

Por los Doctores

L. FIGUEROA ALCORTA
y LUIS R. MOLINA

SINDROME URINARIO CONSECUTIVO A UNA AFECCION GENITAL AGUDA

HISTORIA CLINICA

Año 1940. Cama 64. Historia clínica N° 98. Reg. general N° 541.

C. A. de M. — Argentina, casada. 35 años. Q. D.

Fecha de entrada: 17-X-40. Fecha de salida: 25-XI-40. Enviada por Guardia del Hospital.

Antecedentes hereditarios. — Padre falleció de accidente. Madre viva y sana. Once hermanos vivos y sanos.

Antecedentes personales. — Sarampión, coqueluche y escarlatina en la infancia. Menarquia a los 16 años, duración cuatro días, irregular, a veces dolorosa. Este año menstruación tipo 4/23, la última a principio de octubre (4 días). Tuvo tres hijos, uno muerto de bronconeumonía, los otros sanos. Partos bien, abortos no hubo. Esposo sano. Ha tenido algunas gripes. El año pasado, después de un proceso grippal, congestión pulmonar, con hemóptisis (?), se le aconseja climatoterapia, llegando su peso a 75 kgrs. Este año, en junio, nueva gripe, que deja un estado de astenia, anorexia, pérdida de peso y febrícula vespertina. Es constipada crónica.

Enfermedad actual. — Dentro del cuadro anteriormente descrito, aparece el día 30 de septiembre, a las 14 horas, un mareo, intenso, con náuseas, fiebre alta y dolor en hipocondrio, flanco y fosa iliaca derechos, dolor tipo cólico que se irradiaba a epigastrio, región periumbilical y cara externa de pierna derecha, acompañado de polaquiuria y poliuria, con orinas claras, que persiste durante tres días, con una frecuencia de una hora entre cada micción diurna y que continuó a pesar del tratamiento instituido (hielo, láudano, belladona). Se ha hecho una morfina en el momento del ataque. Otros médicos consultados a los dos días después, diagnostican apendicitis aguda. En este estado se interna para operarse, pero se desiste, pues se constata una afección vesicular, indicándosele hielo, reposo y régimen; a pesar de lo cual, al decir de la enferma, no experimenta ninguna mejoría. Permanece así durante siete días, notando la enferma que sigue peor, que el hielo le produce un espasmo del cuello con retención de orina de 24 horas, cediendo con calor local. Dice la enferma haber tenido 40° de fiebre el día del ataque, siguiendo hasta el momento actual con temperatura

de 38.5 y 39°, por la noche, remitiendo por la mañana, sin transpiración. La fiebre vespertina era acompañada al principio de dolor en el costado derecho, que muta al izquierdo esta última semana, acompañándose de sensación de bolsa pesada localizada en hipocondrio y región lumbar izquierda cada vez que se sentaba o se ponía de pie. Las orinas claras al comienzo, se transforman en color de carne lavada, emitiendo al finalizar la micción algunas gotas de sangre pura

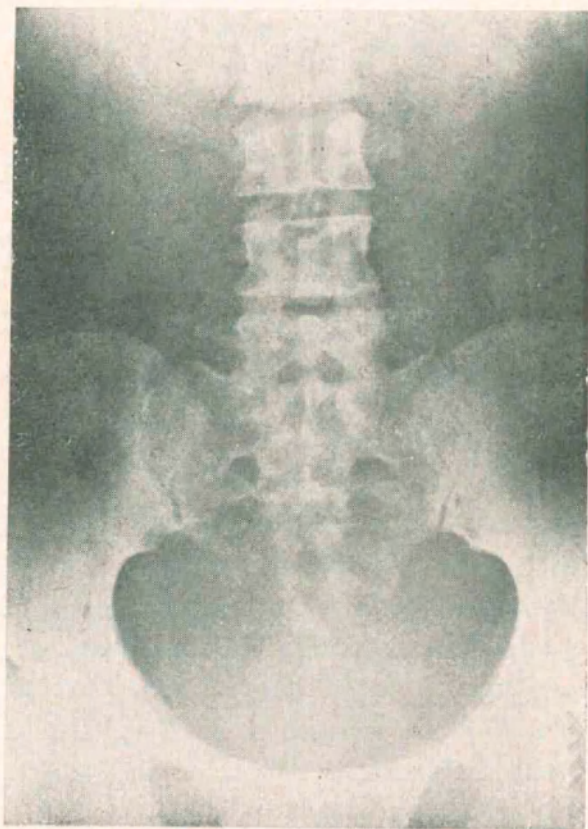


Figura 1

ESTADO ACTUAL:

