

Por los Doctores

ALBERTO E. GARCIA
e ISIDORO GALVEZ

EVOLUCION ATIPICA DE UNA LITIASIS CORALIFORME DE RIÑON

HABITUALMENTE, el diagnóstico preciso e inequívoco de una litiasis renal, se lo debemos al examen radiológico. Toda sombra patológica situada dentro del área renal, o más exactamente, dentro del cuadrilátero de *Bazy-Moyrand*, debe hacer presumir la existencia de un cálculo del riñón, que los exámenes ulteriores (urograma endovenoso, pielografía retrógrada, etc.), se encargarán de precisarlo en su exacta ubicación.

Mas, cuando la sombra radiológica no sólo coincide con el área renal, sino que reproduce (con las modificaciones del caso), la forma de la cavidad pielocalicial, el diagnóstico de litiasis coraliforme se impone, y poco hay que dudar al respecto. Y la seguridad será absoluta, si el urograma endovenoso lo confirma.

Pues bien, sentado el diagnóstico radiológico de una litiasis renal (el caso lo concretamos a una litiasis coraliforme), y con el complejo de síntomas locales y generales que trazan el cuadro clínico, la evolución de la enfermedad estará condicionada por la suma de los factores mecánicos e infecciosos de que es responsable el cuerpo extraño que aloja el órgano.

Con alternativas que varían de un caso al otro, en términos generales, debemos suponer que las lesiones secundarias irán progresando con un ritmo variable, pero inexorablemente, comprometiendo cada día más las condiciones y el porvenir del parénquima renal. Los trastornos de la evacuación (uroectasia) y la infección, juegan en ello, como dijimos, un papel fundamental, y la lucha contra ambos factores, resume la terapéutica que habrá de instituirse. No podemos, sin embargo, esperar de ella otra cosa que atenuar los riesgos, y salvar en su oportunidad algún episodio crítico, que podríamos llamar una complicación.

Pero la enfermedad sigue su curso, y para restablecer las condiciones de normal funcionamiento del órgano, es necesario liberarlo quirúrgicamente del cuerpo extraño. La terapéutica quirúrgica es pues la única (insistimos en que hacemos referencia a los cálculos coraliformes) que nos puede permitir, en mayor o menor número de casos, hablar de curación.

La *desintegración* y la *eliminación* de un cálculo coraliforme del riñón, es un hecho con el que no podemos contar en la evolución corriente de la enfermedad, y la terapéutica médica, en ese sentido, que sería el ideal, poco o nada concreto pone a nuestro servicio. Si se contara con alguna substancia que al ser eliminada inocuamente por el riñón, hiciera solubles las sales que constituyen los cálculos, o cuando menos fuera capaz de modificar la estructura compacta de los mismos, facilitando así su disgregación y eliminación en forma de arenillas, el tratamiento médico de la litiasis urinaria sería un problema prácticamente resuelto. Pero desgraciadamente no ocurre así, y la desintegración y eliminación de un cálculo coraliforme del riñón, sigue siendo un hecho de observación rarísimo, y en todos los casos, mal conocido y documentado, peor explicado, y siempre, y esto es lo más decepcionante, sin que pueda atribuírsele a una terapéutica determinada.

Creemos haber observado un caso en el que lógicamente puede hablarse de *desintegración y eliminación espontánea* de un cálculo coraliforme del riñón. Se trata de un enfermo a quien examinamos por primera vez en el año 1934, siendo entonces portador de un cálculo coraliforme del riñón derecho, infectado, que fué diagnosticado clínica y radiológicamente en esa oportunidad, con la precisión que exigimos de los exámenes habituales, para hacerlos convincentes. Transcurridos 6 años vuelve el enfermo a nuestras manos, sin que hubiese llevado a cabo en ese intervalo de tiempo, ningún tratamiento racional para su litiasis. Los nuevos exámenes radiológicos, con gran sorpresa, nos demuestran que la sombra del cálculo coraliforme ha desaparecido. Pero persisten los fenómenos infecciosos del riñón, que imponen categóricamente una nefrectomía. Y el estudio de la pieza operatoria nos demuestra, en coincidencia con los últimos exámenes radiológicos, no sólo que no existe el cálculo coraliforme anteriormente diagnosticado, sino que no es

posible encontrar el menor vestigio de una concreción de sales en el órgano extirpado.

Resumimos a continuación las Historias Clínicas levantadas en las dos oportunidades en que el enfermo estuvo internado en nuestro Servicio Hospitalario; reproducimos los documentos que fundamentaron el diagnóstico, y nos permitimos luego comentar las sugerencias que el caso nos merece.

Resumen de la Historia Clínica N° 4641 del Servicio de Urología del Hospital Español de Buenos Aires. — Septiembre 20 - Octubre 30 de 1934.

M. Q. F., 43 años, casado, español, empleado.

Antecedentes familiares. — El padre ha fallecido de un aneurisma de la aorta. La madre de un tumor uterino. Tiene 5 hermanos que viven y son sanos. Casado con una mujer sana, sin hijos. Un aborto espontáneo.

Antecedentes personales. — Sano durante la infancia y pubertad. Buen fumador. Regular bebedor.

Blenorragia a los 18 años, curada sin complicaciones aparentes. En la misma fecha, adenitis inguinal supurada.

Enfermedad actual. — Se inicia 7 u 8 años antes, con dolores punzantes en la región lumbar *derecha*, con irradiación hacia el hipogastrio y las bolsas. Refiere el paciente que en algunas ocasiones (muy pocas), ha sentido dolores semejantes del lado *izquierdo*, al comienzo de la enfermedad.

Los dolores lumbares del lado *derecho*, se han repetido desde esa fecha, cada vez con más intensidad y frecuencia, adquiriendo los caracteres de un cólico renal típico, que habitualmente conseguía calmar con el reposo y la aplicación de calor local. En los últimos 6 meses, recuerda por lo menos 5 episodios de esa naturaleza.

Coincidiendo con el dolor, ha tenido polaquiuria, sin disuria, dejando la orina abundante sedimento blanquecino y eliminando en *dos ocasiones*, pequeños cálculos erizados de puntas, de color blanco. Ambas eliminaciones fueron acompañadas de *hematuria total*, pero de escasa duración e intensidad.

En la mayoría de las micciones, la orina es *turbia*, notando ello desde hace 6 ó 7 años.

El estado general se ha mantenido siempre bueno.

Estado actual. — Buen estado general. Apirético. Pulso normal.

Riñones. — Zona izquierda: normal. Derecha: no se palpa ni pelotea el riñón, pero los puntos costomuscular y ureterales superior y medio, son francamente dolorosos.

Vejiga. — Hipogastrio indoloro. No se palpa nada anormal. No hay retención vesical. No se tocan cuerpos extraños. Buena capacidad.

Uretra: libre.

Tacto rectal: negativo.

