

Por los Doctores

HECTOR D. BERRI

y LEON D. ARRUES

TUBERCULOSIS RENAL Y TUMOR DE VEJIGA

EN oportunidades anteriores presentamos a esta misma Sociedad dos casos, donde evidentemente el traumatismo renal había jugado un importante rol en la localización del proceso tuberculoso.

Ya entonces comentábamos la importancia que podía tener la disminución de las defensas, tanto por agentes exteriores (traumatismos, directos o indirectos) como también las alteraciones de posición de la glándula, predisponiéndola a ser el "locus minor resistenti". Nos encontramos hoy en cambio con una observación en que un proceso tuberculoso renal podría haber contribuido a la formación de una afección degenerativa vesical.

La historia clínica de nuestro enfermo que figura en la ficha División 43 Nº 7, es la siguiente: S. C., 52 años. Casado. Nacionalidad: Argentino. Domicilio: Bragado.

Antecedentes. — Blenorragia a los 19 años, niega otras afecciones.

Enfermedad actual. — Desde hace casi 1 año nota algunas dificultades en la micción, ardores iniciales, polaquiuria diurna y nocturna. Hace dos meses hematuria total, persiste ésta durante dos días, por lo cual consulta a un médico que le prescribe reposo y una bebida hemostática. Este episodio se repite varias veces, habiéndose producido en una oportunidad una retención que obligó a evacuar su vejiga mediante un sondaje que dió salida a gran cantidad de coágulos; en estas condiciones se traslada a Buenos Aires, donde es observado por nosotros, con el siguiente resultado:

Estado actual. — Buen estado general, el enfermo dice haber disminuído 4 kilos de peso.

Abdomen. — Riñones y uréteres no se palpan, no hay puntos dolorosos.

Genitales. — Nada de particular.

Próstata. — Pequeña, de consistencia blanca, no dolorosa a la presión.

Vejiga. — Dolor a la presión externa. No hay retención. Poca capacidad, apenas tolera 90 c.c. de líquido. El medio se aclara fácilmente. En el lado dere-

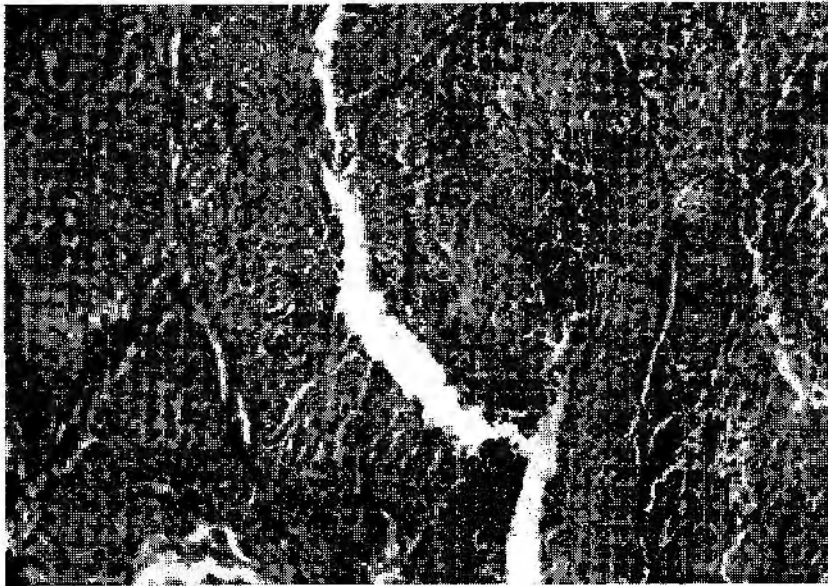
cho entre las 9 y 12 horas, se observa una tumoración mamelonada del tamaño de una nuez, con pedículo ancho, de contornos irregulares, superficie cerebróide y ligeramente esfacelada en su cúspide; obstruyendo el meato ureteral hacia abajo que no permite visualizarlo. El resto de la mucosa es de aspecto normal, salvo una ligera congestión del trígono.

Examen radiográfico. — Sólo se efectúa una radiografía simple que no muestra nada interesante, por falta de algunos elementos no es posible efectuarle un Urograma de excreción y con ello observar el estado de las vías altas urinarias.

Diuresis media. — 1300 c.c.

Azohemia. — 0,48 por mil

Orina. — Ligera albuminuria: 0,10 por mil. Gran cantidad de hematíes en sedimento.



