

HOSPITAL FERNANDEZ: SERVICIO DE UROLOGIA

Jefe: Prof. JUAN SALLERAS

## DIAGNOSTICO PIELOGRAFICO DE LA TUBERCULOSIS RENAL. NUEVAS OBSERVACIONES

Por el Dr. JUAN SALLERAS

---

Hemos sido los primeros en ocuparnos del valor que representa la pielografía ascendente y aun la descendente, para el diagnóstico precoz de la tuberculosis renal. Tanto en esta sociedad en la sesión del 26 de noviembre de 1929, como en el número dos de la Revista Argentina de Urología, del año 1932, hemos descrito ampliamente los caracteres pielográficos del riñón tuberculoso, con ejemplos que van desde el simple borramiento de la papila renal por ulceración, hasta la ulceración profunda con comunicación al intestino.

Hoy presentamos otras dos nuevas observaciones, de tuberculosis renal. La primera corresponde a la historia clínica N° 1279 del servicio de Urología del Hospital Juan A. Fernández, es en extremo interesante. Con la pielografía, se ha podido hacer un diagnóstico de tuberculosis renal de la primera y segunda rama secundaria del caliz superior del lado derecho. Como puede verse en la pielografía N° 1, tanto la pelvis, como los cálices del lado izquierdo

son completamente normales, así como la pelvis y los dos cálices inferior y medio y además una rama, la tercera del caliz superior derecho. La nitidez de sus bordes y la regularidad completa de sus contornos así lo permiten asegurar. En cambio y por comparación con estos últimos puede observarse con toda claridad como dos

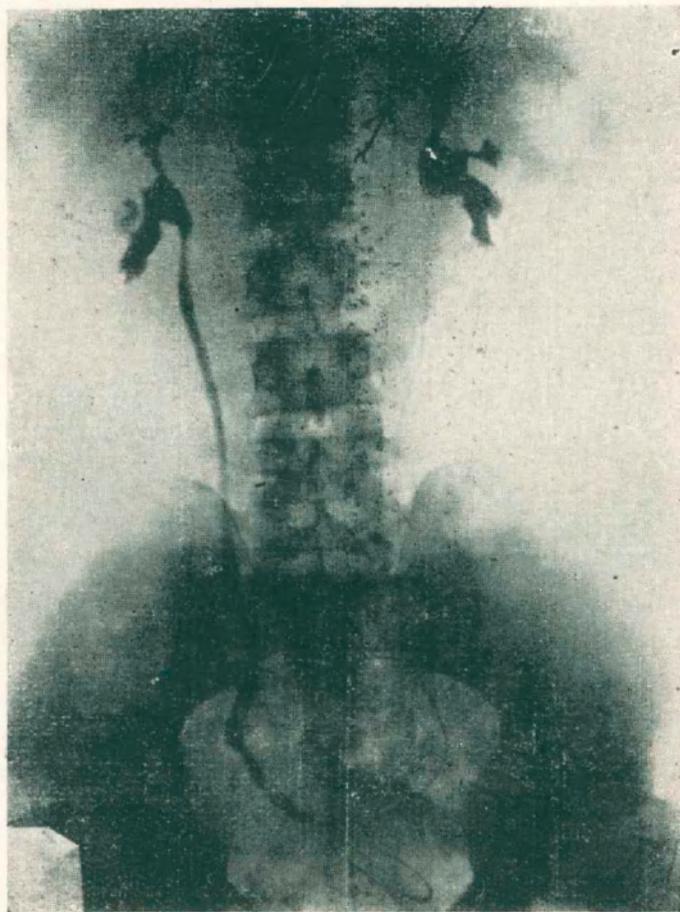


Fig. 1

His 1273 Pieligrafía - Lesiones en rama de caliz superior derecho (aspecto borroso de calices por ulceración superficial).

ramas del cáliz superior derecho, carecen de dicha regularidad presentando un aspecto borroso, característico de la ulceración inicial tuberculosa papilar. Con este solo signo pielográfico, que nosotros

hemos resumido, ulceración papilar, hemos hecho el diagnóstico de tuberculosis renal, a pesar de no encontrar en repetidos análisis el bacilo de Koch. La nefectomía comprobó exactamente la lesión en cáliz superior, según fotografía Nº 2, en la cual puede verse la pe-

