

Servicio de Clínica Médica del  
Prof. Dr. JUAN J. SPANGENBERG

Por el Doctor  
CONSTANTE COMOTTO

## CISTITIS CON PIURIA ASEPTICA. CONSIDERACIONES SOBRE UN CASO

EL capítulo de las piurias asépticas constituye un problema aun no cerrado de la patología urinaria.

El concepto clásico de que toda piuria aséptica debe ser considerada tuberculosa, mientras no se pruebe lo contrario, es adoptado podemos decir casi por todos, aunque cada vez menos con el carácter dogmático de épocas anteriores.

Actualmente, gracias al enorme adelanto de los procedimientos de investigación bacteriológica, puede aceptarse que es posible identificar al agente etiológico en el 95 % de las orinas que lo contienen; pero si bien es cierto que se debe sospechar la tuberculosis en cualquier síndrome piúrico urinario rebelde, y cuya etiología se presenta obscura, este hecho no debe hacernos olvidar los procesos no tuberculosos, precisamente caracterizados por la imposibilidad de poner en evidencia un agente patógeno determinado, no ya el bacilo de Koch, sino cualquier otro, sin constituir por ningún otro hecho, un síndrome definitivo: salvo la característica de responder, casi instantáneamente al tratamiento arsenical, terminando de una manera rápida con los sufrimientos del enfermo.

Dos pues, son las características de este síndrome, la primera es la ausencia de gérmenes en una piuria; la segunda, más importante, es la eficacia instantánea del tratamiento, con dosis casi insignificantes de arseno-benzoles.

Un caso reciente y bien típico, nos ha impulsado a traer esta observación. Se trata de un enfermo, V. P. de 41 años, historiado con el N° 8647. Presentaba desde un mes antes, polaquiuria con

dolor terminal, con micciones cada media a una hora, de día y de noche; observaba sus orinas turbias, desde el comienzo de su enfermedad, que recién en la última semana se hizo realmente molesta, notando sangre al final de la micción. Nada más se agregaba a los síntomas descriptos.

En sus antecedentes, nada digno de mención, salvo un episodio de retención completa de orina, que necesitó sondaje y que no puede detallar, pues le sucedió cuando tenía cuatro años de edad; no teniendo desde entonces, otra afección urinaria que una blenorragia hace 15 años, que trató y curó sin complicaciones; no ha tenido otra enfermedad.

Es casado con mujer sana de la que tiene tres hijos sanos; es un sujeto de gran corpulencia y dedicado a un trabajo rudo en una feria de caballos.

El examen clínico de todos sus aparatos, excepto el urinario que nos incumbe, no presentan nada anormal; lo mismo que las reacciones serológicas, exámenes de sangre, radiografía del tórax, etc.

En nuestro examen urológico encontramos: orinas uniformemente turbias con algunos grumos, ácidas, sin aclararse ni con el calor ni con el ácido.

El examen de los órganos genitales y el tacto rectal, no revelan nada de particular; la palpación renal es negativa y no se constatan puntos dolorosos. No hay retención vesical, la capacidad de la vejiga de 80 c.c., aclarándose el medio vesical con relativa facilidad al lavaje.

En estas condiciones practicamos una cistoscopia, observando una cistitis difusa; enrojecimiento marcado de toda la mucosa, mucho más intenso en el trigono sobre todo en su mitad derecha, que presentaba una zona de edema buloso que se acentuaba sobre el meato ureteral, enmascarándolo por completo; el meato ureteral izquierdo, salvo la reacción inflamatoria que se extendía por toda la región, no presentaba otra particularidad.

Observamos eyaculaciones lentas y prolongadas que nos parecieron claras.

Se obtiene a renglón seguido un urograma de excreción que describimos:

1°. — Radiografía simple: no se observan sombras sospechosas de cálculos urinarios. Espina bífida oculta de la primera vértebra sacra. Ninguna otra particularidad.

2°. — Urograma de excreción 5': presencia de substancia de contraste en ambos lados, más a la derecha, que revela la existencia de cavidades redondeadas en el área renal, mientras que las imágenes izquierdas son nítidas pero de aspecto casi filiforme, tanto para los cálculos, como para la primer porción del uréter: mientras que la pelvis está representada por una mancha difusa.

En las siguientes tomas, a los 20' y a los 40', las imágenes se hacen nítidas en el lado derecho, casi tan buenas como si se tratara de una pielografía de relleno; se constata dilatación pielouretrocálicial, con una acodadura en ángulo recto del uréter entre la 2ª y 3ª lumbar.

