

Papilitis hemorrágica

Dres. Armando Trabucco y Salomón Fefer

La afección localizada a la papila renal pocas veces se presenta como una entidad nosológica primaria; más frecuente es su aparición complicando la evolución de diversas afecciones.

El hecho de haber asistido en nuestro servicio un paciente con una papilitis hemorrágica nos lleva a presentar el caso y a efectuar algunas consideraciones en cuanto al diagnóstico y al tratamiento.

R. R. M. Hist. Serie N^o. 778/7, Argentino, 37 años, ingresó al Servicio el 7.3.64 y egresó el 19 del mismo mes.

Antecedentes personales: Pleuresía izquierda a los 12 años de edad; anginas a repetición, la última en julio de 1963, cursó con adenopatías cervicales y demoró más de quince días en curar.

Enfermedad actual: El 14 de noviembre de 1963 es sorprendido por un repentino cambio en el color de sus orinas que adquieren una tonalidad parda-rojiza.

Por la descripción que hace el enfermo y por la evolución ulterior del caso podemos afirmar que se trataba de una verdadera hematuria.

La característica de la misma es su caprichosa presentación; a períodos de 10 o 15 días de hematurias seguían otros en que las orinas eran normales.

El enfermo es medicado con coagulantes y quimioterápicos urinarios. No existiendo relación entre la aparición o desaparición de la hematuria y la terapéutica instituída, tampoco lo hay en lo que se refiere a esfuerzos o traumatismos.

Durante el curso de su enfermedad actual no presentó otro signo urinario ni extraurinario; tampoco perdió peso.

El día 7 de marzo de 1964, se interna en nuestro Servicio comprobándose el siguiente estado actual: enfermo lúcido, afebril, B.E.G., aparato respiratorio semiológicamente normal; aparato cardíaco y vascular: T.A. 13/8; pulso 88 por min. regular igual; auscultación cardíaca sin particular. Abdomen simétrico excursiona con la respiración, blando, indoloro; no se palpan hígado, bazo ni riñones. La palpación profunda no despierda puntos dolorosos. Testículos y epidídimo sin particular; orinas hematurías sin coágulos. Tacto rectal: Próstata con caracteres semiológicos normales, vesículas seminales no se palpan. Uretra: elásticas, de buen calibre, permite el paso de instrumentos endoscópicos.

El paciente traía los siguientes exámenes con fecha 15.12.63: Recuento y fórmula: Rojos 4.700.000; hemoglobina 16%, blancos 6.800; neutrófilos 47%; eosinófilos 2%; basófilos 1%; monocitos 1%; linfocitos 49%. Orina color pardo-rojizo, turbia. Sangre +++, albúmina 4.20g%; sedimento: hematuria intensa, células epiteliales aisladas y en grupos. Escasos leucocitos granulosos.

El 23.1.64 se le obtienen los siguientes exámenes: V. S. 18-39 mm. Recuento de Addis: Leucocitos 1.100.000, hematíes 75.900.00 cilindros O. Título de Andrestreptolisine : 100 U. Todd. Suero testigo 100 U. Todd.

El examen de orina efectuado al ingresar al Servicio, no confirma la albuminaria del 1er. análisis, ya que en él sólo hay vestigios no deseables de albúmina. La glucemia y uremia eran normales. El examen bacteriológico de la orina obtenida por cateterismo del riñón derecho evidencia escasos estafilococos.

CITOSCOPIA: Efectuada previamente a la internación informa lo siguiente: vejiga de buena capacidad, mucosa vesical normal, meatos ureterales bien implantados, morfológica y funcionalmente no alterados.

El meato izquierdo evacua s/p. mientras que del derecho fluyen orinas francamente hematurías.

EXAMEN RADIOLOGICO: La radiografía directa del árbol urinario no muestra imágenes litiasicas. Urograma de excreción: a los 7 min. se manifiesta buena función renal bilateral. A los 25 min. (R. X. N° 1) se visualizan perfectamente ambos riñones, ureteres y vejiga. El árbol pielocalicial izquierdo es normal, en el lado derecho se observa un ligero desflecamiento e irregularidades a nivel de los cálices medio e inferior. Los ureteres y la vejiga no presentan anomalías.

El día 13 de abril se repite la cistoscopia, ratificándose que la hematuria proviene del lado derecho. A los efectos de completar el estudio en el mismo acto se practica un cateterismo ureteral de ese lado y se efectúa una pielografía ascendente.

