

Sociedad de Urología

(Sesión del 22 de Junio)

SERVICIO DE CLINICA MEDICA DEL Prof. Dr. M. R. CASTEX. — HOSPITAL DE CLINICAS

IMPORTANCIA DE LA RADIOLOGIA EN EL DIAGNOSTICO DE LOS PROCESOS SUPURADOS PERI-RENALES

Por los Dres. M. R. CASTEX, A. ASTRALDI y R. L. REPETTO

Los procesos infecciosos peri-renales, presentan la mayoría de las veces una ostensible y variada exteriorización clínica y el diagnóstico es de relativa facilidad con sólo los datos aportados por el examen somático. Pero, a veces, los signos clínicos están ausentes o se presentan de manera frustra, esbozada, y adquieren así un valor diagnóstico muy relativo.

Era el caso para nuestro enfermo, cuya sintomatología hacía sospechar una lesión de naturaleza peri-renal, pero en ningún momento fué la fenomenología tan neta y convincente como para orientar la terapéutica hacia el lado quirúrgico. En cambio, los signos radiológicos llevaron a este enfermo a la operación, ratificándose, durante la misma, lo acertado de esta medida.

El aspecto radiológico de los procesos supurados peri-renales, ha sido señalado por diferentes autores hace tiempo, pero no se le había asignado hasta ahora la importancia que realmente tenía, y sólo en muy contadas ocasiones se había recurrido a los rayos X para aclarar un diagnóstico dudoso. Esta es la razón que justifica la aparición de estas líneas.

Con respecto a la faz clínica de las lesiones supuradas peri y para-renales, debemos citar ante todo la opinión de **N. F. Ockerblad**, que considera a veces insuficientes los signos clínicos para el diagnóstico de estos procesos y cree necesario, para reconocer con certidumbre la lesión, someter a los pacientes a una observación clínica prolongada de hasta dos años. Cita, para fundamentar lo dicho, 10 observaciones de este género.

Marión asigna importancia a la pérdida de la elasticidad y a la poca depresibilidad de la región lumbar, síntomas ausentes en nuestro enfermo, a pesar de la cantidad de pus que existía inmediatamente por debajo del plano muscular de la región; agrega, además, como signo de valor, la existencia de puntos dolorosos provocados: el costo-muscular y el punto situado a nivel de la última costilla, sobre el borde externo del músculo mayor del abdomen, inmovilizando al enfermo, e imposibilitándole efectuar movimientos de flexión del tronco. Nuestro paciente acusaba dolor aunque poco acentuado en el punto costo-muscular.

Ya **Albarrán, Koch, Asch y Rehn**, dentro del campo experimental, sostenían que el riñón era el intermediario obligado entre la infección sanguínea y el proceso peri-renal. El estafilococo que se localiza a nivel de la grasa peri-renal, proviene, en la inmensa mayoría de los casos, de un absceso miliar de origen hematógeno, localizado en la sustancia cortical del riñón. La propagación del foco séptico renal primitivo a la atmósfera célula-adiposa (foco secundario) se hace por continuidad y con menor frecuencia por infarto séptico. Esto pasa en una proporción del 85 %. En el 15 % restante la infección peri-renal se hace directamente por vía hematógena, es decir sin participación renal alguna.

La exactitud de este concepto ha sido demostrada en numerosas autopsias y durante el acto operatorio en algunas observaciones, lo que induce a **Millat** a sostener como condición ineludible la exploración del riñón en toda lumbotomía que se realice por procesos peri-renales supurados y a practicar la nefrectomía, cada vez que el riñón sea asiento de focos miliares o de verdaderos abs-

cesos corticales. En nuestro caso, a pesar de tener bien presente la sugestión de este autor, ante la gran cantidad de pus que se encontró en la región y el cuadro tóxico que presentaba, creímos acertado acortar el acto operatorio, sin efectuar la exploración renal, dejando esta maniobra para un segundo tiempo si la evolución y el cuadro clínico demostraran su necesidad. El post-operatorio confirmó nuestro proceder, pero ello no obsta para que dejemos de reconocer que la concepción de **Millat** es exacta con relativa frecuencia.