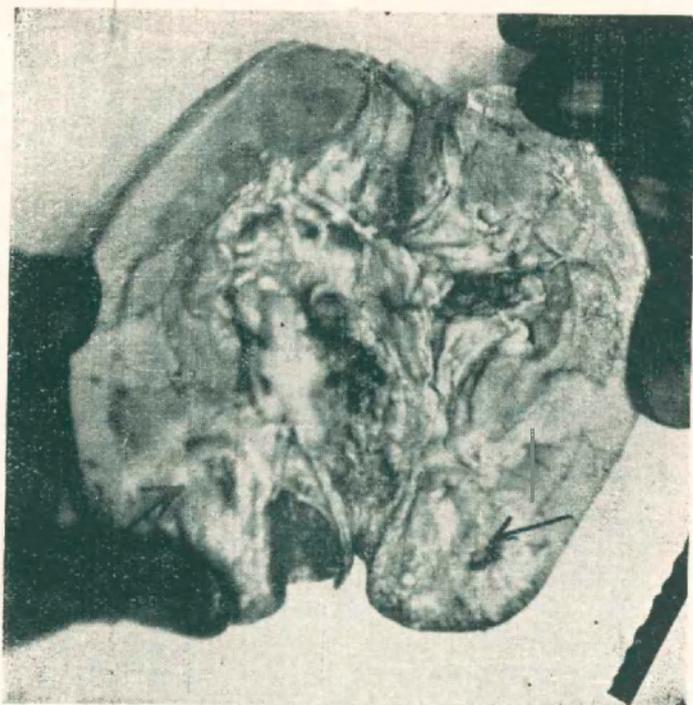


Fig 2

His. 1273 - Lesion ulcerosa de calis superior  
correspondiente a al pielografía anterior

queña ulceración del cáliz superior, así como comprobar la normalidad del resto del riñón de acuerdo en un todo con la interpretación pielográfica hecha por nosotros antes de la intervención.

El caso segundo, que se refiere a la historia clínica Nº 1323, entra dentro de los diagnósticos fáciles, por haberse hallado en los análisis de orina el bacilo de Koch y además porque las ulceraciones papilares son ya profundas y extensas, pues abarcan todos los cálices. La pelvis renal que aparece borrosa aunque no agrandada, debe considerarse que dicha irregularidad de sus contornos es de-

bida a la proyección de una ulceración caliciar posterior sobre dicha pelvis, lo que ocurre frecuentemente, dando una falsa idea de lesión o agrandamiento de la pelvis renal. Nosotros hemos comprobado en tales casos que la pelvis permanece siempre del mismo

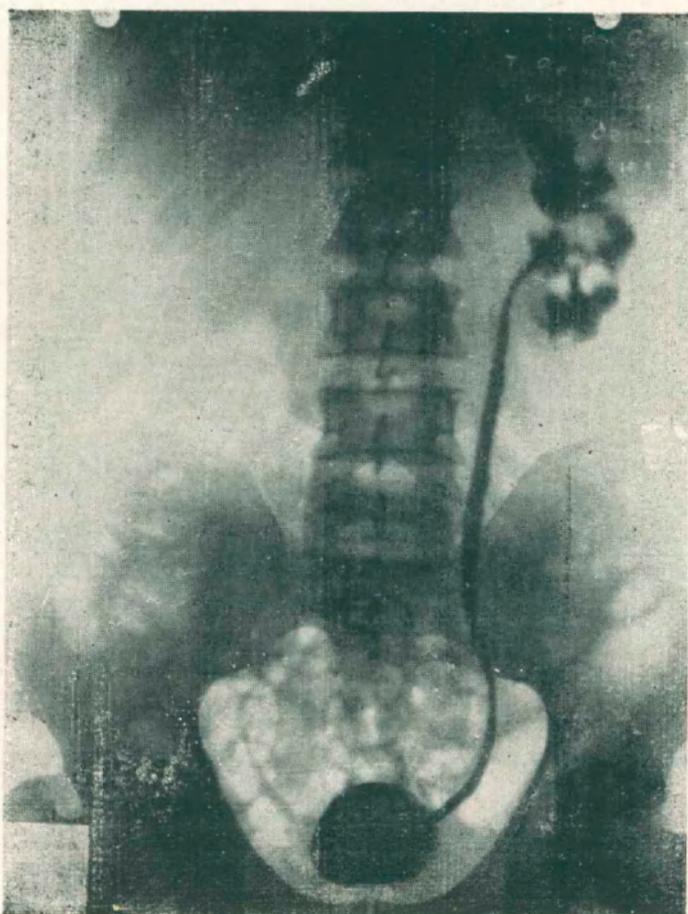


Fig. 3

Hist. 1323 - Pielografía izq. Aspecto borroso de calis e inferior por ulceración profunda.

tamaño y que la pionefrosis tuberculosa se hace siempre a expensas del parenquima renal, lo que constituye un elemento importantísimo de diagnóstico diferencial, con las pionefrosis comunes no tuberculosas, cuya dilatación comienza siempre al nivel de la pelvis en oposición a las tuberculosas que empiezan en la papila, según.

puede verse en la pielografía Nº 3. La nefrectomía que se acompaña según puede verse en la fotografía Nº 4, comprueba nuestra afirmación pues en la misma es fácil observar como existen las ulceraciones profundas en todos los cálices con una pelvis normal.

