

Hospital Teodoro Alvarez. Sala VIII.
Vías Urinarias Jefe: Dr. Pedro Wallace

Por el Doctor

JORGE A. SAUBIDET

RUPTURA DE RIÑÓN HIDRONEFRÓTICO

POR creer de interés comentaremos un caso de ruptura de riñón hidronefrótico intervenido de urgencia y la conducta seguida, que hemos considerado justificada.

HISTORIA CLÍNICA

C. S., 35 años de edad, italiano, soltero, domiciliado en la calle Juan A. Garcia 1547, de esta capital. Ingresó el 23 de febrero de 1942. Dado de alta, curado, el 17 de marzo del mismo año. Antecedentes hereditarios: sin importancia. Antecedentes personales: no recuerda enfermedades de la infancia; blenorragia a los 18 años, curada con lavajes en un mes. No es bebedor ni fumador, buena evacuación intestinal.

Enfermedad actual. -- Se inicia a las 10 horas del día 22, mientras trabajaba sobre una escalera, resbala y golpea su hemitórax izquierdo, parte posterior e inferior, contra el borde romo de una pileta de lavar; sigue su trabajo durante el resto del día, sin mayores molestias. A las 20 hs. acusa dolores en el hipocóndrio izquierdo y zona lumbar del mismo lado, tipo cólico sin irradiaciones determinadas; la primera micción, después del traumatismo, teñida con sangre y mezclada con pequeños coágulos. Concorre a la Guardia del Hospital Alvarez, destinándosele a la Sala de Traumatología, donde es examinado en la mañana siguiente y remitido después de varias horas de observación al Servicio de Vías Urinarias, ocupando la cama 29.

Estado actual. -- Entermo de constitución esquelética normal, regular panículo adiposo, músculos bien desarrollados, facies dolorosa, ojos de conjuntivas sub-ictéricas, pupilas que reaccionan bien a la luz y a la acomodación, Lengua húmeda y limpia. Aparato circulatorio: pulso 78', regular, igual. Tonos cardíacos normales. Presión arterial Mx 14, Mn 9. Temperatura 37°5.

Abdomen: no duele espontáneamente; hay contractura del hemiabdomen izquierdo. Dolor y contractura marcada en la región lumbar del mismo lado. Matidez fija del flanco izquierdo, signo de Ballance. Se diagnostica ruptura de riñón.

Como la orina no presenta gran cantidad de sangre, se intenta una cistoscopia, obteniendo después de un prolongado lavaje un medio claro y buena capacidad. Se visualizan los orificios ureterales en posición normal, eyaculando orina con sangre el orificio izquierdo y clara el derecho. Sólo en este meato apareció el índigo carmín a los 5 minutos.

Resuélvese esperar, bajo expectación armada, hasta el día siguiente. Tratamiento con reposo, coagulantes, toni-cardiacos, bolsa de hielo, etc. Durante la noche el enfermo empeora y presenta a las 8 hs. de la mañana síntomas dolorosos a predominio izquierdo, fiebre 39°, contractura abdominal que imposibilita

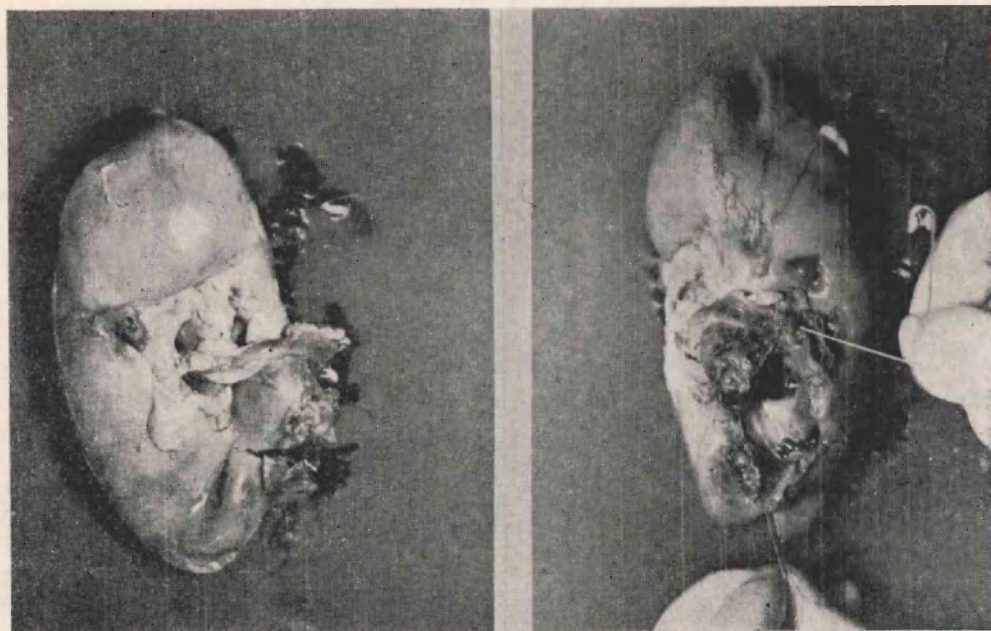


Fig. 1. — Ruptura vista por el borde interno.

