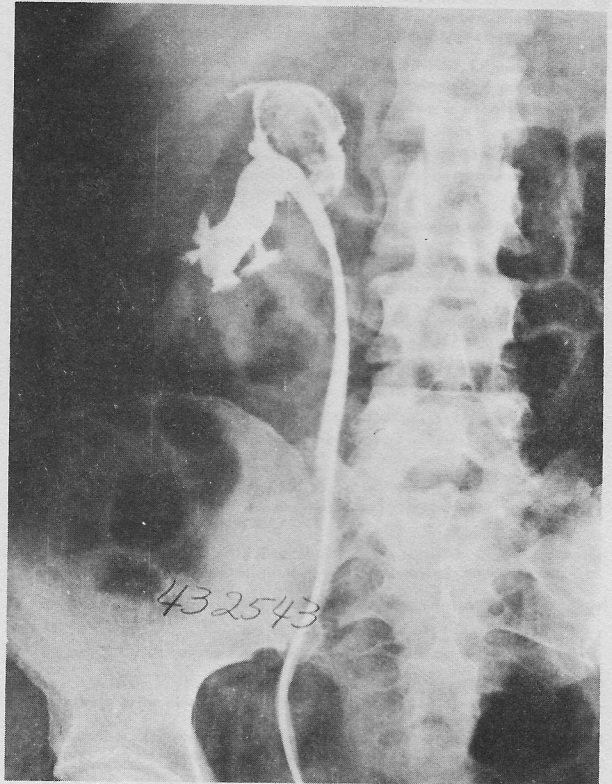
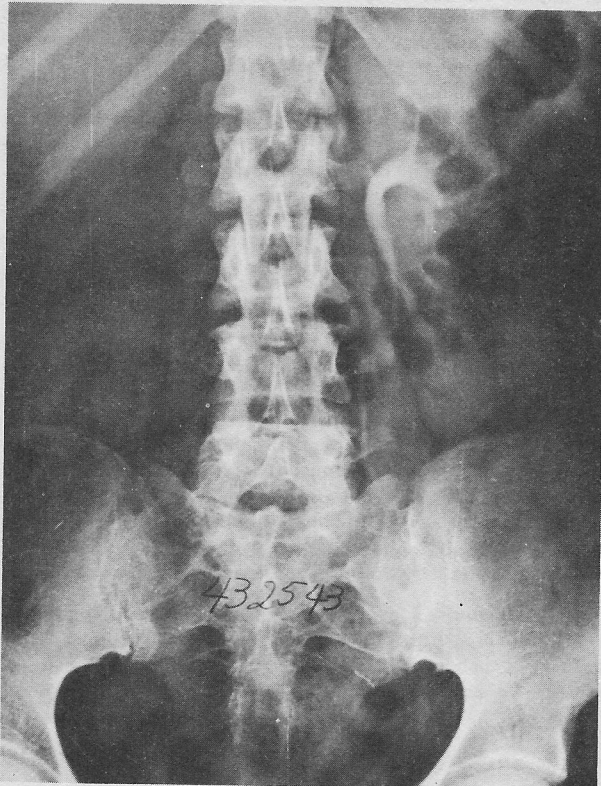


**El caso radiológico**

Carlos Chamorro - Mera M.D.\*



**HAGA SU DIAGNOSTICO**

Mujer de 40 años que ingresa al Servicio de Urología por presentar infección urinaria de varios meses de evolución. Se

quejaba de dolor lumbar y durante su enfermedad había hecho fiebre en varias ocasiones. El examen físico reveló buenas condiciones generales. La palpación no descubrió masas en el abdomen, pero la puño-percusión lumbar mostró dolor en el lado derecho. En el examen de orina se descubrieron bacterias, leucocitos múltiples y eritrocitos escasos. En la cistoscopia la vejiga era normal. También se hizo una pielografía ascendente que se muestra.

\* Profesor. Sección de Radiología, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

## POSIBILIDADES DIAGNOSTICAS

1. Carcinoma renal
2. Tuberculosis renal
3. Pielonefritis xantogranulomatosa

## DESCRIPCION RADIOLOGICA

La urografía excretora muestra que el riñón derecho se encuentra funcionalmente excluido, no se ven calcificaciones y la forma es globulosa, sus contornos son lisos. El riñón izquierdo es normal morfológica y funcionalmente.