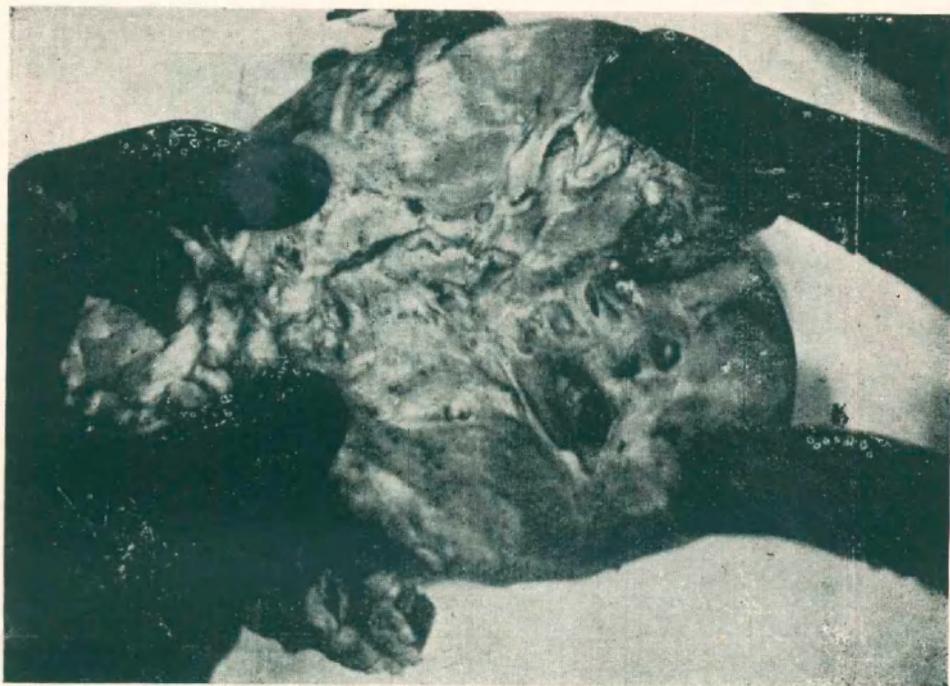


Fig. 4

Hist. 1323 - Ulceraciones media e inferior correspondientes pielografía anterior

Insisto sobre este tema porque veo que en muchos casos tiene un valor etiológico insicutable y también porque nos permite mostrar el grado de lesión anatómica existente en cada enfermo y además porque he visto que en algunas sociedades científicas del extranjero se han referido a este mismo asunto pero sin señalar con claridad los signos pielográficos que nosotros hemos registrado con toda nitidez desde nuestras primeras comunicaciones.

## DISCUSION

Dr. García A. E.:

Deseamos contribuir a la comunicación del Dr. Salleras con dos casos de observación reciente en el servicio de Urología del Hospital Español, que nos han parecido interesantes desde el punto de vista pielográfico.

La primer observación lleva el número 3664 de historia clínica, y corresponde al enfermo H. G., de 49 años de edad, casado, empleado, que ingresa al servicio el 27 de Octubre de 1932 y es dado de alta el 16 de Enero de 1933.

No registra ningún antecedente hereditario ni personal de importancia, y no acusa ningún pasado urinario.

La enfermedad actual se inicia aproximadamente dos meses antes de su ingreso, con fuertes dolores mal localizados en todo el hemi-abdomen derecho, y elevación de la temperatura, síntomas que fueron atribuidos desde un principio a un ataque apendicular, y tratado como tal con reposo, dieta y hielo en fosa iliaca derecha. Diez días después se instala una intensa proctitis, que lo obliga a inmovilizar la pierna derecha en flexión sobre el tronco, transcurriendo en esas condiciones más de un mes, hasta que ingresa al servicio del Dr. Jáuregui, de donde lo envían para ser examinado.

