

**Policl. Alvear. Servicio de Urología**  
**Jefe: Prof. Dr. Armando Trabucco.**

## TRAUMATISMO RENAL CON FISURAS DE COLON Y YEYUNO-COLONICAS

Por los Dres. **ARMANDO TRABUCCO, PEDRO TORRES POSSE**  
y **ROBERTO TAPHANEL.**

Presentamos a esta Sociedad un caso con gran caquexia del enfermo y cuya historia clínica es la siguiente:

E. E., 21 años, arg., soltero.

Domicilio: Las Chapas (Chubut).

Fecha de ingreso: 23 de febrero de 1954.

*Enfermedad actual:* El 9 de noviembre de 1953 sufre un accidente quedando aprisionado entre un camión y su acoplado. Pierde el conocimiento, siendo transportado al Hospital de Trelew, donde permanece dos días con intenso dolor en fosa iliaca izquierda e hipocondrio derecho. Cada dos o tres días agudiza el dolor, con hipertermia de 38 a 39 grados. El resto del tiempo estaba afebril, con buena exoneración intestinal, diuresis normal y buen apetito cuando no tenía dolor.

A los 30 días de internado se constata a la palpación en fosa iliaca izquierda una tumeración endurecida, dolorosa, de forma alargada que hacia pensar en el colon sigmoideo. Cada 10 días aproximadamente presentó una poussée aguda durante la cual se producía una desmejoría notable en su estado general, anemia y astenia.

En el Hospital de Trelew fue medicado en la siguiente forma:

Noviembre: Hielo. Sueros. Estreptopen. Vitamina K. Cortanecron. Colitionina. Vitamina B. Vitamina C y Terramicina.

Diciembre: Hepafolic.

Enero de 1954: Penicilina. Hepatex. Kacemix.

Hay una radiografía de columna en la que se comprueba fractura de apófisis transversas derechas de 2<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup> y 4<sup>a</sup> vértebras lumbares y probablemente la izquierda de la 4<sup>a</sup>.

*Radiografía de tórax:* Sin particularidades.

A mediados de enero experimenta un dolor intenso y de iniciación brusca en hipogastrio seguido de náuseas, vómitos y escalofríos. Este estado dura dos días aproximadamente, luego se presenta por paroxismos. Los dolores se intensifican con la ingestión de alimentos y la defecación. Refiere el enfermo que cuando orinaba, el chorro era intermitente y tenía la sensación de que junto con la orina eliminaba aire (neumaturia): esto último lo observó durante el viaje en avión desde Chubut a ésta.

Ingresa al Servicio de Guardia del Policlínico Durand el 27 de enero de 1954, donde es medicado con antibióticos y bolsa de hielo, y el 28-1-54, pasa al Servicio de Cirugía del Prof. De Nicola con el siguiente estado:

Enfermo en decúbito dorsal activo y con palidez discreta de piel y mucosas.

*Cabeza:* Dolicocefalo. Excepto la palidez de la piel y mucosas no presenta otras alteraciones.

*Cuello:* No se palpan ganglios.

*Tórax:* Simétrico. A la percusión el enfermo experimenta dolor. A la auscultación se percibe disminución del murmullo vesicular de ambas bases, más acentuado a la derecha.

*Ap. circulatorio:* Choque de la punta se palpa en quinto espacio, línea medio-clavicular. Discreta bradicardia. Tonos normales en los cuatro focos.

*Abdomen:* Distribución feminoideo del vello pubiano.

Hiperestesia cutánea. Contractura de la pared más acentuada en la fosa ilíaca izquierda. El mínimo intento de palpación despierta exquisito dolor especialmente en hipogastrio y fosa ilíacas.

*Aparato locomotor:* Sin particularidades.

*Antecedentes hereditarios y personales:* Sin particularidades.

Es medicado con varias transfusiones de sangre, antibióticos, extracto hepático, Vitaminas B, C y K. Necrotón, hasta el día 23 de febrero en que ingresa a nuestro Servicio.

*Análisis:* 2-2-54. Azohemia: 0.26 grs.%. Glucemia: 1.12 grs.%. *Eritrosedimentación:* 1ª hora: 14 mm. 2ª hora: 52 mm. Índice de Katz: 20. *Recuento globular:* Rojos: 3.980.000 x mm<sup>3</sup>. Leucocitos: 9.200 x mm<sup>3</sup>. *Fórmula leucocitaria:* polinucleares neutrófilos: 68%; linfocitos: 31%; monocitos: 1%; eosinófilos: 0%; basófilos: 0%. *Reacciones de Kahn Standard y presuntiva:* negativas.

