

Por los Doctores

TOMAS SCHIAPPAPIETRA,
L. FELMAN y A. GHIBAUDI

ABSCESO PERI-NEFRITICO CON FISTULAS BRONQUIAL Y LUMBAR (SECUELAS FISTU- LOSAS POR ABSCESOS RENO-FLUENTES)

NOS referimos a un enfermo que ingresó al Instituto Médico Quirúrgico, (Ley N° 12.290), que dirige el Prof. José M. Jorge. Sección Urología.

N° de ficha 19.789, fecha de ingreso, agosto 2 de 1937. Proveniente de la ciudad de Salta, de 49 años, italiano.

Nos relató el enfermo que: el 2 de noviembre de 1935, fué examinado en un servicio hospitalario de Montevideo, afectado por un estado febril persistente, malestar y quebrantamiento general, escalofríos, culminando con la aparición de expectoración hemo-purulenta en forma de vómica y a partir de lo cual hizo regresión el cuadro séptico, persistiendo desde esa fecha abundante expectoración purulenta. Aproximadamente al mes de su alta, 29 de diciembre de 1935, nuevo episodio febril con dolor lumbar y contractura del muslo izquierdo que le imposibilitaba la marcha, motivo por el que se internó en el hospital Maciel de Montevideo; donde le fué drenado quirúrgicamente un absceso lumbar izquierdo. Durante su convalecencia un nuevo episodio febril con manifestaciones pulmonares y repetición de expectoración hemo-purulenta. En vías de mejoría fué dado de alta en julio de 1936.

Dos meses después se radica en la ciudad de Salta y como persistiese la fístula lumbar, es asistido en el hospital de la localidad, el 11 de febrero de 1937 se le practicó exploración quirúrgica del trayecto fistuloso. La evolución no mostró modificación alguna; persistencia de la fístula, abundante secreción purulenta, de la tos y de la expectoración muco-purulenta con ligeras variantes. Nos ha referido en el curso del interrogatorio dirigido que, durante una curación le fué inyectada solución de mercurio-cromo en la fístula lumbar que luego reconoció en la expectoración.

Respecto a otros antecedentes remotos, nada de importancia en relación a la enfermedad actual.

Referiremos los datos semiológicos anotados a su ingreso el 2 de agosto de 1937, y sólo aquellos que a nuestro juicio presentan atingencia directa con el

proceso que nos ocupa. Mientras no se hace ostensible particularidad alguna en el examen del hemi-tórax derecho; en el izquierdo presentaba sonoridad percutoria disminuída, pronunciándose a medida que se aproximaba a la base. en la línea escapular, con excursión respiratoria muy disminuída. A la auscultación sobre la misma línea referida, respiración ruda, con fenómenos bronquiales en toda su extensión y alveolares esparcidos especialmente en su base. En el espacio ílio-costal

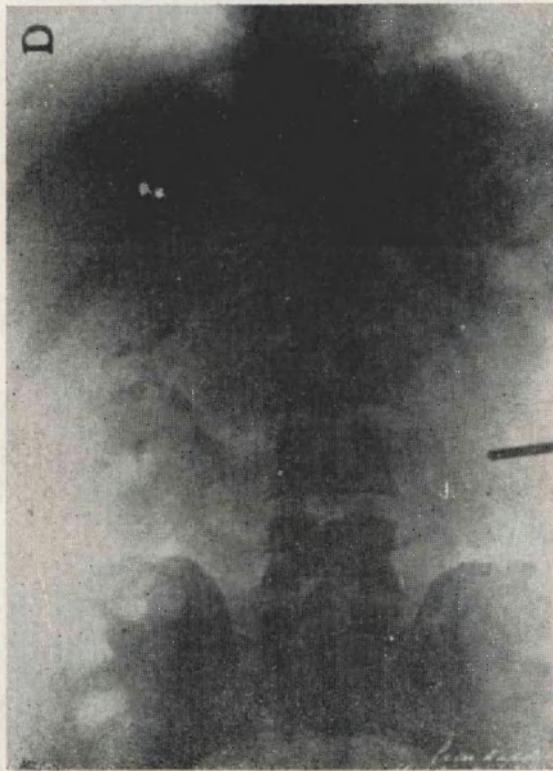


Figura 1

izquierdo la cicatriz quirúrgica retraída y próxima al ángulo superior un orificio fistuloso que segrega abundante secreción purulenta. El riñón derecho palpable en casi toda su extensión, bien desplazable hacia la fosa lumbar.

