

Serv. de Urología del Hosp. Salaberry.
Jefe: Prof. Extraord. A. Astraldi.

Contribución a la comunicación del Dr. Irazu:

CONTUSIONES RENALES. HALLADAS EN NUESTRAS 1000 PRIMERAS HISTORIAS CLINICAS HOSPITALARIAS

Por los Dres. A. ASTRALDI y MIGUEL L. PODESTA

Venimos a cumplir nuestro prometido. Cuando en la sesión del mes de octubre ppdo. el Dr. Irazu presentó su interesante comunicación sobre el tema, uno de nosotros (Dr. Astraldi), hizo moción para que cada servicio de urología de la Capital, aportara su respectiva contribución al mismo, a los efectos de poder tener así, una estadística de conjunto sobre el número más o menos aproximado de estas lesiones en relación a las otras afecciones urológicas.

Nosotros al finalizar las primeras 1000 historias clínicas, estamos aprovechando dicho material para realizar trabajos de conjunto. Ya se ha presentado en colaboración con el maestro Castex, a la Academia Nacional de Medicina, el capítulo sobre la Hipertensiones nefrógenas. Se está dando término, al trabajo sobre las complicaciones en los enfermos portadores de un adenoma de próstata, no dudando que se aportarán conclusiones interesantes.

Para el tema del epígrafe hemos encontrado 7 contusiones renales y si aparecen en este trabajo 8 observaciones, es porque una de ellas que corresponde a la clientela particular, se le menciona por considerársele interesante en lo que concierne a la indicación y oportunidad operatoria.

En lo referente a la proporción de esta afección en relación a las 1000 obs. diremos que es de 0,7 %.

Sexo: En todas ellas, el sexo corresponde al hombre. — La única observación del sexo femenino, es la de la clientela particular.

Edad: De 10 a 20 años hay 2 obs. — De 30 a 40 hay 3 obs. — De 40 a 50 hay 2 obs.

Nacionalidad: Sobre un total de 7 casos, hay 4 argentinos y 3 españoles.

Profesión: Sobre 7 obs. hay 2 jornaleros y el resto estudiantes, empleados y sastres. En este sentido, vemos que los conceptos que siempre se han mencionado como que el hombre de trabajo rudo está más expuesto a estas lesiones, no es exacto.

De los 8 enfermos, 3 han sido sometidos a tratamientos cruentos — nefrectomías— mientras que los 5 restantes, evolucionaron con tratamientos no cruentos y todos ellos han curado.

El diagnóstico de la lesión se realizó a base de tres elementos clínicos fundamentales a saber: 1º, el conocimiento de la acción de un agente traumatizante; 2º, la hematuria; y 3º, la presencia de un hematoma peri-renal.

Los elementos de exploración puestos en juego se han utilizado de acuerdo a la conducta terapéutica a seguir: la cistoscopia, para aquellos en que la oportunidad operatoria era inmediata y a efecto de ratificar el lado afectado y certificar la existencia del riñón adelfo. La radiografía en sus diferentes aspectos, para aquellos casos en que se aconsejó la expectativa armada —tratamiento no cruento—. Su finalidad no era otra, que poder evidenciar si así se conseguía, las efracciones del sistema de excreción renal alto; la determinación del valor relativo renal en su fase funcional, de acuerdo a lo ya conocido sobre estas sustancias —urografía excretora—, para tales fines y por último para la determinación de una posible anomalía reno-ureterales.

Para la determinación de la oportunidad operatoria, se han tenido en cuenta los siguientes elementos de juicio: estado general, en sus fases físico y psíquico, intensidad y duración de la hematuria; volumen y extensión del hematoma peri-renal y por fin, los datos de las tensiones arteriales en sus fases diastólicas y sistólicas.

Para terminar, solo agregaremos como dato de valor en lo referente al estado del riñón la observación Nº 7, que se trataba de un riñón anómalo congénito falta de rotación del sistema de excreción, acompañado de su respectiva nefrosis, lesión esta que se ignoró hasta el momento de la intervención.

Caso Nº 1. — A. B., argentino, 44 años, viudo, jornalero. Historia Nº 55 R-23.

Enfermedad actual. — Durante una intervención policial por desacato del enfermo, el agente le pega un talerazo en el cráneo, lo que le ocasiona la caída en el pavimento. En estas condiciones el enfermo recibe un puntapié en la región del flanco izquierdo; es traído al Hospital.

Orinas de emisión: Hematuria total con pequeños coágulos. *Orinas de sedimentación:* Sedimento rojo oscuro pardusco, líquido que sobrenada rojizo.