Como sintomatología urinaria, el enfermo no refiere sino una discreta poliuria con ardor y tenesmo al final de las micciones, asignando poca importancia al síntoma. No ha tenido hematurias ni ha eliminado cuerpos extraños. El estado general ha desmejorado muchísimo, habiendo perdido más de 10 kilogramos de peso desde la iniciación de la enfermedad.

Examinado el enfermo, nos encontramos con un sujeto en pésimo estado general. Febril. Adinámico. Muy escaso panículo adiposo. Piel seca, de tinte pajizo. Mucosas pálidas. Presenta el muslo y la pierna derecha en posición de flexión, inmovilizados por el dolor.

#### **Aparato génito-urinario:**

**Riñones.** — Hipocondrio y flanco derecho con franca resistencia muscular, muy dolorosos, impidiendo toda maniobra de palpación profunda. Región lumbar con sensación plástica de empastamiento, también muy dolorosa.

No se palpa ni pelotea el riñón izquierdo. Sensibilidad normal.

**Uréteres.** — Puntos ureterales derechos dolorosos. Izquierdos normales.

**Vejiga.** — Hipogastrio indoloro. No se palpa nada anormal. No hay retención. Vejiga irritable, con poca capacidad.

**Uretra.** — Normal.

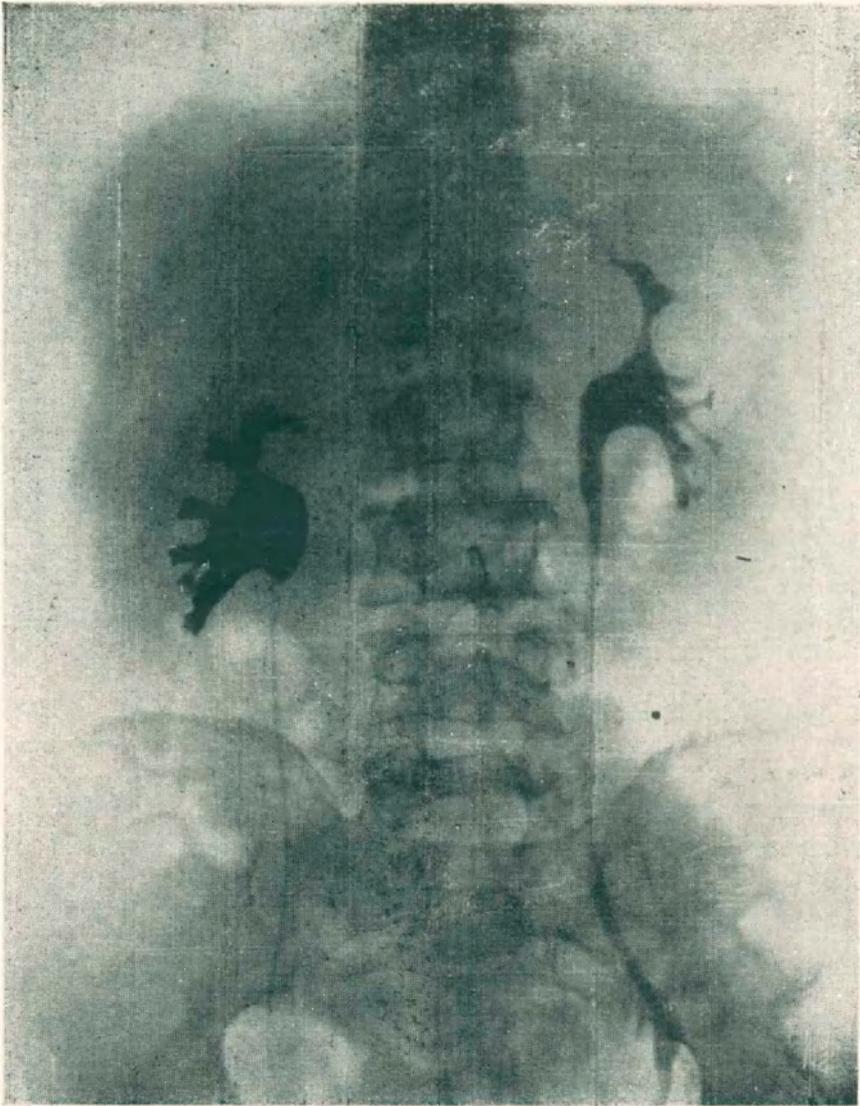
**Próstata.** — Idem.

