

Por el Doctor

JUAN CARLOS TETTAMANTI

PIONEFROSIS TUBERCULOSA EXCLUIDA. URETRITIS OBLITERANTE Y AUSENCIA CICATRICIAL DEL MEATO URETERAL

EL relato de una particular forma evolutiva y clínica de la llamada tuberculosis renal excluida, lo hemos creído de interés, pues ella lleva involucrado casos de difícil diagnóstico, por la ausencia de las manifestaciones propias con las cuales se exterioriza en la gran mayoría de los casos la localización renal abierta de la tuberculosis y porque plantea el problema tan discutido de la curación espontánea de la misma.

He aquí el caso objeto de esta comunicación:

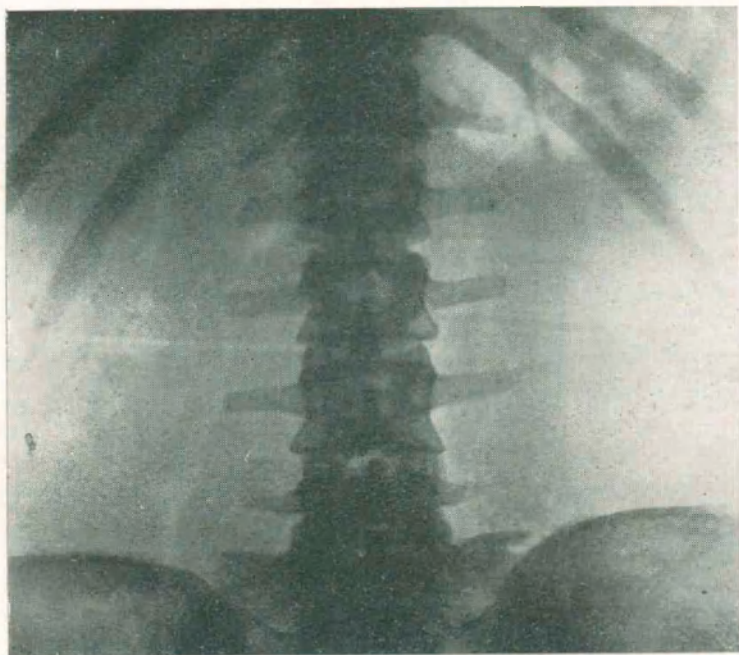
Maria P., de 42 años, argentina, soltera, domiciliada en esta ciudad. Nada digno de mención en sus antecedentes hereditarios: pleuresía serofibrinosa a los 20 años que curó con tratamiento médico y clima de montaña. A los 32 años dice haber tenido un síndrome vesical caracterizado por ardores miccionales, poliuriria intensa y hematuria terminal, durante unos 6 meses y que paulatinamente desapareció sin dejar ninguna manifestación vesical. Nunca ha tenido dolores reno-ureterales. Regular de vientre.

Enfermedad actual. — Nos consulta por qué desde hace aproximadamente unos 6 años siente una molestia, sensación de pesantez y de "algo" que se desplazara con los cambios de posición, a nivel de su hipocondrio y flanco izquierdo y la aparición de una tumoración indolora a ese nivel, que cree ha aumentado de tamaño en los últimos años. Desde entonces ha disminuido su apetito, se encuentra desganaada, habiendo perdido unos 8 kilos de peso; no ha comprobado temperatura, ni ningún trastorno urinario bajo.

Al *examen* encontramos una enferma con buena conformación esquelética, en discreto estado de nutrición (58 Ks.), afebril, sin edemas, mucosas pálidas. Aparato cardíco-vascular y respiratorio, nada de particular. P.A.: Mx., 140; Mn., 65. Visceras abdominales en sus límites normales.

Aparato urinario. — Micciones 5 ó 6 diurnas, 1 nocturna, sin ardores. Riñón derecho se palpa polo inferior en las inspiraciones profundas. En el flanco y vacío izquierdo se palpa una tumoración del tamaño de un puño, más alargada en el sentido vertical, llegando por debajo hasta la línea bicrestilea, perdiéndose hacia arriba por debajo el reborde costal, lisa, de consistencia dura, movable; tiene contacto lumbar y peloteo; indolora.

