

Por el Doctor

MIGUEL A. LLANOS

INFARTO HEMORRAGICO EXTENSO DEL RIÑON

T. H. S., de 32 años, casada, argentina, se hace practicar una tentativa de aborto en los primeros días de febrero de este año, la que no da resultado ni deja trastorno alguno apreciable. Es solamente el 22 del mismo mes que nota ardor a nivel de la región lumbar derecha, acompañado de hematuria poco acentuada al principio, pero que se intensifica por la tarde de ese mismo día. Ingresa el 4 de marzo en nuestro sanatorio particular para ponerse bajo mi atención. La enferma nos refiere que tiene dolor poco acentuado en la región lumbar derecha, sólo a veces intensificado en forma de cólicos.

El examen clínico de la paciente demuestra palidez marcada, pulso ligeramente aumentado pero de buenas condiciones —no obstante tener una tensión máxima de 9 a 10 que se mantuvo así todo el tiempo hasta que fué intervenida—, dolor en la región lumbar derecha intensificado en forma intermitente, ligera resistencia a la palpación y hematuria abundante con los caracteres de procedencia renal.

La cistoscopia demuestra que la sangre viene del orificio ureteral derecho, en forma continua y con la apariencia de sangre pura.

El examen de la sangre da las siguientes cifras: 3.200.000 glóbulos rojos; 10.000 leucocitos; valor globular: 0.85.

La uréteropielografía ascendente evidencia dilatación y acodadura del uréter, aproximadamente hasta la estrechez marginal, dilatación de pelvis y cálices, con imagen lacunaria en uréter, pelvis y cálices; pensamos que tanto la dilatación como las imágenes lacunarias son producidas por coágulos y por una papilomatosis renoureteral que fué nuestro diagnóstico preoperatorio.

Como el tratamiento médico no diera resultado, se le practica una transfusión sanguínea de 300 cc. que no modifica el estado de la paciente, continuando la agravación a medida que el tiempo transcurría, razón por la que nos decidimos a intervenir el 16 de marzo.

En la operación, al exteriorizar el riñón, nos encontramos que este órgano presenta una forma globular, de color negro intenso, teniendo el aspecto de una morcilla, razón por la que pensamos que se trata de un infarto total del riñón: decolamos el uréter hasta el límite de su dilatación y practicamos una uréteronefrectomía, seccionando al uréter por debajo de la parte dilatada. Durante la

intervención observamos que la vena útero ovárica está aumentada de volumen y, sobre todo, muy friable: se nos desgarró en dos partes, lo que obliga a hacer una resección de diez centímetros aproximadamente.

El postoperatorio resulta muy bueno, siendo dada de alta a los 10 días de operada.

La pieza fué enviada al Dr. Tomás Ocaña para su examen anatómo-patológico y su informe dice lo siguiente:

Descripción macroscópica (fig. 1): El riñón mide aproximadamente unos



Figura 1

Riñón derecho visto por su cara externa y con su uréter. Las zonas que se ven blanquecinas corresponden al parénquima renal conservado en contraste con el resto infartado.

Diagnóstico: *Infarto hemorrágico extenso.*

(Las divisiones de la escala marcan centímetros).

10 cm. de largo por 5 de ancho y 4 de espesor. Forma general conservada, aunque muy ligeramente globular. La cápsula desprende fácilmente y nos deja ver una superficie renal con grandes islotes de color rojo muy oscuro, que dejan entre sí campos menores de coloración parda muy clara, casi blanquecinos. Los campos de color rojo oscuro hacen ligero relieve con respecto a los segundos. Por la gran extensión que abarcan dichos campos, el riñón tiene en general un aspecto de morcilla. Al corte del órgano (fig. 2), podemos apreciar que el parénquima no hace hernia. Se observan aquí también una serie de campos de color rojo

oscuro y otros de color pardo pálido, que constituyen la proyección interna de los que observamos en la superficie. La limitación entre ambos se hace, en general, bien contrastada. Los islotes oscuros se prolongan irregularmente hasta la medular. El límite entre la sustancia cortical y medular del riñón no aparece bien identificable.