También clínicamente este concepto queda ratificado: la cistoscopia, según **Bergeret** muestra un marcado edema del meato ureteral correspondiente al lado enfermo; y el examen funcional por orinas, por separado, la deficiencia funcional de ese riñón. Opina **Marión** de igual manera y asigna además valor, a la presencia de hematies en el sedimento urinario del lado correspondiente. **Braach** encuentra en cuatro casos sobre seis, estafilococos en el sedimento de las orinas globales; bien entendido que provienen del riñón enfermo. Se le asigna tanto valor a este hallazgo bacteriológico, que **Bordel** lo considera como un síntoma constante de los procesos peri-renales junto con la fiebre y el dolor lumbar. En nuestro caso, dadas las condiciones precarias del enfermo, sólo nos preocupamos de orientarnos cistoscópicamente y funcionalmente de la presencia de los dos riñones, ante la posibilidad que durante el acto operatorio fuésemos obligados a efectuar la nefrectomía. Se efectuó en cambio durante el post-operatorio el examen del sedimento urinario por orinas por separado y nos encontramos con que existía pus y estafilococos a la derecha, elementos que no se hallaron en el lado opuesto.

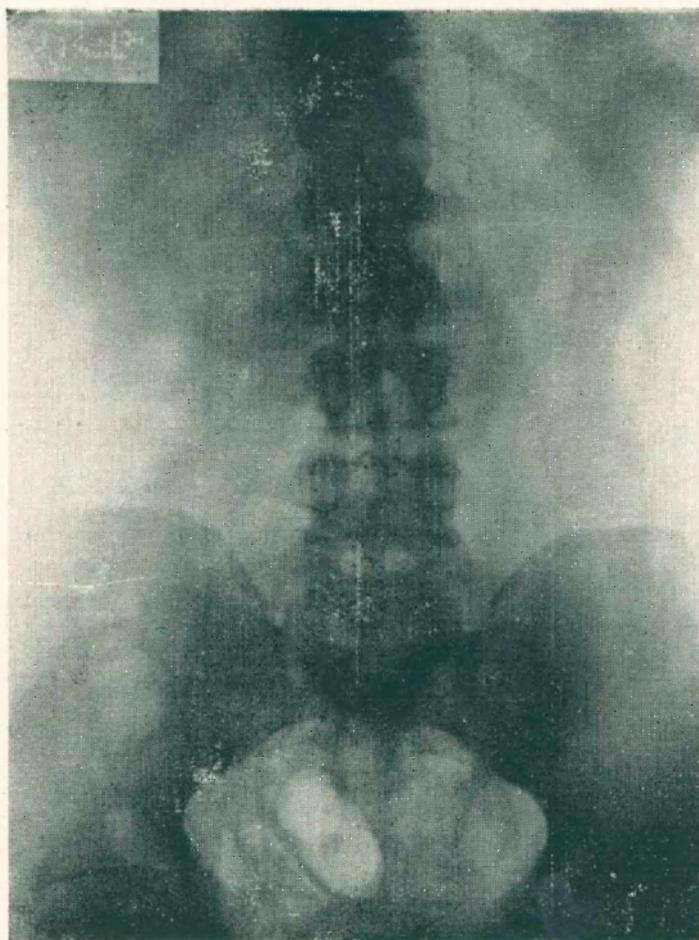
En cuanto a la leucocitosis que suele observarse en los abscesos peri-renales, oscila según **Fowler y Dorman** dentro de límites muy amplios (de 8900 a 30.000 por mm³.)

Nuestra observación acusó en un primer análisis 23.000 y en el segundo efectuado cinco días después 16.000 con un marcado aumento de los polinucleares neutrófilos: 80 y 89% respectivamente.

Nos detendremos ahora brevemente sobre los signos radiológicos, a los que asignamos gran importancia y merced a los cuales

operamos al enfermo convencidos de que estábamos frente a una colección supurada peri-renal. Ellos son de dos órdenes: radiológicos y radiográficos.

Radiológicamente se observa la disminución o abolición de la incursión diafragmática del lado afecto. Uno de nosotros (**As-**



traldi) comprobó la forma sistemática con que se practica su investigación en el servicio de **Chevassu** en el hospital **Cochin** de París. Este autor sostiene que el diafragma se paresia o paraliza cada vez que el riñón, celdas peri o para-renales son asiento de procesos supurados, y su recuperación funcional cuando el proceso tiende a la regresión espontánea o quirúrgica, constituyendo así un valioso

elemento de pronóstico poco o nada conocido entre nosotros, y de gran precocidad, precediendo en ocasiones al descenso térmico.

Para algunos autores (**Riglia y Mansonell**) este signo es relativo, no se ve en los primeros momentos y sólo se torna evidente a los 14 días de iniciada la afección; se observa también en la piodnefrosis, abscesos del psoas y tumores poliquísticos. Sin embargo descartan todo proceso peri-renal si no aparece dentro del plazo indicado.

