

Serv. de Clínica Urológica del Hosp. Ramos Mejía.  
Jefe: Profesor Alejandro Astraldi

Contribución al tema:

## FUNCION RENAL NORMAL PARADOJICA EN UN RIÑON TUBERCULOSO PRACTICAMENTE DESTRUIDO

Por el Dr. ROBERTO A. RUBI

A título de colaboración al trabajo de los profesores Castaño y Trabucco referiré sucin-  
tamente la historia del Sr. P. D. C., argentino, casado, de 34 años de edad, quien a fines  
del año ppdo., me consulta por una piuria persistente, sin trastornos subjetivos. En realidad  
su mujer había observado de un tiempo a esa parte, que la orina recogida durante la noche  
dejaba un sedimento amarilloverdoso abundante, e inquieta insta al paciente para que viera  
a un médico; así lo hace, y el clínico consultado le indica diversos tratamientos sintomáticos.

Como no obtuviera al final la mejoría deseada concurre a nuestro consultorio.

En sus antecedentes no recogemos datos dignos de consignar. Por otra parte resulta  
difícil precisar la fecha de iniciación de su enfermedad actual, pues, como dijéramos, ésta no  
le ocasiona molestia alguna, y la piuria fué observada por la señora, quién sabe cuánto tiempo  
después de instalada.

La micción se realiza cada 4-5 horas durante el día, y desde hace unos seis meses apro-  
ximadamente tiene una micción nocturna. Esfera sexual normal. No es constipado.

Trátase de un paciente en buen estado general, de 1.70 m. de talla y 70 kg. de peso, con  
discreto panículo adiposo. El examen general no revela anormalidad alguna.

Orina de sedimentación turbia, con franco depósito purulento.

Orina de emisión: turbia y pálida, descolorida. Diuresis: 1900 cc., 2100 cc. y 2000 cc.  
(medición de tres días con la ingestión habitual de líquidos).

Uretra permeable a un explorador N° 22, libre.

Genitales externos e internos: normales.

Fosas lumbares: libres, indoloras, no se palpan los riñones.

El examen cistoscópico, realizado con una capacidad de 300 cc., revela una mucosa  
normal; meatos bien implantados y de aspecto sano, contracciones a un ritmo de 3' con eyacu-  
laciones claras a la D. y con grumos finos a la I.

Cromocistoscopia: a los 4' intensa, de ambos lados.

Los exámenes de laboratorio realizados arrojan el siguiente resultado en sus datos positivos:

1 Orina turbia, despulida, de reacción ácida, D. 1014, Ur. 18.50 %, Cl 9.50 %. Vestigios

de albúmina y urobilina. En el sedimento: células epiteliales escasas, abundantísimos piocitos, escasos hematíes.

- 2 Examen bacterioscópico: no se observan gérmenes.
- 3 Inoculación al cobayo: positiva.
- 4 Urea en suero: 0,38 gr. ‰.
- 5 Glucemia: 0,95 gr. ‰.
- 6 Índice medio horario de Katz:
- 7 F. S. F. 4' — 1ª media hora: 40 ‰; 2ª media hora: 20 ‰.



Figura 1

*Radiografía directa.* Riñones de forma, tamaño y posición normales. No se observan sombras calculares. Espina bífida de las últimas vértebras sacras.

*Examen radiográfico:*

1. — Una radiografía de tórax demuestra una acentuación de la trama con ingurgitación hilar.

2. — La radiografía directa (fig. 1) del árbol urinario es excelente: riñones de forma, tamaño y posición normales. No se observan sombras calcúlosas; en cambio se aprecia una espina bífida de las últimas vértebras sacras.

3. — La urografía excretora a los 5' (fig. 2) permite ver una buena eliminación a la D. con visualización de parte del uréter lumbar, iniciando ya la evacuación. A la I. sombra de densidad superponible a la de la D., sin que se observen los cálices superior y medio y parte

de la pelvis. La evacuación aquí también es rápida: el uréter lumbar se visualiza en una buena parte de su trayecto.

