

Hay que insistir en el diagnóstico precoz de la tuberculosis renal

por

F. Ymbert

Urólogo del Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo y del Dispensario Municipal de Vías urinarias

Diagnóstico precoz y nefrectomía precoz es un concepto generalmente admitido, y la experiencia que sobre ello hoy día tenemos es definitiva. Nadie ya deja de aconsejar la nefrectomía ante una tuberculosis renal diagnosticada con certeza, excepto en aquellos casos en que exista una contraindicación forzosa. Si bien son escasísimos estos últimos, pues aun en casos con lesión bilateral, la extirpación del riñón más afectado lleva aparejada una mejora de las lesiones vesicales y a veces hasta la regresión de las lesiones del riñón restante.

Las dificultades en la tuberculosis renal están en el diagnóstico; pero desde que se ha concedido a los síntomas vesicales todo su valor admitiendo su dependencia de las lesiones renales preexistentes, el diagnóstico se ha facilitado de una manera extraordinaria. En efecto, es el *síndrome vesical* (LEGUEU) o *urétero-prostático-cervical* (CATHELAIN) la forma más aparatosa de la tuberculosis renal; es una cistitis que se presenta en un enfermo joven (de 20 a 40 años), a veces bien nutrido y con aparente buena salud, rebelde a todo tratamiento, alternando los momentos agudos con otros de relativa calma, y que no obstante tiene algunas particularidades como son la hematuria (el síntoma más precoz) terminal, pero poco abundante, caprichosa y no influenciada por el reposo y el

movimiento; la frecuencia en las micciones (polaquiuria) durante el día y la noche indiferentemente y acompañada casi siempre de poliuria bien manifiesta (hasta 2 litros de orina cada 24 horas); el dolor vivísimo cuando las lesiones vesicales son muy avanzadas, que no calma después de la micción; y especialmente la piuria, microscópica a veces, pero que cuando es visible a simple vista presenta un aspecto típico (*orina renal* de CATHELAIN); se presenta con descargas, enturbiando la orina, cuya transparencia y brillantez desaparecen tomando una coloración pálida. La orina es además ácida y pobre en cloruros y urea.

Cuando la presencia de esta cistitis o su rebeldía nos la haga sospechosa, la completa exploración del aparato urinario (palpación renal y ureteral, busca de puntos dolorosos, tacto rectal, cistoscopia, radioscopia y radiografía, análisis de orina, etc.), la existencia del bacilo de Koch en el sedimento urinario y la inoculación al cobaya decidirán el diagnóstico, precisando después la separación de orinas mediante el cateterismo ureteral, para la localización de la infección, así como el estudio del valor funcional de cada uno de los riñones.

Indudablemente, lo mejor sería que el diagnóstico de la tuberculosis renal fuera posible antes de la aparición del síndrome

vesical, debido a la propagación descendente de la infección tuberculosa; lesiones que curan o mejoran extraordinariamente después de la nefrectomía; pero que por su intensidad y extensión y por sobreañadirse las infecciones secundarias, permanecen incurables. Esta anticipación en el diagnóstico de la tuberculosis renal, desgraciadamente no es siempre posible por ser el síndrome vesical la manifestación corriente de la afección; por no haberse presentado hechos anteriores, o de presentarse no han sido interpretados por el médico. Hay que recordar que a veces existen estos síntomas premonitorios. A veces existen hematurias fortuitas y muy discretas; a veces, otras muy profusas que aparecen en pleno estado de salud y que se repiten periódicamente en espacios de tiempo más o menos lejanos, o no vuelven a aparecer; unas y otras debidas a congestiones e inflamaciones renales; otras veces son cólicos nefríticos más o menos aparatosos, determinados por distensiones de la pelvis renal, debidas a obliteraciones ureterales por coágulos hemáticos o por substancia cascosa; también puede darse sólo una albuminuria pertinaz, o por fin, una incontinencia de orina o una nefritis aguda.