Fig. 2. — A través del amplio desgarrro se ve un cálize dilatado.

el examen físico, hematuria franca: síntomas de hemorragia interna: palidez marcada de piel y mucosas, pulso filiforme con hipotensión. Dada la gravedad del enfermo, se resuelve operar sin intentar estudios radiográficos.

Intervención quirúrgica. — 24-II-1942. Anestesia general con éter| Operador: Dr. Jorge A. Saubidet; ayudantes: Dres. Miguel Hourcade y Saúl Clein. Incisión de Israel izquierda, sección de piel, tejido celular y músculos; llegados a la atmósfera peri-renal, se observa teñida de rojo, oscura por sangre líquida y coágulos. Después de ampliar el campo operatorio con la resección de la XII costilla, se limpia la celda renal. La palpación del riñón evidencia una amplia brecha en el polo superior, parte interna, de bordes desgarrados, que da paso

a abundante cantidad de sangre. Como el riñón se encuentra alterado y dada la premura del caso, se efectúa una nefrectomía perfecta ligando el pedículo vascular con cat-gut cromado N° 2 y se secciona; lo mismo con el uréter. El peritoneo perfectamente libre. Se repasa nuevamente la loge. Drenaje con guante de goma. Cierre por planos. Piel con crin. Curación.

Post-operatorio normal. Descenso de la fiebre al día siguiente y 21 días después es dado de alta curado.

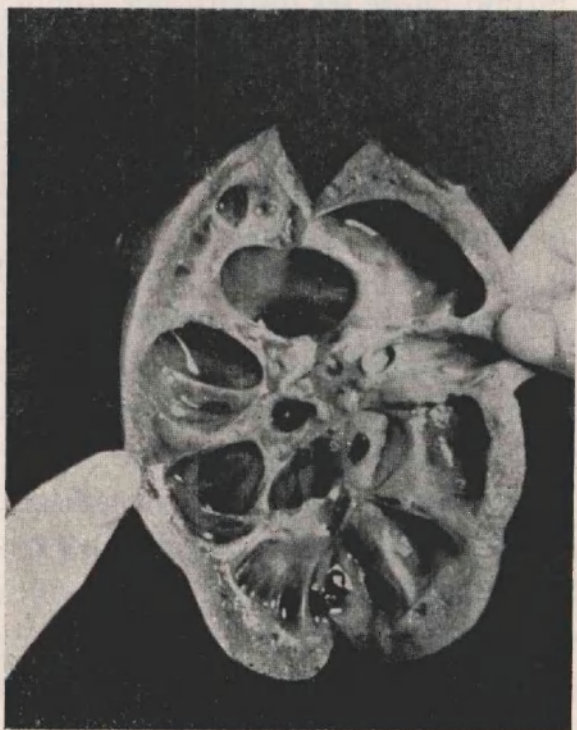


Fig. 3. — Abierto el riñón se ven todos los cálices dilatados.

Pieza anatómica: Abierto el riñón, se observa gran dilatación de los cálices sin excepción —ver figuras 1, 2 y 3)—, así como ligero aumento de la pelvis renal; el parénquima adelgazado, reducido a una faja marginal de escasamente un centímetro de espesor. Se trata de un riñón previamente enfermo, hidronefrótico.

COMENTARIOS

Lógicamente la dilatación de los cálices y el adelgazamiento del parénquima renal, su consecuencia, son una causa predisponente para la ruptura. Los hombres están más expuestos que las mujeres en la proporción de 95 por ciento contra 5 por ciento (Boris, H.).

La inmunidad relativa de las mujeres sería debida al hueso ilíaco y a la mayor movilidad renal; hoy día no se puede decir que sea debida al corset. El riñón derecho más que el izquierdo quizás por la presencia del hígado.

En el caso que nos ocupa factores importantes se han sumado para producir la ruptura. Uno, como dijimos, factor predisponente, la hidronefrosis. El otro, factor ocasional, desencadenante, el traumatismo. Este último puede ser directo, por compresión o percusión; indirecto, por contragolpe, como un caso que menciona Le Dentu de un sujeto que cayó de pie, o por contracción muscular explicado por Kunster como debido al encierro del riñón entre las costillas y los músculos y estallido por aumento de presión hidráulica.

En cuanto a la conducta seguida la encontramos justificada. Actualmente no se acepta ante una ruptura renal el tratamiento médico exclusivo. Cuando el examen evidencia la constitución de un hematoma peri-renal, tumor con tendencia al crecimiento, hematuria franca, defensa muscular, se debe intervenir (Salleras). Se evitarán así complicaciones tales como la supuración, el absceso peri-nefrítico, etc. Este punto ha traído siempre controversias: unos, expectantes como Le Dentu, P. Delbet. Otros, como Lardennois, Lejars, son partidarios del criterio quirúrgico precoz.

