

NEFROSIS

Por el Dr. H. PERALTA

Por gentil sugestión del Dr. Perovic, vamos a presentar en forma brevísima el caso de un enfermito con una afección renal médico-quirúrgica. Se trata de un niño de 3 años de edad, que presentó una nefrosis de larga evolución, alrededor de 2 años, una pielonefritis supurada, un absceso perirrenal en comunicación con el ángulo esplénico del colon y posterior fístula estercorácea; con el agregado de una giardiasis y ascariasis intestinal.

El interés de nuestra presentación es la extraordinaria buena evolución del proceso medicorenal, la nefrosis, luego de la nefrectomía, cuando todo concurría a hacer un pésimo pronóstico.

Historia Clínica: Antecedentes hereditarios y familiares sin importancia. Antecedentes personales, y de la enfermedad actual; cuadros bronquiales serios en tres oportunidades (coincidentes quizás con la travesía de áscaris a través del pulmón), diarreas frecuentes. Desde hace dos años presenta edemas que se iniciaron en cara y piernas, para luego generalizarse. Estos cuadros se repiten 3 o 4 veces por año siendo en general su intensidad creciente. Recibe numerosos tratamientos. Ultimamente estos cuadros se acentúan y no ceden a la medicación habitual.

Estado actual; niño febril, 38°, edemas generalizados que afectan con gran intensidad los miembros inferiores, abdomen y cara. A punto de partida de la región renal izquierda y extendiéndose por el flanco hasta la cresta iliaca, se palpa una gruesa tumoración, muy dolorosa, sobre la cual la piel se encuentra más infiltrada y con red venosa apreciable.

Es medicado con antibióticos y dos días después se comprueban evacuaciones con la defecación e independientes de ellas, de pus cremoso amarillo yerdoso en gran cantidad, reduciéndose la tumoración en forma notable.

Con estos antecedentes decidimos la intervención quirúrgica. 28 de Mayo, Operación. Se comprueba un absceso perirrenal que al incidirlo deja salir abundante pus, con los mismos caracteres del de las evacuaciones rectales. Riñón grande y lobulado, pelvis renal muy aumentada de tamaño, se punza y extrae orina purulenta. Se decide la nefectomía y se cierra dejando drenaje. Días después presenta una intensa crisis nefrótica de la que parece imposible salir. Continúa recibiendo transfusiones de plasma y sangre total, A.C.T.H., vit. C, Vit. A, vit. EE, Rutin; Ac. clorhídrico, Casenolín y Tiroides, con todo lo cual mejora paulatinamente.

Por el drenaje se establece una fístula estercorácea correspondiente al ángulo esplénico del colon, continúa sin embargo mejorando el estado general y desaparecen totalmente los edemas. Dos meses más tarde es dado de alta en buen estado general, un nuevo recuento da cifras normales urea 0,28 grs. y persiste albuminuria no dosable. Por la fístula drena muy poco pus y sólo en forma ocasional, materia fecal, terminando por cerrar espontáneamente y en forma definitiva un mes después.

Como decíamos el interés de nuestra presentación, se justifica por la excelente evolución del niño con posterioridad a la nefrectomía, ya que las

crisis nefróticas no han vuelto a presentarse, pese a que el niño se encuentra actualmente y desde hace, un año, sin ninguna medicación ni restricción alimenticia, ni de vida, entregándose a sus juegos turbulentos sin ninguna contrariedad hasta el presente y deseamos así siga. El tratamiento médico concomitante se realizó en base a régimen declorurado, primero, hipoclorurado después e hiperproteico, transfusiones de sangre total y plasma, también empleamos ACTH y vitaminoterapia A, complejo B. C. E, Rutin, y también ácido clorhídrico, tiroides y factores lipotrópicos.