

Instituto Munic. de Radiol. y Fisioterapia.
Director: Dr. Paulino Musacchio.

COMENTARIOS SOBRE UN CASO DE TUBERCULOSIS LOCALIZADA EN UN RIÑÓN CON DILATACION DE VIAS EXCRETORAS

Por el Dr. LEON D. ARRUES

En el año 1936 presentábamos a esta sociedad un caso de tuberculosis renal en el cual existía una real coincidencia entre la iniciación del proceso y un traumatismo lumbar con repercusión sobre la glándula: demostrábamos entonces en forma terminante la relación que existía entre ambos. El extinto profesor Llanos de Rosario contribuyó a nuestra presentación con un caso en el cual había comprobado la misma coincidencia.

En el enfermo que hoy presentamos la lesión en cambio se ha instalado en un riñón que tres años antes habíamos observado con una marcada dilatación pielo-ureteral consecutiva a una estrechez del conducto y meato puntiforme.

Si relacionamos nuestros dos casos en los cuales las circunstancias que han incidido sobre la localización son tan dispares, es sólo a los efectos de reafirmar una vez más la importancia que adquiere la génesis de la lesión bacilar y el "locus minor resistenti".

Corresponde la historia clínica al enfermo C. M. Ficha 17/193, año 1943: 40 años, casado y que fué observado por primera vez en el mes de Mayo de 1943.

Antecedentes personales. — Niega afecciones de la infancia; blenorragia a los 25 años, que trató con lavajes y dilataciones. Tiene un hijo sano. Regular fumador.

Enfermedad actual. — Concorre a raíz de un marcado dolor en la fosa lumbar izquierda, permanente, que se exacerba con el ejercicio y en oportunidades hasta le impide conciliar el sueño. Observa que sus micciones se hacen más frecuentes y las orinas turbias.

Estado actual. — Buen estado general. Dice haber sido siempre delgado y no acusa oscilaciones en su peso. Sólo desde hace algunos meses ha disminuído su apetito. Mucosas húmedas y bien coloreadas.

Apurato urinario. — Riñones: apenas se palpa el polo inferior del lado izquierdo en las

grandes inspiraciones. Punto costo-muscular y costo-vertebral de este lado, positivo. Puño-percusión de Murphy, ídem.

Orinas intensamente piúricas y de reacción alcalina.

Uretra. — Buen calibre; pasa con facilidad un explorador N° 22.

Aparato genital. — Testículos y epidídimos de forma, consistencia y sensibilidad normal. Próstata ligeramente sensible en el lóbulo izquierdo.

Vejiga. — Buena capacidad vesical. *Cistoscopia,* se efectúa el examen con 150 c.c. de lí-

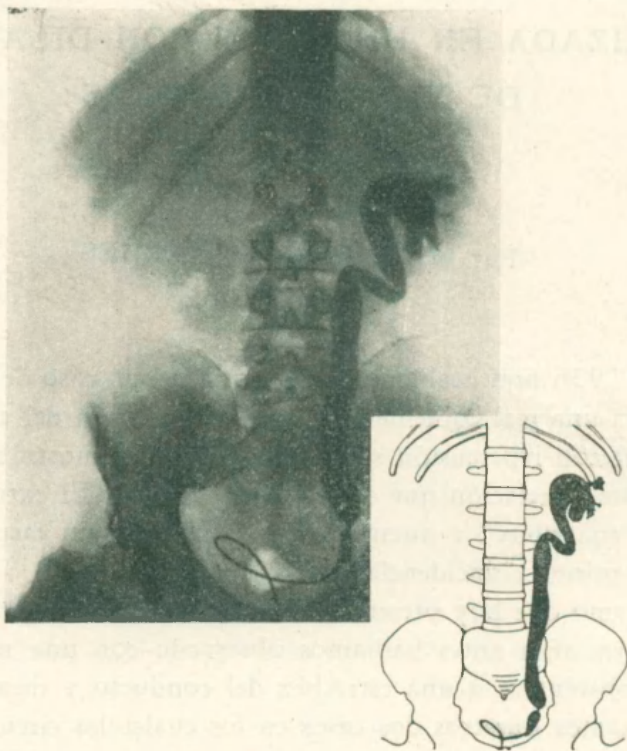


Figura 1

Pielografía ascendente izquierda. Cálices, pelvis renal y ureter dilatados regularmente.

