

TRAUMATISMO DE RIÑÓN. NEFRECTOMIA. CONSIDERACIONES

Por los Dres. HECTOR D. BERRI y NATALIO CARTELLI

Uno de los síntomas más constantes de la ruptura del riñón, que interesa la cápsula, es el hematoma perirenal. Y vemos así que en las distintas variedades de rupturas, parciales externas, estallidos, totales, (completos e incompletos), etc., éste síntoma nunca falta y el mayor o menor grado de este hematoma, acompañado de otros síntomas clínicos, es el índice de mayor importancia a tener en cuenta cuando la intervención se impone.

La observación de un enfermo con un traumatismo de riñón, que presentaba como único síntoma hematuria intensa, que no cedió con la terapéutica habitual, y que al cabo de veinte días, nos obligó a intervenir quirúrgicamente por la anemia que se iba instalando, mostró en el acto quirúrgico, tratarse este excepcional, cuya explicación, como veremos al hacer los comentarios, de dicho caso, se debió al adosamiento íntimo de la cápsula propia del riñón, a las fascias perirenales.

Historia clínica. --- Se trata de un joven de 18 años de edad. Argentino. J. C. S. que el 5-9-44, al caer de un caballo, es golpeado por éste a la altura de la región lumbar izquierda. Transportado a la guardia del Hospital Alvear, se comprueba dolor intenso en fosa lumbar izquierda, sin defensa muscular, orinas intensamente hematóricas, pulso regular con frecuencia de 80 pulsaciones por minuto, con tensión arterial de 12 de Mx y 6½ Mn. Temperatura axilar: 37°. Rectal: 38°3. Se mantiene al enfermo en reposo, con bolsa de hielo y coagulantes; no habiendo modificación de la tensión arterial desde las 0.30 horas, hasta las 8.30 horas, en que es enviado a nuestro Servicio.

Examinado el enfermo por nosotros, se comprueba, exquisito dolor en región lumbar izquierda, sin equimosis de piel discreta defensa muscular, que dificulta algo la palpación pero que permite alcanzar a palpar suavemente, el polo inferior del riñón, sin hematoma perirrenal. Orinas intensamente hematóricas. Pulso 90' por minuto. Tensión arterial: Mx 12. Mn 6. Mucosas rosadas. Se mantiene al enfermo en reposo absoluto, con bolsa de hielo en región lumbar y flanco izquierdo. Coagulante y dieta.

Al cabo de 15 días, sin haber presentado el enfermo otros síntomas que la hematuria, que cedió para volver con la misma intensidad, el dolor en la fosa lumbar izquierda, espontáneo y a la palpación y el estado general deficiente, con mucosas pálidas y con un recuento globular de 3.200.000 glóbulos rojos. Se decide actuar quirúrgicamente previo examen urográfico y endoscópico. Este último mostró vejiga de aspecto normal, con orificios ureterales en correcta posición, eyaculando el meato derecho, orinas límpidas y el izquierdo, orinas intensamente hematóricas.

Examen radiológico: Simple N° 1. No hay sombras anormales.

Urograma de excreción 5' y 20': Nitasom. Lado derecho, se visualiza pelvis y cáliz medio



Figura 1

y superior de aspecto normal. Uréter visible en su parte superior. Buena función. Lado izquierdo, cáliz superior alargado. 3 sombras de substancia opaca, que corresponden a la inserción de los cálices en la papila. Falta la imagen de la pelvis renal. Uréter visible en toda su extensión. Discreta función renal.

Intervención quirúrgica: Anestesia general. Incisión de Israel-Marion. Seccionado piel y planos musculares, se llega a la loge, constatándose la íntima adherencia de ella en su parte posterior, a los planos profundos, al tratarse de efectuar su separación. Al seccionar la loge se observa el espesamiento y dureza de ésta y la salida de coágulos que rodean al riñón, cuya cápsula está adherida a las fascias de la loge. Se abre la loge posteriormente; se liga pedículo y uréter. Se exterioriza el órgano lesionado, se hace la toilette de la loge, se drena ésta y se cierra pared por planos.

