

TUBERCULOSE RENAL (*)

(Considerações em torno de um caso de difícil diagnóstico)

CARLOS DE MORAES BARROS
(2.º assistente)

AUGUSTO A. DA MOTTA PACHECO
(3.º assistente)

Em 8 de Janeiro de 1941, na consulta do Ambulatorio de Urologia, na Santa Casa de São Paulo, apareceu-nos um individuo (M. B.), branco, italiano, com 54 anos de idade, alfaiate, casado e procedente de São Caetano.

A sua *queixa* se resumia em ardor e frequencia ás micções, que reporta a 4 anos e peso no hipocondrio direito que o vem molestando destes seis ultimos meses a esta data e que lhe têm dito tratar-se de lesão hepatica.

Data, pois, de 4 anos a *historia* que relata com urinação frequente, noturna e diurna, ardor á micção, urinas turvas, as vezes com coagulos sanguineos. Nessa epoca, logo apoz os primeiros padecimentos urinarios, consultou e teve diagnostico de tumor vesical do qual se operou 1 ano mais tarde. Desconhece detalhes da intervenção cirurgica que sofreu referindo tão somente que lhe abriram a bexiga por cistostomia supra-pubica. A fistula vesical só ficou inteiramente cicatrizada 20 meses apoz o ato cirurgico. Apesar da intervenção a sintomatologia perdurou o que o doente precisa e accentua: micções frequentes (noturnas e diurnas), ardor, urinas turvas e as vezes com coagulos de sangue.

Assinala que não raro a polakiuria e a premencia de tal forma se exacerbam que as urinas escorrem continuamente pela uretra, ás gotas, o que lhe tornou imperiosa a necessidade de usar urinol de borracha para conter o penis.

Ha seis meses sentiu certo peso no hipocondrio direito e observou que o seu abdomen se tornava mais volumoso e proeminente, nessa região. Tem tomado medicação visando corrigir disturbios hepaticos uma vez que teve abcesso amebiano anteriormente e a *queixa* que refere foi relacionada a alterações do figado.

(*) Da Clinica Urologica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, serviço do Prof. Luciano Gualberto.

Nada mais assinala digno de menção quando relata a historia de seus padecimentos que o fizeram procurar o nosso serviço a não ser que, nestes últimos tempos, notou elevação vespertina e diaria de sua temperatura. (37° e 37°,5).

Nos seus *antecedentes familiares* nada ha a consignar e em seus *antecedentes pessoas* conta uma blenorragia aos 30 anos e abcesso amebiano do figado que cedeu com tratamento especifico. Não sabe precisar datas. Foi sempre individuo de habitos morigerados.

Ouvida a historia do nosso doente passamos ao seu *exame fisico* que nos revelou tratar-se de individuo quasi normolineo, estenico, emagrecido (seu peso habitual foi de 96 kilos e ultimamente perdeu aproximadamente uns 15 kilos).

Bôa a sua constituição mas facies palido, macilento. Mucosãs visiveis muito descoradas. Aspecto acentuadamente deprimido. Pele seca. Paniculo adiposo muito escasso. Nada de notavel nos sistemas osseo e muscular. Ligeiro edema dos membros inferiores. Cicatriz operatoria, irregular, mediana, na região supra-pubica que é dolorosa a palpação.

Nada mais que mereça referencia no exame esterno e os diversos aparelhos não apresentam alteração perceptivel. Pulso normal orçando a sua pressão maxima por 150 e a minima por 85. No aparelho respiratorio apenas presença de alguns estertores subcrepitanes no apice do pulmão esquerdo. Examinando o aparelho digestivo verificamos que o seu figado excedia apenas de 1 centimetro a reborda costal na linha mamilar e que a massa tumoral é independente deste orgão.

APARELHO URO-GENITAL

Nada de notavel nos genitales esternos que se apresentam normaes. Prostata e vesiculas seminaes normaes ao toque.

Na região supra-pubica cicatriz operatoria, irregular, já referida. A palpação abdominal da bexiga é dolorosa.