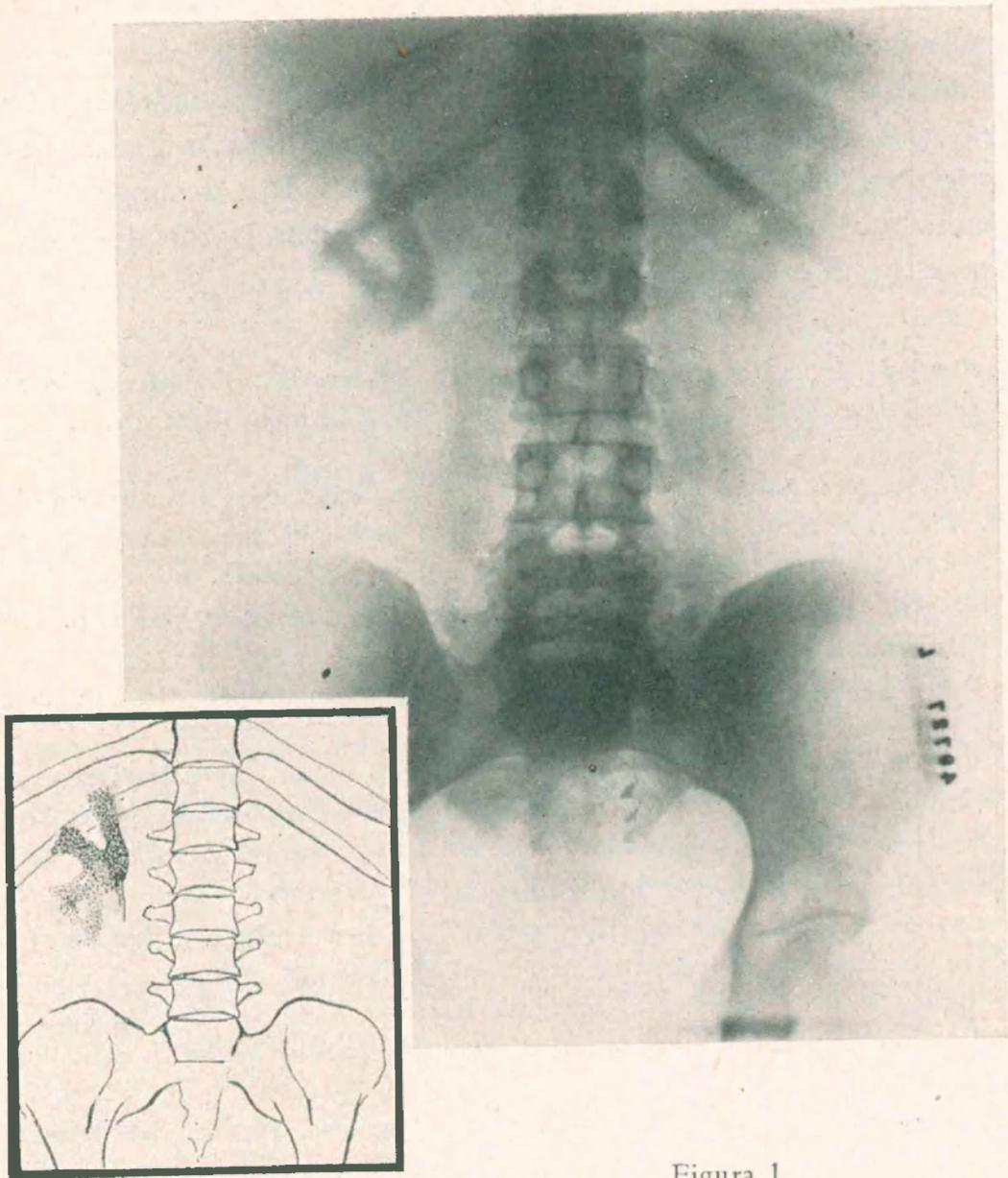


Figura 1

Radiografía simple del aparato urinario (año 1934). El enfermo no había sido sometido a ninguna exploración radiológica ni urológica con anterioridad a dicho examen. En el área renal derecha, se observa una sombra, de contornos perfectamente nítidos, que reproduce la imagen de la pelvis y los cálices, con todos los caracteres radiológicos de un *cálculo coraliiforme*. Igualmente, se observa, dentro de la pelvis ósea, la imagen de la *vejiga*, como si el órgano estuviera distendido por un líquido de escaso contraste radiológico.

Cistoscopia. — Buena capacidad vesical. El medio se aclara con facilidad. Sobre las paredes de la vejiga, se observan numerosas concreciones de sales, peque-

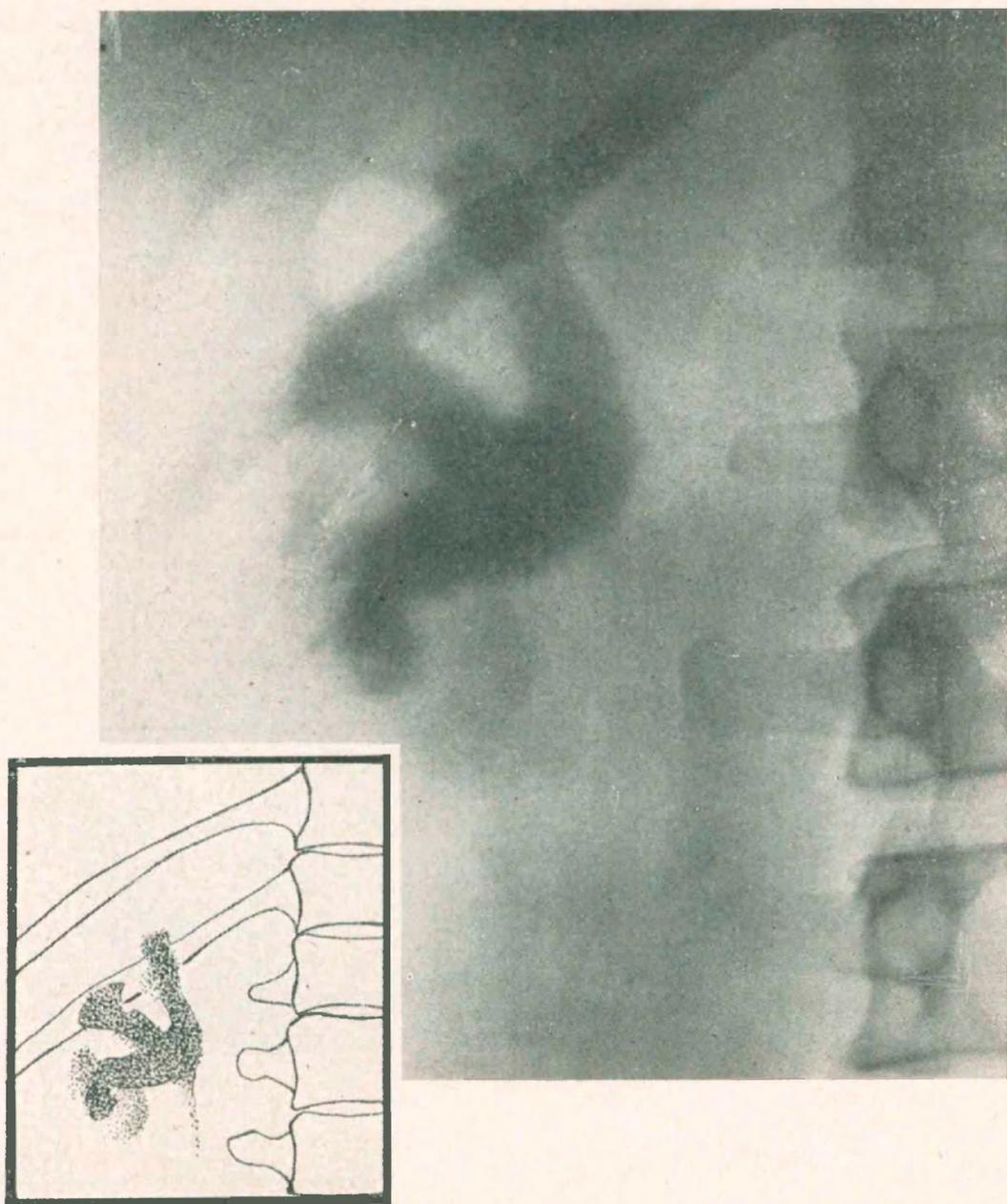


Figura 2

Reproducción de la misma radiografía anterior (figura 1), localizada al área renal, para apreciar con detalles los caracteres de la presunta sombra calculosa.