Micción: caracteres. — Dice la enferma que durante el día tiene frecuentes deseos de orinar y defecar, cosa que no consigue hacer porque tiene un dolor fijo que va del sacro hacia el hipogastrio. Orina muy poco, 2 a 3 veces en el día.

Examen urológico clínico e instrumental. — Inspección de la esfera génito-urinaria: Nada de particular.

Riñones. — No se palpa riñón izquierdo. Puntos renales indoloros, pero

la enferma acusa un dolor vago, espontáneo en región lumbar y flanco izquierdo. Riñón derecho indoloro; en la gran inspiración se palpa polo inferior.

Uréteres. — No hay puntos dolorosos.

Vejiga. — Falsos deseos de orinar, muy frecuentes, con oliguria.

Ginecología. — Diagnóstico: salpingo-ovaritis izquierda. Pelvi-peritonitis. Parametritis.

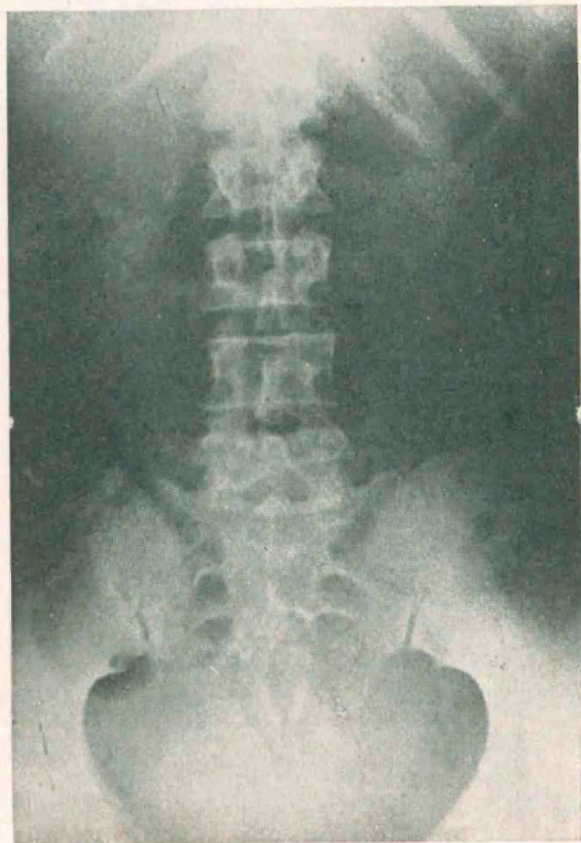


Figura 2

Antecedentes personales. — Menarquia a los 16 años, duración 4 días, irregular, a veces dolorosa. Este año, menstruación tipo 4/23; la última a principios de octubre (4 días); 3 hijos, uno muerto de bronco-neumonía, los otros sanos. Partos bien. Abortos no hubo.

Examen ginecológico. — 21-X-40. Abdomen: pequeña defensa y dolor marcado en abdomen inferior, más acentuados en fosa iliaca izquierda e hipogastrio. Pequeña desgarradura de periné. Colpocèle anterior poco pronunciado. Fondos de saco: Douglas, ocupado, doloroso, resistente; lateral izquierdo también

ocupado y más sensible. A la palpación bimanual se constata una masa irregular, muy dolorosa, resistente, mayor que una naranja, que hace cuerpo con el útero, cuyo fondo no se individualiza y alcanza a zona anexial y fondos de saco posterior y lateral izquierdo. Desgarradura de cuello uterino, labio izquierdo.
28-X-40. Menos dolor, no hay defensa.