Protocolo 3899. Carcinoma papilar.

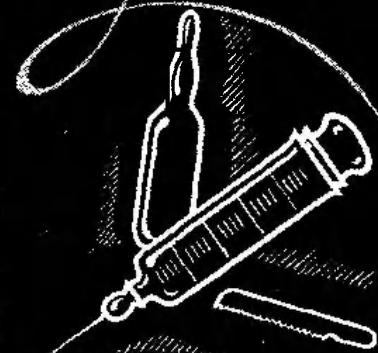
En estas condiciones se resuelve su internación para efectuarle una resección a cielo abierto.

Intervención quirúrgica. — 16 de mayo de 1941 Operador: Dr. Berri. Ayudante: Dr. Arrues. Anestesia raquídea. Talla por el método clásico. Se introduce en orificio vesical un espéculum vaginal que pone en plena evidencia la tumoración. Se la reseca a radio bisturí. En su base la tumoración es de consistencia dura, casi cartilaginosa, lo cual hace más laboriosa su total extirpación. Se electrocoagulan esta base y algunos puntos hemorrágicos. Se cierra parcialmente la vejiga dejando sonda Pezzer y drenaje en Retzius.

Post operatorio. — Normal, pero persiste aún la polaquiuria, aunque más disminuída.

Hasta
AYER

MORFINA, PAPAVERINA y otros opiáceos representaban el recurso clásico. Pero, al lado de su buen efecto analgésico y antiespasmódico, el peligro de acostumbamiento y demás inconvenientes propios de los alcaloides impide, con frecuencia, su aplicación.



**B
A
Y
E
R**

Desde
HOY

puede emplearse, con los mismos buenos resultados, en todos los ataques de dolor y en los estados espasmódicos el nuevo compuesto sintético

DOLANTINA

que posee todas las acciones terapéuticas de la atropina y de los derivados del opio, sin la mayoría de sus inconvenientes.

Presentación:

Tabletas - Ampollas - Gotas - Supositorios.

Diurético . Antiúrico y desinfectante de las vías urinarias



Fórmula: Ioduros de potasio y rubidio, carbonato, salicilato y benzoato de litio y hexametilentetramina; mezcla efervescente.

JOS DE ATILIO MASSONE - Córdoba 2088/92, Bs. As.

Nuevas formas de aplicación del **CIBAZOL** (Sulfanilamidotiazol)

Específico quimioterapéutico contra Estrepto y Estafilococcia, infecciones a Neumococos, Meningococos, Gonococos, Colibacilos, Disenteria bacilar, Peste bubónica.

- Comprimidos
- Ampollas
- Supositorios
- Pomada
- Polvo antiséptico



Productos Químicos Ciba S.A. Buenos Aires

Depositarios:

Uruguay: Sassoli y Alonso, Maldonado 1220, Montevideo
Paraguay: S. A. C. Manuel Ferreira, Benjamín Constant 179, Asunción

20 de junio de 1941, se efectúa cistoscopia obstruyendo la sonda hipogástrica. Salvo un ligero edema del cuadrante inferior derecho, la mucosa se halla en buenas condiciones, por lo cual se decide colocar sonda por uretra cerrando el orificio, lo que se obtiene un mes después, siendo dado de alta el enfermo en condiciones satisfactorias, con 2 kilos de aumento de peso.

El informe del laboratorio Anatómo Patológico por el Prof. Dr. Bianchi. Protocolo N° 3899, dice: En el preparado estudiado, sólo se ve una neoformación epitelial, de desarrollo papilífero, tal como puede apreciarse en la fotomicrografía correspondiente, estando constituida cada una de estas papilas por un