ñas, blanquecinas, adheridas a la mucosa, uniformemente congestionada. Orificios ureterales entreabiertos, eyaculando el *derecho* orina turbia. Contorno cervical, normal.

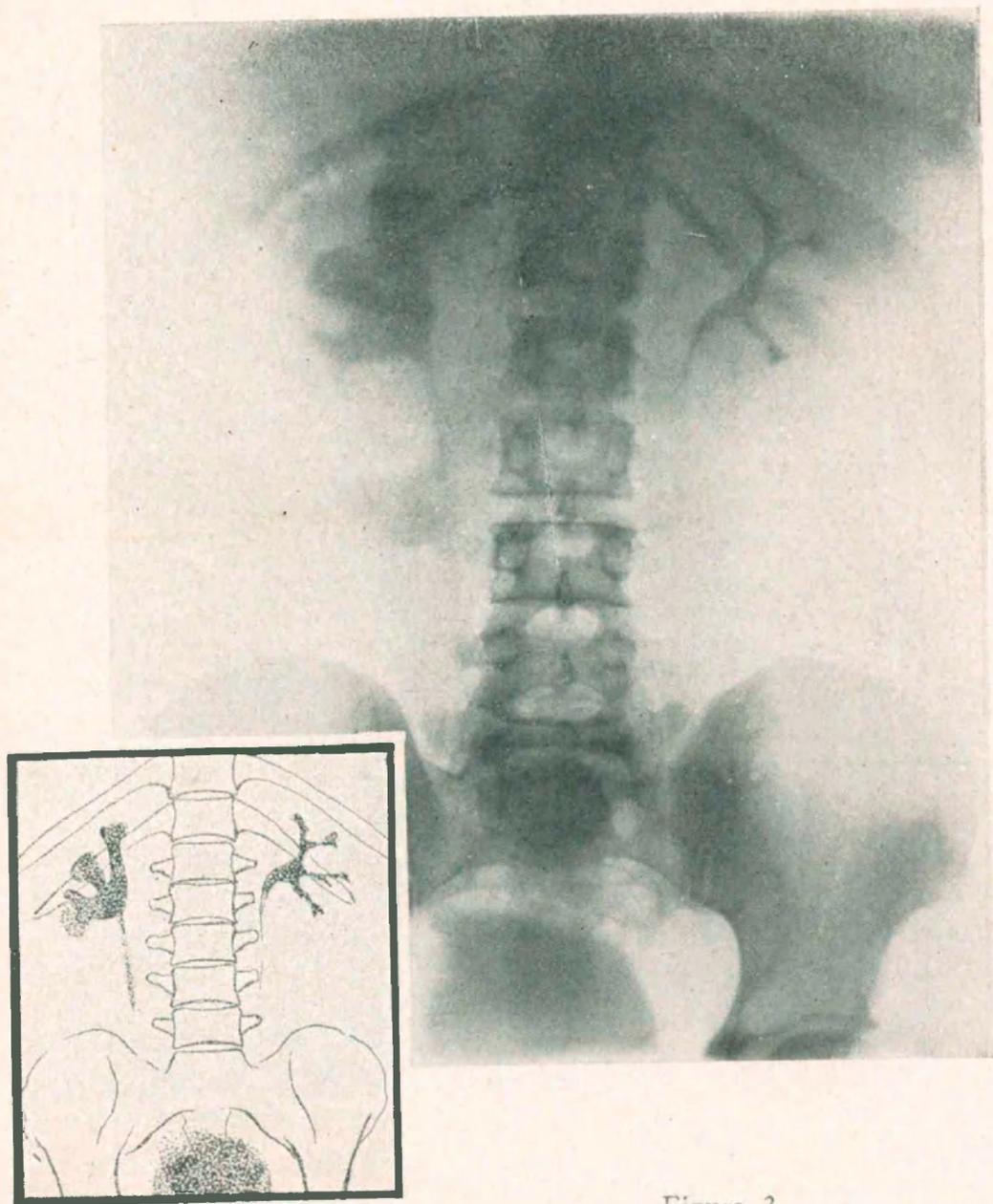


Figura 3

Pielografía endovenosa, obtenida a los tres días de la radiografía anterior (año 1934). En las imágenes a los 5, 15 y 25 minutos de terminada la inyección, puede observarse en todas ellas, un nefro-pielo-uréterograma normal del lado izquierdo, con buena eliminación y evacuación. En el lado derecho, se reproduce la misma sombra observada en la radiografía simple, poco o nada modificada en los distintos momentos de la eliminación y evacuación, a pesar de que esta última se realiza normalmente, a juzgar por la perfecta visualización del uréter. Reproducimos la imagen obtenida a los 15 minutos de terminada la inyección, en la que ya puede comprobarse un buen relleno de la vejiga con la substancia de contraste eliminada.