Del lado izquierdo la cicatriz quirúrgica y la dureza infiltrativa de la pared lumbar disminuye las sensaciones palpatorias profundas; pero a través del hipocóndrio y del flanco se percibe un flemón duro, poco doloroso, que no trasmite los movimientos respiratorios, fijo y que se localiza en la fosa lumbar correspondiente. La insuflación del colon confirmó su interposición anterior.

Micción normal. Orina homogénea y abundantemente piúrica. De la observación citoscópica se deduce una funcionalidad normal con orina límpida a través del orificio ureteral derecho. Pus denso a través del izquierdo.

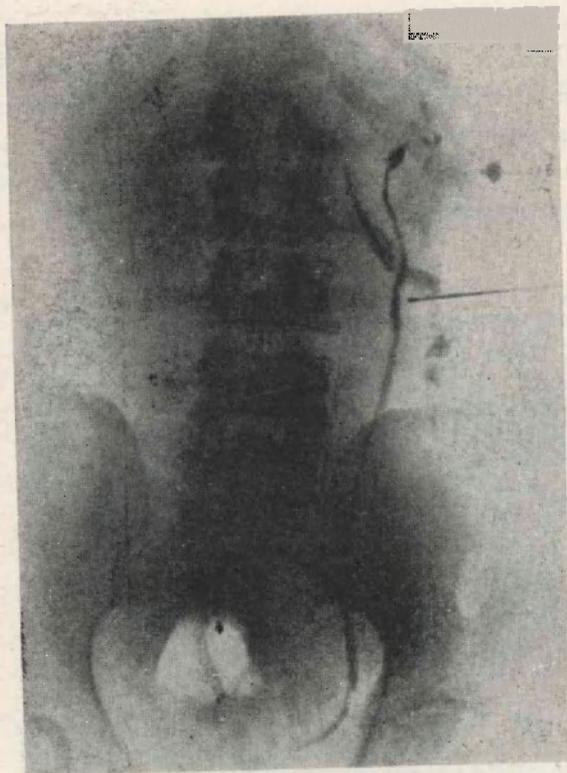


Figura 2

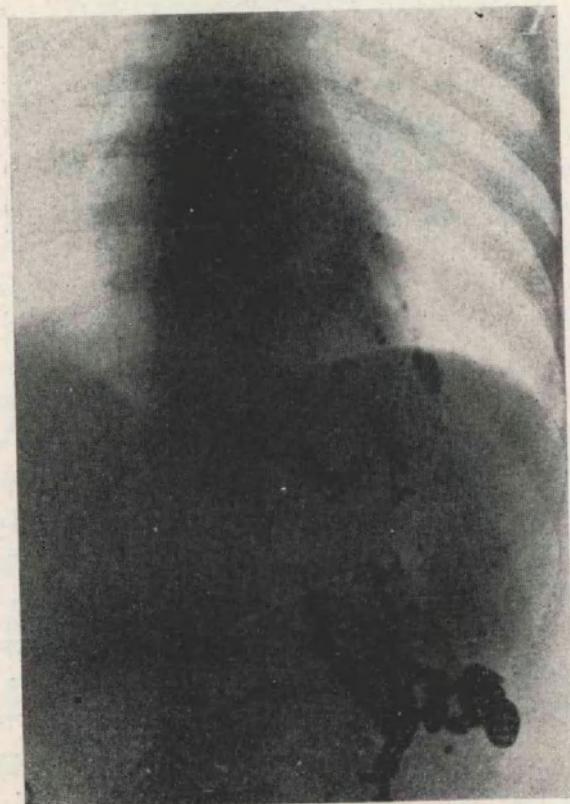


Figura 3

El índigo-carmín inyectado endovenoso fué eliminado a los tres minutos por el R. D. ausencia de eliminación por el R. I.