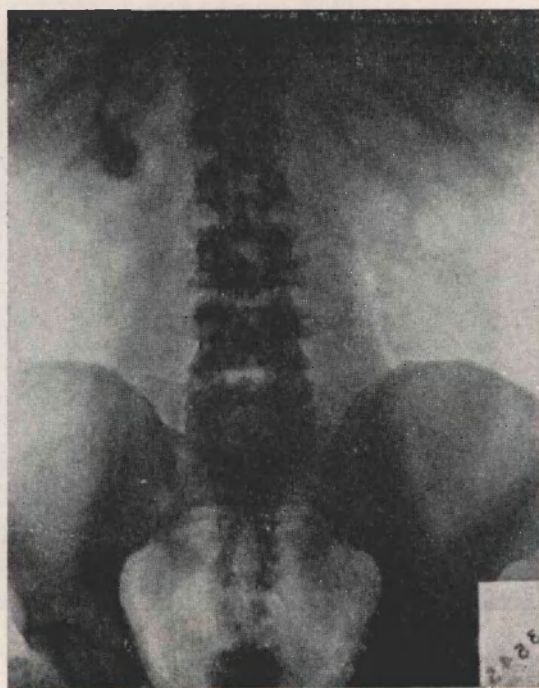


Figura 1
Urograma de excreción a los 5'

eje conjuntivo vascular ramificado y un revestimiento epitelial plano multies-tratificado.

Se muestran elementos atípicos nucleares.

Diagnóstico anatómo patológico. — Carcinoma papilar.

Apenas habían transcurrido 4 meses de haber abandonado el hospital, cuando vuelve nuevamente el enfermo, quejándose de dolores en la región lumbar derecha y nueva recrudescencia de sus síntomas vesicales, ardores a la micción, polaquiuria diurna y nocturna e intenso dolor final.

Examen riñón y uréter. — Lado derecho: Puño percusión: positivo.

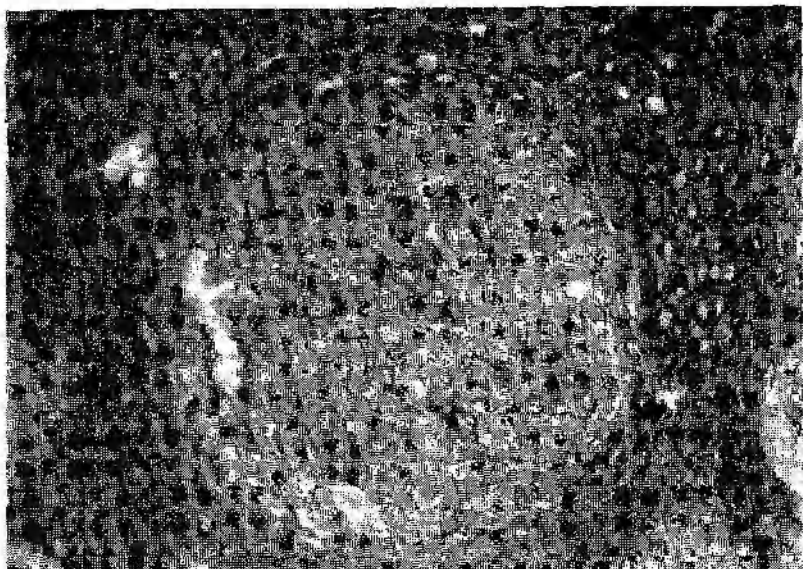
Punto para umbilical: positivo

Lado izquierdo: normal.

Orinas. — Muy turbias y hematóricas en ambos vasos, más hematóricas la del segundo.

Vejiga. — Buena capacidad, 150 c.c. No hay retención.

Cistoscopia. — Mucosa despulida, sobre todo en el cuadrante derecho donde se observan también algunos acúmulos de muco-pus que impiden la visualización del meato ureteral. No hay lesiones vegetantes. El enfermo es reinternado y como persisten los dolores en región lumbar derecha, se le efectúa un examen



Protocolo 3292. Tuberculosis renal.

por urografía excretora, que muestra falta absoluta de función en el lado derecho. Muy buena función en el lado izquierdo en los diversos urogramas de excreción. Muestra una pelvis globulosa, los cálices algo alargados y los extremos papilares perfectamente nítidos. (Fig. N° 1).

Llama la atención el contorno irregular de la vejiga y el marcado espesamiento de sus paredes.

Es enviada la orina al laboratorio para un examen bacteriológico, constatándose la presencia de bacilos de Koch. Protocolo N° 5516. Sala 6°. Hospital Alvear. En vista de esto, se resuelve efectuar nefrectomía el 12 de septiembre de 1941.

Intervención quirúrgica. — Operador: Dr. Berri. Ayudante: Dr. Arrué. Anestesia general. Lumbotomía clásica, se llega a la loge, donde se aísla el riñón que se halla íntimamente adherido por un intenso proceso de perinefritis. Liga-

dura de pedículo, abocamiento del muñón ureteral a la piel, drenaje y cierre de pared en dos planos.

