

Por los Doctores

PEDRO G. MINUZZI y  
SALVADOR TORRESI

## PIONEFROSIS BANAL FISTULIZADA CON CUADRO DE PSOITIS

C. S. S., español, casado, 41 años, comerciante. — Ficha N° 574. Archivo privado.

*Antecedentes hereditarios.* — Sin importancia.

*Antecedentes personales.* — Blenorragia que fué tratada insuficientemente. Constipado crónico, bebedor y fumador discreto. Desde hace varios años tiene descarga de arenillas que dan un aspecto opalescente a la orina y ésta adquiere olor amoniacal con facilidad. Desde hace dos años sufre de frecuentes estados febriles, que fueron interpretados como cuadros de infección intestinal: desde entonces la orina ha permanecido turbia.

*Antecedentes enfermedad actual.* — Hace un año sufre un fuerte cólico nefrítico izquierdo, acompañado de náuseas, vómitos y fiebre.

Desde hace 20 días presenta un cuadro febril acompañado de dolor lumbar izquierdo que se propaga hacia el muslo del mismo lado, encontrándose éste flexionado sobre el abdomen. La extensión del miembro resultaba muy dolorosa.

*Estado actual.* — Enfermo sumamente nervioso, impresionable, desnutrido: con temperatura en aguja; en decúbito horizontal con el muslo izquierdo flexionado en abducción y rotación externa (cuadro de psotitis). Pulso taquicárdico (110 p.). Tensión 14/8.

A la inspección del abdomen llama la atención un ligero abombamiento del cuadrante superior izquierdo.

A la palpación se encuentra defensa y sensibilidad exquisita, en la región lumbar izquierda.

Orina con piuria intensa, total, con reacción alcalina.

Se le practica un examen completo de orina cuyo resultado fué: gran cantidad de pus con estafilococos. Abundantes cristales de fosfato alcalino-terreo.

El dosaje de úrea dió: 0.40 gr. %.

El hemograma sólo reveló una leucocitosis de 17.000 con franca polinucleosis.

Se le practica un examen radiológico y funcional completo del aparato urinario.

*Cistoscopia.* — Capacidad vesical ligeramente disminuida, lesiones de cistitis crónica, cuello ligeramente deformado y levantado, se constatan eyaculaciones fran-

camente purulentas del lado izquierdo. Eyaculaciones con ritmo sensiblemente normal del lado derecho.

Se le practica un cateterismo ureteral bilateral y se efectúa una prueba funcional de sulfofenoltaleína la que dió el siguiente resultado:

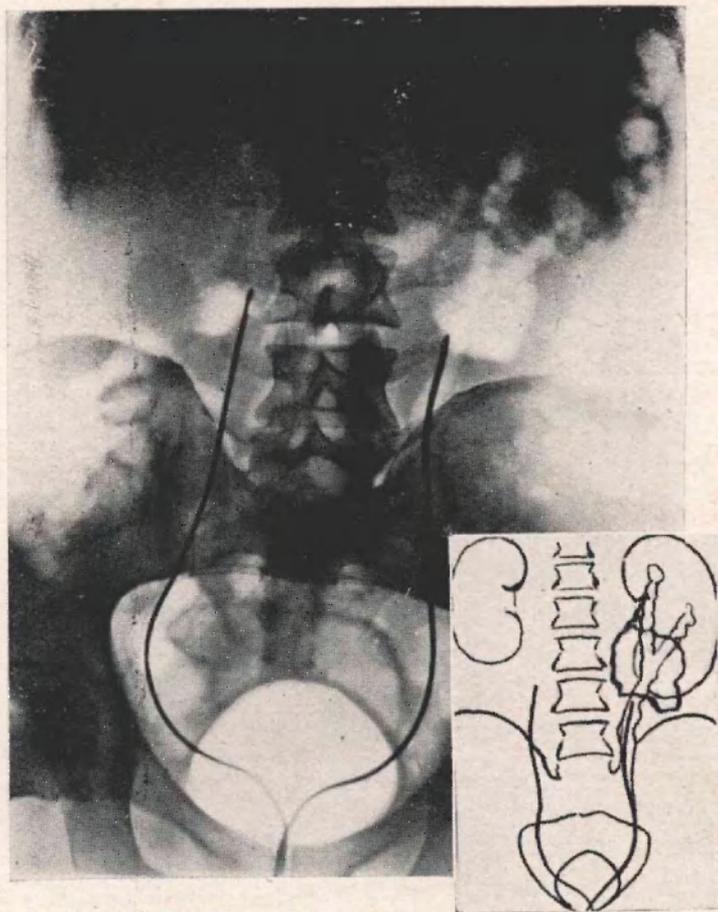


Figura 1

Pneumopielografía bilateral. No hay sombras calcúlosas y se ve imagen pneumográfica de un uréter izquierdo francamente dilatado.