Ya desde **Bela** se sabe que en una radiografía simple de la región lumbar, puede observarse:

- 1º Desaparición del borde externo del psoas
- 2º borramiento de las apofisis transversas del lado correspondiente
- 3º dificultad o imposibilidad para individualizar la silueta renal
- 4º ligera escoliosis vertebral lumbar a convexidad opuesta, por contractura de los músculos de la masa sacro-lumbar del lado enfermo.

Para **Lipset** y **Beer** estos signos son de un valor relativo y **Peack** asigna más importancia a la radiografía estereoscópica, que permite apreciar la proyección hacia adelante del riñón por la colección supurada.

Dentro de este capítulo **Lepoutre** ha propuesto la pielografía descendente, permitiendo visualizar las deformaciones de las imágenes caliciales y de la pelvis renal, y apreciar mejor el volumen del riñón aumentado por los abscesos que asientan al nivel de la zona cortical, los que para **Godart** revisten tres formas anatómicas diferentes; los abscesos cortico-miliares (50% de los casos), los abscesos del riñón (35%) y los antracoides (15%).

Hemos encontrado en nuestro enfermo, como se verá más adelante, los signos radiológicos y parte de los radiográficos que nos sirvieron para asegurar el diagnóstico frente a la escasez de síntomas clínicos.

Observación personal :

Salvador Alberto F., de 46 años, empleado, ingresa a la Sala V del Hospital Nacional de Clínicas, cama 17, el 6 de Diciembre de 1932.

En los **antecedentes hereditarios** y **personales** no existe dato alguno que merezca consignarse.

Antecedentes de la enfermedad actual: Al levantar un mueble, hace dos meses, **se clava una astilla en el pulgar derecho**. A pesar de ser extraída inmediatamente, la herida se infecta presentando escalofríos, fiebre e intenso dolor local, que obliga 10 días después a la incisión quirúrgica saliendo abundante cantidad de pus. Tarda aproximadamente un mes en cicatrizar.

Veinte días antes de su ingreso, dolor en ambas rodillas exacerbándose con los movimientos y sin modificación aparente del aspecto de la región; persiste por cinco días, para desaparecer en forma espontánea, reemplazado por intenso **dolor en la región lumbar** y flanco derecho, constante y sin irradiación, aumentando en el decúbito lateral derecho y no modificado por los movimientos del tronco ni la respiración. No es acompañado de trastorno urinario alguno y se nota febril, sin escalofríos.

Como a pesar del tratamiento instituido (reposo absoluto, dieta, anti-sépticos), su estado persistía sin modificación, decide internarse en la sala V, con el siguiente **estado actual:**

Sujeto en regular estado de nutrición, febril (**39° axilar**), lúcido, decúbito preferente dorsal o lateral izquierdo. Cicatriz operatoria reciente en la cara palmar del pulgar derecho, retraída, adherida al hueso, dificultando los movimientos de la última falange.

Articulaciones libres.

Labios y mucosa bucal rosada. Lengua húmeda, saburral por islotes.

Velo de paladar amarillento.

Piorrea alveolo-dentaria.

Aparato respiratorio: No hay tos ni expectoración. Frecuencia ligeramente aumentada (22') con ritmo conservado. Existe un ligero proceso bronquial bilateral generalizado y a nivel de la base derecha, signos inequívocos de congestión activa con parálisis diafragmática concomitante.

Aparato circulatorio: pulso regular, igual, de mediana amplitud, taquicárdico (100') P. S. al Vaquez-Lauby Mx. 13,5 Mn. 8,5 A la auscultación, tonos alejados, sin soplos.

El **abdómen** se presenta simétrico por delante y a los lados. No existe defensa muscular en flanco y región lumbar derecha ni infiltraciones o cambio

de color de la piel. La presión por detrás en una zona intermedia entre reborde costal y cresta ilíaca derecha, despierta dolor en relación directa con la intensidad de la presión que se ejerza, dolor que existe también a nivel del flanco aunque menos intenso. La percusión con el borde cubital de la mano es dolorosa por debajo del reborde costal.

Contractura de los músculos de la masa sacro-lumbar derecha con ligera escoliosis lumbar a convexidad izquierda.

El hígado se presenta con caracteres normales y el bazo se percute aumentando de tamaño, palpándose el polo inferior duro e indoloro.

Los riñones se palpan y los puntos ureterales no son dolorosos. El resto del examen somático, no arroja nada de particular.