En lado izquierdo las imágenes sucesivas son imprecisas y menos claras que en la primera toma; pero siempre, conservando el tipo filiforme que describimos más arriba.

Resumiendo en conjunto, pielograma que indica buena función secretoria en ambos lados o por lo menos bastante satisfactoria, con procesos de dilatación cálicial de nítido contorno a la derecha, que nos autorizan a descartar lesión tuberculosa evidenciable por este método, dilatación evidente también en la pelvis y en el uréter en toda su longitud.

En el lado izquierdo las imágenes son completamente distintas y no permiten extraer ninguna conclusión, sólo que de existir alguna lesión bacilosa, este lado resultaba sospechoso.

Se decide entonces practicar una pielografía ascendente, que por razones del momento es postergada por unos días; en el transcurso de los cuales la cistitis se agudiza, a pesar de la terapéutica a base de sulfamidas y de instilaciones de nitrato de plata al 1 % que eran mal toleradas; reduciéndose la capacidad vesical hasta hacer renunciar a toda maniobra endoscópica a pesar de los analgésicos y opiáceos empleados.

Resolvemos entonces ensayar un nuevo pielograma, recurriendo a la conocida maniobra de la compresión abdominal, a la que agregamos la posición en Trendelenburg a 45°; artificios que sólo

empleamos en casos excepcionales, para no quitar al urograma de excreción su carácter de prueba eminentemente fisiológica.

Obtuvimos de este modo un resultado admirable, con una representación radiográfica tan buena como en un excelente pielo-grama de relleno.

En el lado derecho, salvo el casi borramiento del ángulo des-



Figura 1  
Radiograma simple.

No se observan sombras calciosas. Espina bifida oculta de la 1ra. vértebra sacra.

cripto más arriba, en el tercio superior del uréter, el cuadro es el mismo; pero el cambio es fundamental en el lado izquierdo; en lugar de las imágenes casi estilizadas del urograma anterior, que hacían pensar en todo, menos en un proceso de dilatación o por lo menos de hipotonía, se nos presenta una ectasia de los mismos caracteres que la del lado derecho, cuyos contornos caliciales y piélicos son perfectamente nítidos, salvo una pequeña mancha rebasando el borde inferior del cáliz inferior, que interpretamos como un refujo, provisoriamente.

Estábamos en presencia de una doble dilatación de las vías urinarias superiores, coincidente con la presencia de una lesión congénita de la primera vértebra sacra, lo que nos permite catalogarla dentro de las "dilataciones congénitas" de las vías urinarias superiores o "primitivas", por no responder a ningún obstáculo evidenciable, pues el reflujo vésico-ureteral que puede explicarlas,

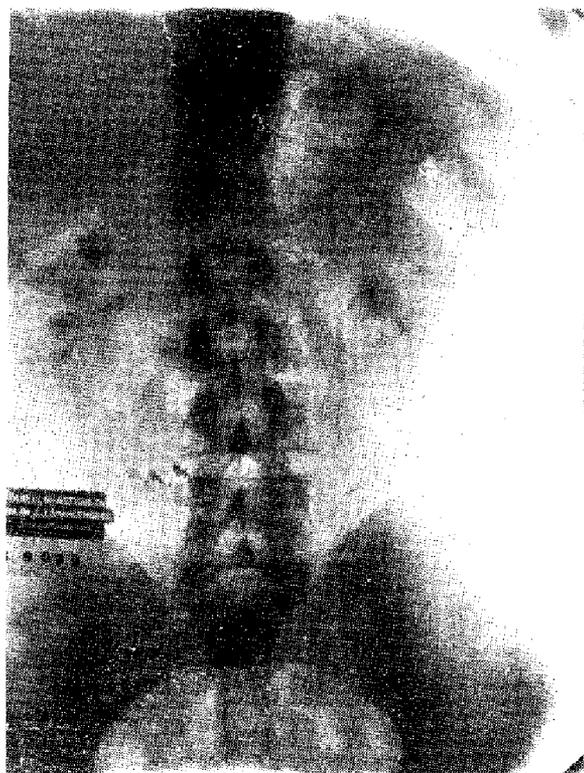


Figura 2  
Urograma de excreción - 5'.

se descartó con una cistografía practicada al día siguiente en plena intolerancia vesical.

Las investigaciones bacteriológicas efectuadas desde el primer momento, directas, cultivos, inoculaciones al cobayo, etc., repetidas frente a la ausencia del bacilo de Koch y de cualquier otro germen, sólo informaban de la piuria aséptica.