Examen histológico: Existiendo los campos de rojo oscuro y los pálidos, que se constatan en toda la extensión del órgano, hemos hecho objeto del examen histológico a la zona limitante entre ambos en numerosos sectores del riñón. En

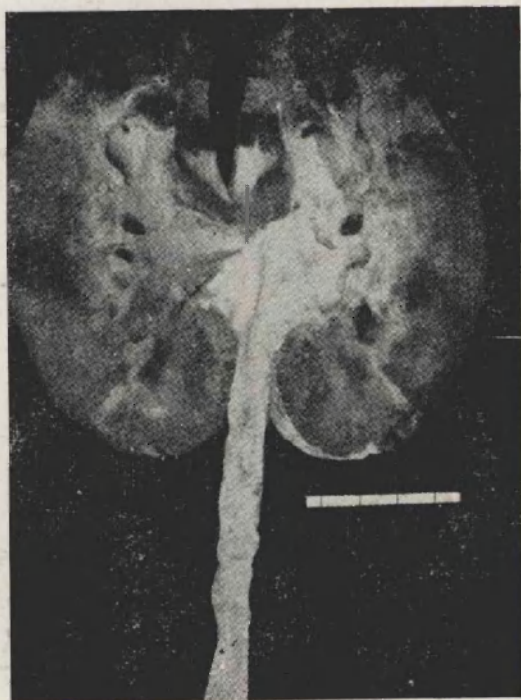


Figura 2

Riñón derecho con su uréter.

Vista interior de un corte mediano. Pueden apreciarse las zonas oscuras infartadas.

Diagnóstico: *Infarto hemorrágico extenso.*
(Las divisiones de la escala marcan centímetros).

todas partes hemos obtenido el mismo cuadro histológico que se concreta en la siguiente forma:

1º) Zonas de parénquima pálido: estas zonas corresponden a un parénquima renal conservado en sus grandes líneas estructurales. Podría señalarse una leve dilatación de los tubos contorneados, con células en parte ligeramente tumefactas y, en partes, ligeramente aplanadas. Los glomérulos en general bien conservados. Hay un ligero aumento del tejido conjuntivo intersticial en forma difusa. En ninguna parte se observa el más leve signo de necrosis.

2º) Zonas de color rojo oscuro: en esta zona encontramos:

a) Una notable dilatación de los vasos venosos radiados tanto en la zona cortical como medular. La mayor parte contiene en su interior sangre lacada, o glóbulos rojos aglutinados, con un tenor apreciablemente abundante de polinucleares. Los vasos presentan también el endotelio tumefacto y hasta signos de proliferación, afectando en partes la apariencia de tubos renales dilatados con epitelio aplanado.



Figura 3

Microfotografía No. 1. Infarto hemorrágico del riñón.

A: Zona infartada donde se ven vasos y tubos renales repletos de sangre.

B: Zona de parénquima conservado.

(A: 120 diam)

b) Hemorragia difusa en el tejido intersticial a distribución irregular.

c) Infiltración del tejido intersticial por elementos celulares inflamatorios, también a distribución irregular y con variable densidad. Se trata en partes de elementos linfocitarios mezclados con cierto número de polinucleares, y en partes predominan abundantemente los polinucleares con un destacable número de eosinófilos. En la zona medular parece algo más densa esta infiltración.

d) En cuanto a los tubos renales en su trayecto glomérulo radial, podemos apreciar ante todo la relativa buena conservación general de los glomérulos de Malpighio, aun en medio de aquellas zonas de intensa congestión y hemorragia intersticial. En los límites mismos de la zona pálida, donde el parénquima renal está conservado, pueden observarse algunos glomérulos aislados con una leve exudación de hematíes en la cápsula de Bowman. En cuanto a los tubos renales, puede apreciarse que están en gran parte transformados en sim-

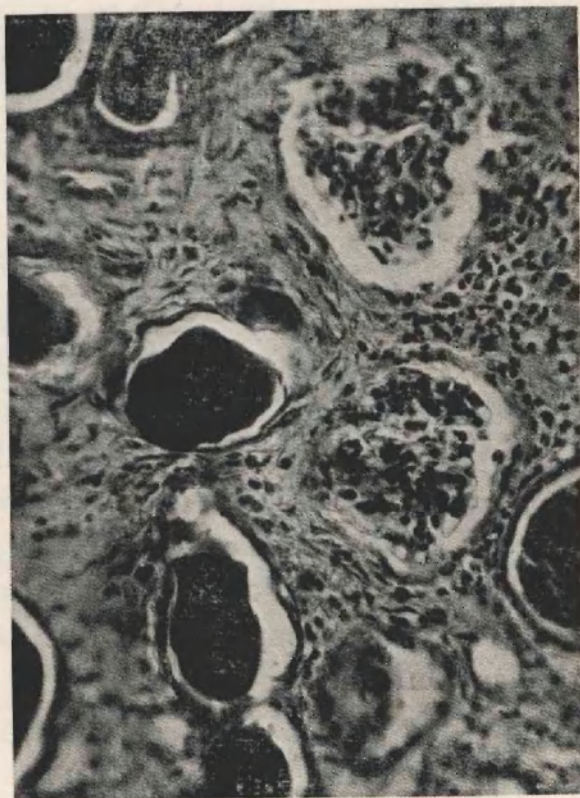


Figura 4

Microfotografía No. 2: Un detalle de la microfotografía anterior mostrando dos glomerulos perfectamente conservados y en general la falta de necrosis.