quido. Mucosa ligeramente despulida no obstante lo cual se visualizan bien los vasos. Trígono rojizo aumentando la congestión a medida que la visión se acerca al cuello vesical. Meato ureteral derecho con eyaculaciones rítmicas y de buena intensidad. El izquierdo, en cambio, es puntiforme y su localización es laboriosa; sólo se logra hacer pasar un catéter cónico-olivar N° 6 (F). Apenas introducido fluye por él una gran cantidad de orina a ritmo ininterrumpido, lográndose recoger casi 100 c.c. de orinas turbias. También se cateteriza el derecho y de ambos se recoge orinas durante media hora. Se solicita de ambas examen químico y bacteriológico recibiendo del laboratorio el siguiente resultado:

Riñon derecho: Cantidad en $\frac{1}{2}$ hora, 20 c.c.; aspecto, límpido; urea, 18 ‰; cloruros, 9 ‰; sedimento: Reg. cantidad de células epiteliales planas. Algunos hematíes bien conservados.

Riñon izquierdo: Cantidad en $\frac{1}{2}$ hora, 100 c.c.; aspecto, turbias con grumos; urea,

12 grs. ‰; cloruros, 9 grs. ‰. Escasas células epiteliales planas; regular cantidad de leucocitos bien conservados. Abundantes estrias de mucus y microorganismos.

Signo de Colombino e investigación de *bacilos de Koch*, negativos para ambos lados. Se efectúa inoculación por separado de ambas orinas y 40 días después se sacrifica ambos animales, no encontrándose lesiones ganglionares ni peritoneales.

Exámenes radiográficos. — La urografía de excreción muestra buena eliminación de la substancia inyectada que se percibe claramente llenando las vías excretoras del lado *derecho* a los 7 minutos. En el izquierdo, en cambio, recién se dibujan a los 30 minutos, mostrando los cálices, la pelvis renal y ureter muy dilatados. A nivel del tercio superior este último muestra una marcada acodadura y a pocos centímetros de su extremo inferior una marcada estructura.

La pielografía ascendente muestra *esta imagen* con más claridad (Fig. 1).

Con los datos suministrados por el examen clínico y radiológico llegamos a la conclusión de que existía en nuestro enfermo una marcada estrechez del ureter y una atresia del orificio inferior del mismo.

Como tratamiento instituímos la ampliación del meato mediante la electrocoagulación y pasados algunos días sonda ureteral permanente, cuyo calibre aumentamos progresivamente cada 24 horas, hasta llegar al Nº 12; después de abundante tratamiento quimioterápico damos de alta al enfermo para ser observado pasado algún tiempo.

El enfermo vuelve 4 semanas después y al examen global las orinas son claras y transparentes: los dolores han desaparecido y el enfermo se reintegra a su trabajo habitual. Nuevamente es observado un año después, encontrándose en perfectas condiciones.

Hace algunos meses y habiendo transcurrido más de tres años desde que fué dado de alta se presenta nuevamente acusando trastornos marcados durante la micción, polaquiuria diurna y nocturna, ardores y dolor terminal. Periódicamente discreta hematuria que refiere como total.

Solicitamos entonces un nuevo examen radiológico y con gran sorpresa observamos que la eliminación del lado izquierdo muestra sólo algunas sombras lacunares de contornos irregulares y que apenas se esbozan en el negativo obtenido a los 60 minutos.

El examen de la vejiga muestra la presencia de toda la gama de lesiones que caracterizan las

Riñón derecho: urea, 15 ‰; cloruros, 8 ‰; sedimento, escasas células redondas, algunos leucocitos, mucus, abundantes hematíes bien conservados.