**Testículos, epididimos, cordón espermático.** — Sin particularidad.

**Orina.** — Muy turbia en ambas copas.

**Micciones.** — Frecuentes, imperiosas, con ardor y tenesmo al final de las mismas.

**Cistoscopia.** — Discreta capacidad vesical (120 c.c.). Vejiga de paredes regulares, sin cuerpos extraños. Orificio ureteral derecho saliente, edematoso, rodeado de un halo rojizo, en el cual no se observan ulceraciones ni granulaciones típicas. Eyaculación turbia, con grumos blanquecinos. Orificio ureteral izquierdo normal, eyacu!ando rítmicamente orina transparente.



**Fig. 1**

Observación I. — Pielografía ascendente con Thorotrast.

Carmin de índigo = R. D. = 6' — R. I. = 4'50". Intensa en ambos lados. El examen de la orina global nos revela la existencia de gran cantidad de pus, albúmina 0.50 ‰ y hemoglobina.

El 5 de Noviembre se practica una separación de orina con el siguiente resultado (1 hora 15" de recolección):

Cantidad: riñón derecho, 60 c.c.; riñón izquierdo, 55 c.c.

Urea por mil: riñón derecho, 8.96; riñón izquierdo, 19.21.

Urea eliminada: riñón derecho, 0.537; riñón izquierdo, 1.05.

Cloruros por mil: riñón derecho, 2.10; riñón izquierdo, 5.10.

Cloruros eliminados: riñón derecho, 0.162; riñón izquierdo, 0.280.

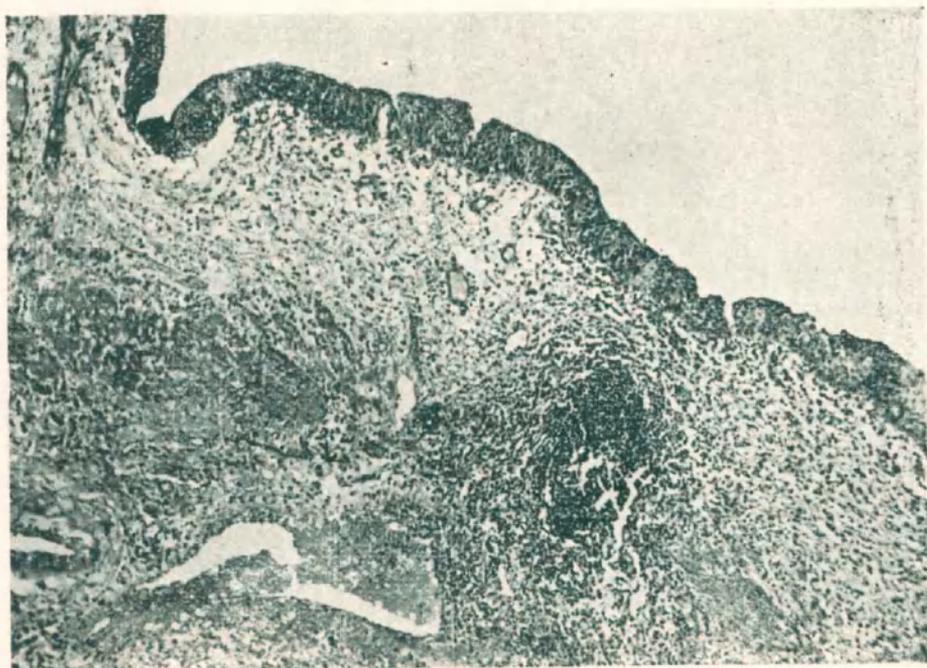


Fig. 2

Pelvis inflamada, con acúmulos linfoides.