No hipocondrio direito nota-se um grande tumor de consistencia dura, doloroso á palpação e á percussão, apresentando rechaço nitido. A percussão, em certas ocasiões, revela interposição de alça intestinal na frente da massa tumoral. A palpação e a percussão assinalam que esse tumor desce 9 centimetros abaixo da reborda costal e alcança 8 centimetros para cima da mesma reborda avançando para a linha mediana da qual dista apenas 4 e 1/2 centimetros. O tumor mede aproximadamente 19 centimetros de comprimento por 14 de largura

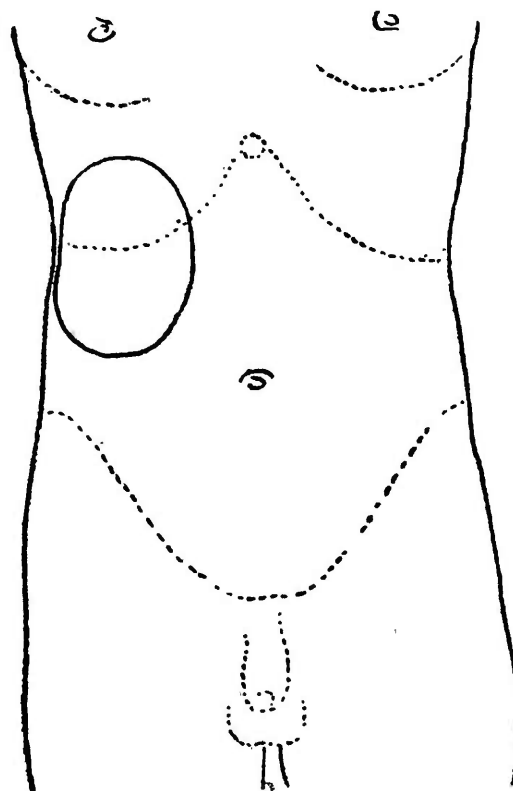


FIG. 1
(Esquema do abdômen)

Rim esquerdo não palpável. Pontos renais direitos, anteriores e posteriores, dolorosos a palpação.

A capacidade vesical é de 30 cc. de urina espontaneamente emitida e turva. Ausência de urina residual e a uretra é permeável a exploradora olivar correspondente a 20 Charrière.

Nada mais de referir-se no aparelho genito-urinário.

EXAMES COMPLEMENTARES

Exame de urina: Reação acida
Densidade — 1020
albumina — traços evidentes
glicose, acetona, e bilis — não contem
sedimento urinário — grande quantidade de puz

Exame bacterioscópico: forma de bacilo grã-negativo

" *bacteriológico:* germens do grupo coli

Exame de sangue: uréa — 28 mmg. %
creatinina — 1,2 mmg. %
indicão — 0,091 mmg. %
Tempo de sangria: 2' 15"
" " coagulação: 5'

Urografia de eliminação: ausência de imagens opacas aos raios X na área de projeção do trato urinário. *Rim direito* grandemente aumentado de volume. Polo inferior situado a 2 1/2 centímetros abaixo da crista iliaca. Contornos pouco nitidos.

Rim esquerdo forma e volume normaes. Polo inferior situado ao nivel da borda inferior da terceira vertebra lombar. Contornos normaes.

Função secretora; normal a esquerda e ausente a direita em 30 minutos.

Função escretora: prejudicada a direita e alterada a esquerda onde se nota ligeira dilatação de calices e bacinete.

Ureter se apresenta progressivamente dilatado de cima para baixo principalmente na sua porção pelviana com angulações discretas.

Bexiga retraída, elevada e de contornos regulares.

Cistografia — Iodeto de sodio 12, 1/2%

Bexiga retraída, elevada, com acentuada deformação no zimbório ás 10 horas. Contorno da parede lateral esquerda é nitido demonstrando, ás 2 horas, desembocadura ureteral com ureter, bacinete e calices cheios de contraste. (refluxo).

Cistoscopia — Capacidade 30 cc. Clareamento difficil; zimbório, paredes lateraes e fundo intensamente hiperemiados com numerosos pequenos orificios enegrecidos. No zimbório vesical, ás 10 horas e ás 2 horas, notam-se orificios enegrecidos dilatados por onde sae jacto abundante de liquido amarelado purulento. O orificio direito foi cateterisado com grande difficuldade tendo sido a sonda introduzida na estensão de 20 centímetros. Injetou-se iodeto de sodio a 12 1/2% para pielografia. Apoz injeção de 30 cc. dessa solução o doente acusou dor ao nivel da bexiga mas nada referiu na região lombar direita.

Pielografia — Rim direito aumentado de volume com seu polo inferior situado ao nivel da borda inferior da terceira vertebra lombar.