A pesar de la rareza de estos hechos, hay que pensar en la tuberculosis renal ante un trastorno urinario inexplicable (cólico nefrítico sin antecedentes litíasicos y con radiografías negativas; hematurias sin tumor renal, etc.), y proceder a la busca del bacilo de Kock y a la inoculación al cobaya.

Hay que hacer notar además que la insignificancia y parquedad de los síntomas no corresponden siempre a la extensión de las lesiones renales, motivo que obliga aun más a la precisión diagnóstica y a la precocidad de la nefrectomía.

Más que todas las consideraciones que

podamos hacer, creemos demostrativa la siguiente historia clínica a la que corresponde la figura que acompaña este trabajo, correspondiente a la pieza operatoria:

M. C., de 37 años, casado, ferroviario. Ningún antecedente personal ni de familia interesante Ningún antecedente venéreo. Hace un mes, y con unos días de intervalo, tiene dos cólicos nefríticos del lado derecho (dolor en la región renal derecha con irradiaciones hacia el testículo del mismo lado), violentos y con hematuria en la micción que sigue a la crisis dolorosa. Un análisis de orina ordenado por el médico de cabecera demuestra la existencia del bacilo de Kock. Actualmente no tiene ninguna molestia y no hay ningún sintoma objetivo ni subjetivo. Orina clara y transparente. Buen estado general, buen apetito y buenas digestiones.

Cistoscopia: vejiga con buena capacidad y de aspecto normal; meato ureteral izquierdo sano y el derecho difícilmente visible por el edema y la congestión circunscrita a su alrededor.

Separación de orinas: cateterismo del lado izquierdo fácil (sonda del número 6); al lado derecho las sondas más finas del número 5 no penetran más allá de 3 cm. Se deja una sonda vesical y seguidamente se inyectan 6 mgm. de fenol-sulfo-ftaleína para una prueba de funcionalismo renal.

Análisis de las orinas separadas:

| | Vejiga (riñón derecho) | Riñón izquierdo |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Cantidad en 70 m. | 22,5 c. c. | 20 c. c. |
| Urea (Ambard) por litro | 9 gr. | 17 gr. |
| Cloruros (Volhart) por litro | 5,85 gr. | 9,30 gr. |
| Albúmina | positiva intensa | positiva intensa |
| Glucosa (Benedict). | negativa | negativa |
| Sedimento | Orina hemática; leucocitos en proporción con la sangre; no se ven células renales; bastantes bacterias móviles | El mismo aspecto pero sin bacilo de Kock. |

| | | |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------|
| | <u>Vejiga (riñón derecho)</u> | <u>Riñón izquierdo</u> |
| | Gram negati- vas; bacilo de Kock en pe- queña canti- dad. | |
| Prueba de F. S. P. | 20 % | 30 % |

| | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|-------------------|--------------|
| <u>Cálculo cuantitativo</u> | <u>Vejiga (riñón der.)</u> | <u>Riñón izq.</u> | <u>Total</u> |
| Orina por 24 horas. | 462 c. c. | 412, c. c. | 874 c. c. |
| Urea | 4,158 gr. | 7,251 gr. | 11,439 gr. |
| Cloruros | 2,702 gr. | 3,831 gr. | 6,533 gr. |
| F. S. F. | 20 % | 30 % | 50 % |

Operación: Nefrectomía derecha: Incisión lumbar; enucleación de un riñón grande, cuya exteriorización obliga a una resección costal. Uréter muy engrosado e indurado, que se reseca a 10 cm. de la pelvis renal. Ligadura en bloque del pedículo y sección del mismo. Sutura por planos y drenaje con un tubo. Anestesia general con éter.

Examen de la pieza operatoria: Riñón un tercio aumentado del tamaño normal y sin nada de adiposis peri-renal; uréter grueso e indurado, de paredes muy engrosadas. Incindido el riñón por su convexidad, deja ver la integridad de su tejido, papilas y pelvis excepto en el polo superior en donde se encuentra una extensa úlcera cavernosa, llena de pus y de substancia caseosa que destruye la papila superior distando un centímetro de la superficie renal.