Análisis de orina; 19 - IX - 40. Reacción ácida, densidad 1,017; albúmina



Radiografía N° 1, directa.

0,20 por mil; glucosa no contiene; úrea 18,60 por mil; cloruros 6,80 por mil; sedimento: cilindros hialinos; no hay pus.

Radiografía reno-urétero-vesical directa. — N° 1, muestra en región lumbar izquierda una tumoración que ocupa todo el espacio costovertebral, de contornos nítidos, con imágenes calcificadas en su polo súpero-interno; desaparición de la sombra del psoas. Imagen opaca redondeada y pequeña enfrentando espina ciática izquierda, con aspecto de flebolito. Lado derecho silueta renal de aspecto normal.

Urografía endovenosa. — N° 2 y 3; el riñón derecho elimina bien, siendo poco netas las imágenes caliciales; falta de funcionalismo del lado izquierdo. Buena imagen cistográfica.

Al examen cistoscópico encontramos una capacidad vesical de 180 c.c. no doloras a la distensión; mucosa vesical y orificio ureteral derecho de aspecto normal.

Ausencia del meato ureteral izquierdo; a ese nivel se observa una pequeña zona avascular, de aspecto cicatricial ligeramente deprimida en el centro. Prueba de Joseph, eliminación del colorante exclusivamente del orif. ureteral derecho.

Examen de sangre:

G. Rojos	3.750 000
G. Blancos	11.900
Hemoglobina	64%
Valor globular	0.86.

Fórmula leucocitaria:

Mielocitos neutrófilos	0.50 %
Metamielocitos neutrófilos	2 ..
Polinucleares neutrófilos	83 ..
" eosinófilos	0.50 ..
" basófilos	0 ..
Linfocitos	12 ..
Monocitos	2 ..

Marcada anisocitosis y poiquilocitosis. Microcitosis. Escasos normoblastos.

Urea en sangre: 0.32 g. por mil.

R. de Wassermann en sangre: (-). Tiempo de coagulación: 8'30"; idem de sangría: 2'10".

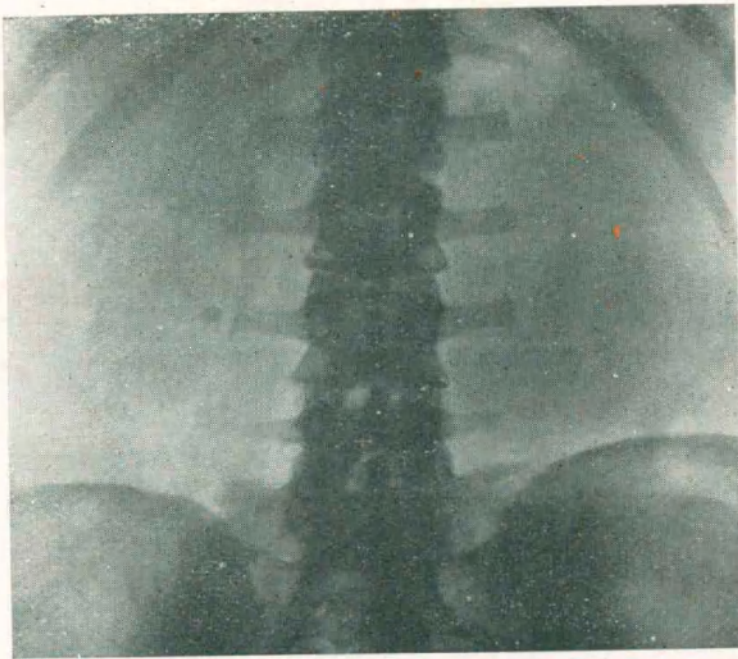
En base a los datos recogidos por la anamnesis remota de la enferma, pleurisia a los 20 años, cistitis crónica a los 32 que curó sin dejar manifestación vesical alguna y los recogidos por el examen clínico-instrumental y radiológico, es decir, tumoración de flanco izquierdo de tipo renal, ausencia cicatricial del meato ureteral del mismo lado, con imágenes radiográficas de calcificación en su polo súpero-interno, coincidiendo con falta de visualización de las vías excretoras a la urografía endovenosa de ese lado, nos llevó al diagnóstico de exclusión renal total por obliteración cicatricial del meato ureteral, por probable tuberculosis reno-ureteral, siendo intervenida.