La radiografía directa de riñones y uréteres no mostraba sombra sospechosa de litiasis. La figura N° 1 corresponde a los 15' de efectuada la inyección de la substancia de contraste. Muestra el nefrograma en posición baja, con buena iluminación de la substancia inyectada e imagen normal de sus vías excretoras superiores. En el lado izquierdo no se hace visible la silueta renal, una pequeña

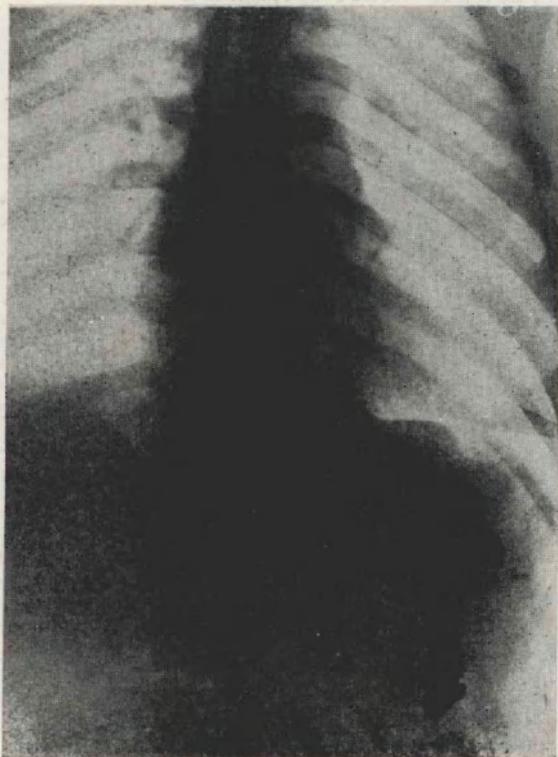


Figura 4

y única sombra correspondiendo a la mitad superior de la zona renal, que interpretamos como un resto de riñón funcional (en la radiografía directa no existía sombra alguna). Una sonda acanalada marca el trayecto de la fístula lumbar (figura N° 2). La segunda radiografía es un urétero-pielograma retrógrado efectuado a través de un catéter ureteral cuya extremidad se proyecta a la altura del borde superior de la segunda vértebra lumbar y la substancia de contraste, a través de él inyectada, continúa su trayecto y penetra en una pequeña cavidad que bien puede relacionarse a la única sombra de excreción que fué descripta en la zona del riñón izquierdo en el urograma anterior, y por un trayecto superior se observa la penetración trans-diafragmática en el hemitórax correspondiente. No se reconoce ningún otro elemento del aparato excretor superior. Próximo al extremo

del estilete que marca la fístula lumbar, la solución de contraste se muestra derramada en la atmósfera peri-renal. La penetración de la solución de yoduro de sodio al árbol bronquial provocó de inmediato penosos reflejos, impidiendo continuar la inyección y obtener radiografías más demostrativas.

En las radiografías tercera y cuarta nos propusimos mostrar el trayecto lumbo-bronquial por inyección lipiodolada a través del trayecto lumbar.

