

Por los Doctores

LEONIDAS REBAUDI y
A. SERRA CAPDEVILLA

SOBRE UN CASO DE INTOXICACION POR EL BICLORURO DE MERCURIO

ACCICATEADO por la necesidad de hacer algo más después de haber agotado todos los recursos clínicos en una nefrosis aguda por intoxicación mercurial, apoyados por una madre que anegada en lágrimas se asía a la última esperanza para salvar a su hija, que se moría de uremia en anuria completa desde hacía cinco días, realizamos el 8 de octubre de 1936, una decapsulación renal bilateral con anestesia local.

La enferma, con esa ligera inconsciencia que da algunas veces la intoxicación urémica, postrada en cama, ansiosa acepta como último recurso, la intervención quirúrgica.

Era una joven bien constituida, de 25 años de edad, que decía no tener antecedentes dignos de mención.

El día 3 de Octubre del mismo año toma una pastilla de bicloruro de mercurio disuelta en agua, el hecho se debió a una confusión y el error fué advertido inmediatamente después de la ingestión del líquido.

Llegada a la guardia se le practica un lavaje de estómago con agua albuminosa, inmediatamente después un lavaje con Rongalita C., media hora más tarde un nuevo lavaje con la misma sustancia, recibe también inyecciones endovenosas de lo mismo.

A la enferma sudorosa y helada se le aplican tónicos cardíacos, pues su corazón parecía desfallecer. La dieta es absoluta.

Los días sucesivos aparece una estomatitis y un ardor insufrible en la garganta. La respiración es fétida, la saliva filante era sanguinolenta, la lengua seca y ulcerada.

Buches de bicarbonato y gárgaras con soluciones de cocaína repetidas muchas veces diarias, calman momentáneamente a la enferma.

Los días sucesivos el estado general de la paciente se va tomando cada vez más, la intolerancia gástrica es completa, su estado es ansioso.

La cantidad de orina va disminuyendo paulatinamente y de 200 gramos el primer día, pasa a 150 el segundo, 100 el tercero y el cuarto entra en anuria; el día quinto se le practica una distensión de vejiga y se analiza el líquido extraído, que resulta no contener ningún elemento existente en la orina.

A todo esto el tratamiento médico ha continuado a base de inyecciones de suero glucosado hipertónico endovenoso, tres veces diarias; suero glucosado isotónico 500 gramos, dos veces diarias, para evitar la deshidratación provocada por la falta de ingestión de líquidos y por los vómitos.

Se inyectan extractos renales hasta por vía endovenosa y extractos hepáticos en forma intramuscular.

El análisis de orina efectuado el día 7 de Octubre con la orina del día anterior, da el siguiente resultado:

Orina, muy coloreada y parduzca.

Densidad: 1026.

Albúmina: Método de las pesadas, diez y ocho gramos por mil. Serina, 12 grs. Globulinas 6 por mil.

Sangre: Positiva.

Urea: 6 gramos por 1000.

Sedimento. Abundantes hematíes conservados, cilindros fibrinosos o epiteliales, cilindro shialinos, granulosos y cristales de hematina.

Al examen del sedimento con el microscopio polarizador, no se constatan lípidos birrefringentes.

La uricemia es, en este momento, de 3 gramos 020 por 1000.

El día 8 de octubre, la uricemia ha aumentado a 3 grs. 333 por 1000. La anuria es, en este momento, completa

Durante todo el tratamiento clínico se provocaron exudaciones abundantes con el horno de Bier precedido de inyecciones de Pilocarpina.

La transpiración es abundante y sale cargada de sales, dejando la piel untuosa y como descamada.

El día 8 de octubre, la enferma ha empeorado en su estado general, el pronóstico es gravísimo, los recursos se han agotado y en estas condiciones se plantea la operación, estando en el quinto día de anuria.

Con anestesia local se intervienen ambos riñones efectuándose la incisión de Pflamer sin recidiva de costilla. La cápsula es desprendida del riñón tratando de movilizar lo menos posible al órgano, parte de la cápsula es reseca. El riñón

aparece pálido, amarillento, y al desprender la cápsula se derrama por la herida un líquido seroso y sanguinolento, se deja drenaje con tubo.

El post-operatorio quirúrgico es normal y el drenaje se saca al cuarto día.

