

Sociedad Argentina de Urología

5ª Sesión científica ordinaria — 10 de Agosto de 1961

Presidente:.... Dr. Gustavo F. Alsina

Secretario:.... Dr. Alberto J. Claret

Servicio de Urología del Hospital T. de Alvear
Jefe: Prof. Dr. Rodolfo I. Mathis

HEMORRAGIA GRAVE. HEMATONEFROSIS DE RIÑÓN POLIQUÍSTICO

Por los Dres. R. I. MATHIS, JUAN A. GOLDARACENA
y HECTOR G. BERRI

De acuerdo a los conceptos de Couvelaire: La hematonefrosis pura, es la distensión por sangre del bacinete y del riñón con la cápsula intacta y el uréter obliterado. Ella es rara y tiende a atrofiar el tejido renal, por la compresión de la masa sanguínea. En la bibliografía consultada extranjera y nacional no hemos encontrado ningún caso de hematonefrosis por riñón poliquistico.

Historia clínica: Nº 488. R. A., argentino, 35 años casado, tejedor. Fecha de ingreso, 17 de mayo de 1961.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Sin manifestaciones dignas de tener en cuenta para relacionarlo con la presente enfermedad renal. Desde hace dos años sufre hipertensión arterial, llegando en enero del corriente año a presentar una tensión Mx. de 24, por la cual se encontraba en tratamiento en el momento actual.

Casado. Esposa sana, dos hijos.

Enfermedad actual: El 1º de mayo de 1961, dolor en región lumbar izquierda de carácter sordo, con hematuria total, polaquiuria diurna y nocturna. A las 48 horas, este cuadro se agudizó, haciéndose el dolor tipo cólico y acompañándose de lipotimia, estado nauseoso con persistencia de la hematuria ahora, con coágulos. Fue medicado con inyecciones analgésicas y coagulantes, desapareciendo la hematuria durante unos dos días, pero agregándose al cuadro un ileus, que duró unos cinco días.

La persistencia del dolor cólico, su hematuria total con coágulos que no mejorara con el tratamiento instituido, hacen que el médico tratante lo envíe a nuestro servicio.

Estado actual: Regular estado de nutrición. Deambulación normal. Mucosas pálidas.

Aparato respiratorio: Semiológicamente normal.

Aparato circulatorio: Tonos apagados en los cuatro focos. Presión Mx. 9, Mn. 5. Pulso 92 por minuto igual, regular, rítmico.

Abdomen: Sin particularidad.

Aparato urinario: Esfera urológica superior. No se palpa riñón derecho. Se palpa en el lado izquierdo una tumoración lisa, uniforme, indolora que se extiende desde cresta

iliaca a séptima costilla, con contacto lumbar. Puño percusión y puntos reno-ureterales negativos lado derecho, positivos lado izquierdo.

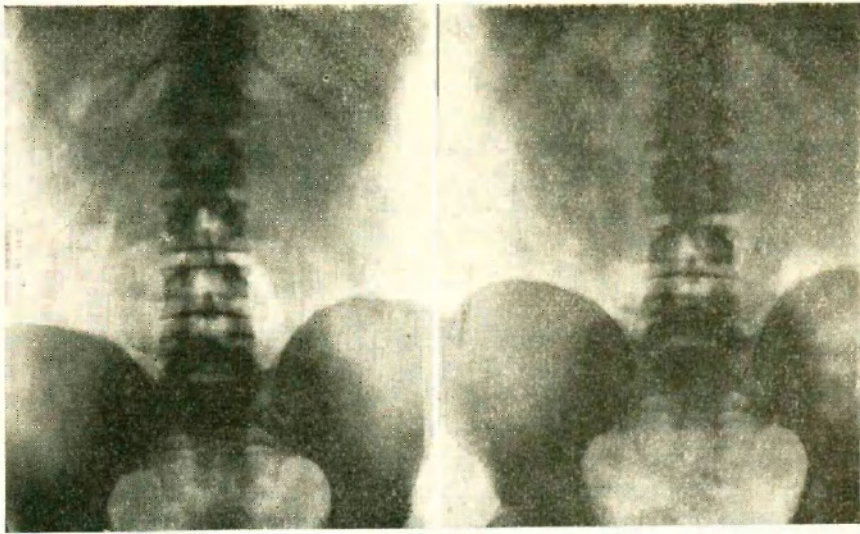
Esfera urológica inferior: Genitales normales. Uretra calibre conservado. Hematuria franca con coágulos.

