

Hosp. de Clínicas de Córdoba. Primera Cát. de
Clín. Quirúrgica, Prof. Dr. JUAN M. ALLENDE

Por el Doctor
RODOLFO GONZALEZ

SOBRE UN CASO DE ANURIA TRATADA CON EXITO POR MEDIO DE LA DECAPSULACION

EL día 7 de Septiembre de 1936 a las 11 de la mañana, fui consultado acerca de una enferma que había llegado a la guardia del H. de Clínicas de Córdoba. Con pocas palabras me informaron sobre el caso: "Es una enferma que no orina desde hace dos días".

Me encontré ante una mujer extremadamente pálida y ansiosa. Era una palidez intensa, mate, en una cara animada por la brillantez y vivacidad de las pupilas. A mis primeras preguntas confirmó el dato principal que previamente me habían transmitido: efectivamente, hacía dos días que no emitía una sola gota de orina. Las respuestas eran terminantes y con rara precisión recordaba cuál fué su última micción.

El pulso era lleno, tenso, taquicárdico. Las conjuntivas y mucosas estaban francamente anémicas. Decúbito indiferente, ligera emaciación, piel con elasticidad y turgor disminuídos, sensibilidad conservada.

Practicamos el examen metódico del abdomen. La palpación y percusión del hipogastrio, nos demostró clínicamente la vacuidad de la vejiga. La exploración de los flancos nos dió algunos datos de interés: en ambas regiones renales se constató la presencia de una tumoración; en el lado izquierdo el riñón estaba aumentado de tamaño, doloroso a la palpación, liso y renitente; en el lado derecho nos encontramos con un riñón deformado, duro, aparentemente descendido y ligeramente doloroso.

Con estos datos, anuria, vacuidad de la vejiga y masas aumentadas de tamaño y dolorosas resolvimos hacer ingresar a la enferma al servicio de Clínica Quirúrgica de la sala IV donde inmediata-

mente realizamos un sondaje vesical que confirmó la presunción clínica: no se recogió la más mínima cantidad de orina.

Por la tarde se obtiene una radiografía directa que no dió ningún dato de interés y poco después efectuamos un cateterismo ureteral bilateral; la sonda del lado derecho remontó 8 centímetros en el trayecto ureteral y la del lado izquierdo hasta la pelvis renal. Se dejan ambos cateteres a permanencia hasta la mañana siguiente, a pesar de lo cual tampoco se recoge orina. Concomitantemente, la enferma es sometida a un riguroso tratamiento médico a fin de provocar la descarga de orina. Un dosaje de urea que se practicó en ese día, reveló 1.50 gramos por mil en el suero sanguíneo.

En estas condiciones se espera hasta la mañana siguiente (día 8), en que se levanta la siguiente historia clínica:

Nº 5823. Nombre: R. N. de F. Edad: 39 años. Nacionalidad: argentina. Ocupación: q. d.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Viruela, grippe a repetición y fiebre tifoidea. Menarquía a los 13 años, después siempre escasas con ritmo de 3/30. Contrajo matrimonio a los 24 años con hombre sano. Una sola hija nacida a término que vive y es sana.

Durante el embarazo sufrió dolores en la región lumbar derecha que se exacerbaban con el movimiento y calmaban con el reposo. Consecutivamente al parto fué atacada por una infección puerperal. Días después de levantarse nota la pérdida de abundante flujo, con dolores simultáneos en el bajo vientre los que se intensifican durante los periodos menstruales. Consulta por ello a un médico que le instituye un tratamiento, a pesar de lo cual debe ser intervenida nuevamente por un proceso infeccioso anexial, quedando amenorreica desde esta época.

Antecedentes de la enfermedad actual. — En febrero de 1936 es atacada nuevamente por dolores en la región lumbar derecha, irradiados a la región inguinal y muslo del lado correspondiente. En el mes de mayo del mismo año, es examinada en el hospital Italiano de Córdoba, donde se le practican una urétero-piello-neumografía (Fig. 1) y una pielografía con INa (Fig. 2). Le diagnostican: ptosis renal derecha y acodadura ureteral, indicándole el uso de una faja ortopédica que la enferma sólo usa durante 15 días por no tolerarla.