Doce horas después de la intervención, la enferma orina 50 grs.: al segundo día la cantidad de orina llega a 150, el tercero a 400, el cuarto a 700 y el quinto a 1000, llegando después de esto, a cantidades normales, de acuerdo con la ingestión de líquido.

He aquí, a continuación, los análisis hechos durante su enfermedad y después del acto quirúrgico:

Día 8 de octubre. N° 42.300. — Urea en sangre. 3 grs. 333 por 1000.

12 de octubre de 1936. N° 42.325. — Sangre. Dosaje de úrea, 2 gramos 600 por 1000. (Método de Xantid. Orina (Parcial). Sangre, positiva. Albúmina 22 grs. por 1000. Sedimento. Hematíes, cilindros hialinos, granulados y epiteliales.

13 de octubre de 1936. — Sangre (Dosaje de úrea) 2 grs. por 1000. Orina. Albúmina 10 grs. por 1000. Sangre. Contiene sedimento, cilindros hialinos, granulados y hematíes.

15 de octubre. — Parcial de orina. Albúmina 6 grs. por 1000. Sangre, positivo. Sedimento. Cilindros hialinos granulados y hematíes.

17 de octubre. — Sangre. Urea 1 grs. 900 por 1000.

20 de octubre. — Urea en sangre, 1 grs. 800 por 1000. Orina. Albúmina 4 grs. por 1000. Sangre. Vestigios. Sedimento. Escasos hematíes y cilindros hialinos y granulados.

El día 22 de octubre, aparecen vómitos y la orina disminuye en cantidad. Se pide entonces una relación de cloro en globular y plasmático, el que da el siguiente resultado:

22 de octubre. — Sangre. Urea 1 grs. 655. Dosaje de cloro en sangre. Cloro globular. 1.420. Cloro plasmático. 2.970. Relación cloro globular. Cloro plasmático = 0 grs. 47.

Se practican, entonces, dos inyecciones diarias de suero clorurado hipertónico de 10 c. c. cada una y la enferma mejora rápidamente continuándose los días sucesivos con una inyección solamente.

Orina. Albúmina 1 grs. por 1000. Sedimento. No hay hematíes ni cilindros.

25 de octubre. — Urea en sangre, 0 grs. 800 por 1000. Orina Albúmina, 0 grs. 400 por 100. Sedimento. Sin particularidad.

29 de octubre. — Sangre. Urea, 0 grs. 300 por 1000. Orina. Albúmina. Vestigios indosable.

Desde entonces, la enferma empezó a mejorar, llegando a restablecerse completamente. No existe dolor y los análisis de orina son absolutamente normales, habiendo desaparecido la albúmina.

Dos circunstancias nos han decidido a presentar esta comunicación.

1^ª El hecho de habernos visto obligados, debido al fracaso de los tratamientos clínicos, a realizar la intervención quirúrgica antes descripta.

Forzoso es reconocer que hubiese sido aventurado continuar el tratamiento expectante que ya no había dado resultados.

La decapsulación, operación discutida por algunos, aceptada por otros, se imponía indiscutiblemente en este caso.

Su modo de actuar debe ser seguramente reflejo de origen nervioso, provocando una hiperemia renal, ya que resulta difícil aceptar el hecho admitido por algunos, por la cual se supone que la cápsula contiene y comprime al riñón dilatado. Las causas mecánicas puras en biología están hoy en desuso para explicar los trastornos de la misma.

La operación, hecha con anestesia local, en la forma descripta anteriormente, no es mayormente chocante, y en mi concepto debe ser bilateral debido a esta misma circunstancia.

2^ª El hecho de poder discutir el momento óptimo para realizar esta operación.

Nosotros creemos que el intoxicado no debe ser operado en los primeros días. En este momento existe una congestión renal debido a la irritación producida por el tóxico. La intervención deberá ser realizada para que provoque una congestión renal de orden terapéutico, congestión que ha sido averiguada ya para los riñones normales y calculado en un 20% el aumento de la hiperemia.

Esta congestión, diremos así, quirúrgica del riñón, es la que debe reabsorber los exudados intratubulares y poner en funcionamiento los glomérulos y tubos que han permanecido indemnes, y esta congestión deberá ser provocada cuando haya desaparecido la anterior, la tóxica, es decir, después del 4^º ó 5^º día.