Es enviado del Hospital Durand para completar su estudio.

Estado actual al ingreso en nuestro Servicio: 23-2-54.

Decúbito lateral izquierdo preferido con flexión del muslo izquierdo sobre la cadera correspondiente. La extensión del muslo izquierdo provoca dolor en la fosa ilíaca del mismo lado.

*Abdomen:* Insp.: Respiración tipo costal con inmovilidad de las paredes abdominales. Respiración superficial de 40 a 44 excursiones por minuto.

Palpación superficial: Dolor exquisito en todo el vientre, siendo la palpación profunda intolerada. Peritoneo libre, aunque existe una marcada reacción de contractura en cuanto se exageran las maniobras de exploración.

*Riñones y utéres:* No se pueden palpar debido a la distensión y contractura abdominal.

*Testículos, anexos y periné:* Sin particularidades.

*Pene y uretra:* Sin particularidades.

*Próstata:* Chata, del tamaño de una ciruela. Surco medio conservado y agrandado. No se puede efectuar la palpación bimanual.

*Cistoscopia:* 27-2-54. Mucosa vesical de brillo y vascularización normal. Trígono congestivo. Meato ureteral izquierdo manelonado y sin eyaculación. Se cateteriza fácilmente no observándose salida de líquido de ninguna especie. Meato ureteral derecho de caracteres normales con eyaculación de orinas lípidas. Indigocarmín del lado derecho: eliminación a los 4 minutos con buena coloración y proyección. Lado izquierdo: No hay eliminación.

*Análisis:* 25-2-54. Azohemia: 0.25 grs.%. *Eritrosedimentación:* 1ª hora: 26 mm. 2ª hora: 53 mm. *Recuento globular:* Rojos: 3.080.000 x mm<sup>3</sup>. Leucocitos: 6.00 v mm<sup>3</sup>. *Tiempo de coagulación:* 3 minutos.

Intestino grueso (X enema pos-evacuación?): Falta de relleno y desflecamiento de los bordes a nivel de la unión del sigmoideo con descendente. Megasigma.

*Pielografía ascendente izquierda:* 27-2-54: Se inyectan 100 c.c. de yoduro de sodio sin ninguna sintomatología subjetiva.

Se observa un uréter fusiforme desde el meato hasta el límite superior de la articulación sacroilíaca izquierda, por encima de este punto se dirige hacia arriba siguiendo la bisectriz del ángulo formado por la columna vertebral y la cresta ilíaca, en una extensión de 10 cm., en cuyo extremo se observa una dilatación en forma de campanilla, no visualizándose los cálices.

*Operación:* 28-2-54. Cirujano: Prof. Armando Trabucco. Aytes. Dres. P. Torres Posse y R. Taphanel.

*Anestesia:* General con gases. Transfusión 500 c.c. de sangre.

Lumbotomía izquierda, hallándose las asas intestinales sumamente dilatadas y que rechazan el fondo de saco peritoneal. Se reclinan las asas con valvas y se trata de llegar a la celda renal sin ser posible el hallazgo de la glándula. Disecando en forma roma la parte inferior de la celda, se abre un absceso que da regular cantidad de pus. Se explora nuevamente en busca de la glándula y al no ser posible haltarla y dado el mal estado general del enfermo, se decide dejar drenaje y cerrar la pared por planos.

*Postoperatorio:* Sueros 3.000 c.c., penicilina y estreptomycin. Coramina una ampolla cada seis horas.

29-3-54: Ha mejorado el estado general. Herida drena poco.

3-3-54: Drena pus con olor a coli intenso. Se da ef-tiazol por boca y estreptomycin 0.50 grs. cada doce horas.

5-3-54: Drena abundante pus y materia fecal por la herida.

7-3-54: Transfusión 250 c.c. de sangre. Ha mejorado mucho el estado general. Vientre blando; herida bien pero persiste la fistula estercorácea por donde drena materia fecal en abundancia.

13-3-54: Ha disminuído la salida de materia fecal. Se levanta de a ratos.

26-3-54: La fistula drena abundantemente. Se ha desmejorado. Se le indica transfusión 250 c.c. de sangre y extracto hepático.

3-4-54: Continúa desmejorando el estado general. Nueva transfusión de 250 c.c. de sangre. La fistula drena abundante cantidad.

16-4-54: Ha hecho episodio de oclusión intestinal intermitente; cuando se restablece el tránsito la fistula drena abundantemente.

24-4-54: Dado que la fistula continúa drenando abundantemente y que el enfermo sigue desmejorándose se decide efectuar una laparotomía exploradora.