Urétero-neumo-pielografía. — (Fig. 1). Lado derecho: A la altura del borde inferior del cuerpo de la 4ª vértebra lumbar el uréter se acoda en ángulo recto, sitio donde se detiene la sonda ureteral. No se visualiza la pelvis.

Lado izquierdo: La sonda ureteral ha penetrado hasta la apófisis costiforme de la 3ª vértebra lumbar, observándose por encima del extremo de la son-

da una acodadura del uréter, el que termina implantándose en el punto más alto de la pelvis renal, la cual se visualiza íntegramente.

Pielografía ascendente. — (Fig. 2). Lado derecho: Visualización del trayecto ureteral. A nivel de la articulación sacro-iliaca se observa el conducto dilatado. Pelvis renal a nivel del borde inferior del cuerpo de la 2ª vértebra lumbar.

Lado izquierdo: La pelvis renal nos muestra la homogeneidad de la sustancia inyectada en el caliz superior y en el medio, no así en el inferior.



Figura N° 1



Figura N° 2

La enferma ha continuado con molestias: nicturia y ardor al orinar.

En los últimos 15 días sus trastornos aumentaron en intensidad, obligándola a guardar cama, hasta que el día de septiembre se da cuenta que no ha orinado en las 24 horas.

Estado actual. — Enferma en regular estado de nutrición. Lengua roja, húmeda y tónica.

Aparato respiratorio: Normal.

Aparato cardio-vascular: Pulso regular y rítmico; 75 pulsaciones por minuto. Tensión arterial: Mx.: $19\frac{1}{2}$; Mn.: 10. Corazón revela a la auscultación el refuerzo de ambos tonos.

Abdomen: hemiabdomen derecho: Con la palpación de Guyón se aprecia una tumoración que se interpone entre ambas manos de tamaño mayor al de un

puño y cuya forma no se puede determinar claramente. De superficie irregular, de consistencia firme, ligeramente dolorosa y que excursiona poco con los movimientos respiratorios.

Hemiabdomen izquierdo: La palpación de Guyón revela una masa redondeada, dolorosa, de consistencia firme, de superficie irregular y que excursiona poco con los movimientos respiratorios.

Sensibilidad reno-ureteral: Percusión de Giordano, positiva en ambos la-



Figura Nº 3

dos. Puntos ureterales superior y medio, positivos en el lado derecho e igualmente en el izquierdo.

Durante todo este día se insiste en el tratamiento médico ya formulado y se realiza un nuevo dosaje de úrea que arroja la cantidad de 1.32 por mil. Wassermann y Kahn, negativas.

Por la tarde el estado de la enferma se agrava considerablemente, aparecen vómitos, respiración de Cheyne-Stokes, sopor, adinamia profunda e hipo, que comprende el cuadro de la uremia franca. A medianoche debió practicársele una sangría de 500 c.c. con lo cual la paciente experimenta una aparente mejoría. A la mañana siguiente (día 9), la enferma ha entrado en coma. Repetimos el dosaje de úrea en sangre que nos revela 2.22 gramos por mil.

Llamado el Prof. Urretz Zavalía para que efectuara en la enferma un examen de fondo de ojo, éste se lleva a cabo a las 11 de la mañana con el siguiente resultado:

"El examen oftalmoscópico sólo revela la existencia de algunos pequeños focos hemorrágicos yuxtapapilares. Los vasos retinianos son normales. No hay edema ni manchas blancas".

Como veremos en las consideraciones diagnósticas y quirúrgicas hechas más adelante, se impuso la indicación operatoria. Dos horas después se procedía a efectuar una decapsulación.

Operación. — Cirujano: Dr. González. Ayudantes: Dres. Desio y Kuperman. Anestesia general al éter; buena anestesia.