Véase, pues, un caso bien típico y demostrativo en el que ha existido un principio silencioso e insidioso sin que el síndrome vesical haya aparecido, no habiéndose manifestado por sus dos síntomas propios ni determinados lesiones características; las lesiones congestivas alrededor del meato ureteral derecho reconocidas por cistoscopia, son poco específicas y comparables al edema y congestión que rodean también el meato ureteral en la litiasis y posteriormente a la expulsión de un cálculo

renal. El paciente que comentamos ha sufrido dos cólicos nefríticos seguidos de una hematuria discreta, lo que hizo sospechar puede por exclusión la naturaleza fímica del proceso, confirmando el oportuno descubrimiento del bacilo de Koch nuestras presunciones. A pesar de la falta de lesiones y manifestaciones vesicales, a pesar de la parquedad de los síntomas (no precisamente banales) y a pesar del poco tiempo transcurrido, las lesiones renales son ya muy extensas: tubérculos que han convergido para formar una gran caverna; que han destruido una papila, exteriorizándose en las vías excretoras del riñón, lesionando seriamente el uréter que, afecto de ureteritis y periureteritis y comprometiendo la función renal (a pesar del aumento de volumen del riñón que parece indicar una hipertrofia compensadora), como demuestra la baja de las concentraciones y las tasas de urea y cloruros en 24 h., así como la eliminación de la Fenol-sulfo-ftaleína.

Podemos, pues, concluir categóricamente:

1.º La posibilidad de manifestarse la tuberculosis renal con síntomas diversos sin manifestaciones de síndrome vesical, como sucede en la mayoría de casos, es un hecho cierto y comprobado.

2.º Precisa pensar en la tuberculosis renal ante una cistitis, una piuria, una hematuria, un cólico nefrítico, etc., de causa indeterminada.

3.º Nefrectomizar lo antes posible a pesar de la pobreza y poca intensidad de los síntomas, siempre que la presencia de bacilo de Koch en el sedimento urinario o la inoculación al cobaya confirmen la naturaleza fímica de la infección urinaria y después de la localización de la lesión mediante el cateterismo ureteral.

RESUM

L'autor insisteix en el diagnòstic de la tuberculosi renal en la seva iniciació i arriba a les següents conclusions:

1.º La possibilitat de manifestar-se la tuberculosi renal amb diferents símptomes sense cap mena de manifestacions vesicals com correntment succeeix, es un fet cert i comprovat.

2.º Cal pensar en la tuberculosi renal enfront d'una piúria, d'una cistitis, d'una hematúria o d'un colic nefritis sense causa determinada.

3.º Nefrectomitzar lo més prompte possible a pesar de la manca de simptomatologia sempre que la presència de B. de Koch en el sediments urinari o la inoculació al cobai confirmen la naturalesa física de la infecció urinària, i després de la localització de la lesió mitjançant el cateterisme ureteral.

RÉSUMÉ

L'auteur insiste sur l'importance du diagnostic de la tuberculose rénale dans ses phases initiales. Ses conclusions sont les suivantes:

1. La tuberculose renale peut se présenter avec des symptômes très différents et sans

aucune manifestation vésicale comme d'habitude dans ces cas.

2. Il faut tenir en compte la tuberculose renale dans tous les cas de pyurie, de cystite, d'hématurie et de colique néphrétique sans cause déterminée.

3. Il faut faire une néphrectomie aussitôt qu'on constate les B. de Koch dans l'urine quoiqu'il n'y ait pas de symptômes. On peut localiser la lésion par le catheterisme urétérique.

SUMMARY

The author insists on the importance of a diagnosis of renal tuberculosis in its initial stages. He comes to the following conclusions:

1. Renal tuberculosis may be present although with symptoms very different from those of vesical origin usual in such cases.

2. Renal tuberculosis must always be taken into consideration in cases of pyuria, cystitis, haematuria or nephritic colic without determinate cause.

3. In spite of a lack of symptoms, a nephrectomy must be carried out as soon as possible in all cases where Koch bacilli are found in the urine. The lesion may be localized by catheterising the ureter.