

RIÑÓN "MASTIC" EN UN ADOLESCENTE

Por el Dr. ALFREDO A. GRIMALDI

"Toda la substancia renal está transformado en una masa pastosa, de coloración y consistencia bastante análogas a las de la masilla de los vidrieros. Está rodeada por la cápsula propia del riñón, espesada, separada de lóbulos regulares por tabiques más o menos numerosos y completos. Se trata de una degeneración masiva del riñón, pero evolucionando hacia la desaparición del germen tuberculoso gracias a la obliteración completa del uréter: exclusión".

Así describe *Marion* (1) al *riñón masilla* en el concepto más absoluto, pero, agrega: "A veces, en una forma úlcero-caseosa se encontrará una bolsa aislada, llena de esta misma substancia o bien una o muchas bolsas existirán en un riñón, conservado por otra parte. Estas bolsas "mastic" están siempre enquistadas y no tienen comunicación con el bacinete".

Es decir, que frente al gran riñón excluido, degenerado masivamente e infiltrado de sales de calcio, encontramos el riñón tuberculoso ofreciendo este aspecto anatómo-patológico en forma parcial, ambos característicos por sus modalidades clínicas, radiológicas, evolutivas, etc.

Nuestro caso pertenece a esta última forma: se trata de un *riñón tuberculoso cretificado parcialmente, observado en un paciente de 15 años de edad, cuya historia clínica transcribiremos en una breve síntesis:*

B. C., 15 años, argentino, estudiante. Ingresó el 22 de Noviembre de 1943 (Sala X, Cama 15, Hospital Ramos Mejía).

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Amigdalectomía a los 7 años, con *hematuria* "a posteriori" de breve duración. Operado de criptorquidia bilateral a los 12 y 14 años de edad. Se resfría frecuentemente y es colítico crónico.

Enfermedad actual. — Desde hace 2 meses, aproximadamente, siente dolores en ambas regiones inguinales que atribuye a secuelas de la orquidopexia. Concomitantemente aparecieron trastornos urinarios, polaquiuria diurna y nocturna y hematuria terminal, presentándose ésta varias veces con intervalos diversos. Consultó un Servicio de Clínica Médica, tratándosele con regímenes especiales, coagulantes, sulfamidas y balsámicos.

Durante los 2 meses transcurridos no observó mejoría importante, por lo que es traído por sus padres al Servicio de Urología del Hospital Ramos Mejía, internándosele en la Cama 15.

Estado actual. — Buen estado de nutrición.

Orina: turbia en ambos vasos, reacción ácida.

Uretra: permeable al explorador N° 18, sensibilidad exacerbada de la porción posterior. No hay retención.

Tacto rectal: próstata sin caracteres anormales; no se palpan vesículas seminales.

Genitales: nada de particular.

Riñones: no se palpan; no existen puntos dolorosos.

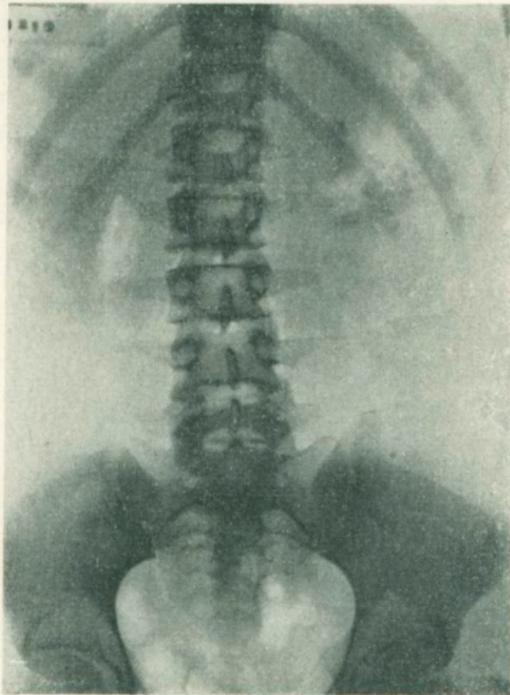


Figura 1

El resto del examen somático, inclusive el del aparato respiratorio —cuya radiografía es negativa— no ofrece datos dignos de mención.