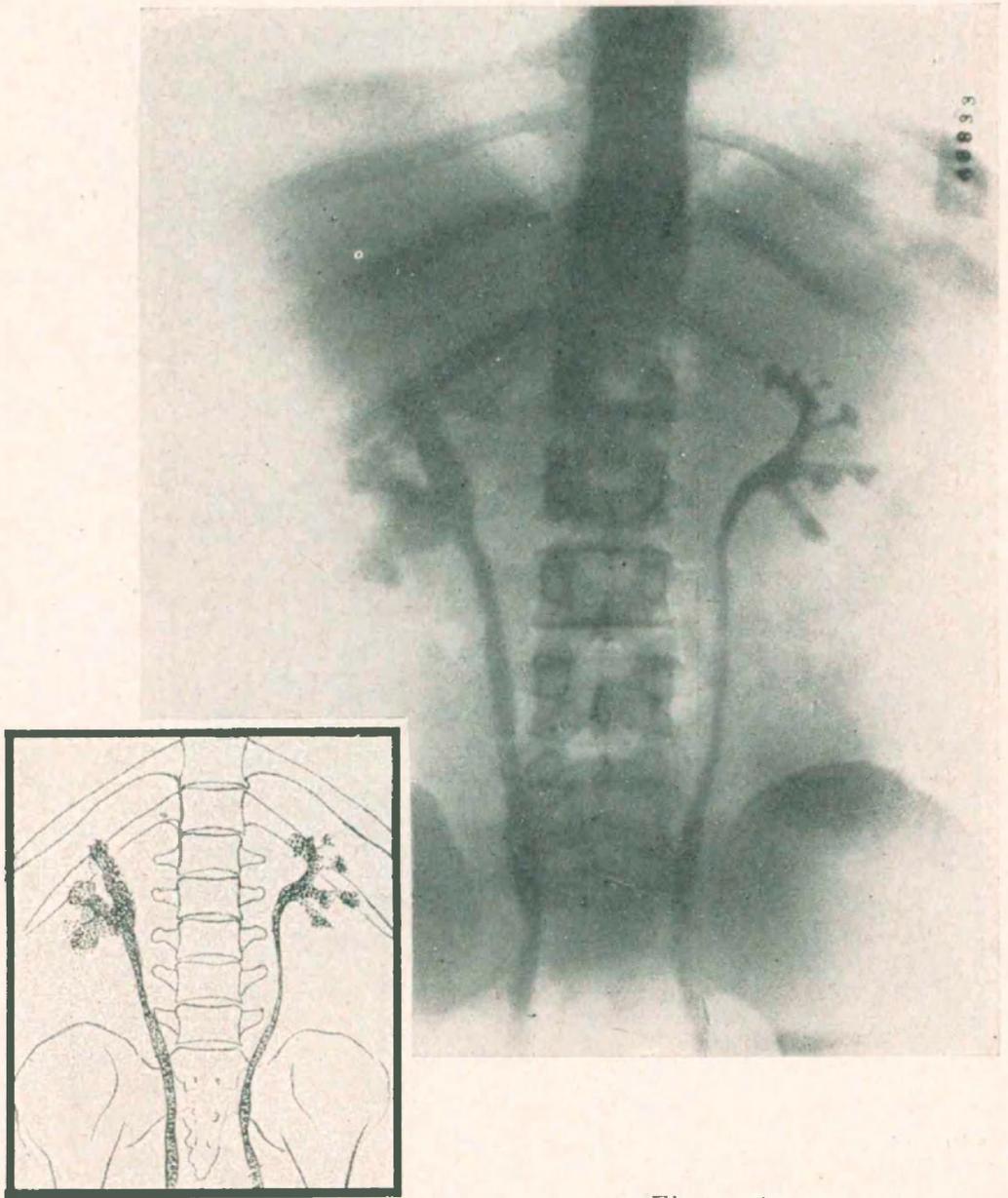


Figura 4

Pielografía retrógrada bilateral, llevada a cabo a los pocos días del examen anterior (año 1934). El pielo-uréterograma, en ambos lados, reproduce fielmente la imagen obtenida con la pielografía endovenosa; pero llama la atención, la persistencia de la sombra renal derecha, con idénticos caracteres y de menor contraste radiológico que la imagen pielo-calicial izquierda, cuando debiera serlo de mucho más, por el volumen del líquido inyectado, si él pudiera acumularse en la pelvis, sin obstáculo a su relleno y distensión. Hay que admitir pues, que en las circunstancias en que se llevó a cabo la exploración, la pelvis y los cálices estaban ocupados por un cuerpo extraño, opaco a los rayos X (presunto cálculo).

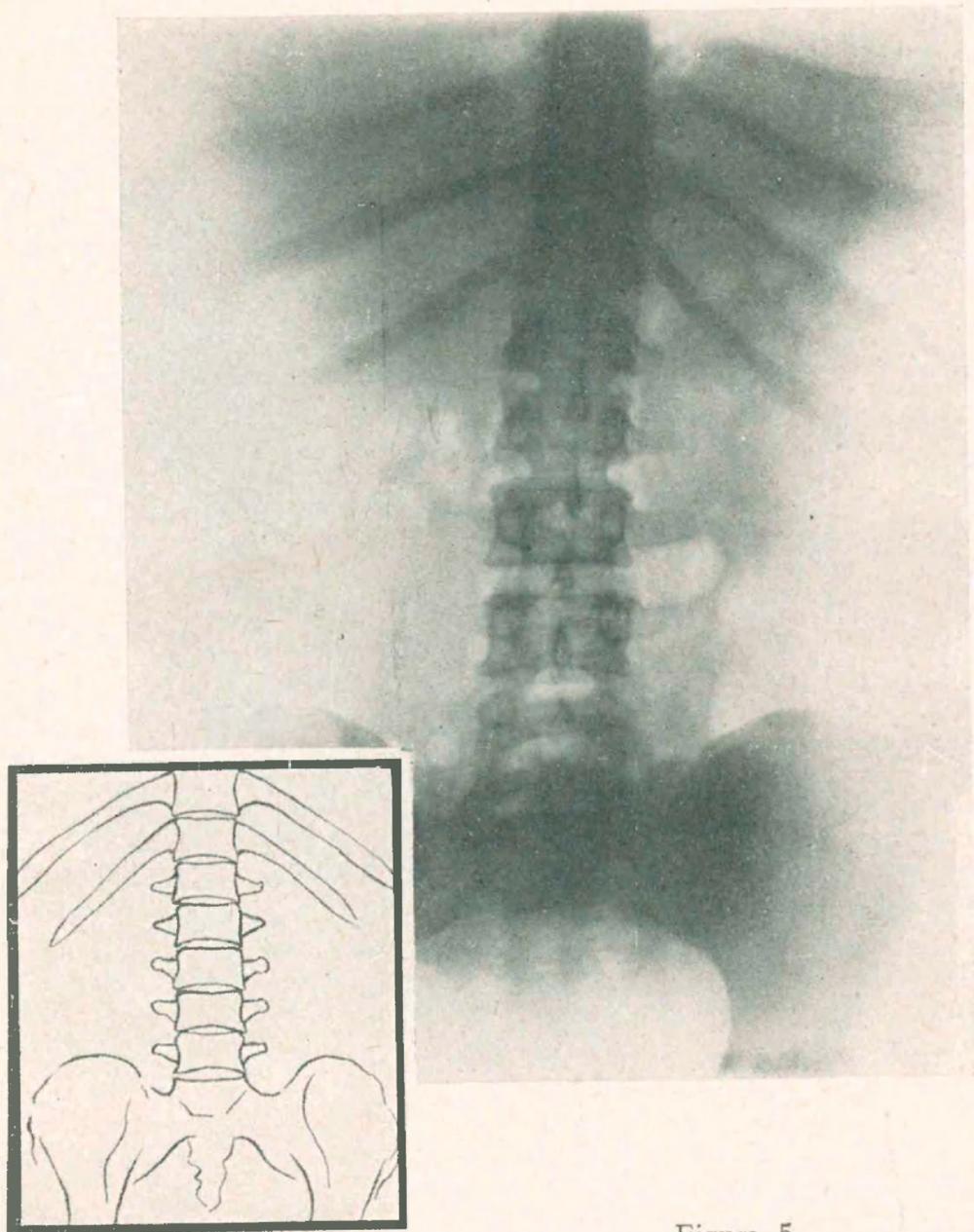


Figura 5

Radiografía simple del aparato urinario, obtenida 6 años después que las anteriores (año 1940). No se observa ninguna sombra patológica. Riñón derecho aumentado de tamaño.

Carmin de índigo. — Izquierdo a los 5', franca y rítmica. Derecho a los 7'30", débil y babeante.

Orina de la micción: turbia.

Orina recogida por cateterismo ureteral derecho: turbia.