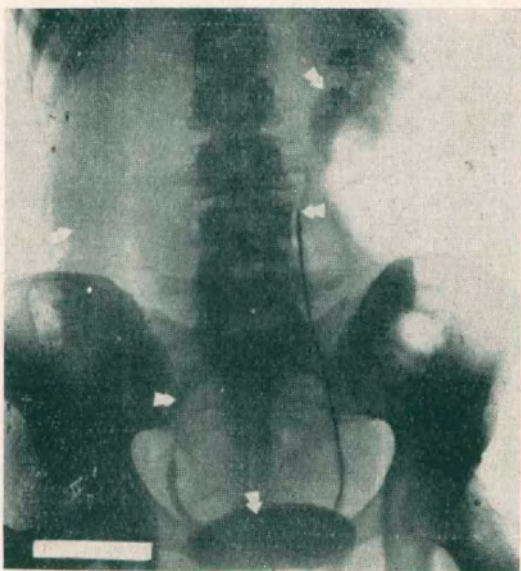


Figura N° 4

Lado izquierdo: Incisión de Guyon; sección plano por plano. Se incide la aponeurosis retro-renal; se despega el riñón con relativa facilidad y se lo exterioriza. Se incide la cápsula e introduciendo una sonda acanalada se prolonga la incisión a lo largo del borde externo del riñón, llegando hasta los polos superior e inferior. Con pinza de disección se decapsula el órgano sobre su cara anterior y posterior. Un pequeño quiste sobre la cara anterior es incindido. Sobre el polo inferior se produce un pequeño desgarramiento del parénquima que no se sutura debido a la friabilidad de éste. Tubo de drenaje y sutura de planos.

Debemos hacer notar que el riñón estaba aumentado de volumen, de color rojo vinoso, francamente congestivo y con múltiples abolladuras. La cápsula aprisionaba la masa renal la cual hacia hernia en determinados puntos.

Indicamos inyecciones intramusculares de éter, cloruro de sodio hipertónico, enemas calientes, etc.

A las 20 horas (6 horas después) se efectúa un sondaje vesical recogiéndose 400 c. c. de orina. Psiquismo mejorado; tensión arterial: 19 de Mx y 9 de Mn.