Al tacto rectal: ampolla libre, Douglas no ocupado, la presión es indolora. El análisis de orina (Diciembre 7 de 1932) acusa: Indoxil, vestigios; Urobilina, muy abundante; pigmentos escatólicos, regular cantidad; albúmina, rastros; y en el sedimento: escasas células epiteliales planas y leucocitos granulados.

Urea en sangre 0.50 o/oo, Glucemia en ayunas 1.04 o/oo, Citológico sanguíneo, Glóbulos rojos 4.560.000, Glóbulos blancos 23.000, Hemoglobina 90 %, V. G. 0.99, Granulocitos neutrófilos 80, Granulocitos eosinófilos 0.5, Granulocitos basófilos 0.5, Formas transición 1, Grandes mononucleares 4, Linfocitos 14, Líquido céfalo-raquídeo: normal, Parasitológico de materia fecal: negativo, Hemocultivo: negativo.

La **radioscopia** demuestra la base pulmonar derecha ligeramente velada con seno costo-diafragmático libre e **inmovilidad completa del hemi-diafragma correspondiente**.

Ante el cuadro clínico relatado, se resuelve pedir una radiografía simple de abdomen y se instituye el siguiente tratamiento: reposo absoluto con bolsa de hielo permanente sobre región lumbar y flanco derecho, régimen alimenticio a base de hidratos de carbono, leucotropina endovenosa, quinina intramuscular, extracto hepático por boca, Propidon día por medio.

La temperatura durante todo este período de observación osciló entre 36,2 - 39,5; buena diuresis 1.000 - 2.000, pero un nuevo análisis de orina (Diciembre 16) arroja ligera albuminuria, cilindruuria y hematuria y el examen hematológico (Diciembre 13) demuestra una acentuación de la anemia (3.960.000) persistencia de la leucocitosis (16.000) con aumento de la polinucleosis (89%).

Contrastando con la peoría del estado general, el local tiene tendencia más bien a mejorar (desaparición del dolor espontáneo y neta disminución del provocado) a pesar de lo cual se resuelve la intervención quirúrgica visto el resultado del examen radiográfico (figura N° 1): ligera escoliosis a concavidad derecha, con vértebras normales; desaparición completa de la imagen del músculo psoas (comparar con el lado opuesto sano) oculto por una sombra difusa, de intensidad variable que llena casi todo el espacio situado entre el borde interior del hígado (que se visualiza bien en la parte externa por el contraste dado por la aerocolia), la columna vertebral y la cresta iliaca y que no oculta sin embargo, la imagen de las apofisis transversas y de la 12ª costilla.

Operación (Dr Astraldi). Lumbotomía con anestesia raquídea. Inciñda la aponeurosis del transverso en el cuadrilátero de Grynfeld, sale gran cantidad de pus amarillo-verdoso. Se abre a dedo ampliamente la cavidad que está limitada por el hígado hacia arriba, la masa sacro-lumbar por detrás y el riñón por delante, que deliberadamente no se explora para evitar romper adherencias. Se avena a doble tubo.

Las siembras con pus, dan abundante desarrollo de estafilococo puro.

A los seis días de la operación hace un **proceso neumónico** en base **pulmonar derecho**, a pesar de lo cual está en apirexia a las dos semanas y la herida se cicatriza normalmente.

El 30 de Enero de 1933, cateterismo ureteral y se recoge orinas por separado:

	Riñón Derecho	Riñón Izquierdo
Cantidad	10 ½ c.c.	12 c.c.
Urea	13.65 o/oo	12.41 o/oo
Cloruros	16.— o/oo	13.80 o/oo
Sedimentos	Abundantes células fusiformes y redondas, regular cantidad de leucocitos (pus) y hematíes. No se observan Bacilos de Koch.	Regular cantidad de células redondas. Escasos leucocitos y hematíes. No hay Koch.

El cultivo de orina da desarrollo de colonias de estafilococos, preparándose una autovacuna. Efectúa 20 inyecciones subcutáneas día por medio de la misma.

Tres meses después de la operación sigue perfectamente bien, habiendo ganado 15 kilogramos de peso.

DISCUSION

Montenegro A.:

Siempre que soy consultado para estudiar procesos supurados renales pido una radiografía, pues la desaparición del borde del psoas y la incurvatura de la columna con cavidad del lado de la lesión la hemos encontrado muchas veces. En la cátedra del Prof. Macaini.

García A. E.:

Indica que en los casos de perinefritis supuradas, las reuniones pleurales son siempre menos intensas que en los casos de abscesos subdiafragmáticos, en los cuales también existe inmovilidad del diafragma, y puede servir este hecho como orientación en el diagnóstico diferencial.
