

Serv. de Urología del Hosp. Fernández;
Jefe: Prof. Dr. ENRIQUE CASTAÑO

Por los Doctores
ENRIQUE CASTAÑO
y M. JAROVLSKY

TUBERCULOSIS RENAL A FORMA CLINICA PSEUDO LITIASICA

LA tuberculosis renal puede presentarse bajo formas clínicas diferentes, siendo la más común la vesicorenal. La forma clínica pseudo litiásica se presenta en un porcentaje mínimo, y en general los cólicos renales sobrevienen después en el curso de la enfermedad.

Como primer síntoma en una estadística de Jung, sobre 342 casos la ha observado 19 veces. El caso que presentamos tiene la particularidad que los cólicos renales han sido los únicos síntomas durante 1 año hasta que fué vista por nosotros y como veremos en la historia clínica, no ha habido ningún trastorno vesical, ni ningún otro síntoma salvo la piuria que no fué tenida en cuenta.

HISTORIA CLINICA

J. R., soltera, 22 años, estudiante.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia. Eruptivos en la primera infancia, siempre ha sido sana.

Enfermedad actual. — El 20 de octubre del año 1935 tiene un cólico renal derecho muy intenso irradiado hacia la ingle, pero con la particularidad como todos los demás, que primero se iniciaba el dolor en la fosa ilíaca derecha y luego el dolor aparecía en el riñón y muy intenso que duraba de 4 a 7 horas. En su comienzo se creyó podría ser una apendicitis porque se había iniciado en la región apendicular.

Estos ataques se repitieron cada 20 días más o menos, sin que haya sentido ninguna molestia en su vejiga. En los últimos ataques sobrevenía elevación de temperatura que persistía 24 a 48 horas.

Descartado el apéndice se pensó en una litiasis, pero en vista de que las radiografías eran negativas, es remitida a nosotros para su estudio.

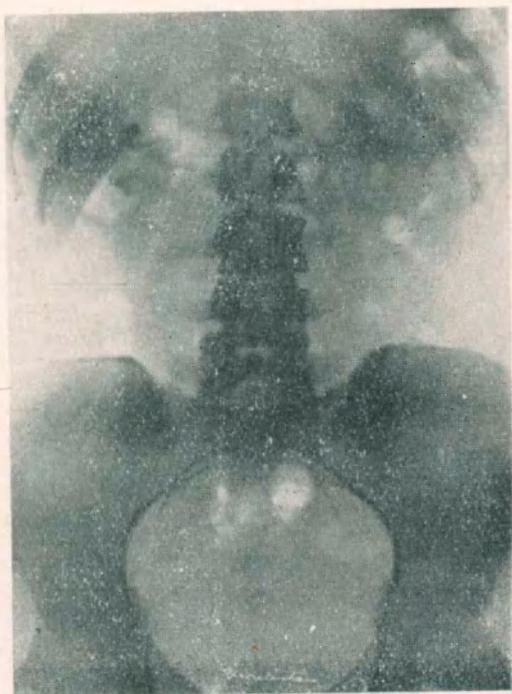
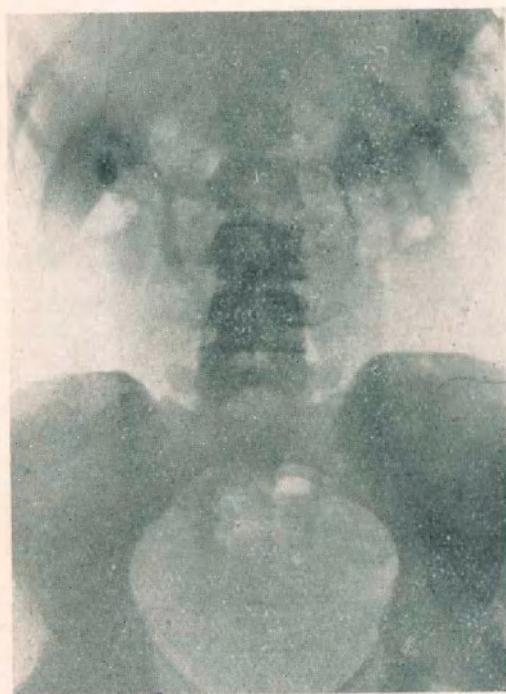
Se le practica una urografía descendente con Uroselectan que revela una dilatación de cálices y uréter derecho, pero sin ninguna imagen aparente de tu-

berculosis, aunque el Uroselectan del riñón derecho aparece con menos nitidez que en el izquierdo.

En estas condiciones fué examinada por nosotros. Aparato circulatorio y pulmonar, nada de particular. Región renal derecha no es dolorosa; riñón no se palpa, lo mismo el izquierdo.

Micciones cada 5 o 6 horas, orina turbia.

Cistoscopia. — Capacidad normal. No hay dolor a la distensión por el liquido. Mucosa vesical normal, no se ve ninguna lesión ulcerativa. Uréter izquierdo normal, eyaculación rítmica transparente.



Meato ureteral derecho no se visualiza por la presencia de edema bien localizado al orificio ureteral que aparenta como si fuera un papiloma.

Se pensó de inmediato en una tuberculosis a forma atípica, se recoge orina aséptica para investigar bacilos de Koch, que fué positivo. Comprobado el diagnóstico se le hace una prueba de Indigo-carmín que elimina a los 4 minutos por el riñón izquierdo, a los 6 minutos en el riñón derecho. Para comprobar que el riñón izquierdo se encuentra sano practicamos un cateterismo ureteral. Se recoge orina límpida con una concentración de úrea de 15 gr. 20 por mil y 7 y 30 de cloruros, no hay pus en el sedimento ni bacilos de Koch.

Prueba de P. S. P. global en 70 minutos, 55 %.

En vista de estos resultados se resuelve la intervención. Tensión arterial: 12 M., 8 m. Urea en suero 0,35 %. Reserva alcalina 57 volúmenes por ciento. Cloro en plasma 3 gr. 60.

Intervención quirúrgica el 19 de octubre de 1936. Incisión de Israel. Se llega al riñón con facilidad, se exterioriza y se practica con facilidad la nefrectomía sin tocar el uréter; una vez sacado el riñón se liga el uréter y se fija a la piel en el extremo inferior de la herida. Se deja un drenaje a la loge.

Post-operatorio normal. Se retira el drenaje al 4º día, cerrando la herida por primera. En el punto donde implantamos el uréter queda una ulceración que tarda en cicatrizar 40 días, que sólo se trata con aceite de bacalao.

La enferma ha sido vista 6 meses después, ha aumentado 7 kilos.

La orina es ambas. La cistoscopia demuestra la desaparición del edema y toda la mucosa normal.

Nosotros interpretamos los dolores experimentados por esta enferma por obstrucción en el meato ureteral por el edema y por uretritis bacilar, pues el cólico se iniciaba en el uréter para luego propagarse al riñón, y no por eliminación de sustancias caseosas, pues el examen del riñón extraído sólo reveló dos pequeñas cavernas en el polo superior sin mayor contenido caseoso.