

A PROPOSITO DEL TRATAMIENTO DEL ANTRAX DEL RIÑON

Por los Dres. ALBERTO E. GARCIA y JOSÉ CASAL

A raíz del trabajo presentado en la sesión anterior por el Prof. Ricardo Ercole, traemos a esta Sociedad nuestra contribución al tema, enfocándolo principalmente desde el punto de vista terapéutico.

La observación simultánea de dos enfermos portadores de ántrax renal, ambos con diagnóstico clínico y radiológico perfectamente definidos, en los que hubo necesidad de practicar terapéuticas distintas y la circunstancia de haber podido seguir la evolución de ambos pacientes por espacio de más de un año, nos permite exponer los resultados obtenidos.

En el primer caso, con diagnóstico indudable, fué suficiente la terapia penicilínica, mientras que en el otro fué indispensable la intervención quirúrgica por la existencia concomitante de una colección purulenta perirrenal.

Expondremos muy sumariamente ambas historias clínicas.

Caso I. — Hist. clín. 11.340. Ingresó el 28 de Febrero de 1946. O. A. C., 20 años, soltero, argentino.

No tiene en sus antecedentes familiares y personales nada de importancia.

Des semanas antes de la iniciación de su enfermedad tuvo un forúnculo en la región glútea izquierda.

Enfermedad actual. — Inicia su afección hace un mes con dolor lumbar difuso que luego se localiza en la región lumbar izquierda, con irradiación inguinal. Pocos días después, cuando febril de tipo remitente que oscila entre 36° y 39°5, escalofríos y quebrantamiento general.

El examen del enfermo revela una reacción de defensa muscular, con dolor a la presión y percusión de la fosa lumbar izquierda; se palpa el riñón de ese lado aumentado de volumen, doloroso y móvil.

Orinas turbias.

El hemograma acusa una acentuada leucocitosis polinuclear, el resto de su medio interno no arroja ninguna otra anomalía. Estudio radiográfico (3-III-46). La radiografía simple en el lado derecho (Fig. 3) muestra una imagen normal. Es perfectamente visible la sombra del psoas.

En el lado izquierdo, asiento de la afección, no se ve el contorno del nefrograma y el contraste del psoas ilíaco es apenas perceptible.

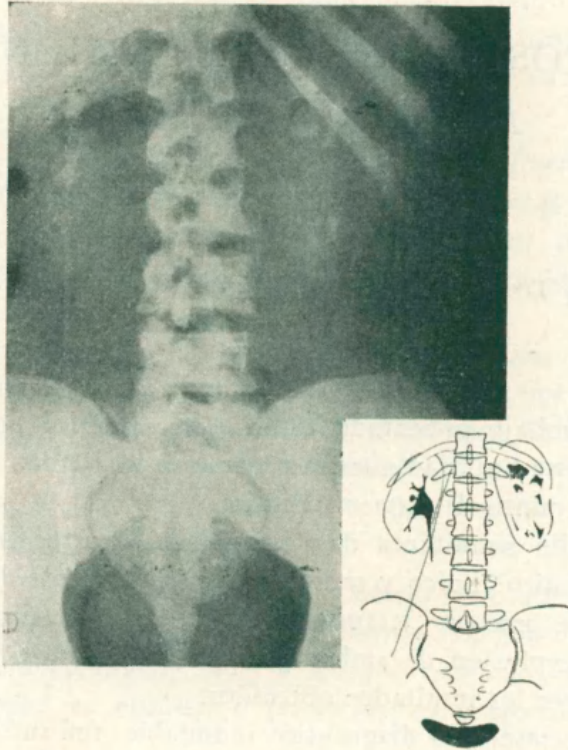


Figura 1
Radiografía al ser examinado por primera vez.

Una urografía por excreción revela en el lado derecho la glándula de tamaño y los cálices muy divididos y dilatados, especialmente el superior.

En el lado izquierdo el contraste de la sombra renal es perceptible a nivel del polo inferior, dibujando el órgano aumentado de tamaño, en posición normal.

La vía excretora está profundamente modificada en su configuración. A nivel de la porción media y del polo inferior hay una falta de relleno de los cálices con desplazamiento de los adyacentes, formando en conjunto una imagen en un todo semejante a la causada por una tumoración a ese nivel. No se visualiza la pelvis renal ni el ureter y hay una discreta dilatación calicular.

Con diagnóstico de ántrax del riñón izquierdo, basado en estos datos clínicos y radiológicos, se instituye terapéutica con penicilina, inyectándose por vía intramuscular 25.000 unidades de penicilina sódica cada cuatro horas hasta llegar a un total de 700.000 unidades Oxford.

La mejoría del enfermo fué rápida y desaparecieron la fiebre y el dolor. El volumen del órgano a la palpación se redujo, aclarándose las orinas.

Alta a los 17 días de su ingreso en excelente estado de salud y con fórmula leucocitaria normal.

