

# SOBRE UN CASO DE ANURIA POR NEFROSIS TOXICA ARSENICAL TRATADA CON EXITO POR LA DECAPSU- LACION RENAL BILATERAL

---

Por el Dr. LEOPOLDO LOPEZ  
de Caracas, Venezuela.

Desde que Harrison en 1896 y Edebonis en 1898 emplearon por primera vez la decapsulación renal, un gran número de casos operados por medio de esta técnica han sido publicados en la literatura médica mundial. Sin embargo, a pesar de los muchos casos acumulados durante casi medio siglo, las indicaciones de esta operación permanecen aún muy discutidas. Precisar o establecer sus indicaciones y fijar un criterio definitivo sobre su verdadero valor terapéutico, son temas sobre los cuales mucho se discute en la actualidad. Sobre bases puramente empíricas se aconseja y practica esta operación en una gran variedad de condiciones quirúrgicas; entre éstas se encuentran la anuria de origen secretorio.

Al revisar las múltiples teorías acerca del "modus operandi" de esta intervención, no quedamos convencidos de cuál es su verdadero mecanismo; este problema aún no está resuelto. Es natural que en casos como éste, en que las condiciones sean tan inciertas, haya muchos opositores así como defensores. Hugh Cabot, eminente urólogo de la Clínica Mayo, se muestra opuesto a la operación y dice que con ella sólo se agrava la condición del enfermo. Chevassu y Wildbolz no le atribuyen gran valor terapéutico. Sin embargo, Lowsley, cree que la decapsulación asociada a la administración de grandes dosis de soluciones salinas y glucosadas, es el tratamiento más racional de la anuria de las nefrosis tóxicas.

Al presentar este caso, no pretendo abogar por el uso indiscriminado de la decapsulación renal, así como tampoco pretendo que éste sea el tratamiento de elección de todas las anurias por nefrosis tóxica. Mi propósito es más bien

añadir un caso más a la literatura. Un caso de un enfermo que se recobró de una anuria por intoxicación arsenical a consecuencia de esta intervención.

También me propongo llamar la atención acerca del peligro de los arsenicales como causantes de anuria.

Sin duda alguna que este caso no es frecuente, pues al revisar muchas publicaciones y libros de texto, sólo encontré un caso semejante, publicado por Lupu y Brauner, en el Boletín de la Sociedad Médica de los Hospitales de Bucarest, de fecha de octubre de 1938.

Estos autores relatan el caso de un sujeto que sin tener lesiones renales aparentes, sufrió una crisis de anuria, a consecuencia de la administración de dos inyecciones de Sulfarsenol, la primera de 6 ctgs., y la segunda de 12. En este caso se practicó la decapsulación bilateral al sexto día de establecida la anuria. Poco después de la operación se estableció la diuresis, que aumentó gradualmente, hasta llegar a la normal. La úrea sanguínea en este paciente llegó hasta 4 grms., por litro de sangre, pero bajó hasta 1.84 grms. por litro a las dos semanas de operado. Ellos lograron observar este caso por más de 3 años, sin encontrar secuelas en la función renal.

A continuación describo el caso estudiado por nosotros en la Clínica Razetti, de Caracas.

*Observación.* — L. V., 40 años de edad. Soltero. Admitido a la Clínica Razetti el día 18 de enero de 1942, a las 11.45 a.m. El enfermo ingresó por tener 3 días sin eliminar orina. A su ingreso tenía 38° C. de temperatura, 85 pulsaciones por minuto. Se encontraba muy agitado quejándose de fuerte dolor de cabeza y frecuentes vómitos verdes.

*Antecedentes.* — El enfermo se encontraba en buena salud hasta el día 20 de diciembre de 1941, 29 días antes de su ingreso, cuando apareció una úlcera pequeña en el pene. El enfermo se trató localmente la lesión con pomadas, etc., sin haber consultado a un facultativo. El día 5 de enero, aproximadamente, dos semanas después de la aparición de la úlcera, el paciente consultó a un especialista en enfermedades venéreas, quien le diagnosticó un "Chancro sifilítico", y le administró al día siguiente una inyección intramuscular de Solu-Salvarsán de 2 cc. (preparado de Arsénico trivalente que contiene 0,02 grs de As por c.c.). A los 2 días de haber recibido esta inyección, el enfermo notó la aparición de una erupción discreta, escarlatiniforme, con prurito. El día 13 de enero, siete días después de la primera dosis, le fué inyectada otra dosis intramuscular de 3 c.c. de Solu-Salvarsán. A los pocos días de esta medicación, empezó el paciente a notar disminución en la eliminación de orina, así como la aparición de un color rojizo en ésta. El día 15 de enero, dos días después de esta última inyección, entró el enfermo en completa anuria. No fué visto por ningún médico a pesar de la postración y estado de agitación en que se encontraba.