*Operación:* Cirujano: Prof. A. Trabucco. Aytes. Dres. P. Torres Posse y R. Taphanel. *Anestesia:* General con gases.

*Incisión pararectal izquierda.* Abierto el peritoneo se comprueban numerosas adherencias que acodan el intestino delgado en caño de fusil, y se constata un asa del yeyuno y el colon adheridos entre sí y fistulizados a piel. Se libera el colon descendente y se reseca la porción que estaba adherida a la pared, efectuando a continuación una anastomosis término-terminal.

En el orificio delgado se efectúa una doble jareta invaginante.

Se deja sulfa en el foco y dos drenajes, uno en el Douglas y otro en el lugar en que estaba la fistula. Cierre de la pared por planos.

*Postoperatorio:* Terramicina 100 mmg. cada cuatro horas. Penicilina. Estreptomina. Sueros 3.000 c.c. Coramina una ampolla cada seis horas. Transfusión 500 c.c. de sangre.

26-4-54: Ha mejorado algo el estado general. Afebril. Herida bien.

28-4-54: La herida comienza a drenar nuevamente líquido color amarillo oro que digiere la piel vecina.

11-5-54: Continúa drenando líquido oro por la herida, por lo que se decide reintervenirlo, previa transfusión 250 c.c. de sangre.

*Operación:* 15-5-54: Cirujano: Prof. A. Trabucco. Aytes. Dres. P. Torres Posse y R. Taphanel.

*Incisión pararectal izquierda.* Numerosas adherencias acodan a una asa del delgado en caño de fusil, cuyo ángulo está adherido a la pared abdominal y fistulizado. Liberación del asa y resección de la misma en una extensión de 15 cm. A continuación anastomosis látero-lateral con puntos separados de nylon, estableciéndose una amplia comunicación. Cierre de la pared en un solo plano con lino los elementos músculo aponeuróticos. Piel con algodón.

*Postoperatorio:* Terramicina 100 mg. cada seis horas. Penicilina. Estreptomina. Coramina. Sueros 3.000 c.c. Transfusión de sangre 500 c.c.

18-5-54: Buen estado general. Herida bien. Afebril.

Continúa el enfermo en nuestro servicio siendo medicado con numerosas transfusiones de plasma, extracto hepático, vitaminas, etc. Al cabo de dos meses y medio ha aumentado diez kilos. El 5-8-54 pasa a la Sala 22 para completar su restablecimiento.

## COMENTARIOS

Hacemos notar el estado de desnutrición y emaciación en que se encontraba el paciente, debido a la pérdida de proteínas y a la toxemia. Considerándose prácticamente en caquexia.

Otros signos dignos de mención son: el meteorismo, que se explica por los fenómenos pseudooclusivos a nivel del intestino fistulizado y la contractura lumbar y el dolor, que se explicarían por la presencia del absceso secundario al traumatismo renal.

Debemos dejar expresa constancia de la ausencia de hematuria, que fué debidamente investigada, y que se explica por la gravedad del trauma, que seguramente desprendió a la glándula de sus vías de excreción. Luego, el riñón convertido en una papilla supurada que se transformó en un absceso probablemente infectado por las bacterias del colon o del delgado que estaban abiertos en el absceso.

Esto explica también la pneumaturia, que no ha sido vesical, sino colopélica.

El mecanismo por el cual se produjo el estallido y desprendimiento del riñón, nosotros lo explicamos de la siguiente manera: 1º) Probable compresión del riñón y las asas intestinales contra la columna vertebral. 2.) Estallido del riñón, formación de un absceso y camino de salida hacia el colon e intestino

delgado, produciéndose una peritonitis adhesiva que ha permitido entonces la comunicación del absceso con el colon, confirmado por la pneumaturia.

Esa es la razón por la cual se estableció la fístula cutánea cuando se abrió el absceso.

La reparación del delgado presentó grandes dificultades debido a la peritonitis adhesiva que comentamos más arriba, siendo necesario reseca ampliamente el asa enferma, efectuándose a continuación una anastomosis látero-lateral con amplia boca. Después de esta intervención, el enfermo experimenta una evidente mejoría, que se acentúa día a día.

Ya en plena recuperación, el enfermo presenta un cuadro apendicular agudo que hace necesaria la intervención de urgencia.

*Postoperatorio:* Sin incidentes, continuando el enfermo su recuperación. 11/10/54. *Pielografía descendente:* En la simple, no se observan sombras calculosas.

*Urograma:* A los 20 minutos; del lado derecho: Imagen pielocalicial de caracteres normales. Uréter ligeramente dilatado. Buena excreción.

Del lado izquierdo no se observa imagen pielocalicial ni ureteral.