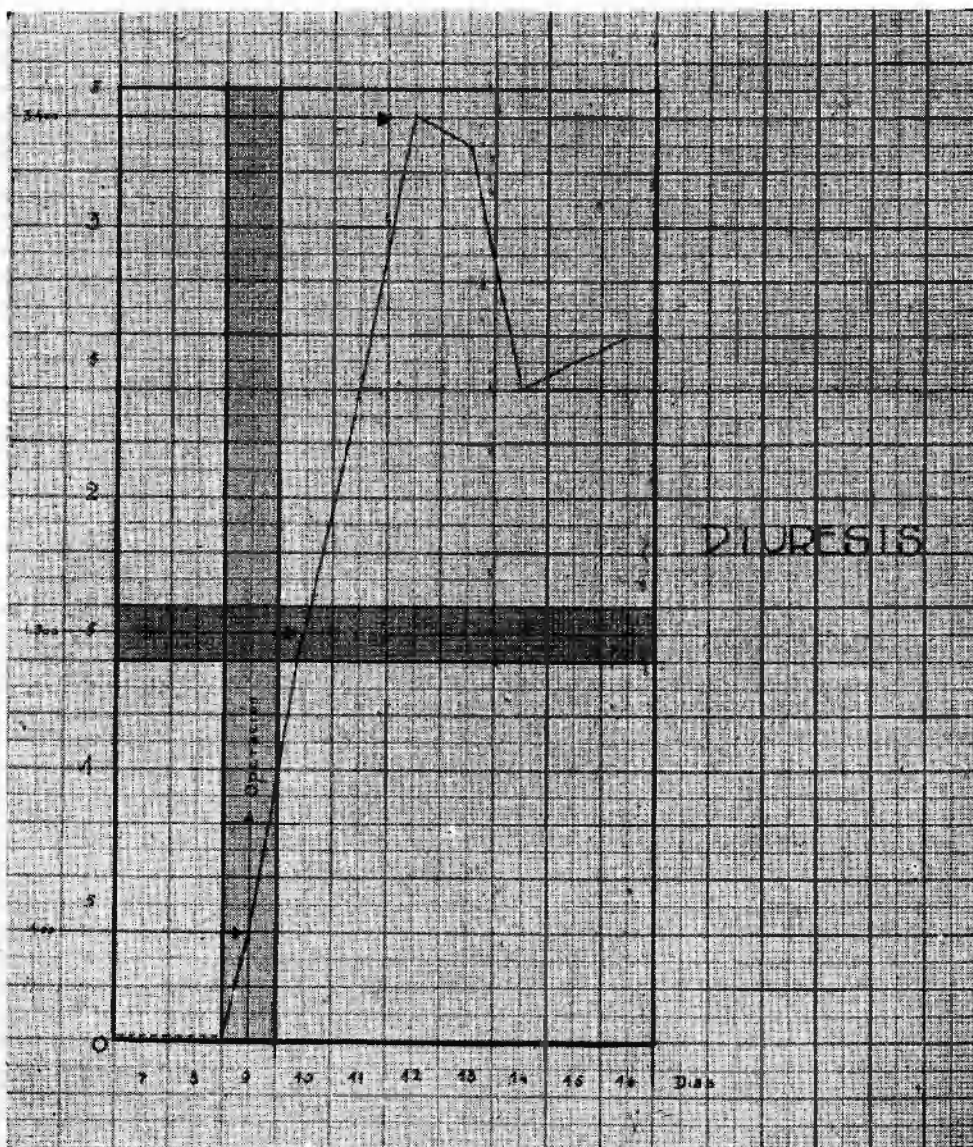


Figura N° 5.

En el día subsiguiente (10) persistimos en las indicaciones médicas del día anterior.

Diuresis en las primeras 24 horas: 1.500 c. c. Urea en sangre: 2.49 gramos por mil. Tensión arterial: Mx., 21; Mn., 10. Análisis de orina: Densi-

dad, 1007. Cloruros: 2.6. Urea: 10.088. Albúmina: vestigios francos. Sedimento: Piuria: numerosos hematíes. No se observan elementos renales.

Día 11. — El estado general ha mejorado. Se la coloca en posición de Trendelenburg. Se comienza la alimentación de la enferma con chuño en agua, jugos de frutas y té.