Micción: Nada de particular. *Riñón y uréter:* Disminución de movimientos respiratorios y de la movilidad de la pared abdominal del lado izquierdo. La inspección no revela otro dato.

Palpación: Contractura de músculos abdominales; ésta, que resulta dolorosa, imposibilita valorar las condiciones semiológicas del riñón.

Uretra: Semiología, inspección y endoscopia nada de particular. *Vejiga:* Nada de particular.

La cistoscopia imposible de realizar por no poder vencer la resistencia del esfínter membranoso a pesar de los anestésicos.

Próstata, vesícula y aparato genital nada de particular.

Radiografías: Urografía excretora a los 5-15 y 30 realizada con Perabrodil. Aparece por igual en ambos lados y desaparece primero en el lado izquierdo. En lo referente a las intensidades es igual en ambos lados.

Marcha de la enfermedad: Día de ingreso hematuria total. Dos días después las orinas son claras sin hematuria macroscópica, la contractura muscular ha disminuido. Al día siguiente el enfermo se da de alta por no aceptar los exámenes que corresponden.

Caso Nº 2. — J. L., español, 42 años, casado, empleado. Historia Nº 86 R-36.

Enfermedad actual: El día anterior al de su ingreso, encontrándose en pleno trabajo, descargando pasto, un fardo cae sobre el enfermo y lo golpea. Al perder el equilibrio cae, recibiendo en la región lumbar izquierda un golpe contra un madero; siente un fuerte dolor al nivel de la región citada que no desaparece hasta el día siguiente. Los movimientos respiratorios y la tos despiertan y exageran el dolor. A la hora del accidente realiza su primera micción que es francamente hematúrica abundante y con coágulos. Esta hematuria tipo total, se repite en la noche del día del accidente para desaparecer en las micciones del día siguiente. Reaparece con iguales características de intensidad en la noche inmediata, por lo cual es conducido al hospital, donde queda internado en observación.

Orinas de micción: Hematuria total abundante, con coágulos redondeados. Orinas de sedimentación: sedimento formado por coágulos negruzcos, líquido que sobrenada rojizo. *Micciones:* Nada de particular. *Riñón y uréter:* Lado derecho nada de particular, lado izquierdo inspección disminución de movimientos respiratorios tóraco abdominales.

Palpación: Ligera contractura muscular. Se palpa una tumoración que por arriba se pierde por debajo del reborde costal, hacia abajo llega hasta una línea que pasare a un través de dedo del ombligo. Hacia afuera hasta el borde corporal y hacia adentro hasta una línea que pasare a 5 cm. por fuera del lado correspondiente de línea media. Esta tumoración lisa, regular, uniforme y dolorosa pelotea y tiene contacto lumbar; no excursiona con movimientos respiratorios. Punto costo muscular doloroso.

Uretra: Nada de particular. *Vejiga:* Nada de particular. No se realiza *cistoscopia*. *Próstata, vesículas y genitales* nada de particular.

Radiografías: Simple ánteroposterior no se observa ni silueta renal ni sombra de borde externo de psoas. *Urografía excretora:* Aparece por igual y desaparece por igual en ambos lados; es más completo y nítido en lado izquierdo (8 días del trauma).

Radiografía de tórax: En inspiración y expiración en la misma película. Buena dinámica diafragmática.

Marcha de la enfermedad: Durante los 3 primeros días que siguen a la internación del enfermo orinas claras sin hematurias. Al 4º día el enfermo por indicación médica deambula; aparece una hematuria en una sola micción. Dos días siguientes sin hematuria. Al día siguiente hematuria sin coágulos. La tumoración del flanco izquierdo disminuída francamente de tamaño. Durante 11 días continúa con la hematuria, al 12 día cesa la hematuria y la tumoración en

región renal izquierda disminuida francamente de volumen, durante 15 días reposo en cama sin sangre en las orinas. El enfermo es dado de alta.

Función renal: igual a ambos lados. Indigo carmin: 5 minutos en ambos lados.

Caso N° 3. — C. B., argentino, 13 años, soltero, estudiante. Historia 156. R. No tiene.

Enfermo de guardia hospitalaria. De inmediato de ser arrojado por un carro es conducido a la guardia del hospital Salaberry. El enfermo no está en shock profundo. Sudores fríos, facies pálida, mucosas decoloradas, 120 pulsaciones por minuto. El paciente acusa dolor en región izquierda. A la hora del accidente primera micción francamente hematórica.

