

## FORMAS ATÍPICAS DE LA HIDATIDOSIS RENAL EN PERSONAS DE EDAD

Por los Dres. JOSE S. DOTTA y TOMAS DELPORTE

El hecho poco frecuente de haber observado recientemente 2 casos de tuberculosis renal en personas que sobrepasan los 50 años nos mueve a su presentación dada la rareza de los mismos y para señalar que a pesar de la edad no debemos dejar de pensar en este factor etiológico como condicionante de procesos renales.

La primera enferma, Sra. A. de J., de 55 años, polaca, ingresa a nuestro Servicio el 7 de agosto de 1961. Consulta por primera vez aproximadamente un mes antes revelando entre sus antecedentes como único dato de importancia una amputación de brazo derecho hace 14 años por osteomielitis (?). Viene a la consulta porque desde la víspera y después de emitir un coágulo queda en retención completa, debiendo ser sondada en dos oportunidades; sus orinas son sanguinolentas. Por otra parte, refiere que dos años antes tuvo un episodio de cistitis aguda que curó en 2 ó 3 días acusando 4 ó 5 días después un fuerte dolor en fosa ilíaca derecha irradiado hacia la región lumbar correspondiente que se prolongó por espacio de 3 días notando a continuación la emisión de orinas que dejaron gran sedimento. Desde entonces anduvo bien pero con cierta polaquiuria, micción cada 2 horas tanto de día como de noche, pero sin ardores ni disuria.

El examen clínico sólo demuestra una moderada hipertensión: 170 de Mx. grandes várices en pierna izquierda y un prolapso véscico-rectal. El resto del examen es negativo, inclusive la palpación renal, no percibiéndose ni puntos renales ni ureterales dolorosos. La cistoscopia nos demuestra una ligera cistitis difusa con ambos orificios ureterales de caracteres normales. Por debajo del orificio ureteral derecho pequeña exulceración de aspecto bacilar. Cuello ligeramente hipertrófico.

A. de o.: 1,020. Ac. Alb.: 0,40. Gluc.: (-). Pig. bil.: (+). Hgb. (+10). 10 a 11 leucocitos normales, algunos degenerados, 5 ó 6 hematíes por campo. Algunos cilindros hialinos. Uratos.

Dos. de urea: 0,36 %.

Rad. direct.: Areas renales conservadas. No se aprecian sombras calculosas.

Urograma: Pielouréterogramas izquierdo normal. Del lado derecho riñón excluido.

Pielografía retrógrada R. D.: Se había intentado previamente una cateterismo sin lograrlo por lo que utilizando la sonda oliva de Chevassu visualizamos un uréter de aspecto moniliforme y lesiones de tipo úlcero-cavitaria en área renal.

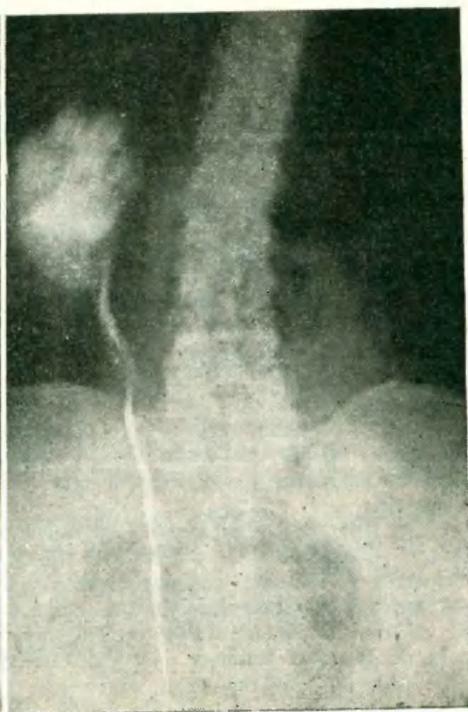
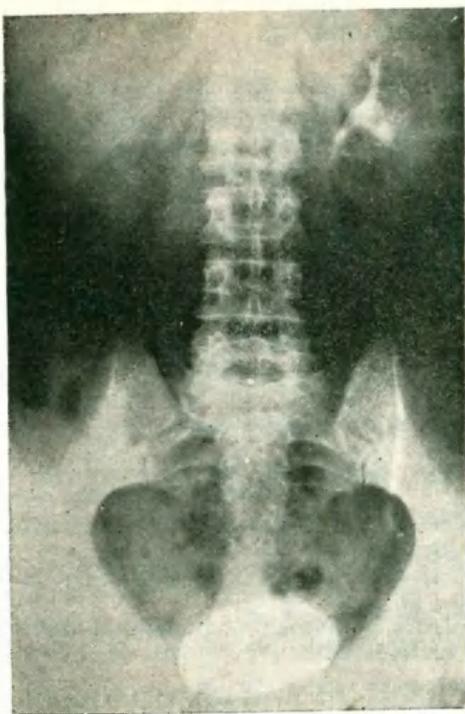
En estas condiciones la enferma es sometida a un tratamiento combinado de Ambistrin y Nidrazid durante 20 días después de lo cual se realiza una nefrectomía derecha según la técnica habitual para estos casos.