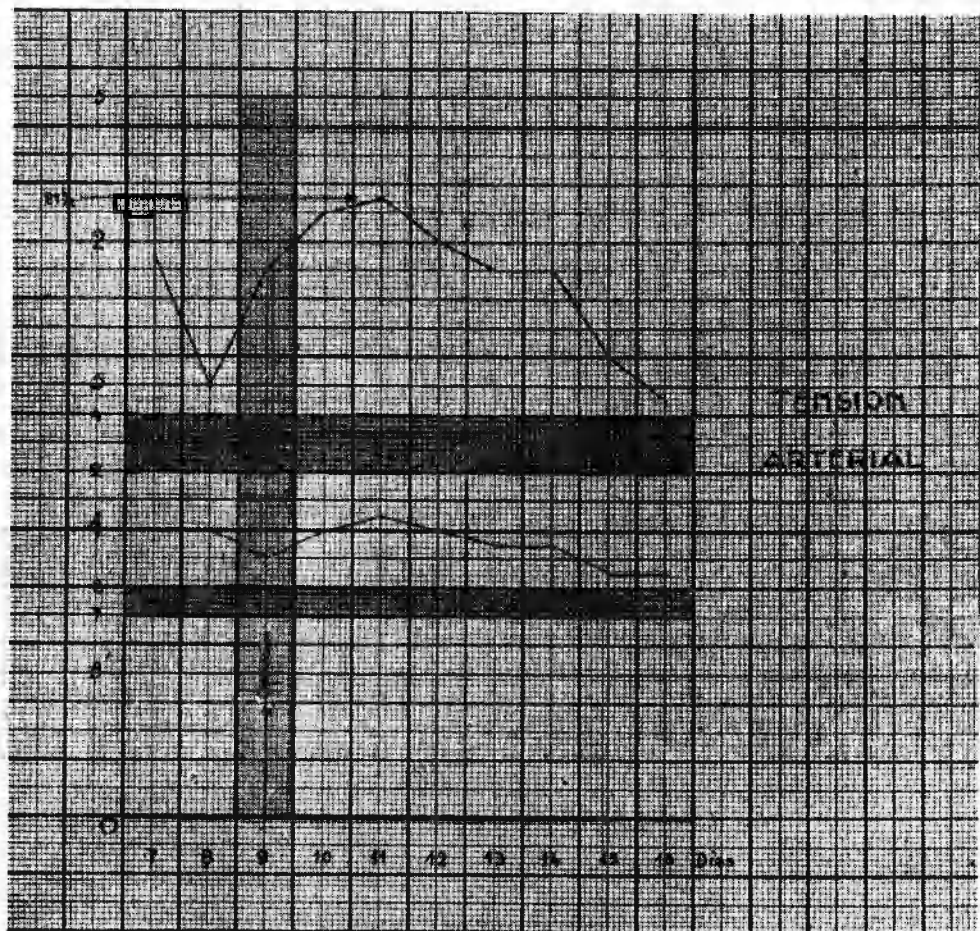


Figura N° 6

Diuresis: .400 gramos. Urea: 2.32 gramos por mil. Tensión arterial: Mx., 21; Mn., 10. Análisis de orina: Densidad: 1010. Cloruros: 2.6. Urea: 12.610. Albúmina: vestigios. Sedimento: Algunos leucocitos granulosos; frecuentes hematíes.

Día 12. — Persisten los vómitos y el hipo pero en menor intensidad; lengua húmedaá buen psiquismo. Diuresis: 3.400 gramos. Urea: 2.05 gramos por mil. Tensión arterial: Mx., 20; Mn., 10. Análisis de orina: Densidad: 1005. Urea: 11.349. Cloruros: 3.2. Albúmina: vestigios. Sedimento: Regular cantidad de leucocitos granulosos y hematíes.

Día 21. — Estado general muy bueno. Continúa la cefalea. Urea: 034 gramos por mil.

Día 24. — Sin novedad. Urea: 0.41 gramos por mil.

Día 25. — Se practica un análisis de sangre; Glóbulos rojos: 2.300.000. Hemoglobina: 0.36. Valor globular: 0.79. Anisocitosis, poiquilocitosis y ligera anisocromia. Glóbulos blancos: 8.000. Neutrófilos: 71. Basófilos: 1. Eosinófilos: 2. Linfocitos: 18. Monocitos: 5.

En los días que transcurren entre el 25 de septiembre y el 9 de octubre, el estado de la enferma mejora en forma manifiesta. En esta última fecha se le