A la palpación, franca resistencia por contractura muscular de pared anterior y posterior de abdomen; esto es más evidente en el lado izquierdo; a pesar de ello se comprueba la existencia de un tumor de tipo renal que por debajo llega hasta un través de dedo por encima

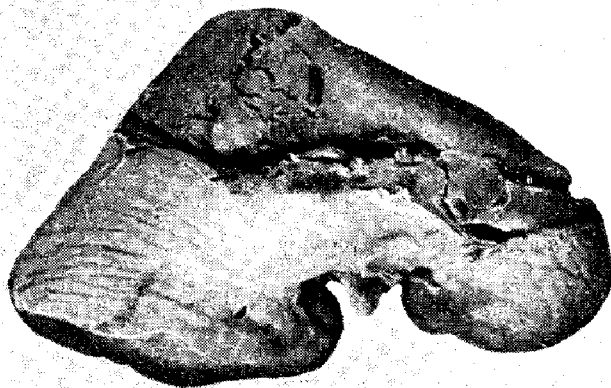


Figura 1

del ombligo. Por este signo se indica intervención quirúrgica. Nefrectomía por lumbotomía izquierda.

Marcha de la enfermedad: La herida cierra por primera y el enfermo es dado de alta a los 12 días en perfectas condiciones.

Descripción de la pieza anatómica: Riñón dismórfico, a gruesa extremidad superior; aplásico o atrófico (no hay estudio histológico); dimensiones: $8 \times 5 \frac{1}{2} \times 4$ cms. En la cara anterior desde el borde externo, en su tercio superior, hasta el polo inferior, se encuentra un profundo desgarramiento que ocupa la mayor parte de la hemi-valva anterior en lo que se refiere a profundidad. En ella participan las porciones secretora y excretora renal. En el corte medio sagital que pasa por el borde posterior del sinus renal, muestra que la rotura llega solamente hasta los bordes del órgano.

Caso N° 4. — N. R., español, 33 años, casado, empleado. Historia N° 279. Radiog. N° 125.

Enfermedad actual: Mientras andaba en bicicleta, sufre un accidente: es atropellado y derribado por un automóvil, sufriendo una contusión del tórax entre 6ª y 7ª costilla a nivel de la línea axilar anterior derecha. Ligera lipotimia, de la cual sale, a los pocos minutos, erosiones y equimosis en rodilla, pie derecho y región temporal del mismo lado. Es traído a la guardia de este hospital a las 2 horas del accidente y concomitantemente a su llegada tiene la primera micción después del traumatismo. Esta es hematúrica de tipo total, indolora, sin coágulos e intensa. Las micciones que le suceden en el resto del día son también hematúricas, aunque de menor intensidad.

Orinas de emisión: Francamente hematúricas. *Riñón y uréter:* En el hemiabdomen derecho por delante y detrás en su mitad superior es dable observar una enorme equimosis. La defensa muscular no permite palpar la región correspondiente. El punto costumuscular es muy doloroso a la palpación.

Uretra, próstata: Vesículas seminales y genitales externos nada de particular.

Cistoscopia (practicada a los 4 días de la contusión): No permite deducir por meatos copia cuál es el lado que ha dado la sangre.

Función renal global: Nada digno de mención.

Función renal por separado (17 días después del traumatismo): El izquierdo es mejor que el derecho por mayor concentración y debido a igual volumen con respecto a su congénere.

Radiografía (a los 16 días de la contusión). *Simple ánteroposterior:* Nada de particular. *Urografía excretora* con perabrodil a los 5, 15 y 30. Aparece por igual en ambos lados y con tendencia a desaparecer por igual. No hay signos de irrupción de la porción excretora para valorar la salida de la sustancia de contraste.

Pielografía retrógrada derecha: Ectopia lumbar derecha, ligera dilatación y acodadura pieloureteral. Sin signo de irrupción de la sustancia opaca en parénquima renal.

Marcha de la enfermedad: El primer día tiene orinas hematúricas en todas las micciones. Al día siguiente las orinas son más claras, defensa muscular menor. No se palpa nada de anormal en la región renal derecha. A los cinco días, ha desaparecido la defensa muscular. A los 23 días es dado de alta en perfectas condiciones.

Caso Nº 5. — A. S., argentino, 18 años, estudiante. Historia Nº 391. Radiog. Nº 207.