Intervención. — Opera Dr. Tettamanti; ayudan: Dres. Babbini y Barcelone. Anestesia con ciclopropane por el Dr. Achilli. Lumbotomía izquierda oblicua; abierta la loge renal se cae sobre la tumoración, envuelta en un intenso proceso de perinefritis esclero-lipomatosa; nefrectomía laboriosa por las adherencias al

peritoneo; sección del uréter con termo y ligadura. Reconstrucción de la pared en tres planos. Drenaje.

Postoperatorio. — Sin incidentes; alta al mes, con un orificio fistuloso lumbar que cierra a los 3 meses. Hemos visto la enferma a los 8 meses de intervenida, ha aumentado 6 Ks. de peso y su cuadro hemático se ha normalizado.

El estudio *Histo - patológico* de la pieza operatoria que debemos a la gentileza del Prof. Dr. Cid y al cual agradecemos, nos informa:



Radiografía N° 2.

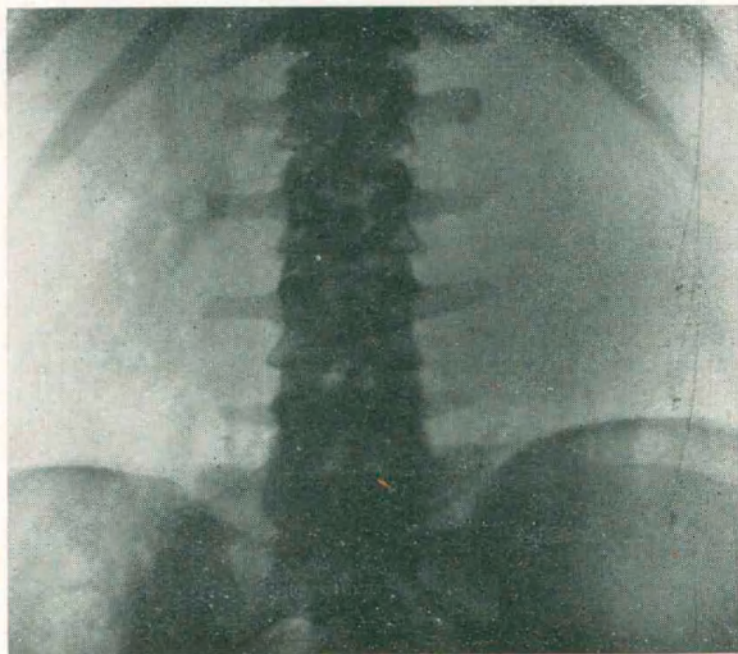
Descripción microscópica. — El riñón mide 10 cm. de longitud y está considerablemente deformado, siendo difícil reconocer el órgano renal. En la superficie hay gruesas adherencias y un hematoma subcapsular.

Se hace una sección de la pieza que revela una cavidad sumamente irregular, anfractuosa sin comunicación con la pelvis y el uréter. Por fuera de la cavidad existe una pared de 1 ½ cms. de espesor, fibrosa, en que no se reconoce el parénquima renal y que contiene numerosos focos caseosos, algunos de ellos comunicantes con la cavidad. La misma está limitada por una membrana tuberculógena y en su interior hay detritus caseosos.

Descripción microscópica. — El examen de la pared revela la existencia de muy escasos tubos renales y glomerulos en oblea y la existencia de un proceso tuberculosos preferentes caseoso.

Uréter. — Aparece como un cordón duro, del calibre del dedo meñique, es decir, de 12 cm. Al corte se ve que está constituido por un cordón macizo por desaparición de la luz pero reconociéndose fácilmente las tunicas espesadas y un contenido caseoso.