El día 18 de enero, ingresó el paciente a la Clínica. Por dos días fué sometido a un tratamiento con administración abundante de sueros glucosados y fisiológicos, por vía sub-cutánea y endovenosa; cloruro de sodio en solución hipertónica por vía venosa; Inorrenol por vía oral; lavados de estómago, etc. El día 19 de enero se le practicó una dosificación de la úrea sanguínea, que dió 0.79 por litro (Método de Ambard). El día 20, cinco días después de entrar el enfermo en anuria, fué visto por primera vez por mí. Aconsejé practicar cistoscopia y lavado

de pélvices renales con suero fisiológico tibio; lo cual le practiqué al día siguiente, 21 de enero. En el cateterismo ureteral bilateral sólo obtuvo algunos c.c. de orina. Este líquido fué examinado y reveló glóbulos rojos, y algunos blancos; cilindros granulosos y epiteliales y trazas de albúminas. No había cristales. La úrea sanguínea practicada esa misma mañana nos dió 0,83 por litro (Método Ambard). La reacción de sangre (Kahn) fué negativa.

El mismo día 20, resolví practicarle una decapsulación renal bilateral bajo anestesia general etérea. Le practiqué incisiones lumbares y encontré ambos riñones aumentados de tamaño, de un color obscuro, cianóticos y edematosos. Practiqué la decapsulación de ambos lados con suma facilidad. Se drenaron ambos lados, y el enfermo abandonó la sala de operaciones en buenas condiciones. Pocas horas después de la intervención la temperatura era de 38° C, el pulso de 90. La tensión arterial de 14/7.

El tratamiento post-operatorio consistió en la administración de 2.000 c.c. de suero glucosado isotónico y fisiológico por vía subcutánea, cada 24 horas, así como de suero glucosado hipertónico 120 c.c. endovenoso, y de 250 c.c. de suero clorurado de 30 por mil, endovenoso. Además Chofytol intramuscular, etc. El día 22 de enero, dos días después de la decapsulación y siete de haber entrado el paciente en anuria, continuando éste aún sin eliminar orina, le sondé la vejiga y obtuve 175 c.c. de un líquido espeso, rojo, y de olor urinífero. Se examinó este residuo y se encontró que tenía gran cantidad de hematíes y hemoglobina fuertemente positiva; leucocitos abundantes y la cantidad de 6,25 gramos de úrea por litro. La úrea sanguínea dosificada ese mismo día reveló la cantidad de 5,58 gramos de úrea por litro, así como la determinación de la creatinina dió por resultado 17 miligramos en 100 c. de sangre total, siendo lo normal de 1 a 2 miligramos en 100 c. de sangre total. El 23 eliminó orina el enfermo, pero no se pudo determinar la cantidad por estar haciendo las micciones involuntariamente.

El 24 de enero se recogieron 300 c.c. de orina. La úrea sanguínea dió 5,82 gramos por litro de sangre.

El enfermo continuó eliminando orina diariamente, aunque ésta era de un color muy claro y con una concentración de úrea de aproximadamente 7 gramos por litro de orina (determinada el día 26).

La diatermia renal ha sido recomendada por diferentes autores muy especialmente alemanes. Nagelschmidt lo recomienda para los estados urémicos. Eppinger la preconizaba para la oliguria por nefritis aguda, agregándole Ewig, la diatermia cerebral, cuando además había síntomas de anemia cerebral e hipertención. Eppinger especialmente obtuvo muy buenos resultados con este método.

Por nuestra parte la hemos utilizado en varios casos con magníficos resultados. El doctor J. Gutiérrez Alfaro me ha comunicado varios casos de micciones inmediatamente después de determinar la aplicación. En nuestro caso utilizamos campos de 19 x 27 cms., anterior y posterior en ambas zonas renales durante 20 minutos en cada lado, a una intensidad de 2.000 a 2.500 mA. Practicamos aplicaciones diarias a partir del segundo día post-operatorio y las mantuvimos por más de dos semanas.

No descuidé la nutrición del enfermo y muy precozmente introduje la administración de vitaminas A, D, C, y sobre todo dosis altas de cloruro de tiamina (Vitamina B<sub>1</sub> - 100 mg. diarios); pequeñas cantidades de hierro (oral), extracto hepático; y una dieta adecuada.