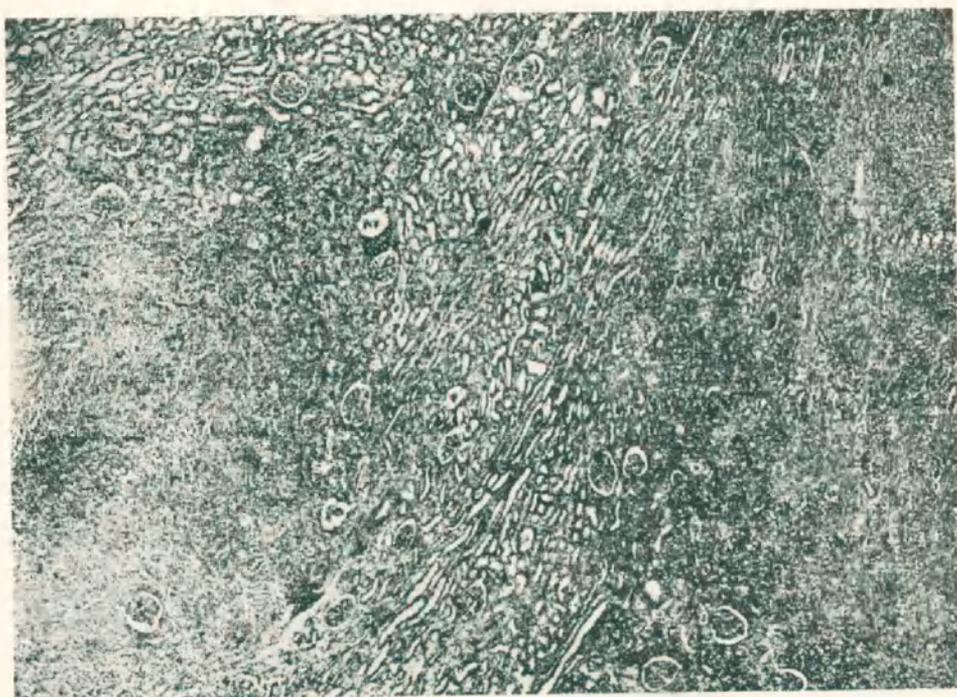
Albúmina: riñón derecho, 0.50 ‰; riñón izquierdo, vestigios.

Sulfofenoltaleína: riñón derecho (4'1,5") 26 %; riñón izquierdo (4'10"), 35 %.

El examen del sedimento de la orina del riñón derecho, revela gran cantidad de leucocitos degenerados, no observándose bacilos de Koch, y sí, en cambio, escasos cocos y diplococos Gram +. El sedimento del riñón izquierdo es normal.

El 10 de Noviembre se repite la separación de orina y vuelve a constatarse un marcado déficit funcional del riñón derecho. Se practica a continuación una pielografía doble con Thorotrast, la cual nos muestra el riñón derecho descendido (figura Nº 1) con una discreta dilatación de la pelvis, y a nivel del cáliz superior un relleno anormal del mismo, como si se prolongara hacia la línea media, a expensas de un proceso destructivo de la papila. El resto de los cálices y el uréter de aspecto normal. El pielograma izquierdo normal.

Se decide la **intervención**, que la lleva a cabo el Dr. Arturo Serantes, el 11 de Noviembre. Por lumbotomía, con anestesia general, se practica una



**Fig. 3**

Observación topográfica mostrándonos el carácter focal de la lesión, con la tendencia al reblandecimiento purulento central.

nefrectomía derecha típica. Extirpado el riñón se punza la vaina del psoas y se extrae pus. Se practica una incisión amplia de la misma, que da salida a abundante cantidad de pus. Se coloca un drenaje siguiendo la vaina y otro en la loge, y se reconstruye la pared por planos.

Durante el post operatorio el enfermo persiste con fiebre los primeros 15 días, sin poder precisar la localización.

Se forma una escara sacra y otra trocantérea y el enfermo se repone lentamente, siendo dado de alta el 16 de Enero en buenas condiciones, con la herida operatoria y las escaras cicatrizadas.

El riñón extirpado está discretamente aumentado de tamaño con conservación de la forma, y de consistencia normal. Al corte, se observan en la substancia cortical y medular, especialmente en la primera, numerosos puntos blanco amarillentos, rodeados de un zona congestiva, que impresionan como focos sépticos en vías de reblandecimiento. La pelvis y el uréter engrosados, recubierta la mucosa en algunos puntos de un exudado purulento. A nivel del cáiz superior, se observa la papila casi completamente destruída por un pro-