El *examen microscópico* revela el engrosamiento considerable de la túnica adventicia constituido por tejido conjuntivo no modelado. Sigue una capa muscular de haces disociados y rechazados hacia afuera por el proceso localizado más adentro.



Radiografía N° 3.

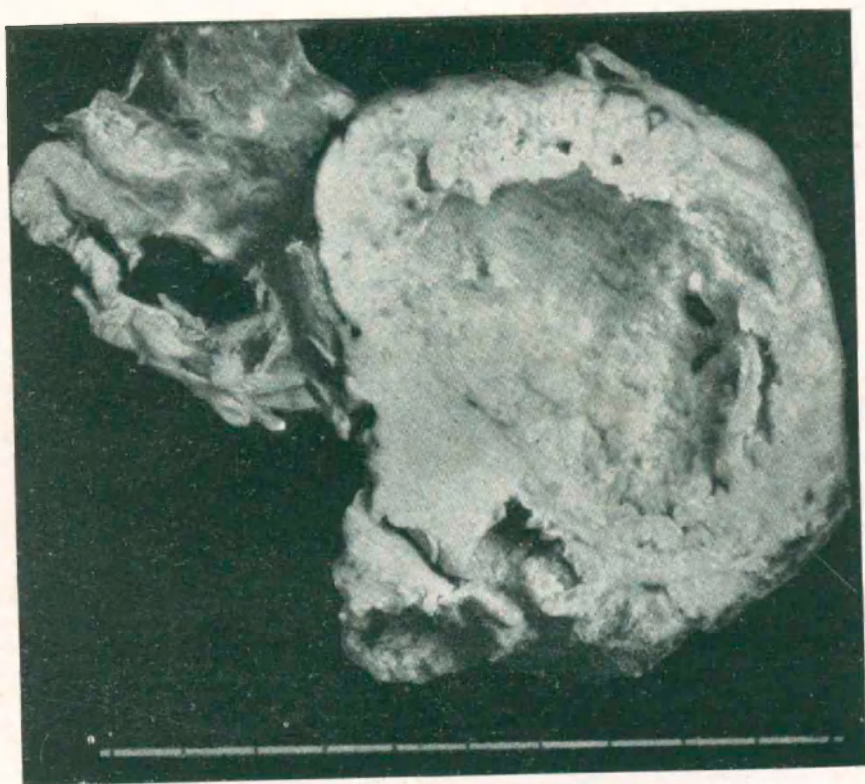
La mucosa ha desaparecido totalmente no existiendo luz ni rastro de epitelio. queda en cambio una entremezcla de formaciones foliculares con células gigantes o caseosis. tejido conjuntivo fibroso e intensa infiltración plasmocitaria. Las células epiteliodes adquieren un desarrollo extraordinario, dominando la caseosis en otros sitios. La naturaleza tuberculosa del proceso es evidente.

Diagnóstico histopatológico. — Pionefrosis tuberculosa caseosa. Ureteritis tuberculosa caseosa.

COMENTARIOS

Evidentemente corrobora la precedente historia clínica el concepto establecido por Israel sobre las tuberculosis renales excluidas,

es decir, que primitivamente abiertas, secundariamente se transforman en cerradas por la oclusión de las vías excretoras. La curación clínica y anatómica de las lesiones vesicales puede así producirse y exteriorizarse únicamente desde el punto de vista clínico por una tumora- ción renal, como en nuestra observación, cuya naturaleza puede ser difícil establecerla.