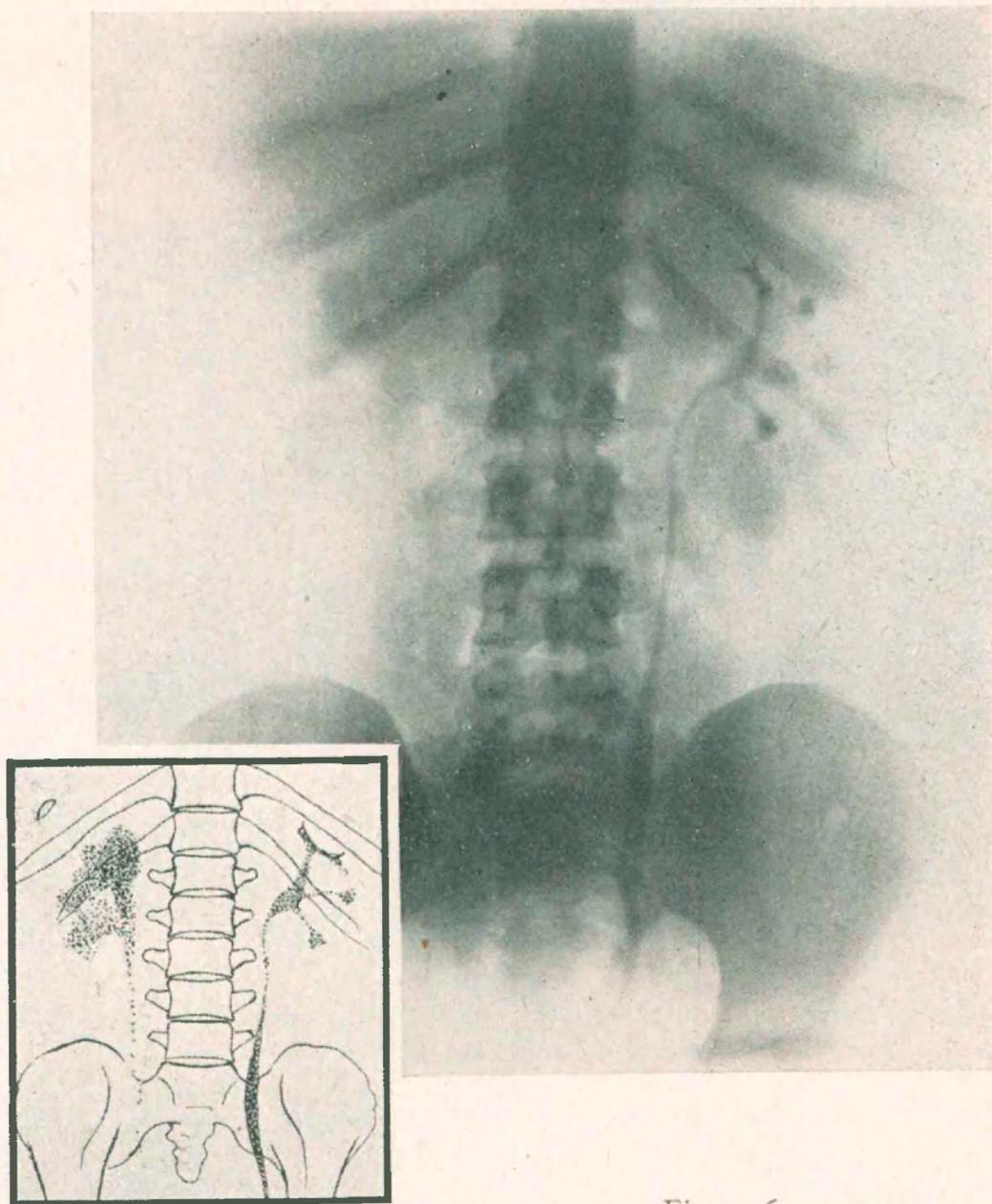


Figura 6.

Pielografía endovenosa (año 1940). Reproducción de la radiografía obtenida a los 30 minutos de terminada la inyección (Uroselectán B). En el lado izquierdo: Nefro-pielo-uréterograma normal, con buena eliminación y evacuación.

En el lado *derecho*: Riñón aumentado de tamaño, en posición normal. Retardo de la eliminación (nula a los 5', apenas esbozada a los 15' y recién apreciable a los 30'). Pelvis y cálices dilatados, especialmente estos últimos, de contornos irregulares (uropionefrosis).

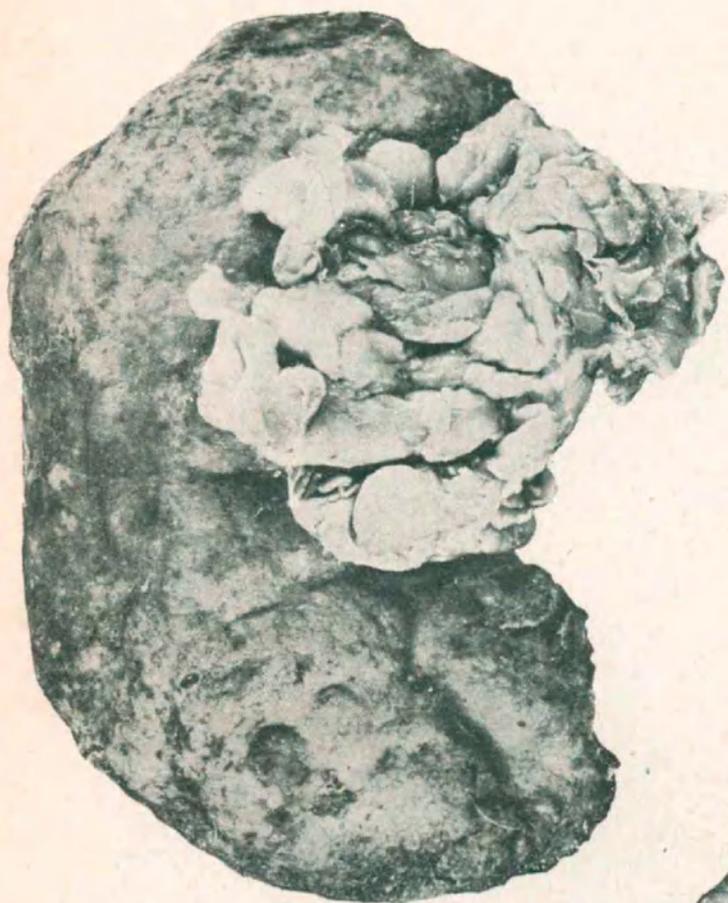


Figura 7
Fotografía macroscópica de la pieza operatoria. Riñón rugoso, duro, con intensa esclerolipomatosis hilar.

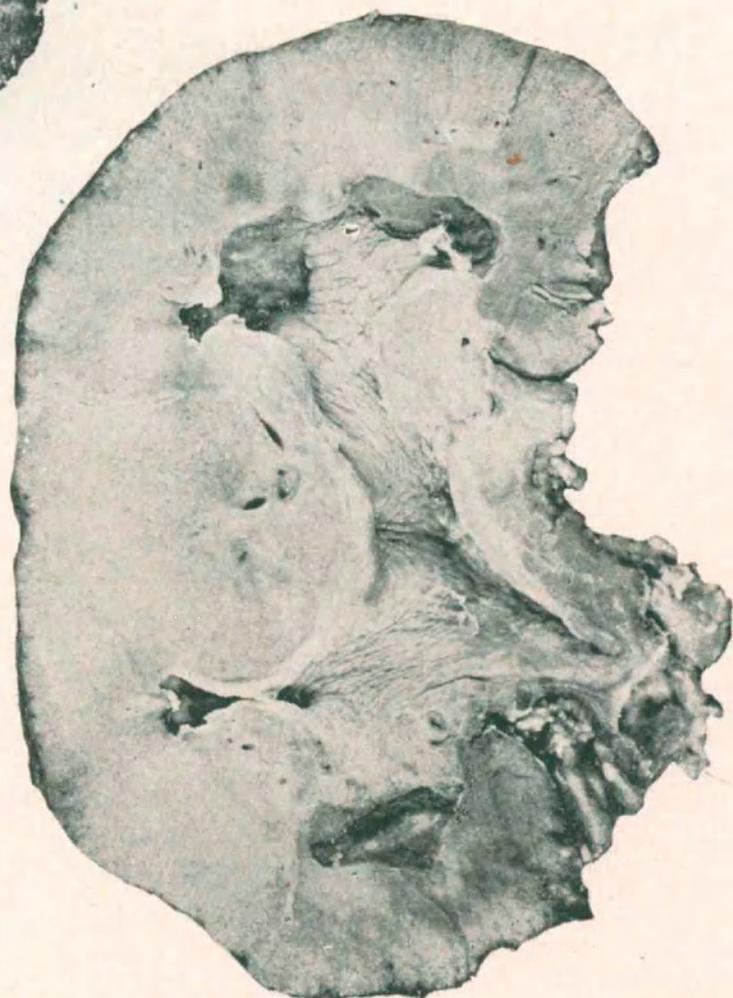


Figura 8
Riñón abierto. Dilatación de la pelvis, con dilatación de los cálices. Mucosa rugosa, espesada, blanquecina. Aumento de la grasa de los senos.