Se inyectan 12 cm³ de una solución de yoduro de sodio al 12%. Esta radiografía (Rx. N° 2) muestra las alteraciones ya descritas a nivel de los cálices medio e inferior, viéndose que a dicha altura se produce un escape del medio radio-opaco hacia el tejido subpapilar.

A nivel del caliz medio se insinúa una sombra anular que se proyecta sobre la papila y respeta los fónices caliciales; esta imagen hace recordar la descripción radiográfica de Harrow y col.³ que menciona a la misma como expresión de lesión papilar. La pelvis renal y el ureter son de aspectos normales.

Después de obtenida la pielografía ascendente el enfermo presenta dos micciones he-

matúricas, desapareciendo entonces las mismas en forma definitiva.

Pensamos que la instilación de la sal iodada no solo sirvió para dar el contraste necesario y obtener la pielografía ascendente sino que por su acción antiséptica y también irritante, el yodo produjo una modificación tal a nivel de la papila enferma que llevó a la desaparición de la hematuria y probablemente a la curación del proceso.

Esta interpretación se ve avalada por un hecho de observación clínica y es el siguiente: cuando efectuamos uretrocistografías o ureteropielografías con yoduro de sodio por distintas afecciones, sangrantes, este simple acto se acompaña a veces de una modificación del carácter de la hematuria.

Un examen de orina efectuado el 18 de marzo muestra orinas límpidas de color ambar con vestigios de albúmina, en el sedimento se observan regular cantidad de células planas, algunos leucocitos y uno que otro hematias.

El enfermo es dado de alta el día 19 de marzo de 1964. El 15 de julio nos comunica por correspondencia que se encuentra en perfecto estado de salud y que se ha reitegrado a sus tareas.

CONSIDERACIONES: Ante un paciente que consulta por presentar hematuria total de tipo renal desde hace cuatro meses, debe descartarse en primer lugar su posible vinculación con la angina padecida 5 meses antes del comienzo de su enfermedad.

El tiempo transcurrido, el hecho de no presentar otros síntomas tales como edemas, hipertensión, temperatura, la importancia de la hematuria y la unilateralidad de la afección, permite descartar una enfermedad renal metainfecciosa tal como una nefritis intersticial, una glomerulonefritis difusa o en focos.

La no existencia del antecedente de ingestión de drogas, traumatismos ni enfermedad embolígena concomitante, excluyen del diagnóstico las hematurias medicamentosas, traumáticas o por infarto de riñón.

Considerando las causas de hematurias unilaterales mencionaremos rápidamente las afecciones más frecuentes a los efectos del diagnóstico diferencial.

La falta de signos urinarios, la inoculación al cobayo negativa para el bacilo de Koch, y el examen radiográfico, excluyen totalmente la T.B.K. renal.

Igualmente el tumor de riñón, ya sea de parénquima o de vías excretorias, y el tumor de ureter puede ser descartado por las imágenes que brindan los exámenes radiográficos.

No puede concebirse una litiasis transparente que provoque hematurias durante 4 meses sin que se acompañe de la menor dilatación de vías excretoras.

El angioma subpapilar puede ser descartado porque el tumor provoca una deformación de la papila que cuando tiene exteriorización radiológica es distinta a la que presentó nuestro paciente.¹

Otra entidad que se debe mencionar aunque es difícil su certificación clínica, son las várices de pelvis renal.⁶

Creemos que el paciente no es portador de una pielonefritis, enfermedad que por definición interesa pelvis y parénquima renal, sostenemos esta posición por los elementos de juicio que nos aporta el estudio del sedimento urinario y el urograma de excreción. El primero demuestra la falta de compromiso parenquimatoso y en el segundo se ve que la lesión está localizada a nivel de los cálices medio e inferior derecho, manifestándose por un desflecamiento a nivel de los mismos producido por el edema y la ulceración de las papilas subyacentes.

Precisamente son estos fundamentos los que nos llevan a sostener que nuestro enfermo

padece una papilitis segmentaria.

Debemos hacer notar que la papilitis en su forma grave, necrotizante, se presenta frecuentemente complicando un proceso mórbido concomitante tal como sería el caso de un obstruido crónico de las vías urinarias o un diabético.

También han sido mencionados como factores de papilitis la ingestión exagerada de fenacetina⁵ y las anemias drepanocíticas.³

TRATAMIENTO: Formulado el diagnóstico de papilitis segmentaria, se plantea para el urólogo un difícil problema; ¿Qué hacer con el enfermo?