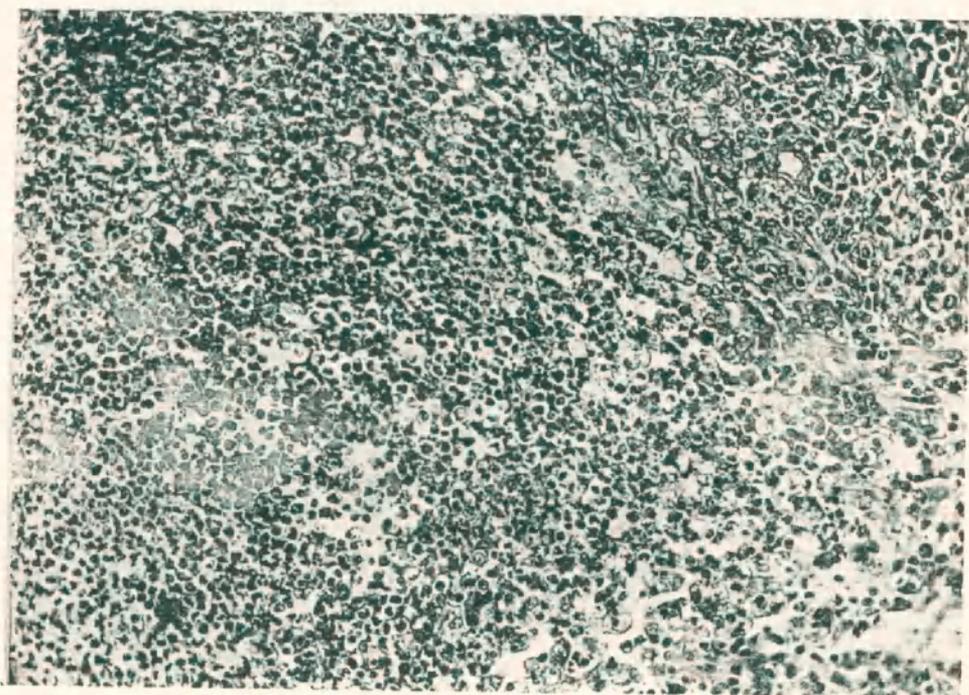


Figura N° 4

Una de las zonas de la figura anterior a mayor aumento, mostrándonos el reblandecimiento purulento de los focos, de tipo piógeno.

ceso ulcerativo, recubierta de un exudado purulento, dando así lugar a la formación de una neocavidad que ha sido fielmente delimitada en la imagen pielográfica.

El estudio histo-patológico ha sido practicado por nuestro camarada el Dr. Monserrat, quien nos informa lo siguiente: "En la observación topográfica de los diversos preparados obtenidos, se destacan focos exudativos y zonas de aspecto normal, denotándose así el carácter focal de la afección. Estudiadas estas zonas se observa una intensa exudación de plasmocitos, y reacción de los elementos fijos, para ser por último exclusivamente a base de polinucleares, con fusión purulenta en el centro, dando así origen a la formación

de abscesos. Estudiando los glomérulos, no nos denotan lesiones reaccionales, por lo cual podemos, dado el carácter intersticial de la exudación, clasificar al proceso como una **nefritis intersticial nodular abcedante**. La agudeza de la inflamación y el tipo de exudación y de defensa, permiten descartar una afección de tipo bacilar”.