Exámenes de laboratorio. — Orina: Ambar, turbia, sedimento abundante. Reacción alcalina. Densidad 1017. Urea 14.31. Cloruros 7,40. Albúmina 0,15 por mil. Hemoglobina. Hematíes. Abundante pus.

Sangre: Urea 0,48 por mil. Glicemia: 1,04 por mil.

Exámenes radiológicos. — Todos los exámenes practicados (Radiografía simple del aparato urinario —Urograma endovenoso— Pielografía retrógrada),

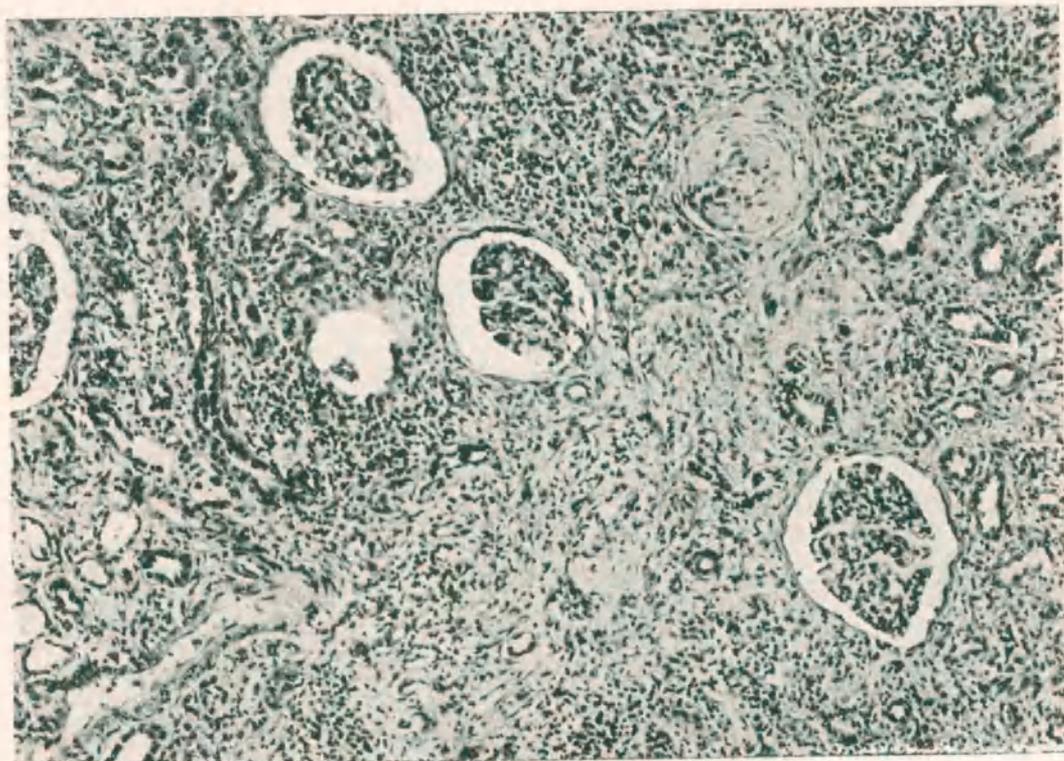


Figura 9

Glomérulos con espesamiento exocapsular, algunos de ellos en obsolescencia. Infiltración y esclerosis intertubular.

coinciden en demostrar la existencia de un cálculo coraliforme del riñón derecho. Las figuras 1, 2, 3 y 4, reproducen las imágenes obtenidas, y al pie de las mismas, se observarán los esquemas y las leyendas explicativas.

Evolución. — Practicados los exámenes antedichos, el enfermo es sometido a un tratamiento a base de antisépticos urinarios (cytotropina, neotropina) e instilaciones vesicales de nitrato de plata, con el que se obtiene una franca mejoría de los síntomas subjetivos, así como de la vejiga, hasta el punto de que en un examen cistoscópico ulterior, han desaparecido casi por completo las concreciones de sales que recubrían la mucosa del órgano. Pero persiste la piuria, y

sentado el diagnóstico de una *litiasis coraliforme del riñón derecho*, se le propone una intervención quirúrgica para liberarlo de su cálculo. El paciente la rehusa, por razones personales, y abandona el Hospital, con la indicación de continuar con el tratamiento médico instituido durante su permanencia en el Servicio.

Resumen de la Historia Clínica N° 8018. — Agosto - Septiembre de 1940.

El enfermo vuelve a ingresar al Servicio el 2 de Agosto de 1940, después

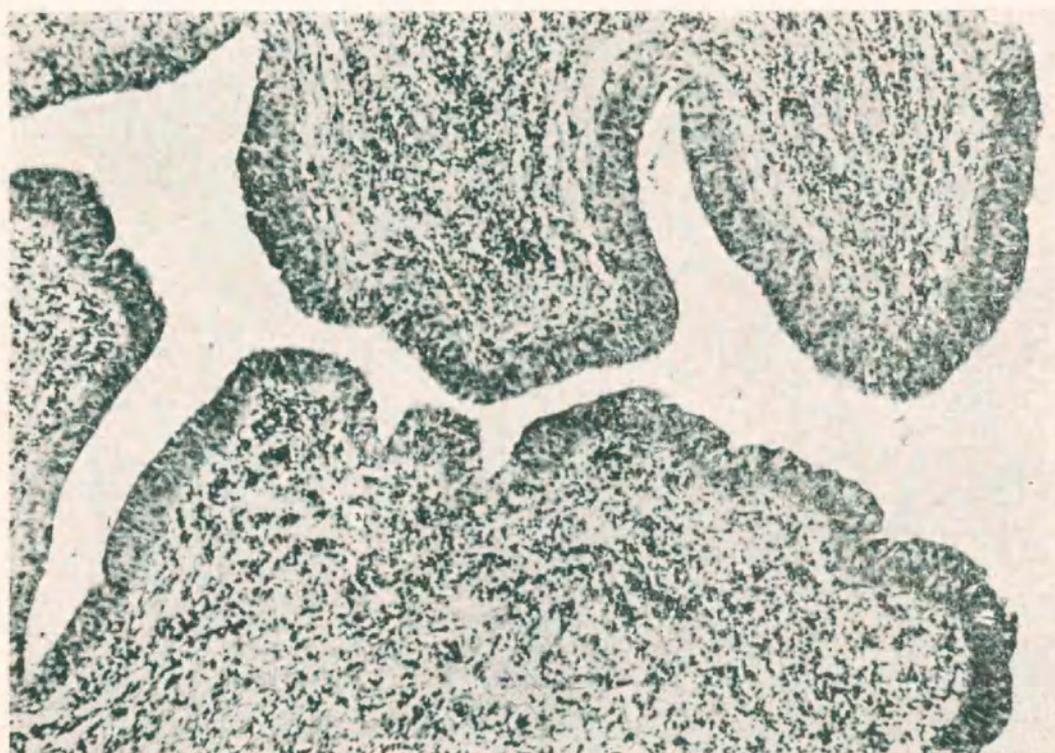


Figura 10

Revestimiento epitelial de los cálices, engrosado y con infiltración linfocitaria.

de transcurridos 6 años desde su internación anterior. Durante ese largo intervalo de tiempo, refiere que únicamente observó el tratamiento prescripto, por espacio de 1 año. Después de esa fecha, se operó un cambio manifiesto en el curso de la enfermedad. Los episodios dolorosos de tipo cólico nefrítico, se fueron espaciando gradualmente hasta desaparecer casi por completo, y prácticamente transcurrió más de 4 años casi olvidado de su enfermedad. Pero desde 8 meses antes de su reingreso, vuelven a aparecer los dolores renales, con caracteres semejantes a sus padecimientos anteriores, de los que se diferencian sin embargo, porque en esta segunda etapa, no elimina arenillas, y en cambio, a casi todos los cólicos

sigue una hematuria de tipo total, a veces intensa, acompañada de fiebre y escalofríos.