La placa de pielografía ascendente permite observar el catéter a la altura de la pelvis renal derecha; el sistema pelvicalicial se encuentra distorsionado y dilatado. Hay efecto de masa en la parte superior. No hubo bloqueo del uréter derecho.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

1. Hay una tríada clínica que ocurre en casos de carcinoma renal: masa palpable, dolor y hematuria, que por cierto aparece muy tardíamente, y no en todos los casos de carcinoma se manifiesta. En el presente caso apenas hay dos componentes de esta famosa tríada. Radiológicamente el carcinoma renal puede excluir el riñón cuando hay invasión del pedículo renal ya sea de la arteria o de la vena, con más frecuencia. También cuando hay destrucción completa del parénquima sano funcionante, no es usual que el carcinoma se presente excluyendo funcionalmente el riñón; lo común es la distorsión del sistema pelvicalicial y la invasión del mismo que da el aspecto de "patas de araña" observado también en otros tumores de origen renal. El ultrasonido juega papel importante en el diagnóstico pues informa sobre la consistencia líquida, sólida o mixta de las masas intra-renales. La arteriografía renal hace el diagnóstico del carcinoma en 95% de los casos, al identificar vasos anormales, microfístulas arterio-venosas, mancha o rubor tumoral, etc. En 5% de los casos los tumores son hipovasculares y en ellos sólo la angiografía puede hacer un diagnóstico aproximado.

2. La tuberculosis renal no es tan frecuente como se supone. Puede llegar a excluir la función del riñón por varios mecanismos, por destrucción del parénquima renal, por hidronefrosis con obstrucción del sistema excretor, secundaria a estenosis del uréter como es lo habitual, como también por compromiso de la vejiga urinaria que es pequeña y deformada. Son de ayuda diagnóstica las calcificaciones renales, la asociación de tuber-

culosis pulmonar activa, descrita en 20% de los casos<sup>1</sup> o de signos de haber sufrido primo-infección granulomatosa pulmonar como son los granulomas parenquimatosos y las adenopatías hiliares calcificadas. Cuando no excluye el funcionamiento del riñón, la tuberculosis deforma y destruye los cálices, y origina la formación de cavidades en el tejido renal. En el presente caso no hay calcificaciones, la vejiga era normal a la cistocopia, etc., todo lo cual está en contra del diagnóstico de tuberculosis.

3. La pielonefritis xantogranulomatosa se presenta como resultado de infecciones renales crónicas; el tejido renal va siendo reemplazado por infiltración grasa y de colesterol, lo cual da un color amarillento al tejido formado de donde deriva su nombre. Se puede asociar con cálculos urinarios y algunos pacientes se quejan de haber padecido cólicos por la expulsión de cálculos urinarios, además de infecciones urinarias crónicas. Aunque excluye el riñón, pues destruye su tejido funcionante y se comporta como un verdadero tumor<sup>2,3</sup>, no hay células de tipo tumoral ni metástasis. Macroscópicamente se puede confundir con un tumor maligno<sup>4</sup> y de hecho el cirujano que aborda esta clase de lesión se puede equivocar fácilmente. Lo mismo puede decirse de los estudios radiológicos; la arteriografía ayuda a diferenciarla con el carcinoma, pues no se ven las neoformaciones vasculares y los vasos intrarrenales están elongados, estirados.

En este caso el diagnóstico sólo fue posible mediante el análisis patológico, después de nefrectomía derecha. En presencia de un riñón excluido, con aspecto globuloso, en pacientes que tienen antecedentes de infección urinaria y cólicos por cálculos renales es mandatorio considerar la pielonefritis xantogranulomatosa.

## DIAGNOSTICO FINAL

Pielonefritis xantogranulomatosa.

## REFERENCIAS

1. Kollins, A.S.: Roentgenographic findings in urinary tuberculosis. *AJR* 121: 487-499, 1974.
2. Tolia, B.M., Iloreta, A., Freed, S.Z., Ruchtmann, B.F. Bennett, B. y Newman, H.R.: Xantogranulomatous pyelonephritis: detailed analysis of atypical presentations. *J Urol* 126: 437-442, 1981.
3. Merimsky, E., Papo, J. y Firstater, M.: Xantogranulomatous pyelonephritis mimicking infected renal cysts. *Int Surg* 66: 273-275, 1981.
4. Malek, R.S., Greene, L.F., Dewerd, J.H. y Farrow, G.M.: Xantogranulomatous pyelonephritis. *Br J Urol* 44: 296-308, 1972.