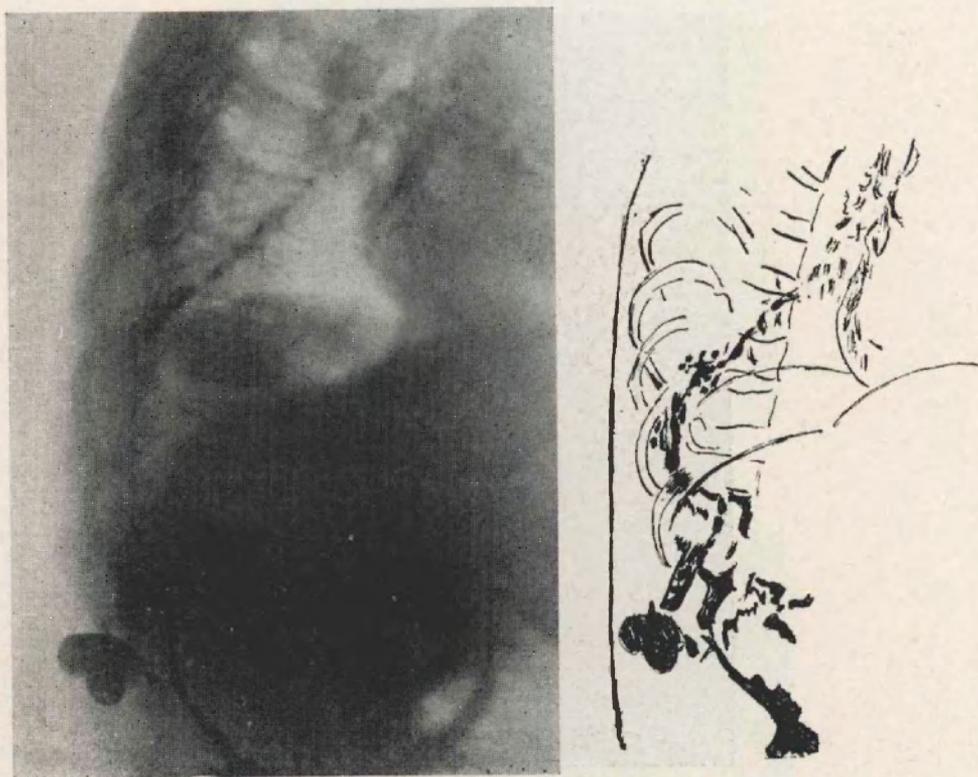


Figura 5

La quinta radiografía, en posición lateral izquierda contribuye a ilustrar sobre el trayecto de la fístula perono-bronquial, también inyectada a través de la fístula lumbar.

Las broncografías (figuras N° 6 y N° 7) efectuadas por el radiólogo del Servicio, Dr. T. Iturrióz, muestran con toda evidencia la penetración sub-frénica del lipiodol.

La baciloscopia del expectorado y de la orina fueron negativas. Pasamos por alto los demás datos de laboratorio.

El estado humoral y las pruebas funcionales confirman en una compensación del riñón derecho.

El 5 de septiembre se procedió a la lumbotomía, presentando un fácil abordaje intra-capsular se reconoce un riñón pequeño con supuración y necrosis en distintos puntos de la cortical. Efectuada la ectomía fué posible reconocer el trayecto trans-diafragmático.

Durante el post-operatorio próximo se vió desaparecer la expectoración purulenta, a los 29 días de la operación se reintegraba a su familia y dos meses después estaba en condiciones de efectuar su trabajo habitual.

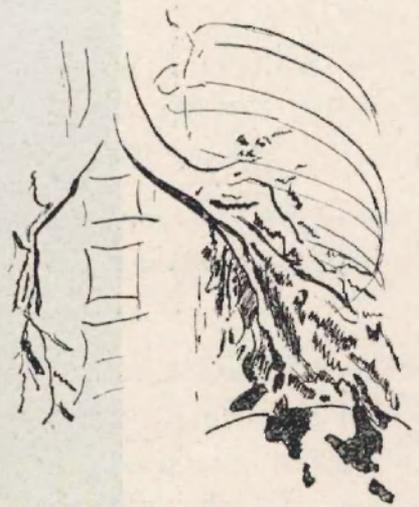


Figura 6

Concretando: Se trata de secuela (trayectos fistulosos) a cargo de los drenajes de abscesos reno-fluentes, respondiendo a dos episodios supurativos con distinta propagación. (1) Ambos de origen renal; el primero de difusión superior con localización sub-frénica, presentando evolución sub-aguda y sintomatología insidiosa bajo forma de un cuadro séptico sin localizaciones ostensibles y manifestándose sorpresivamente en forma de vómica. El segundo de propagación lumbar con probable ausencia de síntomas urinarios, fué drenado quirúrgicamente. A causa de una intervención insuficiente, lumbotomía y drenaje, quedó establecido

doble trayecto fistuloso peri-reno-bronquial y peri-reno-lumbar mantenido por la supuración del foco primordial. Bastó la nefrectomía para dar fin a tan larga y accidentada evolución.