A los 20' (fig. 3) el nefroureterograma a la D. es igual; a la I. sombras irregulares de relleno desigual en la zona correspondiente a los cálices superior y medio. El uréter lumbar alto aparece a la I. con un engrosamiento discreto si se compara con el D. Cistograma normal.

Estos elementos de juicio nos permiten —en ausencia de toda lesión vesical— localizar el origen de la piuria en el R. I. Teniendo en cuenta la buena eliminación del índigo-carmin y

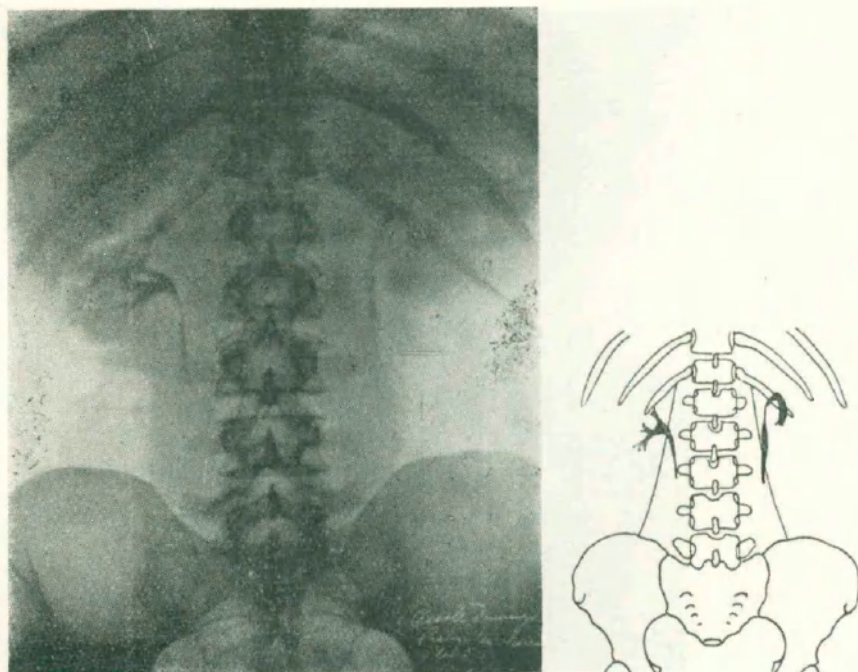


Figura 2

*Urografía de excreción (5')*. Buena eliminación a la derecha, visualizándose parte del uréter lumbar. A la izquierda, sombra de igual densidad que la de la derecha, notándose falta de relleno del cáliz inferior, del cáliz medio y parte de la pelvis. La evacuación ya se ha iniciado: uréter lumbar visible en la mitad de su longitud.

la prueba funcional excretora aceptable en el segmento visible de la glándula (1/3 inferior) interpretamos el relato tardío del segmento superior como consecuencia probable de una lesión estenosante de los cálices respectivos con la consiguiente aparición de una hidropionefrosis parcial. Por otra parte considerábamos que la lesión debía ser inicial, dada la ausencia de repercusión uréterovesical.

Se interviene bajo anestesia raquídea: 0,10 gr. novocaína.

Cirujano: Dr. Rubí. Ayudantes: Dres. Alsina y A. Grimaldi.

Lumbotomía izquierda rectilínea, transmuscular, con resección de la 12ª costilla. Se

efectúa la nefrectomía sin dificultades. con sección del uréter al final del acto quirúrgico. Rubber-drain, reconstrucción de la pared en un doble plano muscular. más puntos aponeuróticos aislados; tejido celular con catgut; piel con lino.

El postoperatorio es excelente. Se retira el drenaje a las 72 hs.; los puntos al 8º día y al 10º es dado de alta con orinas límpidas.