Enchimento irregular de cavidades calico-pielicas com absoluta ausencia de suas características anatomicas. Da junção uretero-pelvica para cima o bacinete apresenta-se como que afunilado e comprimido de cima e de baixo com contornos irregulares e, da sua estremitade distal, partem, divergindo para cima e para baixo, respectivamente os calices superior e inferior que formam um T com o bacinete. O calice inferior se apresenta alongado, deformado, como que apertado, de contornos irregulares terminando-se em porção dilatada e arredondada. O calice superior se apresenta dilatado, deformado, contornos muito irregulares e como que empurrado para o hilo renal. Ureter de calibre exiguo em toda a sua estensão, visualisando-se sonda ureteral na altura do ureter lombar (apofise transversa da quinta vertebra lombar). Apresenta zonas de calibre mais estreitado, verdadeiramente filiforme, como nas alturas dos terços superior e inferior, rigido e de contornos irregulares. A sua desembocadura, na bexiga, se faz em funil de base inferior estando a bexiga repuxada para esse lado.

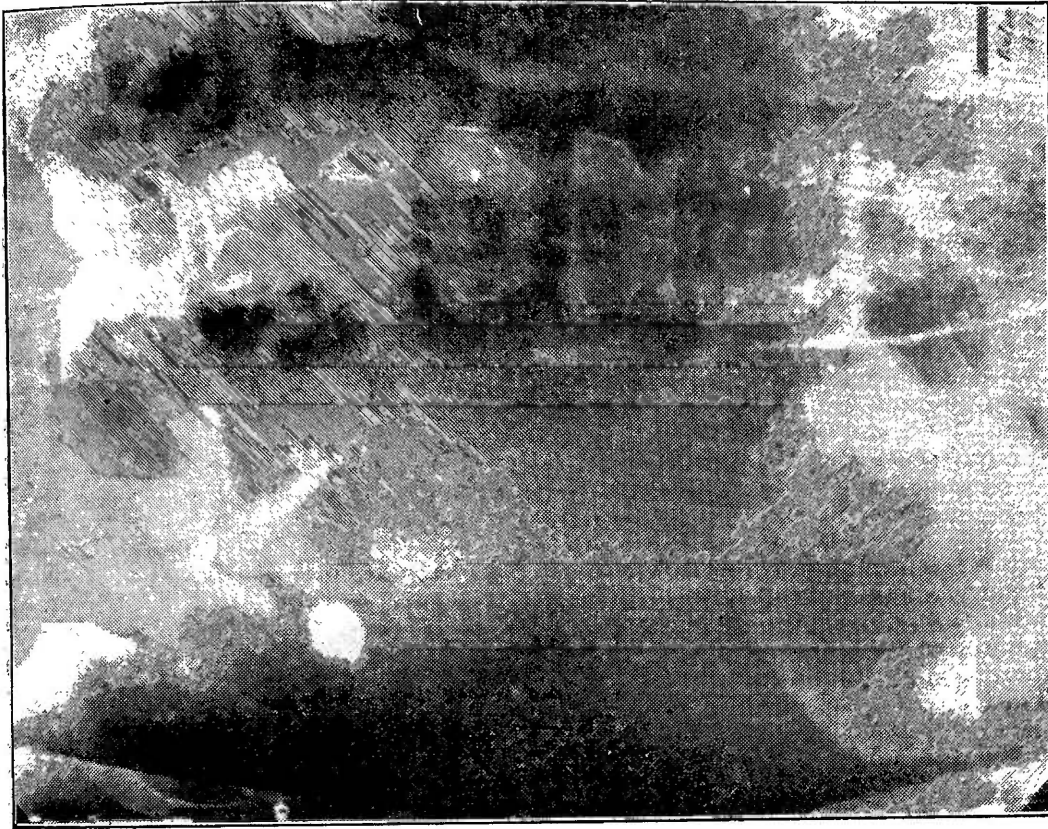


FIG. 3



FIG. 2

Enchimento da bexiga, que se apresenta retraída e de contornos irregulares e do ureter direito ao nível do zimbório, às 10 horas, como se referiu em cistoscopia. Refluxo vesico-ureteral esquerdo, meato ao nível do zimbório vesical, às 2 horas, sendo que o ureter atinge a bexiga transversalmente formando ângulo reto com a sua porção pelviana. O refluxo vesico-ureteral esquerdo atinge os calices e enche o ureter dilatado, de calibre variavel e um bacinete angular, denotando dilatação incipiente bem como dilatação dos calices.