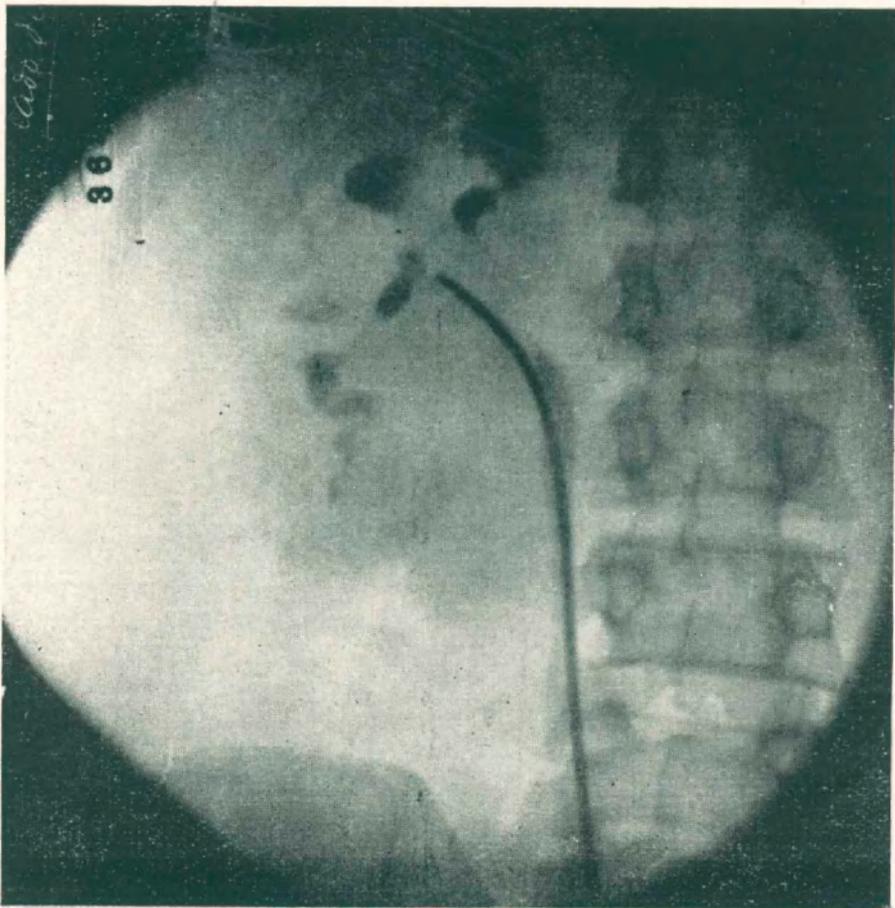


Figura Nº 5

El caso relatado fué intervenido con diagnóstico de tuberculosis renal. A pesar de la agudeza de la afección y la ausencia de bacilos de Koch, basamos nuestro diagnóstico en la intensa piuria con muy escasa flora microbiana, en el gran déficit funcional con lesiones mínimas, reveladas por la pielografía, y más que nada en la observación del signo del Dr. Salleras “de un proceso destructivo localizado a nivel de la papila”. Aun con la pieza en la mano, ante una lesión focal o nodular, y una ulceración neta de la pa-

pila, seguimos pensando en una tuberculosis renal. La histología, sin embargo, no ha confirmado nuestro diagnóstico, y el error ha servido para enseñarnos que los procesos destructivos de la papila, perfectamente localizados, y revelados por la pielografía, no son patrimonio exclusivo de la tuberculosis renal, y pueden ser debidos a lesiones sépticas de otra naturaleza. La terapéutica instituida, aunque con un error de diagnóstico, creemos que era la única aconsejable, y la evolución ulterior así lo ha demostrado.

La segunda intervención es también interesante desde el punto de vista pielográfico. Corresponde a la historia clínica N° 3445, del enfermo J. G., 34 años, casado, peón, portador de una tuberculosis renal derecha, con un cuadro sintomatológico completo, y bacilos de Koch positivos en el sedimento urinario del riñón derecho. El pielograma ascendente obtenido de ese lado nos revela una imagen completamente atípica (figura N° 5.). Observamos en él la existencia de dos cavidades en el polo superior, de relleno irregular, que impresionan como dos cálices dilatados, y hacia la parte media y polo inferior, un largo trayecto sinuoso que hace recordar a la compresión y alargamiento de un cáliz por el desarrollo de un tumor. Llama también poderosamente la atención la ausencia de relleno piélico, no imputable a la poca cantidad de líquido inyectado, pues éste ha refluído y distendido la primera porción del uréter.

Imaginando que la sonda demasiado introducida pudiera ser un obstáculo al relleno de la pelvis, la retiramos unos 8 centímetros y practicamos una **pieloscopia** con Thorotrast, inyectando 40 c.c. que fueron perfectamente tolerados, logrando una excelente visualización, favorecida por la marcada desnutrición del enfermo. Pudimos observar así una imagen exactamente igual al pielograma enseñado, y por segunda vez comprobamos la ausencia de cavidad piélica, reemplazada por 3 o 4 trayectos casi filiformes, visibles durante el momento de la inyección, a través de los cuales se hacía el relleno de las cavidades mencionados, y refluía el líquido para formar un verdadero bulbo en la iniciación del uréter. — Fuera del momento de la inyección no era posible visualizar esta comunicación entre los cálices y el uréter.

La imagen del pielograma que reproducimos, y las particularidades del relleno que anotamos durante la pieloscopia, nos autorizarían a pensar, a nuestro modo de ver, y concretándonos al punto de vista radiológico, en la existencia de una tumoración que primitiva o secundariamente hubiera invadido y reducido la luz de la pelvis a los delgados trayectos mencionados, y por igual mecanismo hubiera deformado y alargado las cavidades situadas a nivel del polo inferior. La imagen pielográfica, aislada, es la de un tumor de riñón, o mejor aún de la pelvis, y no de una tuberculosis renal.

Pero el diagnóstico clínico y bacteriológico eran indudables, y fué intervenido como una tuberculosis renal, practicándosele una nefrectomía. Nos encontramos con una intensa esclerclipomatosis, un verdadero tumor, que envolvía los elementos del hilio, y penetraba en el seno renal, donde por compresión había hecho virtuales las cavidades existentes a ese nivel.

Se trataba, pues, en el fondo, de una verdadera tumoración, que aunque extrínseca, se había revelado en el pielograma, dando lugar a una atipía, que, considerada aisladamente, podía extraviar el diagnóstico.