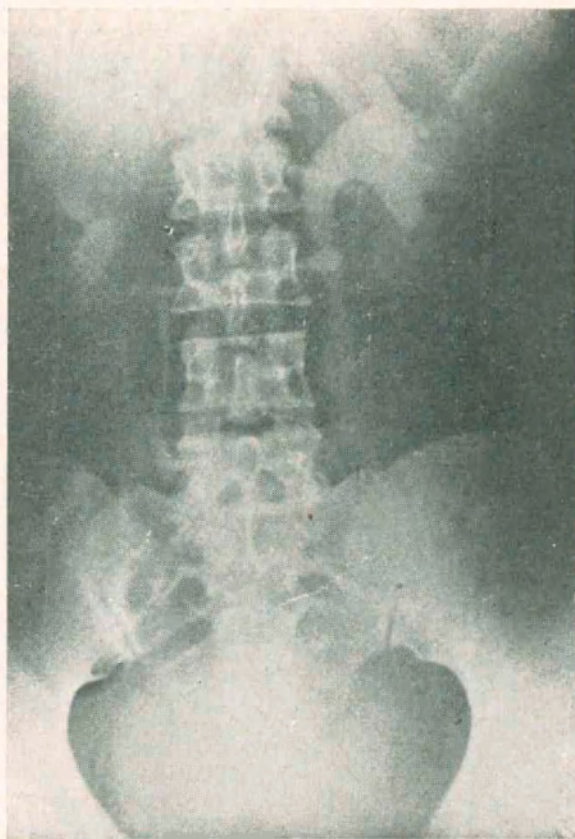


Figura 3

7-XI-40. Cede la infiltración, menos volumen y menos dolor.

15-XI-40. Douglas casi libre, indoloro, útero enclavado en retro-posición, indoloro. Anexo izquierdo apenas doloroso, del tamaño de un huevo.

Examen radiológico. — Radiografía simple (Radiog. N° 1). Se ven ambas sombras renales: la izquierda aumentada en su diámetro transversal; no hay sombras agregadas. Radiografías con uroselectán: comienza la eliminación en ambos lados a los 5' y persiste a los 15' por igual, viéndose el uréter derecho flexuoso; una ligera dilatación pelviana derecha, no llenándose con nitidez cáliz

inferior; pelvis a la altura del disco intervertebral entre 2^o y 3^a lumbar. Lado izquierdo: dilatación urétero-pielo-calicial. no viéndose uréter pelviano, adquiriendo éste en su posición lumbar el grosor de un dedo índice (Radiogr. N^o 3).

Radiografías con uroselectán de comprobación: árbol pielo-calicial y uréter normales (Radiogr. Nos. 4 y 5).

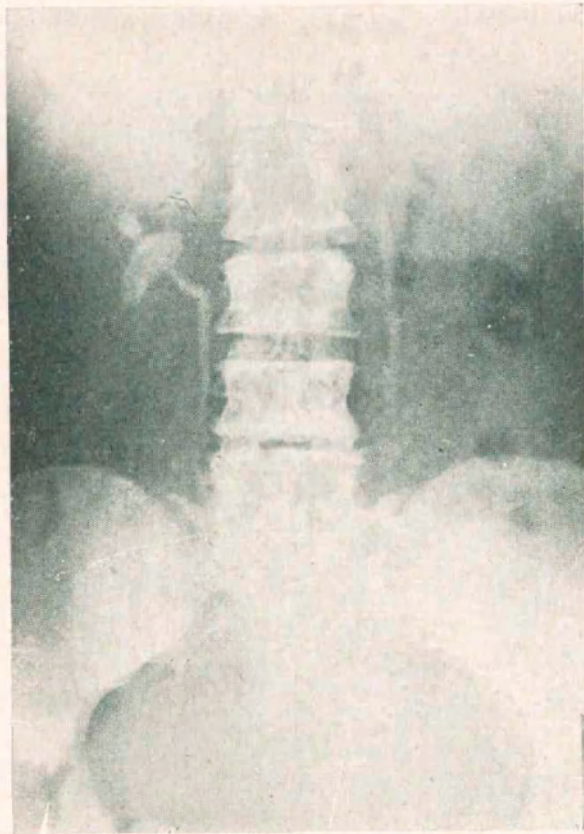


Figura 4

EXAMEN CLINICO GENERAL. 24-X-40.