La pieza operatoria (fig. 4) nos deparó una sorpresa al seccionarla: las dos terceras partes del riñón están destruidas por un proceso úlcero-cavernoso y las cavidades rellenas de caseum

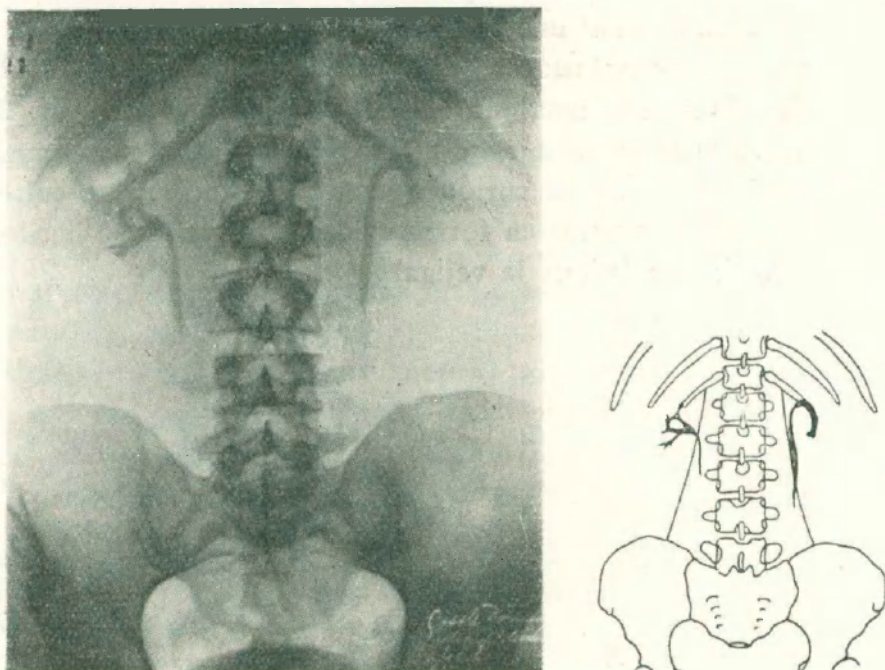


Figura 3

*Urografía de excreción (20').* Imágenes iguales a las anteriores, si agregamos la visualización mayor del uréter lumbar izquierdo, más engrosado que su congénere derecho. Cistograma visible en parte.

sólido que a buen seguro hubiesen llegado al estado mastic, de proseguir el paciente con su enfermedad.

La histología del segmento inferior reveló la existencia de lesiones de nefritis (Dr. Brachetto-Brian).

Como dijéramos al principio presentamos este caso a título de colaboración al presentado por los Profesores Castaño y Trabucco y constituye además un nuevo aporte a un tema ya tratado por los Dres. Astraldi, Brea y Fernández, quienes en la reunión del 27 de octubre de 1938, presentaron dos observaciones

de tuberculosis renal sin cistitis —a forma piúrica— forma clínica en la que debemos encuadrar nuestro caso.

Los autores citados en último término llaman la atención sobre la característica de estos casos: ausencia de lesiones vesicales en tuberculosis renales abiertas, descartando desde ya las formas cerradas (corticales o medulares) en las que no existe eliminación de bacilos de Koch, asimismo como las lesiones excluidas y las muy circunscriptas del comienzo de la enfermedad. Eventualidades que no son las de nuestro enfermo: piuria por lo menos de seis meses de evolución aparente, inoculación positiva y destrucción considerable del órgano.

A continuación hacen una serie de reflexiones al respecto para establecer en síntesis, a modo de conclusiones que hacemos nuestras: "1° — Estas formas clínicas de la tuberculosis renal sin cistitis, aunque raras, existen. 2° — Obliga cada vez que se le sospeche a agudizar los exámenes clínicos para despistarlos valiéndose de los métodos de enriquecimiento o de los micro-cultivos y 3° — Queda la laguna a demostrar en forma evidente el porqué el bacilo de Koch en estas circunstancias no lesiona la vejiga".