Riñón izquierdo: urea, 7,50 ‰; cloruros, 7 ‰. Regular cantidad de células epiteliales abundantes leucocitos, normales y granuloses, glóbulos de pus, células macrófagas, mucus, uratos amorfos. Signo de Colombino, positivo.

El examen de sangre demostró una azoemia de 0,36 ‰ y una glucemia de 0,91. La constante de Ambard dió como resultado 0,08. En estas condiciones se resuelve la intervención el 6 de Diciembre de 1946.

Cirujano: Dr. Arrués, ayudantes: Dres. Gramajo y Silvestre. Anestesia: raquídea alta. Lumbotomía clásica con amplia incisión oblicua a lo Israel. Después de incindir las capas musculares se llega a la loge donde se encuentra un marcado proceso de perinefritis adhesiva. Se trata de liberar las adherencias evitando en lo posible el manipuleo y efectuando ligaduras previas, pues se hallan gran cantidad de vasos neoformados. Inmediatamente por debajo del polo inferior se reconoce el ureter que tiene más o menos el calibre del dedo pulgar, es de consistencia dura y se halla muy adherido a la cara posterior del peritoneo visceral; se lo aísla lo más bajo posible y previa ligadura del pedículo se cierra la pared por planos dejando abocado el conducto ureteral a la parte más inferior de la incisión y cabalgando sobre algunas gasas arrolladas.

El post-operatorio fué algo accidentado, pues a los pocos días la temperatura alta obligó nuevamente a drenar los planos profundos. El cierre se efectuó por segunda, persistiendo un trayecto fistuloso.

El examen de la pieza mostró un riñón con grandes cavidades anfractuosas llenas de pus cremoso y consistente. Algunas de ellas hacían procedencia sobre la superficie. El ureter muy

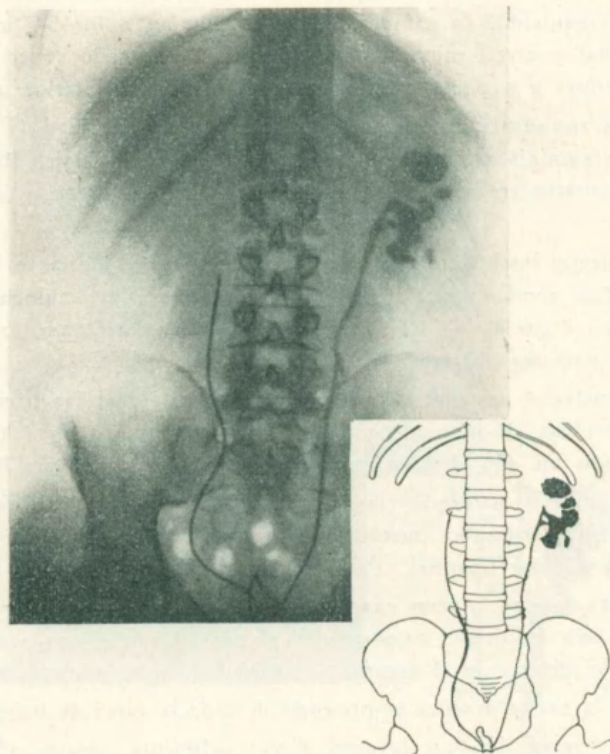


Figura 2

Pielografía ascendente izquierda, tres años después.

Cállices dilatados y de contornos borrosos, ureter rígido y con algunas irregularidades.

grueso apenas si tenía algunos milímetros de luz y también se hallaba con lesiones ulcerativas y gran cantidad de granulaciones.

COMENTARIOS

Como podemos observar por la historia que antecede se trata de un enfermo cuya primera afección era debida exclusivamente al proceso obstructivo situado al nivel del trayecto ureteral y del meato y con discreta repercusión sobre la función renal; abona esta afirmación los datos que a continuación detallamos: 1º meato puntiforme (comprobado en la citoscopia) y estrechez a nivel del tercio inferior (imagen pielográfica).

2º Disminución de la función comprobada por el examen de orinas recogidas por separado.

3º Falta de lesiones bacilares en vejiga.

