

Maternidad "Ramón Sardá".

Por los Doctores

R. DE SURRA CANARD

y A. BERTOLASSI

ANURIA EN RIÑÓN UNICO. DECAPSULACION

ES nuestro deseo referir en las líneas que siguen, la odisea de una enferma nefrectomizada, quien a distancia de su operación es sorprendida por uno de los accidentes más serios que pueden sobrevenir.

La lectura de esta observación clínica deja en el espíritu motivos de meditación. Pone en evidencia los medios con que cuenta el organismo para sostener la salud y cuán grande es la naturaleza aliada en la contienda de todos los días para combatir el mal.

2. — K. D. de M., 42 años, casada. Consulta a la Maternidad Sardá por trastornos dolorosos de las regiones lumbares sin poder precisar cuál de ellas.

Desde hace 3 meses tiene dolor miccional y ha comprobado que sus orinas son turbias; llama la atención la enferma sobre la exageración de las algías dorso-lumbares y de la disuria en los días de su período menstrual. A estos síntomas se agregan trastornos parestésicos en ambas muñecas, pero los antecedentes que refiere son mal expresados por no poseer bien el idioma castellano, es armenia de origen.

Sus antecedentes no reflejan nada importante hasta la edad de 24 años, época que fué operada en la ciudad de Bayrut por un proceso tuboovárico plástico con granulaciones miliares; así lo refiere su ficha de alta.

Al examen somático se comprueba: Mujer que representa mayor edad que la que tiene; obesa, de abdomen globuloso con cicatriz operatoria; doloroso a la palpación, en particular a nivel de su fianco e hipocondrio derecho, percibiéndose un riñón grande que pelotea y excursiona poco con la inspiración profunda.

El examen de su aparato respiratorio y circulatorio no revela datos semiológicos de importancia clínica. Presión arterial: Máx., 13; Mm., 8 al Vaquez Laubry.

Orinas. — Turbias (piuria) cuyo color recuerda la infección a coli. Uretra libre.

Vejiga. — Se enjuaga rápidamente con buena capacidad, mucosa vesical sana, trigono congestivo. M. U. D. Edematoso y congestivo, eyacula babeando orina turbia, M. U. I. De aspecto normal.

—Un primer cultivo de orina pone de manifiesto la presencia del colibacilo.

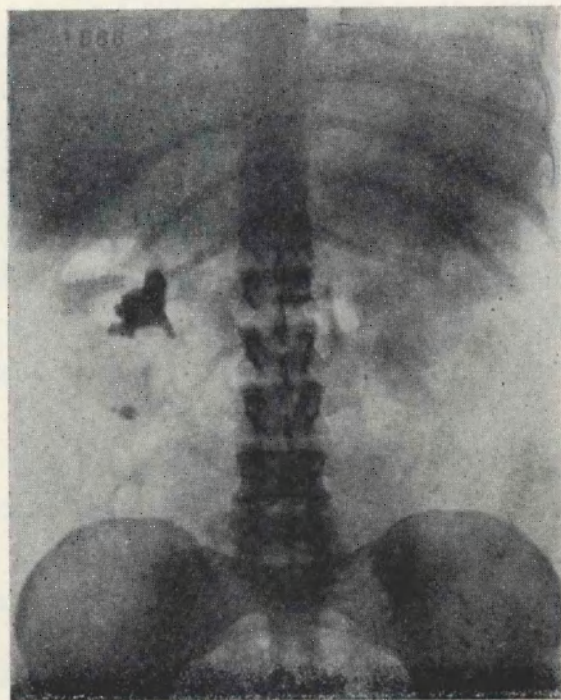


Fig. 1

Litiasis renal Doble Cálculo coraliforme y Cálculo calicial inferior.

—Radiografía simple del aparato urinario. Se ven cuatro sombras calcu-
losas en el lado derecho, tres de ellas más pequeñas tienen el tamaño que oscila
entre una arveja y una avellana, aparecen yuxtapuestas en el polo inferior de la
sombra renal próximas a la periferia de su contorno. Otra sombra calcu-
losa aparece en forma irregular mucho más grande que las anteriores, ocupando
la pelvis renal y tomando un aspecto coraliforme con uno de sus extremos
afilado que parecería estar enclavado en la unión ureteropielica.