	R. izquierdo	R. derecho	Vejiga
Cantidad: en 70'	30 c.c.	70 c.c.	10 c.c.
Dosaje de úrea	5 ‰	15.50 ‰	12.50 ‰
Dosaje cloruros	4 ‰	7.50 ‰	4.50 ‰
Dosaje S.F.N.	10 ‰	40 ‰	10 ‰

Examen histobacterioscópico de los sedimentos:

Riñón izquierdo: abundante pus con estafilococos.

Riñón derecho: ligera piuria y algunos colibacilos.

Se le practica una *pneumopielografía* (Fig. 1) donde puede observarse ausencia de sombras calcúlosas e imagen pneumográfica de un uréter izquierdo francamente dilatado.

*Pielografía ascendente*: al bromuro de sodio (Fig. 2) en la que puede observarse una imagen pielográfica sensiblemente normal del lado derecho; en cambio,

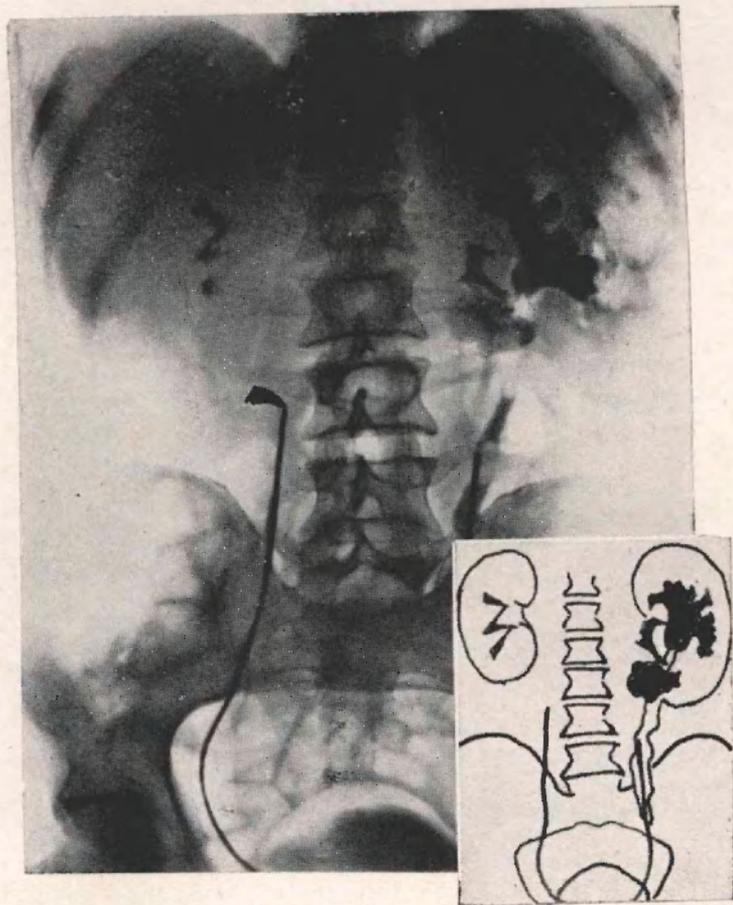


Figura 2

Pielografía ascendente al bromuro de sodio en la que puede observarse una imagen pielográfica sensiblemente normal del lado derecho; en cambio, del lado izquierdo imagen de gran pelvis renal francamente dilatada de cuya parte supero interna arranca un trayecto sinuoso que se dirige hacia adentro y abajo y que termina en una amplia cavidad situada a la altura del psoas entre la 3ª y 4ª apófisis costiformes y que aparece casi repleta del líquido opaco. Ureter izquierdo dilatado.

del lado izquierdo: imagen de gran pelvis renal francamente dilatada de cuya parte súper interna arranca un trayecto sinuoso que se dirige hacia adentro y abajo y que termina en una amplia cavidad situada a la altura del psoas entre la 3ª y 4ª apofisis costiformes y que aparece casi repleta del líquido opaco.

*Diagnóstico.* — Pionefrosis banal izquierda fistulizada con cuadro de psoítis y síndrome enterorrenal derecho.

Se le aconseja la nefrectomía y amplio drenaje de la celda renal.

El examen anátomo-patológico de la pieza confirmó el diagnóstico de pionefrosis banal fistulizada y el drenaje del foco supurado periurenal en la vecindad de la vaina del psoas hizo desaparecer el cuadro de psoítis; encontrándose al mes nuestro enfermo francamente restablecido.

---