Em face da anamnese, dos exames fisico geral e urológico e dos complementares, a nefrectomia se impunha, o que foi praticado.

Operação — Em 7 de fevereiro de 1941, sob anestesia raquidiana alta (percaína 1,8cc.) e no final da operação anestesia geral pelo eter.

Duração da operação: 1 hora e 40 minutos.

Descrição — Lobotomia e ressecção da decima segunda costela. Presença de abscesso perinefritico. Rim grandemente aumentado de volume, muito aderente, semeado de lojas que se rompendo sahida a puz espesso e abundante. Descolamento difficil das avantajadas proporções do orgão e adherencias. Pediculo preso a clamps e ligado em massa. Fechamento da parede em planos e drenagem tubular.

Pos-operatorio — Choque operatorio seguido de tratamento energico e adequado. Morte 24 horas apoz.

Exame anatomo-patologico — Rim. *Exame macroscopico*:

Rim envolto pela respectiva capsula gordurosa formando uma peça que mede cerca de 20 x 15 x 12 cms. Ao corte nota-se um rim muito alterado, devido a presença de numerosas cavernas, tendo um puz cremoso e superficie interna congesta. O parenquima na cortical, em alguns lugares, acha-se reduzido a uma porção tendo cerca de 0,5 cm. de espessura.

O processo não se estende pelos calices e bacinete.

Exame microscopico — O exame microscopico do parenquima renal mostra uma grande fibrose da camada cortical, com desaparecimento quasi completo dos glomerulos e tubulos renaes. Nesse tecido vêem-se as paredes das cavernas tendo um material caseoso internamente e a seu redor, uma reação formada por celulas epitelioides, fibroblastos e alguns gigantocitos.

Conclusão: Tuberculose cavernosa.

Assinado — Dr. J. R. MEYER.

COMENTARIOS

A historia do doente se apresentava com duas epocas bem distintas: de um lado uma historia vesical: polakiuria, disuria e hematuria que o levaram a uma intervenção por tumor na bexiga e, de outro lado, a historia de um tumor no hipocondrio direito datando de epoca bem mais recente.

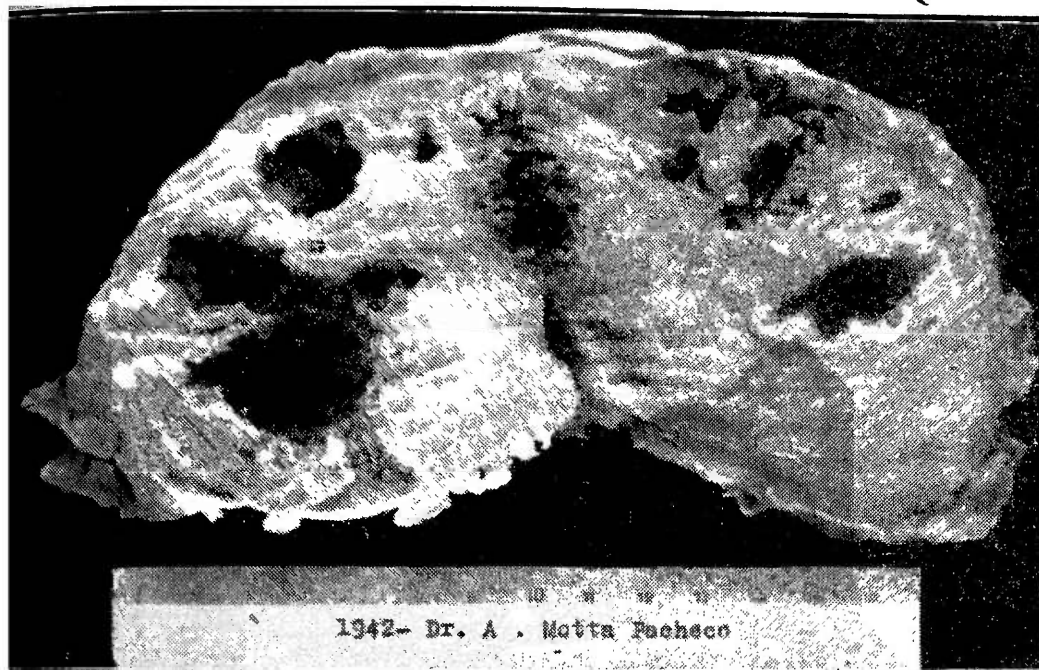
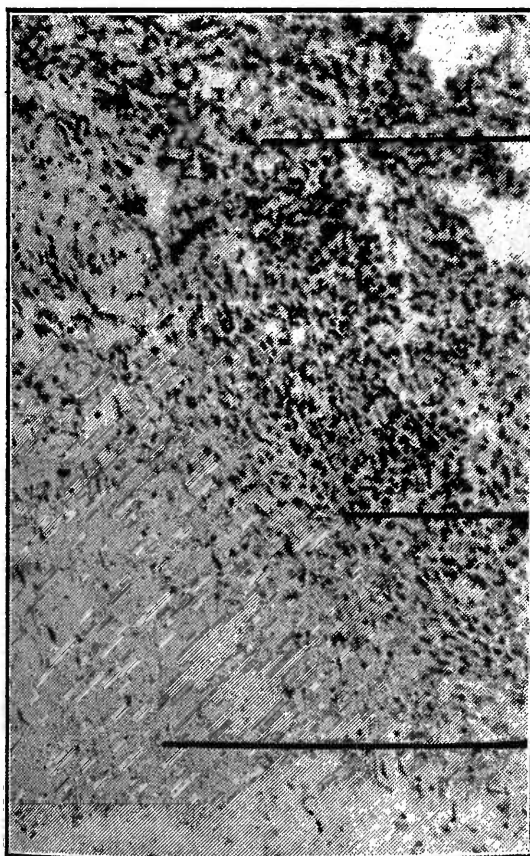