En realidad, hemos adoptado un criterio expectante durante las primeras horas, pero una vez que los síntomas empeoraron: intervención. Hubiéramos deseado ser conservadores en el acto quirúrgico pero la urgencia del caso en un riñón deficiente, previamente enfermo, nos decidió por la nefrectomía.

BIBLIOGRAFIA

Boris Hippolyte. — Indicaciones operatorias en las rupturas traumáticas del riñón. — Thèse pour la Doctorat en Medecine. París. 1912.

Carret. — Contribution a l'étude des hydronephroses traumatiques. — Thèse. Lyon. 1930.

Castro C. A. — Rupturas traumáticas del riñón por contusión directa. — *Día Médico.* Enero 15 de 1940.

Dussaut A. y Novarini E. — Estallido de riñón hidronefrótico. — *Día Médico.* Agosto 14 de 1939.

Figueroa Alcorta L. y Molina L. — Ruptura del riñón por traumatismo leve. Nefrectomía. — *La Semana Médica.* Buenos Aires. 1933.

Legue. — Tratado Médico-quirúrgico de las Vías Urinarias. — T. II, página 619.

Landívar A. e Irazú J. — Ruptura de riñón. — Arch. Méd. del Hospital Argerich. — T. IV, años 1940-41.

Marion G. — Traite d'Urologie. — 1915, T. I, pág. 289.

Montproffit A. — Rupture traumatique du rein gauche atteint d'hydronephrose intermittente. Nephrectomie lombaire. Guérison. — 1896, pág. 519.

Reynes. — Traumatismes des reins et des capsules surrenales. Congrès d'Urologie. — Paris, 1924; pág. 386.

Trabucco A. y Castaño E. — La respuesta radiológica renal en los distintos tipos de traumatismos del riñón. — Rev. Arg. de Urología, 1941.

Salleras Juan. — Ruptura de riñón. — "Temas de Urología", 1932, tomo II, 129.

Salleras y Vall. — Ruptura traumática del riñón derecho. — Soc. Arg. de Urología, 1924, t. 37.

DISCUSIÓN

Dr. Montenegro. — Quiero agregar una observación personal tomada en el Hospital Rawson, con el Dr. Gabriel Lagleyze hace algunos años. Lo haré, no sólo para agregar algo más a título de elemento casuístico a este tema, sino también y muy especialmente, por la forma en que se produjo la ruptura de un riñón hidronefrótico. Se trataba de un jugador de fútbol, que en un momento de descanso llevaba la pelota en la posición tan frecuentemente observada en esos jugadores, es decir, bajo el brazo. De atrás fué otro jugador y creyendo dar prueba de su destreza, quiso dar un puntapié a la pelota, pero con tan mala suerte, que lo dió en el ángulo costal-lumbar. El resultado de eso fué que a la primera micción, después de haber soportado el traumatismo, el enfermo tuvo hematuria, etc., y fué llevado al Hospital Rawson donde se le intervino, encontrándose la ruptura de un riñón que era francamente hidronefrótico.

En el Hospital Policlínico de La Plata, he tenido también oportunidad de observar un enfermo que tenía una hidronefrosis parcial llamada así porque era una dilatación a expensas del cálice inferior y también, después de un traumatismo tuvo una ruptura que exigió la intervención y constaté ese estado patológico especial que ya había sido diagnosticado por otra parte, porque felizmente, pudimos valernos de la urografía de excreción y aun de la pielografía por cateterismo ureteral.

Quizá se podría llamar la atención sobre lo que menciona el Dr. Saubidet de que no se hizo estudio radiográfico ni urográfico. Me parece que la urografía de excreción debe hacerse siempre en esos casos. Solamente en condiciones excepcionales puede prescindirse de ella. Debe hacerse para darse cuenta del estado de la lesión en el riñón traumatizado como sobre el funcionamiento del otro riñón, en el caso posible de tener que hacer una nefrectomía.

Esto no implica una censura, sino simplemente una conducta a seguir que considero de primer orden. Considero que en el caso del Dr. Saubidet hubo tiempo, en las primeras horas, de hacer una urografía de excreción si se disponía de los elementos necesarios.

Dr. Bernardi. — Yo iba a insistir sobre la importancia de los datos a que se ha referido el profesor Montenegro, sobre la urografía excretora y pielografía ascendente, de manera que es obvio agregar unas palabras más.

Dr. Saubidet. — Quiero hacer una aclaración al Dr. Montenegro. Hubiéramos deseado hacer una urografía excretora pero nos encontramos con inconvenientes en el hospital. El enfermo llegó a la sala a las 12,30. Entonces, decidimos esperar hasta el día siguiente dado que la sintomatología no era tan grave, para sacar una urografía excretora y una radiografía simple, pero resultó que como se agravaron los síntomas no hubo más remedio que intervenir. El día anterior a la operación, a las 12,30, a pesar de la sangre, hicimos una cistoscopia y sacamos la conclusión de que el orificio ureteral del riñón eyaculaba orina clara. Por lo pronto teníamos la seguridad de que existía el riñón por si acaso fuera necesario intervenir o para saber la conducta a seguir en el acto quirúrgico.