Piel y mucosas. — Pigmentación en cara. Rayas blanca y roja negativas.

Aparato digestivo y anexos. — Abdomen: ligeramente globuloso, deprimible en general, salvo en el hipogastrio, sobre todo del lado izquierdo, donde la enferma acusa dolor franco. Hígado y bazo no se palpan. Percusión: ligero meteorismo abdominal.

Aparato circulatorio. — Pulso regular, amplio, frecuencia 85'. T. A. 11 - 6 (V.).

Aparato respiratorio. — Vértice izquierdo sub-mate, respiración ruda. No se aprecian signos de actividad.

Sistema nervioso: Sin particularidad.

ANALISIS GLOBAL DE ORINA

| | |
|--------------------|--------------------------|
| Color: anaranjado. | Indican: no contiene. |
| Aspecto: turbio. | Urobilina: no contiene. |
| Sedimento: sf. | Albúmina: vestigios. |
| Espuma: blanca. | Glucosa: no contiene. |
| Reacción: ácida. | Bilis: no contiene |
| Densidad: 1019. | Sangre: vestigios. |
| Urea: 23,04 ‰ | Pus: no contiene. |
| Fosfatos: 2,05 ‰ | Acetona: no contiene. |
| Cloruros 4 ‰ | Di-acético: no contiene. |

Examen histo-bacteriológico;

Mediana cantidad de leucocitos granulosos e intactos. Muy escasos hematíes. Gran cantidad de microorganismos. Uratos amorfos (19-X-40).

EXAMENES FUNCIONALES Y DE SANGRE

| |
|--|
| Azohemias (23-X-40): 0,256 ‰. |
| Tiempo de: coagulación: 7' (23-X-40). sangría: 1' |
| Glicemias (23-X-40): 1,11 ‰. |
| Cloruremias (18-X-40): Cl. plasmático 4,50 ‰. Cl. globular: 2,50 ‰. |
| Reserv. alcalina (18-X-40): 48 c. c. CO ² ‰. |
| Eritrosedim. (24-X-40): 1ª. hora: término medio: 10. 2ª. hora: |

REACCIONES BIOLÓGICAS

25-X-40: Kahn Standard y Presuntiva (—).

RECUENTO GLOBULAR Y FORMULA LEUCOCITARIA

| | |
|--------------------|-----------------|
| G. R. 5.410.000 | Pol. neut. 79 ‰ |
| G. B. 9.000 | Pol. eosin. 2 ‰ |
| Hemoglobina 85 ‰ | Pol. basóf. 1 ‰ |
| Val. globular 0,78 | Monocitos 4 ‰ |
| | Linfocitos 14 ‰ |

22-X-40. Fdo.: "Castells".

MARCHA DE LA ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO

17 - X - 40. Baño. Purgante. Como ingresó con fuerte dolores, se hace $\frac{1}{2}$ ampolla de Eucodal.

18 - X. A la noche, después de dos horas de tomar el aceite de ricino, tuvo un chuco de frío y luego sudor. Al hacerse el enema preparatorio de la radiografía, tuvo una lipotimia.