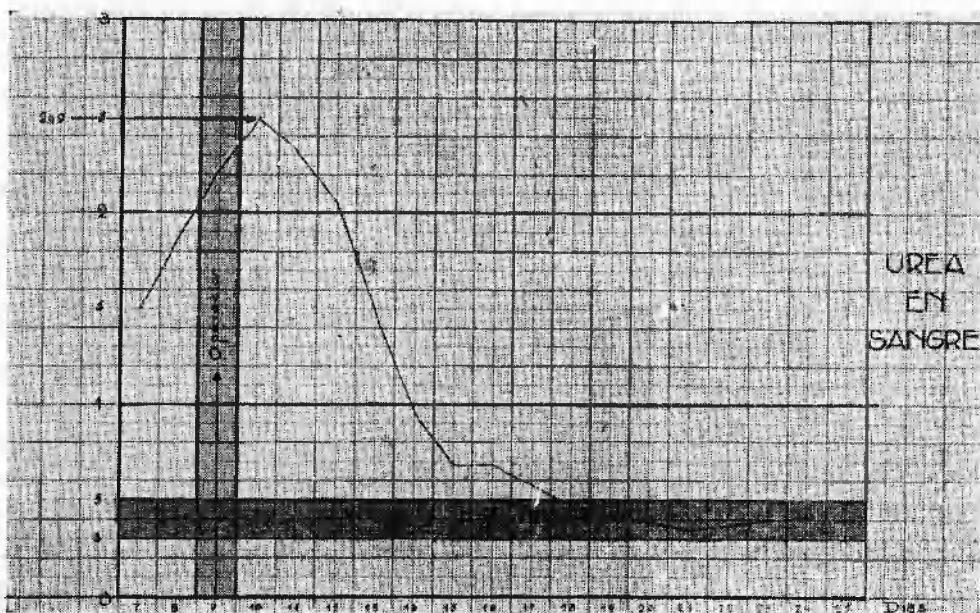


Figura N° 8

efectúa a la enferma un cateterismo ureteral bilateral. La sonda del lado derecho se detiene a la altura del extremo inferior de la articulación sacro-ilíaca y en el lado izquierdo el catéter llega hasta la parte media del cuerpo de la 5ª vértebra lumbar. Se procede a una doble pielografía con solución de BrNa al 30%, observándose lo siguiente:

Lado derecho: Una primera dilatación seguida de una estrechez pasada la cual y en una extensión de 4 centímetros el conducto ureteral se encuentra dilatado en forma de ampolla (Fig. 3). A partir del extremo superior de esta dilatación el ureter se acoda en ángulo recto hasta el borde superior de la cresta ilíaca, donde se acoda nuevamente en ángulo más agudo dando la impresión de haber sufrido una torsión. La imagen del ureter superior es menos neta, de contornos irregulares y más o menos dilatada, hasta llegar a la pelvis renal.

La imagen de la pelvis es patológica: se encuentra aumentada en su capacidad y los cálices superior y medio, dilatados y deformados. El cáliz inferior no bien visualizado dá la impresión de un cáliz amputado. Es de hacer notar que la pelvis se encuentra un tanto descendida.

Lado izquierdo: La sonda remonta hasta el borde inferior del cuerpo de la 4ª vértebra lumbar. Desde este punto la sombra es reemplazada por una imagen clara que se dirige hacia arriba y afuera y cuya base dilatada corresponde al borde inferior de la 11ª costilla.

Por fuera de dicha sombra se observa una tumoración de forma ovoidea que vá de arriba a abajo: desde la 11ª costilla hasta la cresta iliaca que por dentro se pone en contacto con la sombra ureteral.

Un mes después, aproximadamente (12 de noviembre), se realiza en la enferma un examen de la función renal bilateral por medio del cateterismo ureteral, el que nos dá el siguiente resultado:

Riñón derecho. — Volumen: 58 c. c. Cloruros: 3.51 por mil. Urea: 5.044 por mil. P. S. P.: 10%. Sedimento: Células epiteliales, ureterales y algunas renales. Leucocitos granulosos; escaso pus; escasos hematíes; escaso cilindros hialinos granulosos.

Riñón izquierdo. — Volumen: 52 c. c. Cloruros: 7.96 por mil. Urea: 8.560 por mil. P. S. P.: 25%. Sedimento: Algunos hematíes. Escasos cilindros hialinos; no contiene pus.

El día 13 de noviembre la enferma es dada de alta restablecida, indicándosele un tratamiento alimenticio apropiado.

De acuerdo a lo que se aconsejara, nuestra paciente ingresa nuevamente al servicio el día 24 de enero de 1937 (dos meses y once días después de haber sido dada de alta). Ha aumentado 3 kilos de peso, su estado general ha mejorado visiblemente.

El examen de su abdomen nos revela en el hemiabdomen derecho y a la palpitación profunda, una tumoración irregular, que excursiona poco con los movimientos respiratorios, con franco contacto lumbar y que es muy poco dolorosa. En el hemiabdomen izquierdo no hay nada de particular.

Un dosaje de urea en sangre nos dá 0.32 gramos por mil.