No existiendo un tratamiento específico las indicaciones terapéuticas oscilan desde procedimiento médicos tales como antibióticos, quimoterápicos, corticoides, coagulantes, etc., tratamientos locales por medio del cateterismo ureteral, a intervenciones quirúrgicas del tipo de la nefrectomía y de la nefrectomía parcial.

Los antibióticos y corticoides constituyen medios útiles para el tratamiento pero en muchas ocasiones no son suficientes para lograr la curación del proceso.

Dado que no se trata de una diatesis hemorrágica, el beneficio que brinda el tratamiento con coagulantes es muy relativo.

Consideramos que el tratamiento local con agentes químicos tales como las sales de plata o de iodo, son de utilidad llegando muchas veces a lograr la curación de la enfermedad. La ventaja de esta conducta es fácil de explicar; el hecho de llevar los fármacos directamente a la zona afectada permite obtener una concentración local imposible de lograr por otra vía de administración; por otra parte amplía el frente de ataque, ya que a la acción mecánica de arrastre de secreciones se agrega una acción antiséptica y según su concentración, los agentes medicamentosos se comportan como verdaderos caústicos y modificadores del epitelio.

También pueden instilarse a través del catéter los antibióticos que de acuerdo al antibiograma efectuado previamente haya demostrado ser de elección para tal o cual germen.

Habiendo fracasado las sucesivas instancias terapéuticas o, ante una hematuria de magnitud tal que haya adquirido un carácter anemizante e incontrolable se justifica la indicación quirúrgica.

Esta intervención puede consistir en una nefrectomía total o parcial,² la primera deja en el ánimo del médico la inquietud de haber extirpado un riñón por una afección benigna. La nefrectomía parcial provoca ansiedad en lo referente a la evolución ulterior ya sea por las probables complicaciones post-operatorias o por la eventualidad de que se repitan las hematurias.

Lahout⁴ en un caso de hematurias incontrolable de origen desconocido solucionó el problema con una descapsulación renal y pielotomía.

RESUMEN: Se presenta la historia de un paciente con una papilitis hemorrágica. Habiendo fracasado los tratamientos conservadores la hematuria desaparece después de la instilación local de yoduro de sodio como medio de contraste para la pielografía ascendente. Se efectúan consideraciones diagnósticas y terapéuticas.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - CEBALLOS Y TRABUCCO, A.: Angioma de papila renal, Prensa Médica Argentina. 23; 1936.
- 2 - CIBERT, J. SALAHEDDINE, N.: Hématurie rénale par nécrose papillaire. Néphrectomie partielle. J. Urol. et Nephrol. Paris, 69, 169, 1963.
- 3 - HARROW, B. SLOANE, J. LIEBMAN, N.: Roentgenologic demonstration of renal papillary necrosis in sickle-cell trait. New Eng. J. Med. 268, 969, 1963.
- 4 - LAHAUT, J.: Un cas d'hématurie unilatérale grave, d'origine inconnue. Mem. Acad. Chir. Paris, 88, 464, 1962.
- 5 - OPIT, L. PROUDMAN, W. BONNIN, N.: Renal papillary necrosis, Brit J. Surg. 50, 375, 1963.
- 6 - SPORER, A. POLLOCK, R.: Renal Varix, J. Urol. 58, 424, 1947.

SR. PRESIDENTE (Fonio).- Está en consideración.

SR. CASAL.- Hace cuatro años presentamos acá un caso de angioma de una papila, cuya imagen radiográfica es calcada sobre el caso presentado. No discuto el diagnóstico, porque no hay prueba histopatológica, pero la similitud de la imagen radiográfica, la diferencia de años con que a veces se presentan las hematurias hacen que piense que el diagnóstico es quizás, no digo aventurado, pero excesivo, porque me parece poco lógico etiquetar como papilitis hemorrágica una imagen que desde el punto de vista histológico no tiene confirmación, y desde el radiográfico puede tener similitud con otras situaciones.

SR. FEFER.- Agradezco al Doctor Casal su colaboración, y precisamente hemos considerado como antecedente el trabajo que menciona y otro más del año 1933. Evidentemente no podemos descartar una papilitis segmentaria o quizás otras. Pero nos inclina a decir que estamos en presencia de este proceso, la rápida respuesta al aplicar ese elemento de sal iodada y el hecho de que radiográficamente estas placas coincidan con otros autores que asignen a estos hallazgos valores suficientes como para asegurar el diagnóstico.