.... El informe anátomo-patológico confirma nuestra presunción diagnóstica al establecer la existencia de lesiones difusas de pielonefritis tuberculosa.

La enferma es dada de alta a los 7 días de operada continuando actualmente con su tratamiento combinado de estreptomocina e hidracida del ácido nicotínico.

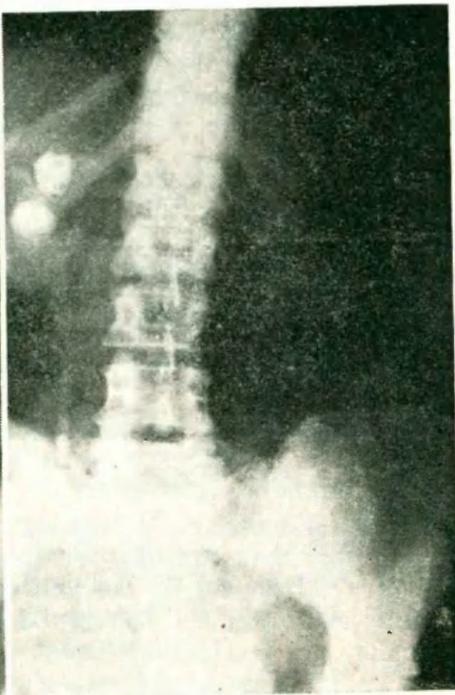
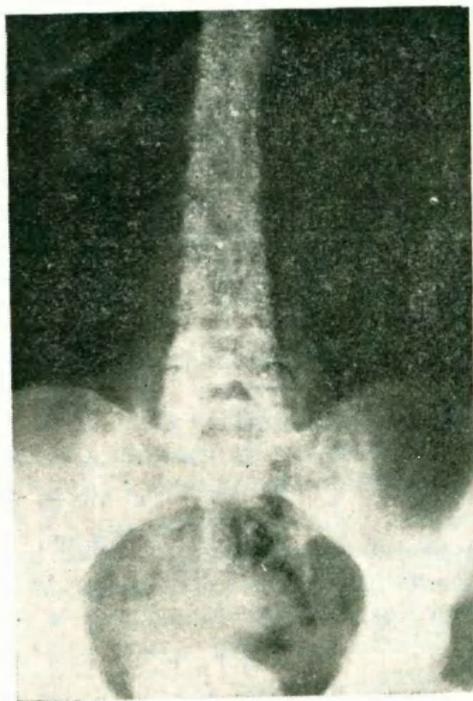
La segunda enferma, G. de A., de 70 años ingresa a nuestro Servicio el 15 de setiembre de 1961, siendo sus antecedentes sin importancia con excepción de saberse hipertensa desde hace 25 años y diabética desde hace 6, ambas afecciones en tratamiento.

Como manifestación urológica que la lleva a la consulta expresa que por primera vez acusa 4 días atrás una hematuria de tipo total que se prolonga por espacio de 4 micciones



1ª obs.: Sra. A. de J. — Urograma. Pieloureterograma reg. normal. R. D. excluido.

1ª obs.: Sra. A. de J. — Ureteropielografía retrógrada R. D. Lesiones de tipo úlcero cavitario en R. y uréter de aspecto moniliforme.



2ª obs. Sra. G. de A. — Urograma por excreción: Pieloureterograma normal. Esbozo de eliminación a nivel del cáliz sup. R. D.

2ª obs. Sra. G. de A. — Urétero pielografía retrógrada R. D. Lesión de tipo cavitario en área renal y uréter típicamente moniliforme.

y que repite 2 días después. Previo a ello y desde hacía un mes acusaba cierta polaquiuria, nicturia y ardor miccional. Nunca tuvo dolores de tipo renal ni emitió concreciones.