Se practica un análisis de orina: Densidad: 1.005. Urea: 5.124. Cloruros: 5.60. Albúmina: vestigios. Sedimento: Piuria y escasos hematíes.

Examen de sangre: Glóbulos rojos: 3.000.000. Hemoglobina: 0.48. Valor globular: 0.80. Ligera anisocitosis, uno que otro poiquilocito; cada 300 blancos, un eritroblasto. Glóbulos blancos: 11.000. Neutrófilos: 76. Basófilos: —. Eosinófilos: 2. Linfocitos: 12. Monocitos: 7. Células de Rieder: 1.

El 28 de enero le efectuamos una prueba del indigó-carmín (0.04 por vía endovenosa) con el siguiente resultado:

Comienzo de la eyaculación: Rinón derecho a los 12 minutos. Rinón izquierdo a los 6 minutos.

Tras días después, mediante el cateterismo ureteral bilateral se practica una prueba de la función renal que dá como resultado:

Riñón derecho. — Volumen: 37 c. c. Cloruros: 2.40 por mil. Urea: 2.482 por mil. P. S. P.: 10%. Sedimento: Algunos leucocitos; numerosos hematíes.

Riñón izquierdo. — Volumen: 127 c. c. Cloruros: 4.40 por mil. Urea: 4.72 por mil. P. S. P.: 20%. Sedimento: Algunos leucocitos; escasas células planas.

Consecutivamente se efectúa una doble pielografía ascendente. En el lado derecho, la sonda remonta hasta la parte inferior de la articulación sacro-iliaca. El líquido refluye en su totalidad hacia la vejiga como lo demuestra la imagen radiográfica (Fig. 4).

En el lado izquierdo, la sonda remonta hasta el borde superior del cuerpo de la 4ª vértebra lumbar. Por encima de este punto se observa un acodamiento en ángulo recto. La pelvis y los cálices se visualizan en forma clara dando la impresión de ser normales. Esta pielografía fué obtenida cinco meses después de haber sido operada la paciente; resulta interesante comparar a esta con la anterior y ver cómo se han reintegrado las formas anatómicas de la pelvis y los cálices.

Después de estos exámenes la enferma es dada nuevamente de alta y en repetidas oportunidades hemos tenido ocasión de verla. En la actualidad ha aumentado cinco kilos de peso y mantiene su buen estado general.

COMENTARIOS

En el caso que vamos a comentar, el diagnóstico de anuria pudo establecerse por los datos que nos proporcionó la enferma y por el cateterismo vesical que resultó negativo.

Constatada la anuria, debimos preguntarnos: ¿qué variedad de anuria es la que presenta nuestra paciente? Descartamos en primer término que fuera a consecuencia de una afección aguda, pues los antecedentes que pudieron recogerse así lo revelaban. En segundo lugar y por las mismas razones, que fuera determinada por la ingestión de sales mercuriales para citar tan sólo la intoxicación más corriente. De la misma manera, por falta de antecedentes, debimos separar la anuria histérica.

Se nos planteó entonces la posibilidad de que se tratara de una anuria excretora. La radiografía directa que se obtuvo de inmediato, fué negativa; con lo que descartamos que se tratara de una anuria originada por un cálculo enclavado en el trayecto ureteral.

El examen genital realizado demostró la ausencia de todo proceso tumoral capaz de realizar una compresión del conducto ureteral.

¿Qué otra causa podía en nuestra enferma determinar un cuadro de anuria mecánica? Si atendemos a los antecedentes de crisis dolorosas intermitentes en la región lumbar derecha; a la uretero-neumo-pielografía realizada con fecha 23 de Mayo de 1936 que demuestra una doble acodadura ureteral y un descenso del riñón derecho y por fin a que en el Hospital Italiano de Córdoba, con el diagnóstico de ptosis renal le fué indicado el uso de una faja ortopédica, debimos concluir en que nos encontrábamos en presencia de una anuria excretora determinada por alteraciones de causa mecánica, diagnóstico que fué corroborado por el examen de fondo de ojo.