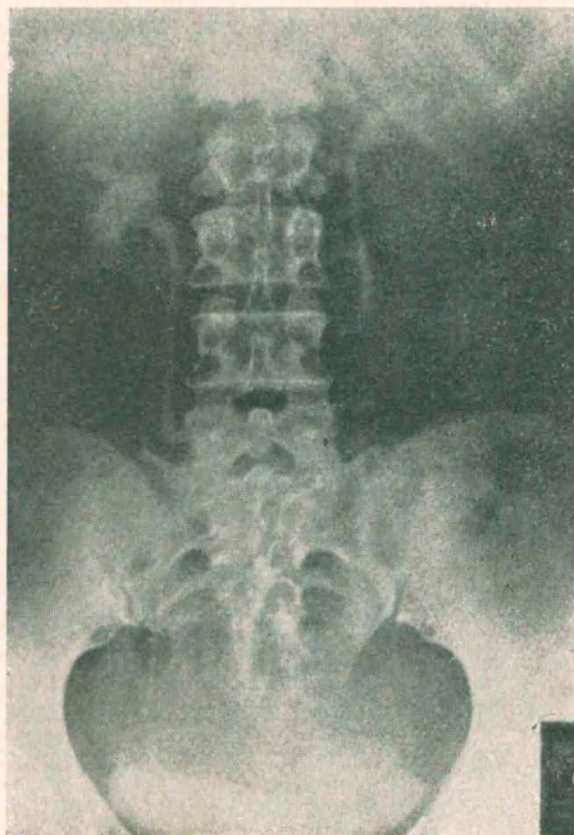


Figura 5

19 - X. Radiografía del árbol urinario. Se practica un tacto vaginal y se constata un Douglas infiltrado y se retiran los guantes con sangre.

21 - X. Enferma fatigada, decaída, asténica, parece más enflaquecida, se le agrega bolsa de hielo. Digitalina VII gotas por día. Suero glucosado.

22 - X. Sigue enfriándose. Igual medicación más Leucotropina I ampolla y Cebion 0,10 endovenoso. Digitalina. Bolsa de hielo.

23 - X. Mejor estado. Ha dormido. Se repite Leucotropina y Cebion. Digitalina. Bolsa de hielo.

25 - X. Sigue bien. Igual medicación. El hielo le aumenta el dolor.

28 - X. Enferma mejor. Leucotropina día por medio y Cebion todos los días. Bolsa hielo.

31 - X. Enferma sigue bien. Igual medicación.

2 - XI. Enferma sigue bien. Igual medicación. Se suspende bolsa de hielo.

5 - XI. Enferma sigue mejor. Leucotropina día por medio.

8 - XI. Se suspende Leucotropina y se da Albucid. Enferma en buenas condiciones.

12 - XI. Se suspende Albucid por intolerancia. Leucotropina.

14 - XI. Idem.

15 - XI. A la noche estado febril sin temperatura. 37°. Quebrantamiento general.

16 - XI. Angina roja. Leucotropina. Rubiazol 3 por día.

17 - XI. Suspéndese Rubiazol por intolerancia.

21 - XI. Nuevo examen ginecológico, en que se tacta mucho mejor el anexo izquierdo enfriado, infiltrado, muy poco doloroso, con el fondo de saco lateral izquierdo algo estrecho. El útero se va hacia atrás. Hay todavía diferencia elástica entre fondo de saco lateral derecho y el lateral izquierdo. Se establece que debe seguir en reposo usando óvulos de Ictiol y lavajes y que una vez dada de alta, concurrirá al C. E. para seguir tratamiento.

25 - XI. Alta en muy buenas condiciones.

Muy breves consideraciones, pero de importancia, nos sugiere la observación del caso que acabamos de exponer. La explicación de la dilatación urétero-pielo-calicial izquierda que se visualiza en el pielograma N° 2, reside a nuestro juicio:

1°) en la compresión ejercida por el proceso inflamatorio para-metrial, verdadera celulitis pelviana, sobrevenido como consecuencia de la afección útero anexial de la enferma, y

2°) por el englobamiento, por la difusión inflamatoria genital a los tejidos peri-ureterales y el uréter, órgano este último que por extensión ha participado del proceso flegmático de su inmediata vecindad. El proceso patológico inflamatorio-compresivo se ha efectuado en la segunda porción del trayecto pelviano del uréter, digamos en su segmento horizontal, cuando se dirige desde las paredes de la pelvis ósea a la vejiga, a la altura de su cruce con la arteria uterina.

Así pues, sean los trastornos constatados en esta enferma de causa inflamatoria (dinámicos) o mecánica (nosotros creemos que participa de ambas), queremos dejar establecido que la observación

de este caso nos ha llevado a la reflexión de que en los procesos genitales agudos, con dolores lumbares, no siempre deben atribuirse éstos a neuritis o irradiaciones simpáticas o parasimpáticas puras, sino que a veces los síntomas subjetivos que se acusan pueden ser debidos —como en la presente observación— a un verdadero trastorno orgánico, lo que impone el estudio radiográfico completo.

La desaparición de los trastornos subjetivos ha coincidido con la recuperación de la función renal comprometida. Este aserto se constata en las radiografías 4 y 5.