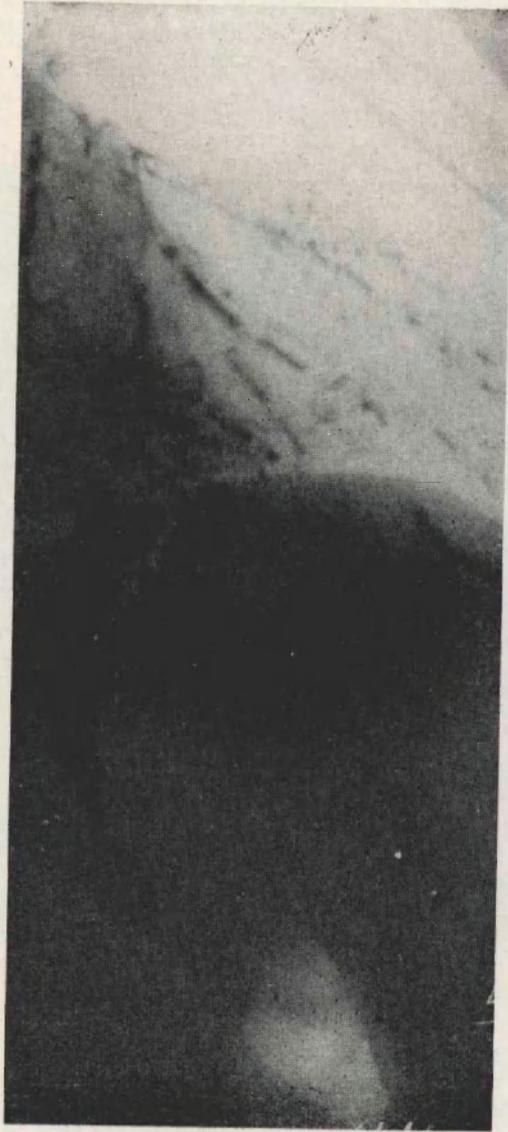


Figura 7

CONSIDERACIONES

Deseamos insistir sobre los caracteres evolutivos del proceso que nos ocupa. La tendencia a la *difusión peri-renal* en sus dos brotes de distinta propagación. La evolución crónica de un absceso peri-renal a propagación frénico-torácica dió tiempo suficiente a la for-

mación de sinequias pleurales; condición indispensable para ganar el drenaje bronquial espontáneo, salvando la complicación del gran empiema. La ausencia de síntomas urinarios fué, a nuestro entender, la causa del insuficiente tratamiento quirúrgico a cuya responsabilidad debe atribuirse la persistencia de esta doble fístula reno-fluente.

Restrospectivamente debemos aceptar que: el proceso se inició con abscesos embólicos de la cortical. Sin apartarse de la evolución habitual, la difusión peri-renal se hizo en primer término y tardíamente ya en grado avanzado de la lesión, la ulceración o difusión en las vías excretoras con las consiguientes manifestaciones urinarias (2).

El comentario de esta casuística nos obliga a presentar resumida la bibliografía a nuestro alcance.

(3) Crenskaw cita tres casos publicados de 1900 a 1932, sobre fístulas bronquiales de abscesos peri-nefríticos y agrega dos casos por él relatados sobre una estadística de 256 abscesos peri-nefríticos observados en la Mayo Clínica, entre 1890 a 1932.

(4) En 1934, Yones y Hughes, de Wáshington, comunicaron un caso de nefro-litiasis con fístula nefro-bronquial, donde el absceso peri-renal no fué demostrado.