Análisis completo de orina: reacción ácida. D. 1.020. Alb. 0.75 gr. %c. Pus: contiene. Sedimento: regular cantidad de leucocitos alterados; abundantes hematies.

Análisis bacterioscópico de orina: Pus contiene.

Se observan bacilos ácido-alcohol resistentes. (Prot. 33.359.)

Dosaje de urea en sangre: 0.27 gr. %c.

Prueba de la sulfafenoltaleína: aparece a los 5'; 45 % en la 1ª hora.

Endoscopia: Citoscopia. Anestesia: pantocaína 3 %c. Capacidad: 160 c.c.

Mucosa: cara lateral derecha de aspecto normal; en cara superior y lateral izquierda se observan granulaciones y ulceraciones típicas.

Meatos ureterales: derecho, de aspecto normal. *Izquierdo*, edematoso, con algunas granulaciones en el borde.

Indigo carmín: lado derecho: 3', intensamente, cada 15"; lado izquierdo: 8'. poco intenso, "fumée", continuo.

Examen radiográfico: Figura 1. Radiografía simple del árbol urinario.

Obsérvase una sombra irregular en su intensidad, forma y contornos, con pequeñas manchas múltiples, vacuolares algunas, incluida en la mitad superior del órgano: *riñón atigrado*.

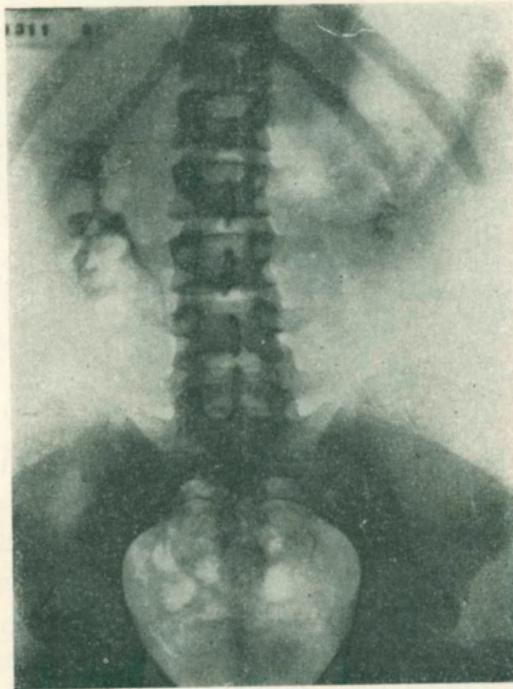


Figura 2

Figura 2. Urografía excretoria (Nitasom) a los 5'. En el lado derecho aparece la substancia de contraste dibujando las vías de excreción correspondientes, de aspecto normal.

En el lado izquierdo: aunque el medio opaco no aparece en pelvis, se le observa en parte dentro de la sombra renal mezclado con las manchas del "mastic".

Figura 3. Urografía excretoria a los 20'. Izquierda: Pérdida de la estructura normal de la imagen calicial. Pelvis y uréter discretamente dilatados.

Diagnóstico: El cuadro clínico, endoscópico y urográfico y la prueba bacterioscópica, certifican el diagnóstico de *tuberculosis renal izquierda*. El órgano adelfo ofrece los caracteres de indemnidad y suficiencia que autorizan a la aplicación de la terapéutica radical.