—El contorno del riñón algo agrandado no es muy nítido.

Del lado opuesto o sea el izquierdo se adivina el riñón algo agrandado
pero de contorno poco visible.

Cromocistoscopia. — Riñón izq. aparece el índigo-carmin a los 7 y medio minutos, poco concentrada. Riñón derecho. Negativa a los 14 minutos.

A pesar de existir un aparato excretor del lado izquierdo con función al parecer comprometida se propone la intervención ingresando a la sección aislamiento el 17 de septiembre de 1938: Enferma apirética con una diuresis que oscila entre 1.000 y 1.200 c.c. — Azoemia de 0.36 por 1000 — Gluce-

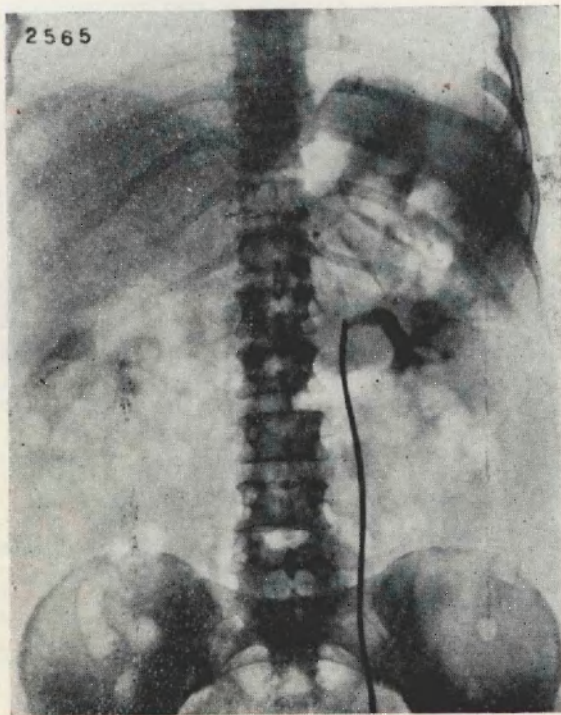


Fig. 2

Pielograma de relleno. Riñón izquierdo decapsulado y fistulizado.

mia 0,95 por 1000. — Orinas de aspecto turbio por la presencia de pus. — Densidad 1.014 y con una concentración ureica de 17 por 1.000 y cloruros 12 por 1.000. Reacción de Wasserman y Kahn negativas. Fórmula Hematológica indiferente.

La enferma es preparada para su intervención con 9 días de reposo en cama, medicación tónico cardíaca diuréticos, sueros hipertónicos y enemas evacuantes.

Operación. — Operador: Dr. Surra Canard, anestesia general con éter.

Incisión de Israel amplia por ser la enferma una obesa y para evitar dificultades ulteriores — incindidos los planos músculo-aponeuróticos se llega a la

celda renal de la manera habitual. La liberación del órgano resulta muy laboriosa por existir una esclero-lipomatosa muy densa, se liga el pedículo vascular del riñón con cagut firme y sobre clamp; drenaje con Auberdan — hemostasia perfecta — sutura de los tres planos músculo-aponeuróticos y tejido celular — piel con crín.

Post-operatorio muy bueno. Siendo dada de alta la enferma a los 20 días en excelentes condiciones, con la indicación de concurrir al consultorio externo para ser vigilada.

A los dos meses de haber sido dada de alta, el estado general es bueno, las orinas son transparentes, el examen cistoscópico revela una mucosa vesical normal con buen peritaltismo ureteral izquierdo.

A los cuatro meses la enferma conserva su buen estado general.

Posteriormente (11 meses después de su intervención) reingresa la enferma en anuria desde hace cuatro días. No se pudo obtener antecedentes fieles que orientase en procura de una etiología de la complicación actual.

La cistoscopia muestra el meato ureteral izquierdo turgente y edematoso. Se cateteriza sin dificultad y sin encontrar obstáculo se llega fácil a la pelvis renal obteniéndose apenas unas gotas de orina densa y turbia cuyo análisis demostró la presencia de pus; se deja el cateter en permanencia obteniéndose a las 24 horas 1.500 c.c. de orina, dejando posteriormente el riñón de excretar, se lava el cateter con suero fisiológico y se comprueba que funciona bien, pero con esta maniobra tampoco se obtiene diuresis; se instituyen diuréticos suero glucosado hipertónico y diatermia en la región lumbar correspondiente, a las 24 horas no hay orina, por ello sabiendo la gravedad de la situación y con autorización de sus familiares se practica una decapsulación bajo anestesia general con éter.