Tacto rectal: Próstata, tamaño forma y consistencia normal. Límites netos, surco medio.

Endoscopia: Capacidad 300 cc. medio aclara con dificultad. Mucosa sana, cuello plano. Meatos ureterales normalmente implantados; en el lado derecho, eyacula rítmicamente orinas claras, en el lado izquierdo eyacula, orina con abundante sangre.

Examen radiográfico: Radiografía simple, riñón izquierdo sin sombras sospechosas de cálculos. Ligero borraramiento del psoas. Colon descendente desplazado. Riñón derecho: agrandado. Urograma de excreción; función lado derecho; pelvis ligeramente aumentada de tamaño. Lado izquierdo, función renal, sin limitación de pelvis con calices elongados.

Examen de laboratorio: T. Coagulación, 6'. U. de Sangría, 8'. Dosaje de urea en



Urograma de excreción. 40 minutos.

Radiografía simple de árbol urinario.

sueros, 0,35 $\%$. Glucemia, 0,95 $\%$. Eritrosedimentación, 1^a hora, 95 mm.; 2^a hora, 180 mm. Glóbulos rojos, 3.650.000. Glóbulos blancos, 12.000. Hto, 35 $\%$.

Orina: D 1.016. Albúmina, 0,10. Glucosa, no contiene. Reacción alcalina.

Preoperatorio: Dado el estado del paciente, que se encontraba sensiblemente desmejorado, por la hemorragia y su anemia consiguiente, se lo repone con transfusiones, reconstituyentes generales y coagulantes, así continua el estudio del enfermo hasta que bruscamente el 23 de mayo hace una hematuria intensa, con bloqueo vesical, que obliga a la evacuación de su vejiga, resolviéndose la intervención de urgencia haciéndose con presión Mx. 14, Mn. 8½.

Operación: 24 de mayo de 1961.

Incisión en el lado izquierdo, lumbotomía alargada, introduciéndose entre la 11 y 12 costilla por arriba y prolongándose hasta espina ilíaca antero-superior por abajo. Se abren los distintos planos musculares y se llega por el extremo inferior al peritoneo, que se abre y por el extremo superior a la pleura que igualmente se abre. Se llega a la loge renal, encontrándose una tumoración a tensión, lisa, de color oscuro, sin grandes vasos en su superficie. Se libera esta masa, encontrándose en la parte anterior y media una zona adherente con un pedículo que se trata de identificar y que parece corresponder a cola de páncreas. La liberación del polo superior es sumamente trabajosa, dada su altura, la liberación del polo inferior, facilita su luxación. Se exterioriza así una gran masa. Ligadura del pedículo. Hemostasia. Cierre de pared por planos Piel con algodón. Drenaje a loge. Transfusión 1000 cm. de sangre durante el acto quirúrgico.

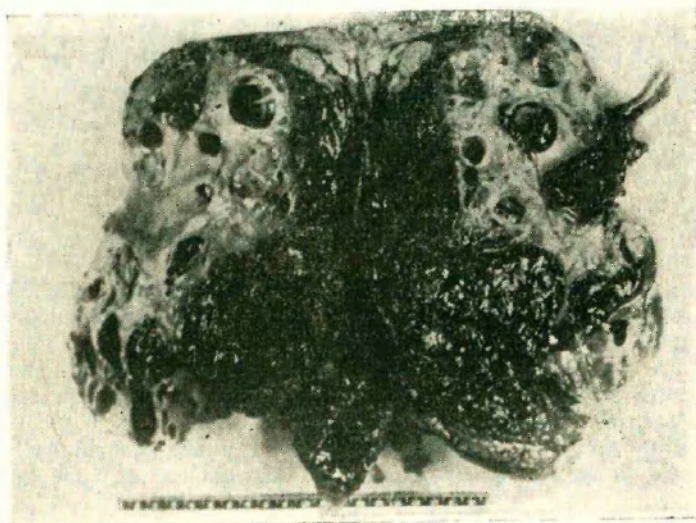
Posteriormente, dado el globo vesical que presentara el enfermo se cateteriza extrayéndole gran cantidad de sangre con coágulos, hasta conseguir aclarar el medio.

Postoperatorio inmediato: Diuresis, 1.400 cc. por día. Transfusión, 500 cm³. día por medio. El paciente mejora notablemente y el 5 de junio es dado de alta con su herida perfectamente cicatrizada.