Las particularidades que imprime al proceso l forma anátomo-patológica que consideramos: *riñón masilla parcial*, no modifican, por supuesto, la conducta terapéutica, dado que no se trata del riñón tuberculoso excluido totalmente. Aunque, algo al margen del problema presente, deseamos repetir algunos conceptos de *Montserrat* (2) emitido durante la discusión del trabajo presentado por *Grimaldi F. E. y Rubí R.* (3) en 1936; dice: "Yo considero que el riñón "astic" calcificado o más bien cretificado, reúne todas las condiciones del proceso que se considera como curación de la tuberculosis, aunque anatómica y bacteriológicamente no lo sean... Ese riñón totalmente cretificado corre la misma suerte que los ganglios tuberculosos que, calcificados y excluidos, persisten toda la vida en la inmensa mayoría de las personas sin ser causa

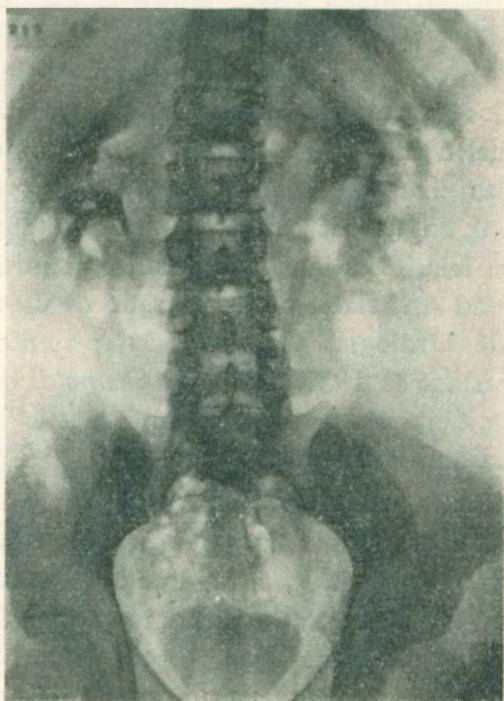


Figura 3

de ningún trastorno... Considero que no debe ser intervenido, *no así las exclusiones parciales*, pues mientras haya, aunque fuere una pequeña porción de parénquima vascularizado con lesiones evolutivas, puede ser él un foco de infección e intoxicación por vía hemática que será siempre beneficioso extirpar."

En consecuencia se procedió a la:

Operación: 7-XII-1943. Op.: Dr. F. E. Grimaldi; Aytes.: Dres. Rubí y Grimaldi A.

Anestesia: raquídea (Novocaína 0.10 gr.).

Incisión anatómica de Eckehorn izquierda. Nefrectomía.

El riñón extirpado es seccionado sagitalmente. Se observan varias cavernas de diverso

tamaño, ocupadas en su mayor parte por una masa pastosa, semejante a la masilla y sin comunicación aparente con las vías de excreción.

El diagnóstico anátomo-patológico establece: *tuberculosis renal úlcero-cavernosa con bolsas "mastic" predominantes*. La pieza que presentamos ilustra al respecto.

Postoperatorio: Sin inconvenientes. Alta a los 15 días. Después concurre al consultorio externo, pues los trastornos vesicales previos a la operación persisten, siendo objeto de la medicación local adecuada. Recién 3 meses después, desaparecieron sus fenómenos vesicales, manteniéndose desde entonces su orina límpida. Al año de la nefrectomía, a raíz de una hemoptisis, es tratado en un Servicio de Fisiología. Su proceso pulmonar sufre diversas alternativas, informándonos que es de poca actividad y con baciloscopia negativa. En cuanto a su aparato urogenital permanece en perfectas condiciones clínicas, habiendo sido controlado por última vez en marzo de este año.

COMENTARIOS

Este caso ofrece dos características que, aisladas son relativamente frecuentes, pero que raramente suelen presentarse reunidas. En primer término, la forma anátomo-patológica, "*tuberculosis renal úlcero-cavernosa con degeneración mastic parcial*". Según *Hinman* (4) la calcificación en la tuberculosis renal ocurre poco frecuentemente en relación a la caseificación, variando el depósito de calcio en extensión e intensidad sin relación con el grado de destrucción renal. En la Sociedad Argentina de Urología, *Castaño* (5) presentó 2 casos en 1931, *García* (6) aporta otros dos en 1932 y 1936 y *Grimaldi y Rubí* (cit) dos casos más en 1936. *Vilar y Cartelli* (7) otro riñón "mastic" en 1939, aportando *Schiapapietra* (8) 1 caso en dicha ocasión.