4º Negatividad en los exámenes directos y en las inoculaciones.

5º Evolución favorable después del tratamiento (electrocoagulación del meato y dilataciones con sonda permanente.

6º Mejoría en el estado general y local que persistió durante casi dos años.

Tres años después observamos al enfermo con un proceso baciloso que obliga a efectuar la ectomía del órgano.

Es pues concluyente que la lesión se ha instalado en el tramo urinario previamente disminuido en sus defensas por la afección anterior.

Son de antiguo conocidas las estadísticas Küster, Albarrán y Delbet que demuestran la mayor frecuencia de la localización bacilar en la mujer y sobre todo en el lado derecho donde además hallaban con frecuencia el descenso de la glándula.

También son terminantes las experiencias de Albarrán que reproducía experimentalmente lesiones tuberculosas ligando previamente el uréter del conejo e inyectando por arriba del mismo cultivos de bacilos de Koch.

Asimismo Baumgarten ligando los uréteres de conejos con hilos de seda impregnados de bacilos producía nódulos bacilares a nivel de la estrictura produciéndose luego lesiones en los tramos superiores. Los mismos experimentos con ligeras variantes fueron realizados y confirmados por Hansen, León Bernard y Salomón.

Wilboldts inyectaba bacilos de Koch en una vejiga a la cual previamente había ligado el uréter e inyectando luego suero fisiológico hasta obtener distensión vesical se desarrollaron lesiones a nivel de la glándula en 8 de los 20 casos experimentados.

Vemos pues que las observaciones de laboratorio demuestran la mayor posibilidad de localización en órganos con alteraciones anteriores.

BIBLIOGRAFIA

Küster. — "Deutsche Chirurgie". 1902.

Albarran. — *Traité de Chir.* Delbet y Le Dentu. T. VIII.

Israel. — *Chirurgische Klinik der Nierenkrankheit.*

Baumgarten — (Experimente über ascend. urogenital tuberc. Berl. Enciclop. Wath. 30 Oct. 1945, Nº 44, pág. 81.)

Albarran. — *Maladies des organes genit-urin.*

Wildsboldts. — *Experiment. studies über asc. Nieren Tub. Fol. Ur. T. III. 1909.*

DISCUSION

Dr. Schiappapietra. — *Es evidente que una inoculación negativa en el primer examen es un argumento que hay que tener muy en cuenta, pero habría que saber si esa inoculación se hubiera repetido, si algunas de ellas no hubiera sido positiva.*

La semiología y la investigación está bien completa al informarnos el doctor Arrúes que en el primer examen hay una inoculación negativa, pero habría que saber si una segunda inoculación hubiera sido positiva y si la estenosis del uréter pelviano no hubiera sido una una manifestación de origen bacilar.

Dr. Bernardi. — *Las dilataciones congénitas generalmente son bilaterales y las tuberculosis de tipo obstructivo uretérico son formas benignas, en las que pueden encontrarse o no el bacilo de Koch, pero por progresión pueden dar esclerosis y atrofia, como se ha visto en la segunda serie de urografías de uréter.*

Está salvada isn embargo, la etiología del caso, porque el Dr. Arrúes ha hecho pruebas funcionales y ha recogido las orinas. Si nos ponemos en un terreno de no aceptar todas las posibilidades, podríamos barajar una serie de diagnósticos pero se podría citar como verdadera la tesis referida por el Dr. Arrúes, que se trata de un uréter dilatado congénitamente, en el que se ha injertado posteriormente la bacilosis.

Dr. Arrúes. — *Yo no he efectuado inoculaciones posteriormente, porque nada me llamó la atención. El estado del enfermo era tan bueno que no me pareció necesario. Verdaderamente, no creí en una tuberculosis renal. Si traigo este caso a la Sociedad es porque, a través de su evolución, comprobé esa tuberculosis.*

Dr. Bernardi. — *¿Hizo o no inoculación el doctor Arrúes en el primer examen? Porque de lo contrario, aceptaría la tesis del doctor Schiappapietra.*

Dr. Arrúes. — *Se ha realizado, doctor.*