(A: 900 diam.)

ples cordones celulares, comprimidos por la dilatación de los capilares venosos y la hemorragia o la infiltración celular intersticial. En parte se los observa levemente dilatados, con un epitelio plano, y con un contenido homogéneo, acidófilo, de tipo coloideo, o bien con hematíes aglutinados constituyendo hasta una masa granulosa. (Fig. 3 y 4).

3º) Arteria renal: hemos examinado esta arteria en la región del hilio renal. Tanto aquí como en las ramificaciones intrarrenales que se observan en los diversos cortes histológicos, la estructura es absolutamente normal.

INTERPRETACION Y DIAGNOSTICO

A través del cuadro anatómico e histológico descrito, hemos visto que este riñón es asiento de una grave y extensa lesión imputable esencialmente a un trastorno circulatorio obstructivo. Las zonas afectadas adquieren un franco carácter hemorrágico, sin signos de necrosis. Por lo tanto, podemos hacer el diagnóstico genérico de *infarto hemorrágico extenso*.

Debemos señalar que este cuadro anatómico es de una ocurrencia excepcional.

El estudio clínico deberá contribuir a la interpretación patológica acerca de la vía de obstrucción, arterial o venosa. Pues, si bien este tipo de infarto es la regla para la segunda, puede también producirse en ciertas condiciones con la obstrucción arterial.

De la descripción macroscópica y microscópica de la pieza se desprende que ha habido un obstáculo de la circulación venosa y el origen de este obstáculo, posiblemente, ha sido una flebitis de la arteria útero ovárica, que ha producido émbolos que han obstruido la vena renal, para lo que tendríamos que aceptar una anomalía de la vena útero ovárica, que vendría a desembocar en la vena renal en vez de hacerlo en la vena cava como generalmente sucede. Desgraciadamente, éstas son simples suposiciones que carecen de hechos demostrativos que las confirmen.

DISCUSION

Dr. Monserrat. — Hemos seguido muy atentamente la descripción que ha hecho el Dr. Llanos en la parte anatómopatológica y encontramos en la designación un pequeño error. Infarto es por descripción la obstrucción de una arteria y la zona que queda obstruida del sistema vascular queda anemiada formando un infarto anémico. En el riñón sólo es posible observar el infarto anémico. El mal llamado infarto hemorrágico de riñón no puede observarse. Sólo en aquellos casos en que hay una trombosis de las venas se ve una infiltración hemorrágica y a eso se le llama infartamiento. Son dos cosas perfectamente definidas en anatomía general. Para que se produzca el infartamiento, es necesario una trombosis venosa.

Queda planteado, pues, el enunciado final que hace el Dr. Llanos, de que probablemente se trata de una obstrucción venosa

por el proceso flebítico y en eso, creo, está más acertada la opinión del Dr. Llanos que la del anatómopatólogo. Ese es un mecanismo posible. Otro mecanismo posible es que se trate de un proceso hemorrágico de una naturaleza que habría que ahondar más el examen histológico.

Las figuras hablan más en favor de un proceso inflamatorio hemorrágico. Cuando hay trombosis de la vena, se ve la trombosis, la necrosis parcial cuando esas obstrucciones son parciales.

En resumen, diría que de acuerdo al concepto de patología general, la designación de infarto hemorrágico es una designación equivocada, que se presta a una mala interpretación.

Dr. Llanos. — Por mi parte, no tengo nada que agregar porque no tengo mayor versación en cuestiones anatómopatológicas, de manera que en este caso, he tenido que aceptar la interpretación que ha dado el anatómopatólogo.

Indudablemente, hay una confusión en esta cuestión de infarto rojo e infarto blanco. Pero, como digo, el hecho de no tener autoridad en esta materia me impide discutir estos temas. Por esa razón, es que transmitiré al Dr. Ocaña las impresiones del Dr. Monserrat.