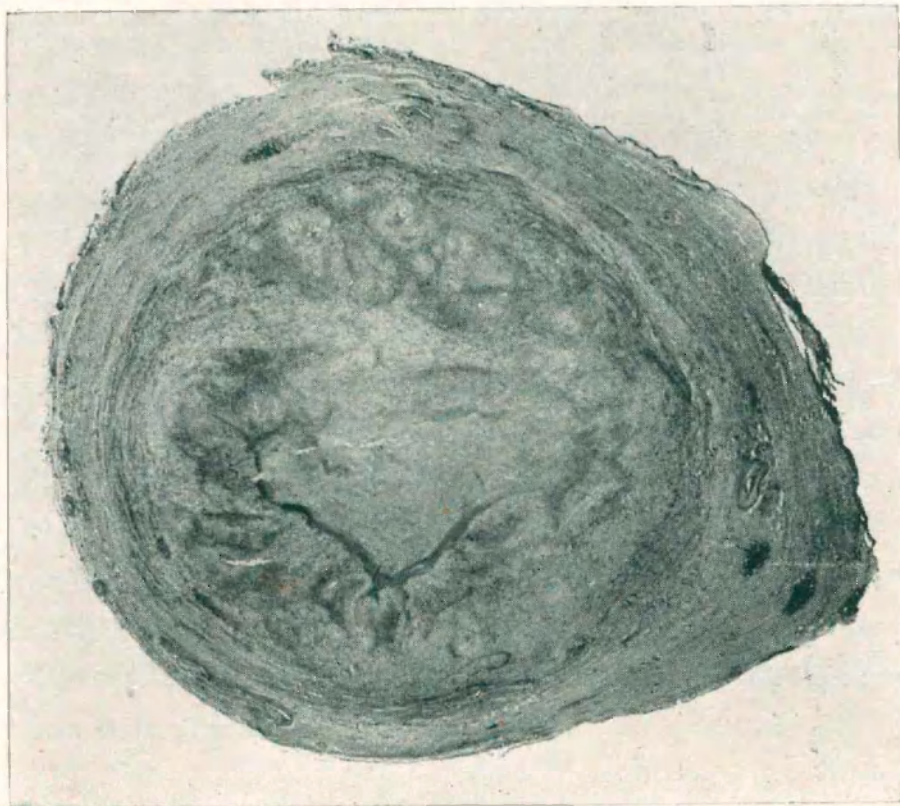


Pieza operatoria abierta.

Sin embargo, estas formas cerradas de la tuberculosis renal que han sido consideradas como curaciones espontáneas, no lo son a menudo de una manera cierta y definitiva, salvo en los casos muy excepcionales por cierto, de atrofia del parénquima renal y su transformación en una masa de tejido grasoso y fibroso; aun en los casos de verdadera autonefrectomía han sido encontrados tuberculosos y bacilos de Koch vivos; de ahí que ella no equivale a la ablación quirúrgica del órgano, pudiendo su permanencia en el organismo acarrear accidentes de distinto orden, como ser: lesiones tóxico-

degenerativas del riñón adelfo o aún infección del mismo, focos metastásicos en otros órganos, meningitis, abscesos pararrenales, etc.: diremos además que para muchos autores estos enfermos mueren la mayoría de uremia.

Es por estas razones que a los fines de la terapéutica quirúr-



Corte transversal del uréter.

gica deba considerarse la tuberculosis renal excluida parcial o total como formas abiertas procediendo a la ectomía del órgano. Nuestra observación corrobora este criterio, pues con la nefrectomía ha desaparecido la albinuria y mejorado el estado general y hemático de una manera evidente.

DISCUSION:

Dr. Vilar. — *Deseo hacer notar un sistema que el doctor Tettamanti ha encontrado y que hemos comunicado por intermedio del doctor Cartelli, respecto al riñón mastic tuberculoso. Como hay tan*

pocos signos directos de diagnóstico, nos ha llamado la atención la depresión cónica de la zona ureteral correspondiente, que la interpretábamos como una retracción fibrosa del uréter del lado enfermo. Lo hemos constatado en la intervención: uréter muy tirante. Hemos hecho la constatación post-operatoria disecando el uréter, y la deformación cónica ha desaparecido después de un tiempo. En este caso, he visto con satisfacción, que el doctor Tettamanti ha notado una depresión acentuada en la parte correspondiente al uréter. En uno de nuestros casos, la depresión era tan grande que parecía un divertículo en forma cónica.