En los días sucesivos la diuresis alcanzó cifras que se avecinaban a 2.500 c.c. ó 3 litros. La úrea sanguínea comenzó a descender y para el día 7 de febrero, o sean 18 días después de la intervención, la cantidad de úrea en la sangre era de 1,64 grs. por litro. El 8 de febrero se le dió de alta.

El 11 de marzo, poco más de un mes de haber salido de la Clínica y casi dos después de la

operación, la úrea sanguínea era de 0,40 grs. por litro de sangre. La cantidad de orina en 24 horas era de 2.700 c.c. densidad de 1.012, con una cantidad de 3,89 grs. de úrea por litro en 24 horas. La reacción de sangre (Kahn), fué positiva con 4 cruces. Actualmente el enfermo goza de buena salud, o sea 8 meses después de la operación.

El caso expuesto lo he creído de interés por poseer ciertas características especiales tales como:

1. — La anuria causada por arsenicales es una rareza clínica, según Stokes, pero hay algunos casos descritos en la literatura.

2. — La úrea sanguínea alcanzó en este caso un nivel 6.69 grs. por litro (Método Ambard).

3. — Aparentemente la decapsulación renal bilateral tuvo un gran valor terapéutico en este caso de nefrosis tóxica arsenical, y creemos de interés añadir este caso a la literatura.

#### BIBLIOGRAFIA

1. — Stokes, J. H. — Modern Clinical Syphylogy: 310-311, 498-499, W. B. Saunders, 1938.
2. — Lupu, N. G. et Brauner, R. — Bull. et Mem. Coc. Med. des Hosp. Bucarest, an. 20; nº 8, p. 193-201; oct. 1938.
3. — Kolmer, J. A., Brown, H. y Rule, A. M. — Am. J. Syph. Gonorr., y Ven. Dis; 23: 7-4, Jan. 1939.
4. — Zimmerman, I. J. — Urolog. y Cut. Rev. 45: 6-7, Jan. 1941.
5. — Varela, M. E. — Nefropatías, p. 341-355. El Ateneo, Buenos Aires, 1941.
6. — Moore, J. E. — The Modern Tratmen of Syphilis, p. 102-1093, Chas. C. Thomas, 1933.
7. — Valentine, Julius J. — J. Urol. 34: 314-323, oct. 1935.
8. — Viollet, M. — J. d'Urol. 45: 238-244. Marz. 1938.
9. — Godard, H. — J. d'Urol. 45: 289-305. Avril, 1938.
10. — Gournay et Busser. — J. d'Urol. 47: nº 4, p. 304-310, Avril, 1939.
11. — Borjas, Alfredo. — Rec. de Urol. de Venezuela, Tomo 1, nº 1, p. 15-21, 1941.

#### DISCUSIÓN

Dr. Rebaudi. — *Yo he presentado en esta Sociedad un caso de intoxicación por el bicloruro de mercurio en una mujer que tenía 5 días de anuria y a la cual hice una decapsulación bilateral con anestesia local. Pocas horas después orinaba bien, y con el tiempo se restableció la diuresis. Fué un caso favorable.*

*Después de ése, he operado otros más. Quizá sea uno de los cirujanos*

que haya efectuado más decapsulaciones renales en casos de intoxicación por bicloruro de mercurio y debo decir con franqueza, que después todos los casos han sido desfavorables, no en cuanto se refiere a la restitución de la diuresis. La diuresis se restituye y muchas veces, los enfermos orinaban mucha orina, hasta 2000 c. c., pero fallecían por las lesiones de los otros órganos, producidas por el bicloruro de mercurio, como sucedió no hace mucho en una enferma de la sala III del Hospital Álvarez y últimamente, he hecho una decapsulación que me ha hecho pensar en repetidas oportunidades si he hecho bien o mal. Evidentemente, debo haber hecho bien porque el enfermo curó. Se trataba de un enfermo con un solo riñón. El otro riñón había sido extirpado por una litiasis renal coraliforme. Posiblemente tenía en el riñón que le restaba, un cálculo, porque entró con un cólico y en anuria de dos días.

El cólico había pasado y el enfermo no orinaba. El enfermo estaba en anuria completa y hacía seis días que no orinaba. Desgraciadamente, no se hicieron los análisis correspondientes de úrea, pero debía estar con una úrea alta en sangre. Se hizo la radiografía consiguiente buscando al cálculo. Se hizo un cateterismo y la sonda, no sé si a los 6 ó 7 cm. del meato ureteral, pero a pesar de todo en la radiografía no se vió el cálculo. El enfermo ya hacía 5 días que no orinaba. Entonces, se planteó la situación de ir a buscar un presunto cálculo o de hacer una decapsulación. Yo pensé que habitualmente los cálculos no taponan el uréter y cuando desaparece el dolor, desaparece también el espasmo y el taponamiento del uréter no es completo, es decir, que la parte vecina no se llena a la perfección y la orina pasa otra vez.