Examen anátomo patológico. — De la pieza enviada al Laboratorio de Anatomía Patológica del Instituto de Radiología y Fisioterapia. Prof. Bianchi. Protocolo N^o 3293. El riñón medía 10 por c.c. en la pieza fijada, mostrándose de forma conservada y color gris amarillento. En el polo superior se advirtió intensa adherencia entre el parénquima y la cápsula que llega hasta la formación de zonas de perinefritis plástica. Incindido por su eje mayor, mostró en el cáliz superior, dilatación del mismo y ulceraciones papilares, las que están limitadas por un tejido amarillento y necrótico que invade las paredes del parénquima renal, llegando a proyectarse sobre la cápsula propia del órgano a través de infiltraciones linfo-intersticiales.

Resultado Anátomo patológico. — Nefritis tuberculosa con ulceración caseosa de los cálices.

Post-operatorio. — El enfermo se da de alta con su herida cerrada, persistiendo la polaquiuria y con orinas algo turbias, capacidad vesical 90 c.c., trasladándose a su domicilio anterior Necochea, Provincia de Buenos Aires.

COMENTARIOS

Nos encontramos en presencia de una observación cuya complejidad recide en determinar cuál de los dos procesos ha sido el primitivo: el renal (Tuberculosis) o el vesical (Tumor maligno).

En favor de la tuberculosis renal como causa primitiva abona la antigüedad del proceso infeccioso corroborado por el examen Anátomo patológico y la perinefritis; y en estas condiciones habría esta afección por acción irritativa crónica vesical, producido en la misma forma como lo hace con otras lesiones poliposas, placas de leucoplasia, la degeneración neoplásica de la pared vesical o de la citada placa.

En favor de la degeneración neoplásica vesical como lesión primitiva, tendríamos:

1^o Las hematurias que aparecen y ceden espontáneamente (aunque ellas se observan también en las hematurias tuberculosas).

2^o La falta de visualización de las lesiones vesicales típicas tuberculosas (granulaciones, ulceraciones superficiales o profundas), las que podrían haber estado ocultas por la tumoración maligna o no haber sido observado por la poca capacidad vesical 90 c.c. y

3^o La mejoría después de la resección del tumor a radio bisturí, aunque tenemos que hacer constar que la polaquiuria diurna y nocturna persistió después de la intervención, aunque disminuía.

Creemos, pues, que se trata de una tuberculosis renal que ha sido la causa etiológica de la formación del proceso degenerativo vesical.

Esta observación nos corrobora lo ya manifestado en muchas oportunidades y que es universalmente aceptado, la necesidad imprescindible que existe en todos los casos de examen de enfermos de nuestra especialidad, de efectuar un urograma de excreción aún en los casos en que, como el actual, no presentaba ninguna sintomatología renal y sí una vesical franca de tumor maligno de este órgano.

DISCUSION

Dr. Monserrat. — *Sólo quiero decir que me llama la atención la causa etiológica del cáncer vesical. Cuanto más puede ser la causa favorecedora del cáncer, pero no etiológica, lo que implicaría una cosa que me parece grave que quadase escrita y saliera de nuestra Sociedad.*

Después la comunicación no hace más que presentar un hecho concreto que es una tuberculosis renal y un tumor de vejiga. De ahí a hacer leyes generales es extremar un poco la observación. Se podría dejar constancia de que se trata de una tuberculosis renal, que hay un papiloma vesical y las consideraciones huelgan.

Dr. Berri. — *En lo que respecta a la causa, nosotros queríamos plantear esta situación: ¿cuál habría sido la causa primitiva de esto, si era el papiloma vesical o la tuberculosis?*

Nosotros, por la antigüedad del proceso, hemos creído que esto fué debido a la acción irritativa crónica producida por la toxina tuberculosa. Por eso, pensamos que la tuberculosis ha sido la causa primitiva y que el tumor ha sido secundario.

Dr. Bernardi. — *Por mi parte, pienso lo mismo que el Dr. Monserrat.*

Aquí ha habido coexistencia de procesos, que son dos cosas puramente distintas. De lo contrario, sería cuestión de insistir en la misma etiología, de reconocer que el carcinoma reconoce como etiología a la tuberculosis renal.

Dr. Berri. — *No me queda sino agradecer la contribución de los colegas en este asunto.*