

SOBRE UN CASO DE HERIDA DE BALA DE RIÑÓN

Por los Dres. LEONIDAS REBAUDI y A. ACEVEDO

Historia clínica: N. N. 29 años, casado, argentino, ingresa en estado de shock por hemorragia intensa, presenta un orificio de bala en la región epigástrica a unos tres centímetros de la línea media y a tres centímetros hacia la izquierda y por encima del ombligo y el de salida en la región lumbar derecha a 10 cms. de la columna sobre la duodécima costilla. Facies angustiosas, pulso 90, PM 110 M 60 después de 1 hora pasado medio litro de sangre se constata una máxima de 130 mejorando el estado general. El vientre no exclusiona con la respiración, está contraído y presenta un dolor intenso a la palpación. En este estado se interviene efectuándose una incisión transversa desde el orificio de entrada del proyectil llegando al reborde costal derecho a la altura de la undécima costilla, se secciona el recto derecho y parte interna del izquierdo. Abierto el peritoneo fluye abundante sangre pura. Sobre cara anterior del hígado inmediatamente por debajo de la vesícula biliar hay un gran desgarró en forma de Y, sobre cara inferior del mismo órgano hay otra herida desgarrada que disecciona la vesícula de su lecho; en la parte del bacinete se ve fluir la bilis en abundancia y la vesícula se vacía por un orificio cercano al cístico. Se sutura el desgarró de la cara anterior con puntos separados, luego se efectúa la colecistectomía se visualiza mejor el desgarró de la cara inferior el cual es suturado y se peritonealiza el lecho vesicular.

Se explora el abdomen no encontrando otra lesión se taponan con gasa la zona desgarrada dejándose un tapón en el lecho.

Fuimos entonces consultados por el Cirujano Operante, porque a nivel de la parte derecha de la herida abdominal, había aparecido una fistula que emanaba abundante orina. Aconsejamos en ese entonces, se practicara una pielografía por eliminación con substancia hiperconcentrada al 50 %. Desgraciadamente, la opinión de otro Cirujano prevaleció sobre la nuestra y se practicó una Fistulografía con Lipiodol, que ocultó el sitio de origen de la fistula. Pasados así los días fué traído el herido a nuestro servicio, ya con la pielografía por eliminación solicitada por nosotros con anterioridad. Se veía en ésta un riñón derecho con su aparato excretor dilatado y con una gran mancha del Lipiodol, a nivel de la pelvis renal. En esta situación, parecía resolverse el diagnóstico como si realmente existiese la fistula a nivel del cuello de la Pelvis Renal.

En estas condiciones, nos vemos obligados a intervenir y se efectúa un cateterismo del uréter derecho con sonda opaca. Efectuamos por último una incisión de Pflaumer, exponiendo fácilmente al órgano, que lo hallamos deformado con una especie de bolsa en su borde externo. El riñón está muy adherido a sus planos profundos y la pelvis renal resulta difícil de diseccionar. Con mucho cuidado, aislamos al uréter, y cuando nos acercamos al cuello de pelvis, este se desprende, saliendo abundante Lipiodol que quedaba como resto de la fistulografía. Nos quedaba entonces un trozo bastante apreciable de uréter diseccionado y la bolsa del borde externo abierta. Examinada ésta se la ve comunicar con uno de los cálices introducido un catéter, éste penetra hasta la pelvis renal.

Dada la imposibilidad de movilizar mayormente al órgano y de suturar el uréter en su situación tan precaria en cualquier parte de la pelvis renal, se nos ocurrió hacer el camino inverso, introduciéndolo en la bolsa hasta el cálice y fijarlo en ese sitio con una sonda de material plástico en su interior, que hacía un sinfín hasta la herida lumbar. Cuando supusimos que la unión cálice uréter se había establecido, se efectuó una pielografía por relleno, comprobándose la comunicación amplia entre el aparato excretor del riñón y el uréter. Se retiró por último el catéter ureteral, dando de alta al enfermo.