Tratándose de casos en que hay tan pocos signos directos, la depresión de la zona ureteral en forma cónica me parece un signo importante.

Dr. Pagliere. — Deseo hacer uso de la palabra a propósito de lo que acaban de describir como depresión de la zona ureteral, que se ha descrito desde hace mucho tiempo. Quería recordar un síntoma que he descrito especialmente, que consiste en la movilización de la implantación ureteral en los movimientos de inspiración y aspiración, síntoma que se explica por la rigidez del uréter que transmite los movimientos diafragmáticos a través del riñón a la vejiga, haciendo que durante la inspiración el orificio ureteral descienda y en la aspiración ascienda.

Dr. Tettamanti. — No he hecho la cistoscopia post-operatoria, de modo que no he comprobado esa depresión. En cuanto al signo que describe el doctor Pagliere, no lo conocía.

Dr. Irazu. — Quiero agregar un nuevo caso observado en el Servicio del Profesor Marotta. Se trata de una tuberculosis conyugal que está autocurada después de 4 años de observación. Ese enfermo había tenido una pionefrosis; se le hicieron dos punciones y después de 4 años de observación no tuvo más síntomas. La autocuración puede tenerse en cuenta de acuerdo a unas manifestaciones que suceden en el uréter, después de la nefrectomía por tuberculosis. Después de la nefrectomía por tuberculosis, hasta dos años después, pueden haber manifestaciones en el uréter y algunas veces, después

de esos dos años, aparece una fibrosis y se puede entonces, dar al enfermo por curado.

Dr. Tettamanti. — *Un autor italiano, Carrara, ha encontrado aún en el caso de verdadera auto-nefrectomía, tubérculos y bacilos de Koch, aunque haya la verdadera auto-nefrectomía. Es decir, cuando hay la destrucción de todo el parénquima renal transformado en un tejido grasoso y fibroso. De manera que eso no equivale a la extirpación quirúrgica del órgano. Esa curación espontánea no equivale a la curación quirúrgica del órgano.*

Dr. García. — *Hemos comprobado muchas veces el signo del doctor Pagliere y el signo del doctor Vilar, que hasta cierto punto se superponen. Coexisten las dos circunstancias: la retracción y la movilidad respiratoria. El doctor Hackenbach tiene un trabajo sobre retracción del uréter y últimamente con el doctor Monserrat —quién podría hablar mejor que yo— hemos intervenido una serie de enfermos con lesiones magníficas de exclusión parcial y total en los cuales el estudio de la retracción y de la exclusión del uréter que se inicia ya en los procesos evolutivos va haciendo su estenosis. Son cosas de observación muy interesante para explicar la patogenia de esos casos.*

Dr. Monserrat. — *Esta comunicación es muy interesante bajo el punto de vista biológico general de la tuberculosis, porque nos enseña una vez más, que la tuberculosis no es una enfermedad regional del órgano, sino del organismo y en la historia clínica podemos seguir las etapas que tan magníficamente ha clasificado por Rancke en el cuadro evolutivo general de las tuberculosis.*

Es cierto que rara vez se llega a una curación anatómica completa y absoluta y yo me permitiría recordar un caso que publiqué con el doctor Astraldí, en el cual la zona renal había quedado reducida a una masa lipomatosa con pequeñas concreciones y un verdadero tubérculo que era una verdadera curación por auto-nefrectomía. En estas formaciones involutivas se hace la obliteración.

Esto en su evolución ulterior hubiera terminado por un riñón mastic. Es cierto que se encuentran bacilos de Koch, pero esos baci-

los de Koch son los que encontramos en los ganglios calcificados y son los que están manteniendo la inmunidad y el estado de alergia que los está defendiendo. Claro está que cuando hay una tumora-
ción tan grande y si las condiciones del enfermo lo permiten, lo mejor es extirpar esa masa caseosa que está perturbando, pero no es un problema de urgencia la eliminación de este foco, puesto que biológicamente nos está indicando que es una tuberculosis atenuada y en vías de curación.