El cuadro sintomático se agudiza progresivamente, y en los 2 últimos meses, lo episódico son las remisiones, por lo que decide volver a ingresar a nuestro Servicio Hospitalario.



Figura 11

Epitelio con metaplasia de evolución córnea. Por debajo del mismo, infiltración linfocitaria.

Estado actual. — Sujeto en regular estado general. Febril (hasta 39 grados). Adinámico. Mucosas secas y pálidas.

Riñones y uréteres. — Se palpa el riñón derecho aumentado de tamaño, duro, liso, doloroso y poco móvil con las maniobras de compresión y desplazamiento bimanuales. Puño percusión francamente positiva. No se palpa ni pelotea el riñón izquierdo. Sensibilidad normal.

Vejiga. — Hipogastrio doloroso a la presión. No se palpa globo vesical.

Uretra. — El explorador se detiene a nivel de la uretra perineal, a cuyo nivel existe una estrechez que sólo es posible franquearla con una bujía N° 9. La palpación exterior de la uretra no revela nada anormal.

Próstata. — Al tanto rectal, de caracteres normales.

Testículos. — Nada de particular.

Orina: Muy turbia en las dos copas, con grumos purulentos, sin hematuria macroscópica.

Micciones: Disuria, polaquiuria, ardor y tenesmo.

Exámenes de Laboratorio. — *Orina:* Turbia. Reacción ácida. Urea 11,53 por mil. Cloruros 9,40 por mil. Fosfatos 1,15 por mil. *Albúmina* 0,15 por mil. *Hematías.* Pus.

Sangre. — Urea: 0,57 por mil. Glucosa: 1,15 por mil. Recuento globular y fórmula leucocitoria: Discreta anemia, con acentuada leucocitosis (11.000), a predominio de polinucleares (85 %).

Exámenes radiológicos. — *Radiografía simple del aparato urinario:* No se observa ninguna sombra patológica. Riñón derecho aumentado de tamaño. (Fig. 5).

Urograma endovenoso. — Riñón derecho aumentado de tamaño, en posición normal. Retardo de la eliminación (nula a los 5', apenas esbozada a los 15', y recién apreciable a los 30'). Pelvis y cálices dilatados, especialmente estos últimos, de contornos irregulares (uropionefrosis). (Fig. 6).

Evolución. — Inmediatamente de ingresar el enfermo, se le coloca una sonda uretral permanente con el fin de dilatar su estrechez. Al cabo de 8 días, se logra un buen calibre de la uretra, con perfecta evacuación de la vejiga. Pero, a pesar de ello, y de los antisépticos y diuréticos que además se le administran, persiste la fiebre, la piuria, y el riñón derecho continúa grande y doloroso. El estado general desmejora, y ante ese cuadro, se decide llevar a cabo una nefrectomía derecha, con la seguridad de que el riñón izquierdo es normal.

Operación. — Operador: Dr. García. Ayudantes: Dres. Gálvez y Garate. Anestesia peridural (novocaina - pantocaina).

Previa lumbotomía económica según la técnica de *Heckenbach* se aborda y exterioriza el riñón por vía subcapsular, dado la intensa perinefritis con que se tropieza. Seccionada la cápsula según la técnica de *Pflaumer*, se aísla el pedículo, que se liga y secciona, sin pinzas, con hemostasia perfecta. Sección del uréter, entre dos ligaduras, con termocauterío. Sutura de la pared en un plano, con puntos en polea de *Pflameur*. Drenaje con tubo de la loge renal. Piel con hilo.

El post-operatorio inmediato, transcurre sin ningún incidente digno de mención. El enfermo se levanta a los 14 días, y es dado de alta a los 21 días, con la herida cicatrizada, la orina limpia, y en franca mejoría del estado general.

Examen anátomo - patológico de la pieza operatoria. — (Dr. Monserrat).

Macroscopía. — Riñón de forma conservada, uniformemente aumentado de tamaño en todos los diámetros. Coloración gris amarillenta, con un piqueteado hemorrágico uniformemente distribuido en toda la superficie del órgano. Consistencia aumentada. Superficie rugosa. A nivel del hilio, se observa un aumento manifiesto de la grasa del seno, que se presenta fibrosa y dura (Fig. 7).

Practicado un corte mediano, no se observa en el contenido pielo-calicial el menor vestigio de una concreción de sales. Dilatación del sistema piélico, con la mucosa engrosada y rugosa. Dilatación a nivel de los cálices. Esclerolipomatosis a nivel de los senos.

En el parénquima se observa la inyección de los glomérulos, con atrofia de la cortical (Fig. 8).

Diagnóstico macroscópico: *Glomérulo nefritis crónica. Ectasia y pielitis crónica. Esclerolipomatosis*

Microscopía. — Los preparados obtenidos de diversas zonas, muestran una serie de focos de esclerosis intertubular, con ligeros infiltrados linfocelulares. Glomérulos con espesamiento exocapsular, algunos de ellos en oblea (Fig. 9).

A nivel de la pelvis, se destaca un espesamiento de la mucosa, con metaplasia córnea inicial. En la mucosa, folículos linfocitos de infiltración (Figuras 10 y 11).

Diagnóstico microscópico: *Glomérulo nefritis crónica intersticial ascendente. Pielitis folicular crónica con metaplasia epidermoidea.*

COMENTARIOS

Del resumen de las Historias Clínicas, y del análisis de la documentación radiológica que acabamos de reproducir ¿qué problemas y qué sugerencias se nos plantean? Permitásenos, en homenaje a la concisión y brevedad, encararlo en forma de preguntas y respuestas.

1º — *¿Ha existido realmente el cálculo coraliforme del riñón?*
Creemos que sí, por las siguientes razones:

a) *Clínicamente*, el cuadro de la enfermedad orienta de inmediato el diagnóstico hacia una litiasis renal, y la eliminación espontánea de pequeños cálculos, a continuación de los cólicos nefríticos, lo confirma.

b) *Radiológicamente*, es indiscutible que en la radiografía simple del aparato urinario, el enfermo presenta (con la absoluta certeza de que no había sido sometido previamente a ningún otro examen ni exploración) la imagen típica de un cálculo coraliforme del riñón derecho. La topografía, la forma, el tamaño y la opacidad a los rayos X del cuerpo extraño, reúnen todos los caracteres de tal.

La urografía endovenosa y el pielograma retrógrado, al no hacer variar fundamentalmente los caracteres de la sombra radiológica, nos permiten afirmar, que en el momento en que fueron llevadas a cabo tales exploraciones, la pelvis renal y los cálices estaban ocupados por un cuerpo extraño. De no ser así, si simplemente se hubiera tratado, por ejemplo, de la opacidad de una orina circunstancialmente rica en sales, los caracteres de la sombra radiológica no hubieran sido invariables, de un día para otro, y mucho menos, con el relleno (ascendente o descendente) del elemento de contraste de los pielogramas.

2° — Admitido que existía el cálculo, ¿de qué naturaleza era?

Creemos que se trataba de un cálculo fosfático.

La reacción alcalina de la orina, y la observación de abundantes fosfatos en el sedimento de la misma, nos autoriza a pensar así. Consideramos también que la visualización de la vejiga en la radiografía simple (fig. 1), se debe a su relleno por una orina rica en sales, siendo testimonio de lo mismo la observación, durante el examen cistoscópico, de numerosos acúmulos de sales sobre la mucosa vesical inflamada.