En esta segunda intervención llama la atención el desarrollo del sistema vascular y la arterialización de muchos capilares en los planos incindidos inclusive la última arteria intercostal cuyo tamaño era el doble de lo normal. El riñón aparece grande de color rojo vinoso, tenso y se le decapsula fácilmente.

Al reintegrar el órgano a la loge se comprueba que una rama venosa superior del pedículo se ha desgarrado por friabilidad de la misma, sangrando en abundancia y obliga hacer hemostasia con una pinza de corazón tomando al vaso desgarrado en sentido longitudinal; se le deja colocada.

Se coloca un Ruberdan y se procede a la sutura de los planos músculo aponeuróticos. A las 36 horas de la intervención la diuresis fué nula medicando entonces un enema drástico observándose la vuelta de la diuresis cuya cantidad de orina no se puede medir por la posición de la enferma en la cama.

Post-operatorio muy agitado; pulso 120 por minuto, irregularidad térmica que persiste por más de un mes.

La diuresis se restablece poco a poco obteniéndose a los 20 días de operada una densidad de 1.0005, anemia pronunciada (post-hemorrágica) con 3.080.000 glóbulos rojos a las tres semanas de ser operada — hemoglobina 55 % — discreta anisocitosis y anisocromía — leucocitos 7.600.

Durante la anuria la cloremia fué: cloro globular 2.20 por 1.000 y plasmático 360 — relación de ambas 0.61.

La azoemia tuvo las siguientes variaciones: al ingreso 1 gramo, 24 horas después uno 1.08 por 1.000, al día siguiente de la decapsulación 1.68 por 1.000, 48 horas después 1.56 por 1.000, al 5º día 1.49 por 1.000; tres días después un nuevo examen de sangre acusa una nitrogenemia en descenso o sea 0.99 por 1.000, para obtener cifras normales a las tres semanas de su intervención o sea 0.28 por mil.

Se retira la pinza hemostática al 5º día sin accidentes inmediatos, pero 4 días después la enferma comienza a perder orina por la herida operatoria, hecho que interpretamos por un esfacelo segmentario del sistema calí-pélvico provocado por la compresión hecha por la pinza.

Se combate la fístula urinaria en forma satisfactoria colocando un cateter en permanencia agregando por este camino desinfección cotidiana del aparato excretor.

Veinte días después de su operación en forma espontánea y dramática sobreviene por la herida una hemorragia que la sangra a blanco y que obliga al médico interno a hacer un taponamiento de la herida y una transfusión de sangre de 600 c.c. seguido de un estado de shock intenso que pasa 5 horas más tarde.

Posteriormente y después de esta serie de accidentes todo entra lentamente en orden; la herida no dá más orina saliendo la enferma del servicio para fines de diciembre de 1939 en perfectas condiciones. Examinada nuevamente el 25 de enero próximo pasado se comprueba la herida cicatrizada diuresis normal con orinas transparentes.

CONSIDERACIONES

Esta observación clínica rica en peripecias deja, sin embargo, muchos interrogantes sin contestar.

En primer término la causa de la anuria que la sospechamos de origen infeccioso por existir un estado febril discreto y orina ligeramente piúricas.

2º — Se ha observado un hecho frecuente cual la supresión del bloqueo normal luego de una primera liberación (cateterismo).

3º — Llama la atención el retardo entre el acto quirúrgico y la reaparición de la diuresis, no pudiendo juzgar si ha mediado una relación de causa a efecto con el drástico administrado.

4º — Un hecho saliente fué la fragilidad vascular y la ingurgitación de todos los vasos de los planos anatómicos.

Ello explicaría el desgarro parcial del pedículo en una decapsulación que se llevó a cabo sin dificultad alguna.

El por qué de la hemorragia tardía a los 20 días de la intervención confesamos ignorarlo, sobre todo que el taponamiento de la herida fué superficial no pasando más allá del plano muscular.

Una observación clínica no hace experiencia, por ello dejamos las líneas que preceden para quienes mañana realicen un trabajo de conjunto.