Enfermedad actual. — Dos días antes de su ingreso a la sala, a las 17 horas recibe un golpe con la planta del pie en la región lumbar derecha mientras jugaba al fútbol. La contusión es recibida durante un salto, no teniendo durante ese lapso apoyo alguno. El dolor es violento e intenso, abandona el juego pero sigue deambulando. A las 3 horas del traumatismo tiene su primera micción que es hematúrica, indolora, intensa y sin coágulos. Media hora antes de la hematuria el dolor se reagudizó en la región lumbar derecha, con carácter local y acompañado de náuseas y vómitos. El enfermo guarda cama, las dos micciones nocturnas del día de la contusión son francamente hematúricas y el color cede parcialmente. A la tarde siguiente presenta: un cuadro abdominal con abdomen abultado, náuseas y vómitos. La hematuria persiste aunque más discreta en intensidad, por este motivo se interna.

Orinas de emisión: Hematúricas (dos días de la contusión).

Riñón y uréter: La palpación bimanual no puede realizarse por la defensa muscular de la pared abdominal. Es más marcada en el lado derecho. El punto costo-muscular es dolorosa a la palpación.

Resto de aparato urinario y genital nada de particular.

Radiografía (dos días después de la contusión). *Simple ántero-posterior* nada de particu-

lar. *Urografía excretora* obtenida también a los dos días de la contusión. Realizada con perabrodil y a los 5, 15 y 30 minutos. Aparece por igual sinodo más intensa en el lado izquierdo. No hay irrupción de la sustancia de contraste.

Marcha de la enfermedad: A los tres días de la contusión hematuria con iguales caracteres al día del ingreso. La defensa muscular no ha cedido. A los cinco días del accidente, la hematuria y la defensa muscular han disminuído. A los 6 días las orinas son menos hematóricas; a los 7 días la defensa muscular ha desaparecido. Alta a los 10 días con orinas claras.

Caso Nº 6. — A. C., 39 años, español, peón. Historia Nº 429. Radiog. 236.

Enfermedad actual: Mientras transitaba por un potrero, es sorprendido por una coz de caballo que la recibe en el flanco derecho; cae al suelo por la violencia del traumatismo, sin pérdida de conocimiento. Es internado por el intenso dolor. La primera micción que sigue al traumatismo es francamente hematórica.

Orinas de emisión: Hematóricas.

Riñón y uréter: La palpación bimanual del lado derecho fácil; no hay contractura.

Tensión arterial: 130 y 62.

Radiografías: (Cinco días después del traumatismo). *Simple antero-posterior.* Nada de particular *Urografía excretora* obtenida en igual fecha. Con perabrodil a los 5, 15 y 30 minutos. Aparece por igual con tendencia a desaparecer por igual. Más intensa en el lado izquierdo. No hay irrupción de sustancia de contraste.

Marcha de la enfermedad: Se indica controlar la tensión arterial, pulso e inspección de la región renal cada tres horas. En el primer día nada de particular. La primera micción espontánea del día siguiente, no es hematórica (macroscópica). Durante seis días las orinas se mantienen claras y no hay dolor espontáneo ni provocado.

Caso Nº 7. — A. P. G., argentino, 35 años, sastre, casado. Hist. Nº 971. Radio no tiene. Anat.-Pat. Nº A-70 del museo.

Enfermedad actual: Hace seis horas, mientras corría, cae y golpea la región torácica inferior sobre el cordón de la vereda. No pierde el conocimiento. Experimenta sensación de fatiga. Guarda reposo. Consulta a un facultativo, quien lo tiene en observación. A la hora y media después la primera micción es hematórica. Le acompaña una sensación de distensión y peso en el hipocondrio izquierdo, obnubilación y sensación de cansancio y sueño. en estas condiciones ingresa al hospital.

El enfermo presenta palidez de las mucosas y piel, decaimiento, pulso hipotenso y taquicárdico 108, *tensión aretrial* 100 y 50. La siguiente micción a la contusión es hematórica de iguales caracteres a la anterior, pero acompañada de coágulos.

Riñón y uréter: Presenta franco abovedamiento de la región del flanco izquierdo. Equimosis traumáticas en base del hemi-tórax de igual lado. Contractura muscular correspondiente. A pesar de ella es factible palpar un tumor que por arriba se pierde debajo del reborde costal; por abajo llega hasta una línea que pasare a dos traveses de dedo por debajo de la línea umbilical. Por dentro llega hasta la línea media y por fuera llega hasta la línea corporal. Pelotea y tiene contacto lumbar.

Marcha de la enfermedad: Seis horas después del accidente nefrectomía por lumbotomía izquierda. Después de la operación levanta el estado general y las orinas son claras. A los 11 días es dado de alta.