Entonces, habiendo desaparecido el dolor y persistiendo la anuria, hice la decapsulación y tuve la suerte de ver orinar al enfermo 12 horas después restableciéndose la diuresis. Con el restablecimiento de la diuresis, apareció un nuevo cólico y el enfermo eliminó el cálculo.

Dr. Figueroa Alcorta. — Quiero hacer indicación de que se agradezca al doctor López, Presidente de la Sociedad Venezolana de Urología, el envío de su interesante comunicación.

ASOCIACION MEDICA ARGENTINA

Revista Argentina de Urología



# INDICE GENERAL

VOLUMEN XIV — AÑO 1945

# REVISTA ARGENTINA DE UROLOGIA

AÑO 1945

---

## INDICE POR AUTORES

- Arrues León D., 66.  
Audisio Eduardo, 129.  
Bernardi Ricardo, 123, 228, 239, 245, 403.  
Berri Héctor D., 41, 369.  
Boneo Guillermo, 327.  
Carreño Oscar C., 175, 343.  
Cartelli Natalio, 369.  
Castaño Enrique, 70, 135.  
Cid José M., 417.  
Colillas Domingo, 147.  
Cupri Carmelo, 321.  
Chiozzi Juan C., 403.  
Dante Julio, 201.  
de la Vega M. A., 351.  
del Castillo Enrique B., 293.  
Di Lella Pedro, 9/.  
Ercole Ricardo, 132, 351, 409, 417.  
Figuroa Alcorta Luis, 267, 335.  
García Alberto E., 190.  
García Oliver Genaro, 106.  
Gorodner José, 253, 263, 267.  
Granara Costa Antonio, 327.

Grimaldi Francisco E., 167.  
Hourcade Miguel, 17.  
Houssay Bernardo A., 378.  
Irazu Juan, 147.  
Larroudé Juan B., 205, 217.  
Lascano González J., 247.  
Lorenzo José, 183.  
Massolo Orestes S., 335.  
Mathis Rodolfo I., 17, 25, 93, 183, 321.  
Méndez Armando, 47.  
Molina L. R., 335, 423, 427.  
Murray Edmundo, 157.  
Ortiz Arturo B., 175, 343.  
Pujol Alfonso, 147.  
Puy Eduardo, 129.  
Rebaudi Leónidas, 366.  
Rubí Roberto A., 47, 59, 119, 124, 167, 171, 205, 217.  
Sandro Raúl E., 201.  
Saubidet Jorge A., 24.  
Surra Canard Rodolfo de, 247, 345, 389.  
Trabucco Armando, 31, 70, 73, 157.  
Vilar Gerardo, 66.



## **INDICE POR ORGANOS**

### **Secciones:**

**RIÑON Y PELVIS.**

**URETER.**

**PROSTATA.**

**URETRA.**

**VEJIGA.**

**ORGANOS GENITALES.**

**VARIOS.**

**NOTICIAS DE LA SOC. ARG. DE UROLOGIA**

## INDICE POR ORGANOS

### RIÑÓN Y PELVIS

	Página
Absceso cortical de riñón simulando un neoplasma .....	Mathis R. I. y Lorenzo J.. 183
Cistoadenoma del riñón .....	Ercole Ricardo..... 409
Desgarro del duodeno en el curso de una nefrectomía por tumor renal .....	Rubí Roberto A. y Larroudé Juan B. .... 205
Ectopía renal derecha .....	Molina Luis R. .... 423
Epitelioma papilar quístico pararenal .....	Mathis R. I. y Cupri C. ... 321
Epitelioma papilífero de riñón a forma pseudoquistica. Dificultades diagnósticas .....	Rubí R. A. y Méndez A... 47
Función renal normal paradójica en un riñón tuberculoso prácticamente destruído .....	Castaño E. y Trabucco A. 70
Función renal normal paradójica en un riñón tuberculoso prácticamente destruído. Contribución al tema .....	Rubí Roberto A. .... 124
Hidronefrosis bilateral latente gigante izquierda .....	Granara Costa A. y Boneo Guillermo ..... 327
Hidronefrosis en un riñón en ectopía ilio-pelviana. Su abordaje por vía intraperitoneal .....	Mathis Rodolfo I. .... 93
Hidronefrosis intermitente. Hipoplasia renal. A propósito de un caso clínico .. .. .	Surra Canard R. de y Lascano González J. .... 247
Hipertensión nefrógena. Tres casos clínicos .....	Surra Canard R. de ..... 389