Sin excepción, todos los trabajos citados se refieren a tuberculosis renales en adultos. Debemos referirnos aquí, a la segunda característica de nuestro caso: *la edad*, pues se trata de un niño de 15 años, un adolescente. Aceptado universalmente que la mayor incidencia se presenta entre los 20 y 40 años, la tuberculosis renal por debajo de los 15 años de edad es poco frecuente. *Figuerca Alcorta, Dante y Sandro* (9) en 1944 presentaron un caso en una niña de 6 años, manifestando que no habían hallado ninguna publicación de tuberculosis renal en la infancia en la literatura médica argentina. Sin embargo, en la tesis de *Bertolasi* (10), de las estadísticas autóctonas que ofrece, podemos extraer algunos datos de interés:

Castaño (Hospitales Salaberry y Fernández) en 30 casos no observa ninguno por debajo de los 20 años de edad; *Astraldi* (Hosp. Salaberry) 1 en 16 casos; *Salleras*, 6 en 60; *Maraini*, 18 en 165; *Elizalde*, 5 en 108 casos; *Pagliari*, 2 en 50, y *Spurr*, 5 en 55. Se refiere a casos de tuberculosis renal en pacientes de 10 a 20 años de edad. *Campbell* (11) considera que de cada 60 niños con infección urinaria crónica 1 es un tuberculoso renal, registrando sobre 12.080 autopsias pediátricas 5 tuberculosis renales: 1 en 2.400, frente a 1 en 100 que

Kapsemmer (citado por *Campbell*) observa en 20.770 adultos autopsiados. *Campbell* ha nefrectomizado 8 tuberculosos renales por debajo de los 15 años de edad. *Marion* (cit.) sobre 1393 casos de tuberculosis renal observa 185 antes de los 20 años, y *Puigvert-Gorro* (12) en una estadística personal de 123 casos no tuvo oportunidad de observar ninguno menor de 16 años.

Esta breve reseña bibliográfica, que no pretende ser completa, por otra parte, confirma que *la tuberculosis renal a los 15 años edad es, indudablemente, poco frecuente, pero si se presenta bajo la forma úlcero-cavernosa cretificada parcialmente*, el caso adquiere, por la concomitancia de los dos factores, caracteres de excepcional. No cambia, sin embargo, en esencia, los clásicos conceptos clínicos y terapéuticos, la modalidad de nuestro caso, manteniéndose firme el "dogma de *Albarran*", de la *nefrectomía precoz*, que tantos beneficios puede reportar al enfermo cuando se procede adecuada y correctamente.

RESUMEN

Presentase un caso de tuberculosis renal úlcero-cavernosa con predominante degeneración masilla en un niño de 15 años, curado con la nefrectomía.

BIBLIOGRAFIA

1. *Marion C.* — *Traité d'Urologie*. 1935
2. *Montserrat J.* — "Rev. Arg. de Urología". 1936. pág. 370.
3. *Grimaldi F. y Rubí R.* — Riñón mastic. "Rev. Arg. de Urología". 1936. pág. 353.
4. *Hinman.* — *The principles and practice of Urology*". 1937.
5. *Castaño E.* — Exclusión renal por tuberculosis. "Rev. Arg. de Urología". 1931. pág. 452.
6. *García A.* — "Revista Arg. de Urología". 1932. pág. 179. y 1936. pág. 362.
7. *Vilar G. y Cartelli N.* — Riñón mastic. "Rev. Arg. de Urología". 1939. pág. 681.
8. *Schiappapietra.* — "Rev. Arg. de Urología". 1939. pág. 687.
9. *Figueroa Alcorta, Dante y Sandro.* — Tuberc. renal en una niña de 6 años. "Rev. Arg. de Urología". 1944. pág. 294.
10. *Bertolusi A.* — Tuberculosis renal. Tesis. 1940.
11. *Campbell.* — "Pediatric Urology". 1937. I. pág. 510.
12. *Puigvert-Gorro A.* — La tuberculosis génitourinaria. 1941.