Empezamos a dudar entonces de la etiología tuberculosa del proceso, en vista de la negatividad a ese respecto de los exámenes practicados: clínicos y de laboratorio, quedando aun pendiente la inoculación al cobayo, prueba a la que damos su real importancia,

pero con el inconveniente del largo tiempo que necesita para definirse.

En estas condiciones recordamos una comunicación de Wildbolz al Congreso Francés de Urología del año 1933, sobre tratamiento de las piurias asépticas por los arsenobenzoles y en un trabajo más reciente de M. De Minicis en "Archivos Italianos de Urología" en número de Enero de 1935, en el cual presentaba una



Figura 3

Urograma de excreción - 5'.

Posición de Trendelenburg y compresión con faja del abdomen. Nótese la diferencia de imagen con la anterior.

serie de casos de sintomatología variada, pero teniendo de común el amicrobismo en todas ellas, la rebeldía en el tratamiento, la presencia de lesiones de ectasia, de variada distribución y bilaterales en el tramo urinario superior y el hecho de haber respondido casi instantáneamente al tratamiento arsenical instituido.

De acuerdo a esta idea y considerado nuestro caso encuadrado dentro de los descriptos por los autores citados, aplicamos a nuestro enfermo 0,06 centigramos de Sulfarsenol intramuscular: el resul-

tado fué casi instantáneo, pues el enfermo que poco menos no dormía, consiguió hacerlo durante cuatro horas seguidas, no sintiendo casi molestias al orinar: al día siguiente la mejoría se mantiene, acentuándose en los subsiguientes, mientras las orinas se iban aclarando rápidamente.

A los cuatro días se inyecta por la misma vía citada, 12 centigramos de Sulfarsenol.



Figura 4  
Urograma de excreción - 40'.

A los ocho días de iniciado el tratamiento, el enfermo estaba prácticamente curado, sus micciones eran normales, pero conservando ligeramente turbia la orina.

Un examen endoscópico en esas condiciones, constata más de 200 c.c. de capacidad vesical, una mucosa ligeramente despulida, con una discretísima reacción inflamatoria del trigono y la presencia de una zona de edema bulloso cubriendo el meato ureteral derecho; exactamente lo mismo que encontramos en nuestra primera

cistoscopia, pero reducida a la mínima expresión: las eyaculaciones son lentas y prolongadas en ambos lados.

En esas condiciones damos de alta al enfermo, continuando el tratamiento arsenical, sin sobrepasar los 12 centigramos que se repiten con intervalos de cuatro días, continuando en la fecha, un mes más o menos de la iniciación del tratamiento.



Figura 5

Urograma de excreción - 40'.

Posición de Trendelenburg y faja abdominal. Compárese con la figura 4 y nótese la perfecta visualización de ambas vías excretoras obtenida con el cambio de posición y compresión.

La autopsia de los dos cobayos un mes después de inoculados muestra ausencia absoluta de lesiones tuberculosas.

#### CONCLUSIONES:

Queda pendiente: 1º el hallazgo de la verdadera causa etiológica de estos síndromes urinarios, con apariencia de tuberculosis, pero en los cuales no se encuentra el bacilo ni lesiones tan caracte-

rísticas que hagan superflua su identificación y 2° la causalidad que pueda atribuirse en el síndrome, a las lesiones de ectasia bilateral puestas en evidencia en todos los casos de De Minicis citados, y en el nuestro.

Con este mismo autor no creemos en la naturaleza específica de estos síndromes, no tanto por la ausencia de reacción serológicas

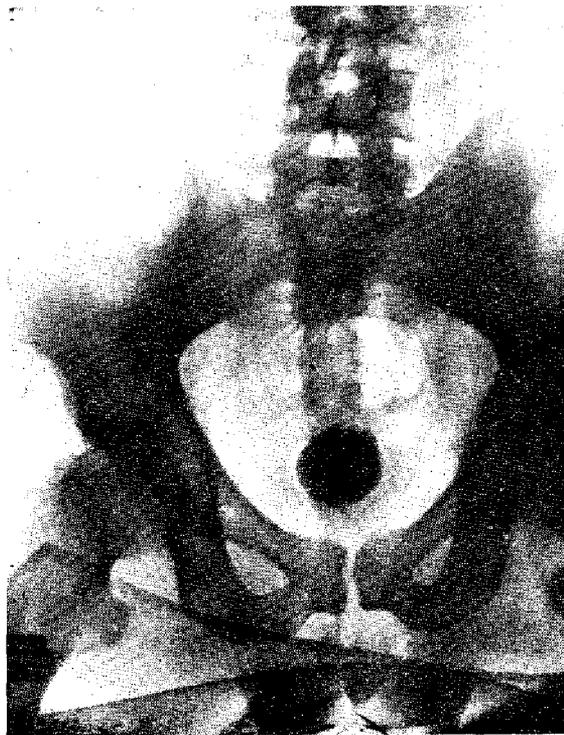


Figura 6

Cistografía. Reducida capacidad vesical. Ausencia de reflujo vesico-ureteral.