El examen clínico salvo su H.A. 170-80. no ofrece particularidades. El abdomen globuloso no deja traducir ninguna anormalidad a nivel del árbol urinario.

Los análisis practicados:

*A. de o.:* Ac: 1013. Alb.: (-). Gluc. vest. Hgb. (-) Regular número de pirocitos.

*Hemograma:* 4.100.00; 8.700; 80-0-9; 61-4-0-26-9.

*Dos. de Urea:* 0,46 ‰. Glicemia: 1,33 ‰ Eritrosed. 22-40.

*Cistoscopia:* Pequeña estenosis del meato uretral. Mucosa ligeramente congestiva con algunas trabeculaciones. Orificios uretrales sin particularidades.

*Rad. direct.:* Areas renales libres. No se aprecian sombras calcúlosas.

*Urograma:* Pielouréterograma izquierdo normal. Del lado derecho sólo se vislumbra cierta eliminación de sustancia de contraste a nivel del cáliz superior.

Se intenta efectuar una pielografía ascendente de riñón derecho pero el catéter no franquea, razón por lo que se le electúa una:

*Ureteropielografía retrógradas* Típicas lesiones de ureteritis bacilar y groseras lesiones de piónefrosis.

*Rad. de campos pulmonares:* Sólo muestra un reforzamiento de la trama vascular.

Con el diagnóstico de piónefrosis tuberculosa de riñón derecho la enferma es tratada con Ambistrin y Nidrazid durante 20 días y luego nefrectomizada (18-9-61), según la técnica de rigor a través de una incisión anatómica tipo E. Hess.

El informe anatómopatológico confirma nuestra presunción diagnóstica al demostrar la existencia de groseras lesiones de pielonefritis tuberculosa.

A pesar de las manifestaciones de Cibert en su magnífico tratado "La tuberculosis renal bajo el ángulo de la terapéutica" donde expresa que el 1/5 de los enfermos hospitalizados padecen de una tuberculosis renal; que sobre 1.182 enfermos internados en 1943 en su servicio hubo 250 tuberculosis renales (21 %) y que la tuberculosis urogenital es por otra parte después de la pulmonar la localización visceral más común del bacilo de Koch, nosotros en nuestro medio vemos excepcionalmente tuberculosis génito-uritarias; podríamos contar con los dedos de la mano los casos vistos en el curso de un año.

El hecho de haber observado estas lesiones similares en dos enfermas que sobrepasan los 50 años: una de 55 y la otra de 70, nos lleva a efectuar ciertas consideraciones.

Ante todo la edad: todos están de acuerdo que la tuberculosis renal puede sobrevenir en cualquier etapa de la vida, pero lo hace frecuentemente en la época de mayor actividad, entre los 20 y 40 años. Lucien Leger da como cifras extremas en su servicio de adultos del Pabellón Albarran, en París, entre los 16 y 65 años. Cibert dice que la frecuencia de la tuberculosis empieza a declinar después de los 40 años, haciéndose rara después de los 50 años. Su estadística arroja el 7,5 % entre los 50-60 a., 2,6 % entre los 60-70 a. y 0,3 % de los 70 a 80 años.

Esto nos debe hacer meditar acerca de su existencia y establecer su posibilidad frente a cualquier edad de la vida: las estadísticas sólo tienen valor frente a los números: para el enfermo su afección corresponde al 100 %.

La hematuria en ambos casos ha sido el síntoma cardinal que ha llevado ambas enfermas a la consulta: en la primera de tal magnitud, que inclusive determinó la formación de coágulos en vejiga con la subsiguiente retención. Esta manifestación clínica de real valor en la generalidad de los casos se halla determinada por las lesiones bacilares del riñón enfermo, aunque se habría descripto hematurias controlaterales (Albarran, Papin, Thevenot) que dependerían de la acción tóxica del riñón enfermo sobre el sano. La magnitud de las lesiones radiológicas, la indemnidad del riñón supuesto sano nos hace presumir que dicha hematuria venía del riñón enfermo. En contraposición de otras opiniones, R. Küss, piensa que la hematuria en la mayoría de los casos no es una lesión de comienzo pero sí de una lesión tórpida en vías de cicatrización.