	Página
Litiasis, epiteloma e hidronefro- nefrosis conjuntamente en un riñón (caso clínico) .....	Trabucco Armando ..... 31
Mixoma del seno del riñón.....	Cid J. M. y Ercole R. .... 417
Nefreureteretomía subtotal por tumor pieloureteral.....	Rubí Roberto A. y Larrou- dé Juan B. .... 217
Papilomas de pelvis renal en dos hermanos .....	Vilar G. y Arrúes L. D.... 66
Penicilina y pielonefritis crónica complicada.....	Surra Canard R. de..... 345
Pionefrosis calculosa en un riñón en herradura .....	Hourcade M. y Mathis R. I. 17
Quiste hidático supurado y calci- ficado de riñón .....	Berri Héctor D. .... 41
Quiste hidático supurado y calci- ficado de riñón. Contribución al tema .....	Rubí Roberto A..... 119
Quiste seroso de riñón .....	Colillas Domingo, Irazu Juan y Pujol Alfonso ..... 147
Traumatismo de riñón. Nefrecto- mía. Consideraciones.....	Berri H. D. y Cartelli N... 369
Uronefrosis congénita .....	García Alberto E..... 190

## URETER

Dilatación congénita primitiva bilateral de los uréteres .....	Molina Luis R. .... 427
La ruptura espontánea del uréter.	Figueroa Alcorta L. Massolo O. y Molina L. R..... 335

## PROSTATA

Cáncer de la próstata. Su trata- miento. Consideraciones ba- sadas en el estudio de 37 casos tratados en el Instituto .....	Figueroa Alcorta Luis y Go- rodner José . .... 267
Carcinoma de la próstata. Un caso de autocastración.....	Gorodner José ..... 263

	Página
Sobre dos casos de pielonefritis ascendente después de la adenomectomía prostática. Consideraciones patogénicas .....	Bernardi Ricardo..... 229
Ventajas de los separadores de "loge" en la adenomectomía suprapúbica .....	Rebaudi Leónidas..... 366

### URETRA

Elenorragia y sulfanilamidas....	Di Lella Pedro..... 97
Cistitis química .....	Gorodner José..... 253
Divertículos de la uretra femenina	Ercole Ricardo..... 132

### VEJIGA

Cálculo secundario a cuerpo extraño de vejiga .....	Ortiz Arturo B. y Carreño Oscar..... 343
Consideraciones sobre un caso de litiasis vésico-uretro-prostático	Mathis Rodolfo I. y Saubidet Jorge A. .... 24
Cuerpo extraño en vejiga con prolongada tolerancia .....	Sandro Raúl y Dante Julio. 201
Dos casos de tumor de vejiga poco frecuente. Su tratamiento	Castaño E., Ortiz Arturo B. y Carreño Oscar..... 175
Estallido traumático intraperitoneal de vejiga.....	Bernardi R., Puy Eduardo y Audisio Eduardo..... 129

### ORGANOS GENITALES

Esterilidad congénita en el hombre.....	Trabucco Armando..... 73
Priapismo agudo prolongado por trombosis cavernosa secundaria a un absceso retro-bulbar ....	Bernardi Ricardo..... 239

	Página
Seminoma en testículo ectópico descendido quirúrgicamente a las bolsas.....	Roberto A. Rubí..... 171

### VARIOS

Eliminación del agua por el riñón	Houssay Bernardo A..... 378
Flebografía del cirsocele.....	Bernardi Ricardo ..... 245
Fundamentos fisiológicos para el empleo clínico de la testosterona .....	Castillo Enrique B. del .... 293
Infiltración de orina .....	Rubí Roberto A..... 59
La anestesia con pentothal sódico en urología .....	Ercole Ricardo y Vega M. A. de la ..... 351
Lumbotomía anatómica .....	Grimaldi Francisco E. y Rubí Roberto A. .... 167
Polaquiuria por fibroma uterino. Operación. Curación .....	Bernardi Ricardo y Chiozzi Juan C. .... 403
Síntesis del estado actual de la hemo y plasmoterapia .....	García Oliver Genaro .... 106
Tratamiento postquirúrgico en una azoospermia por obstrucción. Interesante resultado....	Trabucco A. y Murray E... 157

### NOTICIAS DE LA SOC. ARG. DE UROLOGIA

Homenaje tributado al Dr. Gilberto Elizalde con motivo de su fallecimiento .....	5 y 11
Homenaje tributado al Dr. Horacio Torres con motivo de su fallecimiento .....	377
Toma de posesión del cargo por el Presidente de la Sociedad Argentina de Urología, Dr. Alberto E. García.....	14 y 16