(5) Reed M. Nesbit y Clifford H. Keene, del Departamento de Cirugía de la Universidad de Michigan, interesado ante el encuentro de un caso de fístula peri-nefro-bronquial, revisaron todos los casos de abscesos peri-nefríticos tratados en el "University Hospital" desde enero de 1925 a marzo de 1936; confirmando seis casos de fístulas peri-nefro-bronquiales sobre un total de sesenta abscesos peri-nefríticos.

En la literatura nacional existen dos casos, ambos publicados en la Revista Argentina de Urología.

(6) El primero por los doctores Vicente Gutiérrez y Arturo Serantes, en diciembre de 1934. Se trataba de un adulto, antiguo litiásico-renal, sintomatología frénico-torácica del lado derecho y vómica; piurea y ausencia de función del riñón derecho. La lumbotomía confirmó una pionefrosis litiásica con gran destrucción del parénquima e íntima adhesión al diafragma con trayecto transdiafrágico. La nefrectomía fué seguida de la curación del enfermo.

(7) En octubre de 1938, los doctores A. Astraldi, L. Brea, E. Massei y J. P. Torroba, comentan en forma interesante la fístula reno-pulmonar. Esta observación merece ser ejemplo típico de absceso peri-nefrítico a propagación frénico-torácica de iniciación y evolución inadvertida. Abundante sintomatología uro-genital llevó a este enfermo al examen médico y como hallazgo la fístula reno-bronquial al practicarle un pielograma ascendente. No figura el control quirúrgico.

Es de hacer notar que en el trabajo mencionado los autores citan casuística de diferente fuente a la encontrada por nosotros, y de acuerdo a estos hechos, resulta que la frecuencia de la fístula peri-reno-bronquiales, será sin duda alguna, superior a la que cada autor refiere.

Dos de los seis casos de fístulas peri-nefro-bronquiales confirmados en el departamento de cirugía de la Universidad de Michigan: el caso de los doctores Astraldi y colaboradores y el de Richer citado por los autores a.a, pueden considerarse como de iniciación y evolución inadvertidas diagnosticados al efectuar semiología urinaria.

CONCLUSIONES

1° El absceso peri-renal crónico a localización sub-frénica es de sintomatología insidiosa y factible de evolución inadvertida.

2° La fístula bronquial constituye una secuela probable a la migración de los abscesos peri-renales superiores.

3° La frecuencia de fístulas peri-reno-bronquiales ha de ser mayor a la referida por los autores.

4° Corresponde esforzarse en el diagnóstico temprano de la lesión peri-renal como medida profiláctica a las complicaciones y secuela frénico-torácica.

5° La conducta del tratamiento de la fístula peri-reno-bronquial no varía con respecto al del absceso peri-renal, en ausencia de empiema.

BIBLIOGRAFIA

1. T. Schiappapietra. — Absceso subfrénico de origen renal. XIII Congreso Argentino de Cirugía. 1941. pág. 631.
2. L. E. Pagliere y T. Schiappapietra. — Sobre la evolución de un ántrax del riñón (pionefritis metast a forma antroncoide). Rev. Arg. de Urología. Julio-Agosto 1941. pág. 399.

3. *Crenskaw.* — Pionefrosis con fístula nefrobronquial. Jour. Urolg. 28 : 427. 1932.
 4. *Jones y Hughes.* — Nefrolitiasis en un caso de fístula nefro-bronquial. Jour. Urol. 32 : 242. 1934.
 5. *R. M. Nesbit y C. H. Keene.* — Abscesos perinefríticos con fístula bronquial. ol. 37, pág. 695, 1937.
 6. *V. Gutiérrez y A. Serantes.* — Pionefrosis con vómica en antiguo litiásico. Rev. Arg. de Urología. Nov.-Diciembre 1934, pág. 416.
 7. *A. Astraldi, L. Brea, E. Massei y J. P. Torroba.* — Fístula reno-pulmonar. Rev. Arg. de Urología. Sep.-Octubre 1938, pág. 305.
-