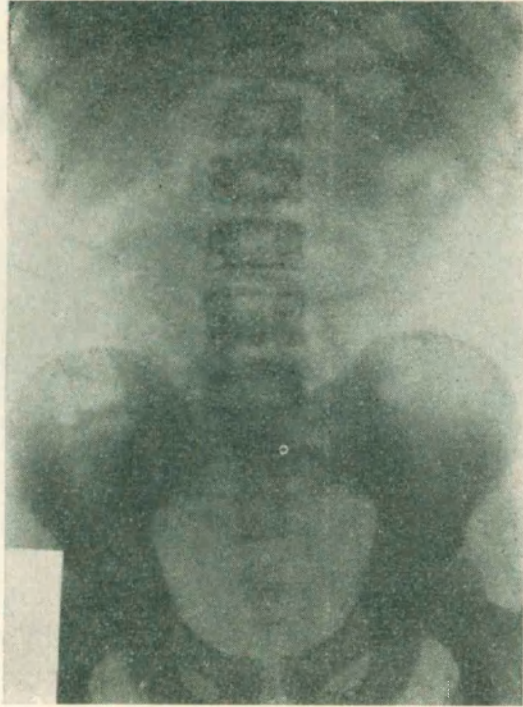


Figura 2

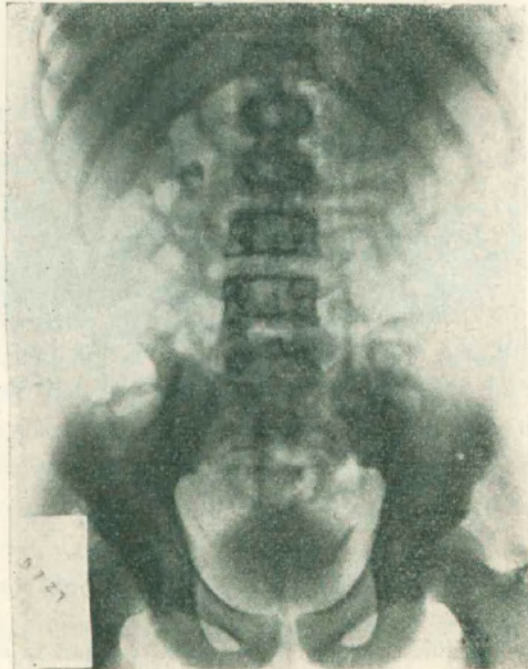


Figura 3

Post-operatorio: Transfusión, tónicos cardíacos, etc. A los 7 días se retiran los puntos de piel y a los 20 días el enfermo está con su herida en perfectas condiciones.

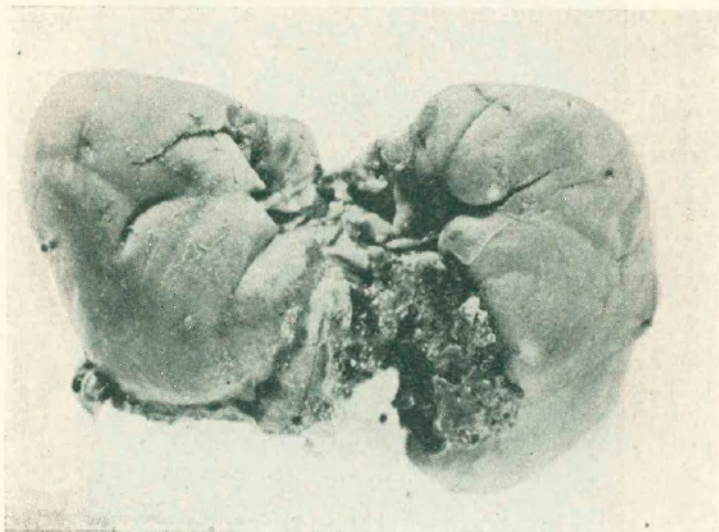


Figura 4
Cara anterior del riñón izquierdo.



Figura 5
Borde externo del riñón izquierdo.

Anatomía patológica: El riñón extirpado nos mostró, como se observa en las fotografías 4 y 5, una gran lesión traumática en el borde externo y la sección del órgano, desde el borde convexo hasta las vías de excreción.

COMENTARIOS

En la presente observación, lo interesante, ha sido la forma como ha evolucionado el proceso traumático, al desprenderse la cápsula propia del riñón; su no ruptura, y por ello la no formación del hematoma perirenal.

La forma como ha evolucionado el proceso traumático en un riñón muy lesionado; permitió que los síntomas clínicos no se reagvaran, pues la misma distensión capsular impidió la gran hemorragia.

Como se ha producido esta lesión: Creemos que ella ha sido motivada, por la flexión del órgano, al plegarse sobre las últimas costillas y en consecuencia, la ruptura del borde externo y la sección del riñón.

Los antecedentes del traumatismo sufrido, la sensibilidad, a la presión en la zona anterior e izquierda del abdomen, por encima de la línea umbilical y en la costo-vertebral; y la hematuria, nos indicaron la naturaleza del proceso.

Los síntomas generales, no fueron intensos de acuerdo a la gravedad de la lesión, constatada en el estudio del órgano extirpado, no existió shock, pues la distensión capsular, impidió la formación del hematoma perirenal y su propagación consiguiente. El estudio urográfico, nos mostró la presencia del otro riñón con buena función y discreta en el lesionado lo que confirma la opinión de Prather y otros que dicen que la visualización del órgano no excluya, la presencia de una lesión importante traumática.

No se observó borramiento del psoas ni desviación de la columna, hacia el lado opuesto, lo que nos hubiese indicado un hematoma perirenal.

Fuimos partidarios de la abstención, que es la regla; pues sabemos que pueden curar estos enfermos después de varios días de tratamiento médico, principalmente no observando al hematoma perirenal.

El enfermo fué intervenido después de una cuidadosa observación de su tensión arterial, su curva térmica, la intensidad del dolor; la no presencia del hematoma y de la hematuria intensa, que cedió probablemente por oclusión de coágulos; pero que volvió a reincidir con intensidad días más tarde, y la anemia intensa, lo que nos decidió a intervenir al enfermo. Al efectuar la lumbotomía optamos en el campo quirúrgico, ante la extensión del proceso traumático por la nefrectomía total, pues una parcial no excluía en un riñón lesionado hasta el bacinete, el que pudiera continuar la hematuria, lo que nos hubiese exigido efectuar una nefrectomía secundaria en un enfermo debilitado por su largo proceso.

Además la irregularidad del traumatismo hubiera impedido un afronte perfecto de la herida renal, con el peligro consiguiente.