FIG. 4
Fotografia macroscópica da peça



g — tecido de granulação tuberculoso.

e — zona de reacção formada por
cellulas epithelioides e fibroblas-
tos.

n — parte de uma área de necrose
caseosa.

FIG. 5
Aspecto microscópico da lesão na parede
de uma caverna.

Seus padecimentos vesicaes, post-intervenção sobre a bexiga, em vez de regredirem tiveram até recrudescimento porquanto aos sintomas anteriores juntava-se, em certas ocasiões, incontinençia. O que a cistografia bem esclarece: bexiga contraída e refluxo vesico-uréteral esquerdo.

O exame de urina revelou infecção intensa e a cultura identificou como responsavel o bacilo coli.

O tumor do hipocondrio direito conduziu o doente ao nosso Ambulatorio com provavel diagnostico de lesão hepatica. O exame clinico geral e o urológico nos fizeram afastar, de inicio, esta hipotese e afirmar tratar-se de tumor renal, diagnostico a que fomos levados pela séde (hipocondrio e flancos direitos e retro-peritoneal), o rechaço, o figado palpavel acima e na frente do tumor e as características radiograficas: rim aumentado de volume, ausencia de função renal e deformação de aspeto bizarro de calices e de bacinete na pielografia ascendente lembrando muito as imagens das lesões por compressão esterna (tumoraes). A anamnese do doente, com historia de tumor vesical de que se operou, os exames complementares assinalando infecção urinaria por coli, bexiga retraída com refluxo vesico-uretero-pielico esquerdo e dilatação do transito superior, explicaria perfeitamente infecção ascendente do rim direito que a meatoscopia revelou.

Cultura positiva unicamente para coli, aspeto fisico do doente, seu emagrecimento, tumor renal palpavel, rechaço e característicos pielograficos falavam a favor de tumor renal com infecção e bexiga retraída consequente a operação de tumor vesical (bexiga cicatricial).

Com este diagnostico orientamos a terapeutica e outra não podia ser senão a nefrectomia direita.

No ato operatorio verificamos presença de abcesso perinefritico e o rim muito volumoso se apresentava tomado de lojas, de conteúdo purulento, algumas das quaes se romperam durante o descolamento. Nefrectomia difficil, porquanto a massa tumoral atingia dimensões muito consideraveis (19 centímetros), como se observa pela fotografia anexada e situava-se alta no hipocondrio e mesmo muito aderente.

O proprio exame macroscopico, grosseiro, esterno, da peça (que não foi aberta), ainda fazia pensar em tumor renal.

O exame anatomo-patologico, que transcrevemos, revelando tratar-se de tuberculose renal, constituiu uma surpresa.

Por essa razão deliberamos publicar o caso como se nos apresentou corroborando as afirmações que aqui e ali, na literatura medica, se fazem acerca da difficuldade dos diagnosticos diferenciaes, mesmo com todos os exames complementares em mão, nos casos de lesões especificas muito avançadas do rim.