Creemos que la acodadura ureteral ha sido la causa de la alteración lenta y progresiva del parenquima renal o de procesos agudos de uronefrosis, estos últimos revelados por las crisis dolorosas en la región lumbar derecha.

De acuerdo a lo que antecede creemos que el riñón derecho ha sido el primitivamente bloqueado y que secundariamente el riñón izquierdo ha dejado de funcionar debido a una inhibición por reflejo reno-renal.

El tratamiento médico que se indicara a la enferma fracasó totalmente y ésta se agravó día a día hasta llegar al coma. Llevaba justamente 5 días de anuria.

Como último recurso nos resolvimos a efectuar una decapsulación del riñón izquierdo.

Teóricamente, la decapsulación debe mejorar la anuria de cualquier causa que ella sea. Para muchos autores las indicaciones son amplias y se extienden hasta las anurias de origen médico, ya que actúa descomprimiendo el riñón y dilatando sus vasos por un proceso vasomotor.

Si se quisiese restringir al máximo la indicación de la decapsulación renal, siempre quedaría una suprema: la anuria excretora, donde la vaso dilatación y la descompresión van a anular la acción inhibitoria del reflejo reno-renal.

Resuelta la intervención quirúrgica, no dudamos en que el lado que se debía intervenir era el izquierdo, teniendo en cuenta: que el riñón primitivamente bloqueado era el derecho, como lo demuestran los antecedentes y las radiografías obtenidas, como así también el estudio clínico de ambas tumoraciones renales. Efecti-

vamente, el riñón derecho estaba transformado en una masa tumoral poro dolorosa, deformada y fija; en cambio el riñón izquierdo aparecía agrandado, doloroso y liso con los caracteres de un riñón congestivo.

Intervenida la enferma, comprobamos que el riñón izquierdo estaba "aumentado de volumen, de color rojo vinoso, francamente congestivo y aprisionado por la cápsula".

Como puede apreciarse en todos sus detalles por el estudio del post-operatorio y por los gráficos que acompañan a la presente observación, el resultado de la decapsulación ha sido de un éxito incuestionable.

Cinco meses después, la enferma ingresa al servicio donde la examinamos nuevamente. La prueba del indigo carmín que se efectúa en esta fecha está en concordancia con el examen funcional de ambos riñones practicado consecutivamente. Ambas pruebas revelan lo siguiente:

1º) Que el riñón derecho tiene una mala función: pobre concentración de cloruros y de urea, con una eliminación de sólo el 10 % de la P.S.P.

2º) Que el riñón izquierdo tiene también su función comprometida: descenso de la concentración de cloruros y de urea, con 20 % de eliminación de la P.S.P.

Tales comprobaciones, que vienen en apoyo de nuestra conducta, nos han demostrado la necesidad de mantener una actitud expectante. Cualquier otro intento, especialmente quirúrgico, sería inútil o perjudicial.

El estado general de nuestra enferma es en la actualidad sumamente satisfactorio.

BIBLIOGRAFIA

- Achard Ch.*: Pathógenie et traitement des anuries. Rapport au 1er. Congrès International d'Urologie. Marzo de 1921.
- Chanief et Chabanier*: Etude d'un cas d'anurie. Société Française d'Urologie. Marzo 1921.
- González Rodolfo*: Anuria Calculosa. Actas y Trabajos del IVº Congreso Nacional de Medicina. Tomo VI.

Legueu: De la anurie calculeuse. Ann. mal. d. org. g.-u., t. XII. 1908.

Mercier O.: Séméiologie Urinaire. 1927. Pág. 176.

Papin: Anurie calculeuse. Journal Médical Français. Nov. 1923.

Majanz A. L.: Etiologie, pothógenese et traitement de l'anurie. Zeits f. Urol., t. XXVI, N° 11, 1932. Pág. 743-762.

Petroquin: Les Anuries. Strasbourg Médical. Marzo 1931. N° 7. Pág. 133.

Yeomans: A propos d'un cas d'anurie. Bruxelles Médical. 1927. Pág. 234.