3° — ¿Cuál ha sido la evolución ulterior de ese cálculo?

Ante la absoluta certeza de su desaparición, no se nos ocurre pensar en otro proceso que en la *disgregación y eliminación* del mismo.

En efecto, todo aquel que esté familiarizado con la cirugía de la litiasis renal, habrá tropezado más de una vez, con cálculos no compactos, sumamente frágiles, que se deshacen al menor intento de hacer presa en ellos. Esta circunstancia es relativamente frecuente en la litiasis fosfática, y en nuestro caso pudo haber ocurrido algo semejante, y admitimos que un cálculo en tales condiciones, a pesar de su gran tamaño, puede *disgregarse y eliminarse*, bajo circunstancias favorecedoras en el curso de la enfermedad, y por la acción coadyuvante del tratamiento.

Y cabe mencionar aquí también, que al reingresar el enfermo, a pesar de la intensa infección renal, y de no habersele administrado medicación ni haber observado dieta que lo justifique, la orina era de reacción francamente *ácida*. Desgraciadamente, no podemos acla-

rar desde cuanto tiempo atrás ello ocurría, pero no escapará al lector, que el cambio de reacción tiene sugestiva importancia.

4º — *¿Cuál ha sido el porvenir del órgano, a pesar de la desaparición del cálculo?*

Evidentemente malo, por la persistencia de la infección, de cuya cronicidad es testimonio la metaplasia epidermoidea de la pelvis. Creemos que a ello pudo haber contribuído la falta de restablecimiento de la normal evacuación del órgano (la dilatación de la pelvis y de los cálices así nos lo demuestra) después de la eliminación del cálculo; *uroectasia*, que puede ser causa o consecuencia de un cálculo del riñón; pero que habrá de tratar de corregirse siempre, si se pretende que la extracción o eliminación de un cálculo, asegure el buen porvenir del órgano. La *persistencia de la infección* y la *recidiva calculosa*, son los satélites casi inevitables de la *uroectasia*, en tales condiciones. Y de allí su importancia.

DISCUSION

DR. PAGLIERE. — *Yo me permitiría observar que la primera radiografía no es simple; ya es un urograma.*

DR. GARCÍA. — *No, doctor Pagliere.*

DR. PAGLIERE. — *¿Y lo que hay en la vejiga?*

DR. GARCÍA. — *Es una radiografía simple, absolutamente simple. Nosotros nos hemos preguntado si esa densidad normal de la sombra no explicaba un estado especial de la orina en ese momento. Nosotros pensamos en esa misma eventualidad y no pudimos desarrollar el asunto, porque la pregunta era si existía o no un cálculo. Nosotros creemos que la visualización de la vejiga es debida a un estado determinado de la orina en ese momento. Como se ve hay mayor densidad a nivel del riñón que de la vejiga con menor cantidad de líquido. Eso nos induce a creer que debe haber alguna otra cosa en riñón.*

SR. PRESIDENTE DR. VON DER BECKE. — *¿Es un enfemo absolutamente virgen?*

DR. GARCÍA. — *Absolutamente no; esta es la primera radiografía que se le hizo en el Hospital. Al reingresar al mismo, contestando a una pregunta nuestra, el enfermo nos manifestó que no había sido tocado.*

DR. VILAR. — *A mí también me llamó la atención la sombra de la vejiga. Respecto al argumento del Dr. García yo creo que la sombra de la vejiga no debe ser de la misma densidad que del lado derecho, porque en la vejiga la orina es bilateral.*

DR. GARCÍA. — *La orina puede ser distinta de un lado a otro, pero también es sugestivo que sea tan distinta como para que no se visualice el otro lado.*

DR. VILAR. — *Es una razón de tonalidad y en cambio, nos da una sombra de vejiga evidente.*

DR. GARCÍA. — *Esto se presta a una larga consideración de cosas que no podemos desarrollar y que abren un interrogante: ¿qué había dentro de ese riñón?*

DR. PAGLIERE. — *¿No pudo haber sido un error radiográfico?*

DR. GARCÍA. — *Pensamos en todas esas cosas. Son radiografías sacadas en el Servicio del Hospital, que están numeradas. Este enfermo no ha sido tocado radiológicamente por nadie y esta es la primera radiografía que se le hace en el hospital.*

DR. PAGLIERE. — *¿Las radiografías fueron hechas en serie?*

DR. GARCÍA. — *Entre una y otra radiografía han transcurrido por lo menos, 7 días. Ya hemos pensado en todas las eventualidades, porque de lo contrario, quedaría la duda.*

DR. VILAR. — *Creo que podría considerarse que hubiera un cuerpo cualquiera.*

SR. PRESIDENTE DR. VON DER BECKE. — *¿No podría ser ioduro de potasio?*

DR. GARCÍA. — *El enfermo no hacía ninguna medicación en el momento en que se sacó la radiografía.*

DR. LLANOS. — Después de la exposición del Dr. García, me imagino en la evolución de este proceso lo siguiente: que posiblemente, ha existido allí un obstáculo para circulación de la orina del lado derecho, quizá una estrechez. A consecuencia de eso, en la primera radiografía hay una cierta dilatación y una retención de orina allí acumulada. Después, ha venido un proceso infeccioso más pronunciado y se ha hecho la transformación esclero-lipomatosa de la pieza que nos presenta el Dr. García. La orina de este sujeto, que ha sido siempre ácida, indudablemente tiene un poder de visualización que no tiene otras orinas. Ese poder de visualización no es solamente debido a las condiciones químicas de la orina, sino también a la retención que ya existe. Existiendo una retención a nivel de la pelvis, es claro que en la mayoría de los casos, no se visualiza, pero en este enfermo, que parece que tiene una composición de orina que visualiza, hasta cierto punto podríamos admitir que la visualización que nos parece como un cálculo coraliforme, es simplemente una retención de orina de ciertas condiciones que favorece su visualización.

La visualización de la orina que está en la vejiga viene a confirmar las condiciones especiales de su orina en general, no sólo de la vejiga sino también la que está en el riñón. Creo que en eso influyen dos factores: en primer lugar, que está más diluída. Sabemos que a nivel de la zona vesical la radiografía se visualiza mejor porque la capa muscular que tiene que atravesar es menos potente que la capa muscular que está a nivel de la región lumbar.

Quizá se podría explicar así que se trate de un proceso primitivo del uréter que dificulta la circulación de la orina, que hay una retención a nivel de la pelvis y que la orina de ese sujeto tiene cierta disposición que lo visualiza más que en la generalidad de los casos.

DR. GARCÍA. — Evidentemente, no estoy de acuerdo con lo que dice el Dr. Llanos.

En cuanto a la visualización, en muchos enfermos vemos vejigas que se visualizan perfectamente radiológicamente sin visualizarse ninguna sombra en el riñón. Podría disponer de muchas vejigas que no se ven en la radiografía simple sin verse ninguna sombra renal. Después, verán que hay distintas densidades que se repiten como si hubiera una cosa concreta. Esta es una ampolla calicular dilatada

y en el urograma veo dentro de una cavidad una sombra que repite la sombra de la imagen radiológica. que podría ser o no un cálculo. pero que es una cosa organizada. porque dentro de una cavidad superpone una sombra de mayor densidad. En ese sentido. hay que pensar en la existencia de otra cosa. Se ve que se repite una densidad distinta. de manera que hay algo más que un líquido. Hay alguna cosa que tiene forma. que está dentro de ese cálice. ¿Qué es y qué naturaleza tenía?. yo no me atrevo a decirlo porque no tengo ningún argumento más.