Descripción de la pieza: Riñón hipertrófico, anómalo congénito por falta de rotación del sistema de excreción. Dimensiones: 19 x 9½ x 6 cms. De forma discoidea, lobulado, en toda

su ámbito más marcado y evidente en su cara posterior. Afectado de una enorme uronefrosis. Sobre la cara posterior y a nivel del polo superior hay un verdadero estallido de las cavidades uro-nefróticas; igual proceso se encuentra en el resto de la cara posterior, habiendo pocas extensiones

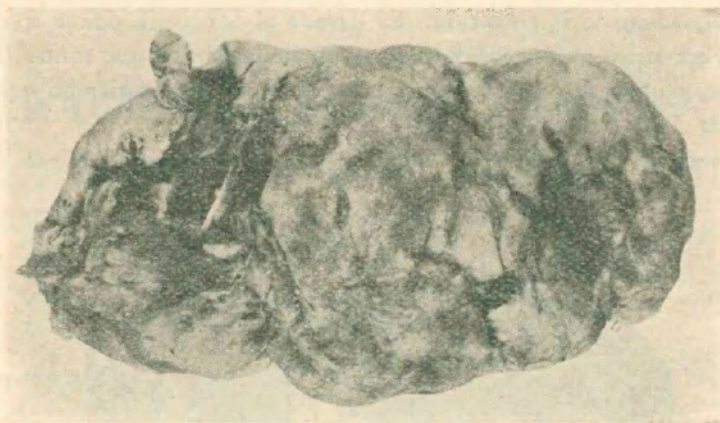


Figura 2
Vista por delante.

de la misma indemne de roturas. Analizando a éstas puede comprobarse que la pequeña porción de parenquima así como el sistema de excreción entran en juego.



Figura 3
Vista por detrás.

Caso Nº 8. — N. N., argentina, 22 años, soltera. Historia Enf. particular.

Enfermedad actual: A las 8½ horas de la mañana al descender una escalera interior tiene un vóhido, cae y golpea en la región lumbar derecha sobre el borde de uno de los peldaños de la escalera. La primera micción que sigue al traumatismo francamente hematórica.

Es vista por primera vez por uno de nosotros (Dr. Astraldi) con el cuadro siguiente: fascie

pálida, mucosas anémicas, regiones ungueales violáceas, estado de ligera somnolencia. La región lumbar correspondiente está ocupada por un tumor que por delante llega hasta una línea que pasa a un través de dedo por debajo del ombligo; por arriba hasta el reborde costal, hacia el medio hasta línea media.

Tensión arterial: 100 Mx 80 Mn 140 de pulso.

Se indica de inmediato la intervención. Es llevada al Sanatorio donde se comprueba cistoscópicamente que la hematuria es derecha y que hay riñón izquierdo por contracciones meáticas.

Se practica nefrectomía derecha bajo anestesia general al mismo tiempo que se realiza transfusión sanguínea de 500 c.c.

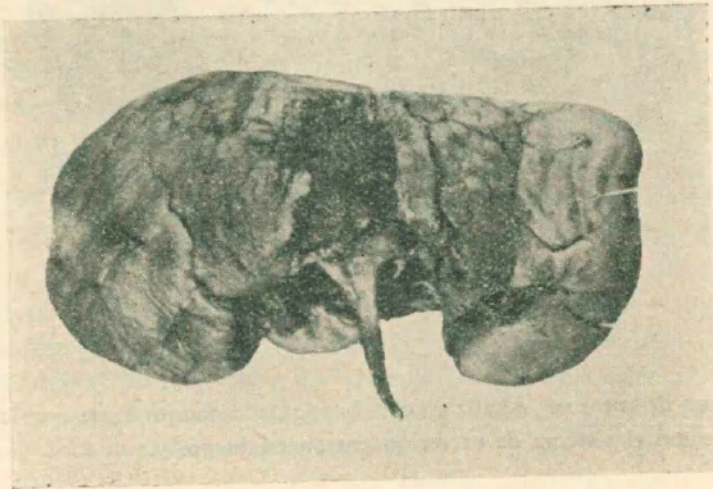


Figura 4

Diez días después alta, curada.

Descripción de la pieza: Riñón normomórfico, de volumen algo menor que el normal (riñón de mujer). Dimensiones 10 x 3 x 4 ctms. En la cara anterior y a nivel de su porción inferior obsérvase dos trazos de rotura que se extiende de borde a borde y en profundidad ocupan todo el espesor de la hemi-valva vascular anterior. Da la impresión macroscópica que sólo está interesado el sistema escretor. En la cara posterior, hay una profunda rotura que también va de borde a borde, en la cual participa toda la porción secretora y a través de la cual se puede ver nítidamente el sistema pelvi-calicial inferior al menos no interesado desde el punto de vista macroscópico.