Al pasar en revista este autor 74 casos de tuberculosis hemorrágica y de los cuales 52 fueron nefrectomizados, sólo en 6 casos había una pionefrosis, los restantes eran lesiones ulcerosas o cavernosas en comunicación con los cálices (27 c.), lesiones excluidas con quistes a contenido claro o mastic (6 c.) y las restantes lesiones corticales o medulares primitivas sin comunicación con las vías excretoras (7 c.). Picatoste, en su estadística de 525 tuberculosis renales, halló este signo en el 8,95 % de los casos. Excepcionalmente la hematuria en la tuberculosis renal puede ser de tal magnitud que obligue a una nefrectomía hemostática. En general tiene una individualidad anátomo-clínica caracterizada por su torpidez y una tendencia cicatricial demostrada por la ausencia de su propagación a vejiga y una larga evolución. La pobreza de su cuadro clínico hace a veces difícil el diagnóstico, planteándose la posibilidad de tratarse inclusive de una neoplasia renal como en nuestra segunda observación. Si bien en ambos casos ese signo fue el que motivó la consulta, en ambos ya venía acusando ciertos trastornos vesicales, discreta polaquiuria que remontaba a 2 años en la primera y a un mes en la segunda. En ninguna de ellas esto fue motivo de preocupación. Por lo tanto podemos catalogar a estas enfermas dentro de la forma clínica hematórica, aunque desde el punto de vista anátomo-patológico se tratara de pionefrosis tuberculosa.

Desde el punto de vista diagnóstico existía una exclusión funcional total en la primera y casi en la segunda con pieloureterogramas normales del lado opuesto. En la enferma de 70 años al visualizarse cierta eliminación de sustancia de contraste sólo por el sistema calicial superior existía la impresión de que podría haberse tratado de una neoplasia. Se han descrito por otra parte casos similares y que fueron llevados a la mesa de operaciones con dicho diagnóstico. Queremos destacar la importancia de la ureteropielografía retrógrada como elemento que llevó a establecer un diagnóstico de precisión; en ninguna de las 2 enfermas fue factible efectuar un cateterismo ureteral por entrar sólo un par de cms. La sonda tapón de Chevassu permitió materializar el estudio radiográfico deseado y poner en claro lesiones de tal naturaleza que no permitía ninguna duda diagnóstica. Al uréter tuberculoso le caben todas las posibilidades, desde la dilatación hasta la estenosis, total o segmentaria, pero el aspecto moniliforme que ofrecían los casos aquí relatados lo puede hacer solamente la tuberculosis. La ureteritis tuberculosa puede ser primitiva o secundaria, total o segmentaria o bien de la porción terminal del uréter. Es difícil en estos casos establecer cuál es la lesión primitiva: a punto de partida renal con compromiso secundario del uréter o viceversa, pero es de suponer, dada su mayor frecuencia, que la lesión renal sea la inicial. Tratándose de lesiones limitadas existe la posibilidad de un tratamiento conservador, hecho no factible en estas dos observaciones. Del aspecto pielográfico no haremos ninguna referencia por demostrar a las claras la existencia de lesiones pionefróticas.

No nos preocupamos en la investigación del bacilo de Koch por considerar que su positividad sólo habría contribuido como elemento de complemento; los datos radiológicos eran terminantes. Llamaba la atención la indemnidad de los meatos ureterales al examen endoscópico; sólo en uno existía una exulceración vecina al orificio ureteral del lado afecto.

La terapia se hizo de acuerdo con los cánones establecidos hoy en día: previa medicación asociada de estreptomycinina e hidrazida del ácido nicotínico durante un plazo de 20 días se llevó a cabo la nefrectomía en la forma de rigor en estos casos. En las dos enfermas el post-operatorio fue desarrollándose nor-

malmente y continuarán bajo tratamiento médico durante un plazo no menor de un año.

#### RESUMEN

Los A. A. al presentar dos enfermas de 55 y 70 años, portadoras de una tuberculosis renal larvada, hacen una serie de consideraciones clínicas y diagnósticas.

#### BIBLIOGRAFIA

*Cobert, J.*: "La tuberculose renale sous l'angle de la thérapeutique". París, Marron, 1945.

*Leger, L.*: Encyclopédie Médico-Chirurgicale.

*Kuss, S.*: "Significado de la hematuria en la tuberculosis renal", Journal d'Urologie, 53: 297, 1946.

*Picaloste Patiño J., y Espiño, F. L.*: "La hematuria como síntoma único de la tuberculosis renal", Rev. Española de Urología, XXI, 1-7956.

---