisfecho porque nunca me he visto obligado a hacer una nefrectomía, en caso de nefritis hematórica. En todos los casos en que he intervenido, que son 4 ó 5, la hematuria ha cedido de inmediato, después de la decapsulación simple.