Anatomía patológica, Dr. Rapaport: Riñón poliquístico con zonas de pielonefritis crónica.



Pieza vista por su superficie externa mostrando la atmósfera perirenal y las hemorragias en la misma.



Pieza operatoria abierta, se nota la hemorragia sobre el borde, cuerpo y polo superior del riñón, con los coágulos sanguíneos moldeados incluyendo la pelvis renal a úreter.

con glomérulos en oblea, tofos uráticos, hemorragia intraquistica por rotura de vasos periquísticos actualmente intraquisticos. Cilindros hemáticos y hematuria intratubular. Micro absesos en granulación.

El 15 de junio de 1961 (o sea 10 días después), el paciente reingresa con buen estado general, pero sin orinar desde hace unas veinte horas, y con un discreto dolor en región lumbar derecha. Al examen, no hay globo vesical, y el cateterismo da escaso líquido sanguino-

lento. Se le efectúa ionograma de urgencia dando: Na. 118 mEq/L. K 5,2 mEq/L. Cl. 333 grs. Reserva Alc. 36 volúmenes de anhídrido carbónico. La urea en suero era de 0,40 %.

El 16 de junio: Diuresis 235 cc. Discreto dolor lumbar derecho. Buen estado general, psiquismo normal, la urea en suero era de 0,50 %. Ionograma Na. 118 mEq/L. K 5,1 mEq/L. Cl. 305 mgrs. Reserva ale. 36 volúmenes de anhídrido carbónico.

El 17 de junio: Diuresis 800 cc. Hematuria franca. Dolor lumbar derecho. Buen estado general.

El 19 de junio: Nuevamente anuria. Dolor lumbar derecho. Empeora su estado general. Cateterismo negativo.

Ionograma: Na. 124 mEq/L. K. 5,8 mEq/L. Cl. 284 mgrs. Dosaje de urea en suero 1,00 %

El 20 de junio se restituye la diuresis, 1.200 cc. en 24 horas. Ionograma: Na. 135 mEq/L. K. 6 mEq/L. Dosaje de urea en suero, 1,75 %

En los días subsiguientes el enfermo mejorando, con una diuresis de alrededor de 1.500 cc. cada 24 horas, y urea en franco descenso.



Vista más localizada de la región pélvica renal, con hemorragia y coágulos.

27 de junio: espontáneamente escalofríos y elevación térmica, 39°. Diuresis, 1.200 cc., orinas piúricas. Se le efectúa análisis bacteriológico de orina: Abundantes leucocitos en acúmulus (pus). Escasos hematíes. No se observan microorganismos.

Es tratado con Terramicina I amp. cada 6 horas por vía intramuscular. Como su estado mejora sensiblemente no obstante su anemia de 3.000.000 y su presión arterial Mx 10, se le efectúa transfusiones con las precauciones debidas.

Posteriormente aumenta su diuresis y continúa paulatinamente mejorando su estado general y regulando su urea en suero, con orinas límpidas de D. 1.010, siendo dado de alta el día 12 de julio.

BIBLIOGRAFIA

- Chevassu*: A propósito de Nefrectomía por Riñón Poliquístico. Soc. Franc. de Urolog. Nov. 1927, pág. 246.
Chevassu: 8 Abril 1935, pág. 204.
Collinson: Un caso de nefrectomía por Riñón Poliquístico. British Jour. Urolog. June 1933, vol. 5, N° 2, pág. 156.
Surraco, L. A.: Anales Fac. Med. Montevideo. T. XXIII, año 1937, pág. 893.
Puigvert, A.: Journal d'Urolog. Franc. T. 64, año 1958, pág. 309.
Vander, Frust: Journal d'Urolog. Franc. T. 46, pág. 130, 1938.
Perrin, E.: Lyon Chirurgical. T. 39, año 1944, pág. 538.

Llanos: Riñón Poliquístico. Rev. Arg. de Urolog. 1937, pág. 489.

Astraldi, Monseirat y Torroba: Riñón Poliquístico. Alguna consideración sobre su naturaleza y diagnóstico. Rev. Arg. de Urolog. 1939, pág. 498.

Comotto y Tallman: Riñón Poliquístico. Consideraciones sobre 20 casos. Rev. Arg. de Urolog. 1959, pág. 104.

Vichi y Vargas, R.: Poliquístico y Carcinoma papilífero. Rev. Arg. de Urolog. 1959, pág. 266.

Figueroa Alcorta: Relato al VI Congreso Nacional de Medicina, año 1938, Córdoba.