positivas de antecedentes y de estigmas, sino por la instantaneidad de acción del medicamento, pues es difícil concebir que existan lesiones específicas de tal agudeza de síntomas, que respondan, casi instantáneamente a unos pocos centigramos de arsenicales; se nos ocurre comparar esta acción con la de los sulfanilamidados en ciertos procesos agudísimos que todos hemos visto.

Debemos recordar también la acción de los arsenicales sobre otros espirilos distintos a la espiroqueta de Schaudinn, que pudieran encontrarse en juego en estos casos: quizás pueda tratarse de un

virus filtrable; pero estas son simples hipótesis, quedando abierto el interrogante.

Creemos que el tratamiento con los sulfarsenoles debiera ser siempre ensayado en estos procesos pseudo-tuberculosos, pues los beneficios que de ellos se puede esperar son tan instantáneos cuando resultan, que pueden calificarse de milagrosos; con la ventaja que la pequeñez de las dosis, seis centigramos en nuestra observación, las hacen casi completamente inocuas.

#### BIBLIOGRAFIA

- M. D. Minicis. — "Di una speciale sindrome urinaria e della sua cura". Archivo Italiano di urologia. Vol. XII. Fasc. 1, pág. 85.  
Wildbolz. — Congreso Francés de Urología. Octubre de 1933.

#### DISCUSIÓN

DR. SCHIAPPAPIETRA. — *Me voy a referir al argumento para aceptar esa lesión como congénita. Me parece que una cistitis crónica que llega a dar una hipertrofia seguramente de esa pared, como la tendrá ese enfermo, es motivo de sobra para que haya una uretrotrasia y aún la secuela de esa uretrotrasia podría ser mucho mayor que la que este enfermo presenta.*

*Por otra parte, el hecho de que haya una espina bífida no es un argumento suficiente. Las espinas bífidas son tan frecuentes a medida que uno estudia las radiografías de cualquier índole que creo que es un argumento que no tiene motivo para ser de consideración.*

DR. COMOTTO. — *El proceso no era crónico sino agudo. Cuando recibimos a este enfermo hacía menos de un mes que sufría de cistitis. Jamás en sus antecedentes había sufrido de su vejiga, salvo a los 4 años de edad, en que tuvo una retención incompleta de orina, pero que el enfermo no sabía explicar debido a su corta edad.*

*La presencia de espina bífida oculta la hemos encontrado en una serie de observaciones que tuvimos oportunidad de presentar en el Congreso Panamericano de Urología. No recuerdo bien cual era la estadística, pero creo que sobre 24 casos presentados, por lo menos, en 18 existía espina bífida.*

Por otra parte, es un hecho muy aceptado por otros autores. Lamento que mi memoria no me ayude para citarlos, pero es una coincidencia muy sospechosa en cuanto a lo que puede haber de congénito en el proceso. Nosotros la consideramos como primitiva por la ausencia del reflujo que es una de las condiciones que han sido puestas en el tapete para llegar a definir las. Creo que argumentamos en una forma suficiente como para dar nuestra opinión al respecto.

DR. LÓPEZ. — *Le pediría al Dr. Comotto, si es que tiene oportunidad de ver a ese enfermo, que le haga una nueva pielografía de excreción porque he visto, desde aquí, que en el riñón del lado izquierdo la eliminación del Uroselectán es casi nula.*

DR. COMOTTO. — *Es todo urograma con posición de Trendelenburg.*

DR. LÓPEZ. — *¿Después del tratamiento?*

DR. COMOTTO. — *Esto ha sido hecho antes del tratamiento. Es decir, como no fué clara la imagen que nos daba el lado izquierdo en el primer urograma, usamos un artificio poniendo al enfermo en posición de Trendelenburg y comprimiendo el vientre. Así obtuvimos este resultado. Es decir, que aquello que era filiforme nos dió una imagen con una dilatación igual a la del lado derecho. Este enfermo tiene su vejiga normal y sus orinas límpidas, pero el doctor López me sugiere una idea muy interesante y le voy a repetir a este enfermo el examen que me sugiere.*

DR. LÓPEZ. — *La sugstión no es mía, sino que es aplicando el concepto del Instituto de Urología, que le hago esa sugestión.*

DR. COMOTTO. — *Será complacido, doctor.*