El examen radiológico obtenido un año después da los siguientes datos (Fig. 2):

En el lado derecho, tanto la radiografía simple como la urografía excretora, salvo el ta-

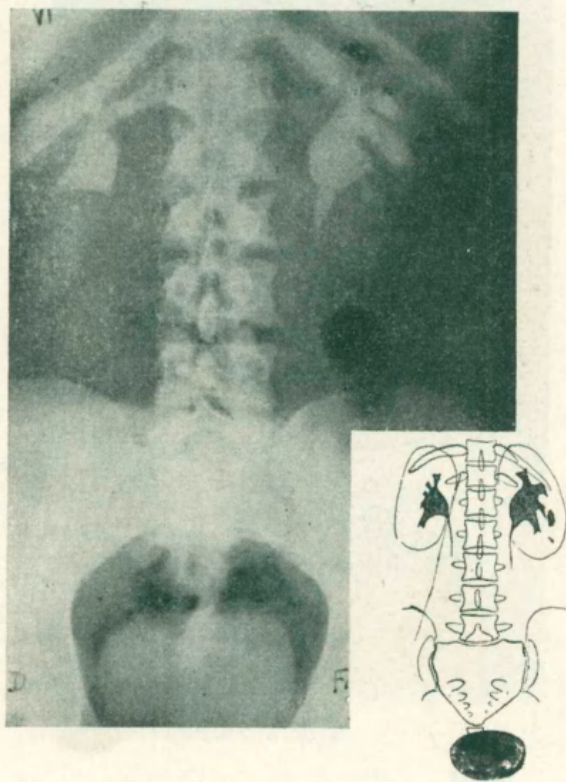


Figura 2
Radiografía de control.

maño de su vía excretora, son normales.

El contraste radiológico del psoas es semejante en ambos lados.

En el lado izquierdo el nefrograma es netamente perceptible y se observa a nivel de la unión de los dos tercios superiores con el tercio inferior, una escotadura del borde convexo renal que corresponde topográficamente a la zona muda observada en el examen radiológico anterior. La pelvis renal y los cálices están perfectamente visualizados y algo dilatados. La región no visualizada en la urografía obtenida hace un año, está ocupada por los cálices correspondientes en armonía de relación y discretamente ectásicos.

Radiológicamente ha habido una recuperación casi total de la vía excretora dentro de su anatomía, que presumimos no típicamente normal con anterioridad a la enfermedad.

Esta presunción es apoyada por la imagen del lado opuesto y por la coexistencia de mal-

formaciones de la columna vertebral (espina bífida oculta de la III, IV y V vértebras lumbares y canalización del sacro).

El resto del examen clínico y humoral de este enfermo es perfectamente normal al cabo de catorce meses de observación.

Caso 2. — Hist. clín. 11.352. Ingresa el 7 de Marzo de 1946. V. C., 35 años, agricultor, argentino, casado.

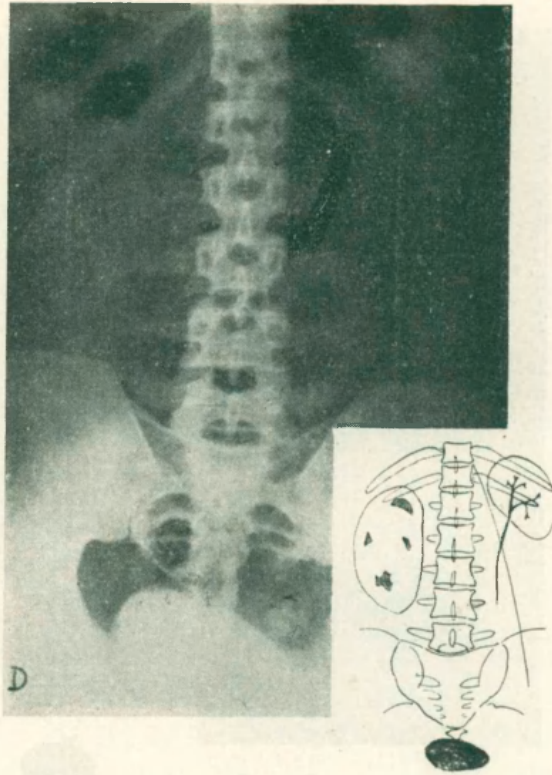


Figura 3
Urografía inicial.

Antecedentes familiares y hereditarios sin nada digno de mención.

Enfermedad actual. — Desde hace un mes dolor lumbar derecho que el enfermo atribuye a un esfuerzo. No da ningún otro antecedente de iniciación; el dolor se hace continuo, de intensidad progresiva, irradiándose a la región glútea y al miembro inferior derecho, cuyos movimientos son dolorosos, impidiendo la extensión completa del muslo. Fiebre de $38^{\circ}5$.

Antes de su ingreso se le aplicaron 300.000 unidades de penicilina que mejoraron el cuadro séptico, pero persisten el dolor y la impotencia funcional del miembro inferior derecho.

Estado actual. — Enfermo febril, $38^{\circ}5$. Fosa lumbar derecha empastada, con reacción muscular de defensa; se palpa una masa que ocupa la región, dolorosa, de límites difusos y poco móvil. No es posible la extensión total del miembro inferior derecho.

Orinas turbias.

El hemograma acusa leucocitosis polinuclear, el resto del medio sanguíneo es normal.

Estudio urográfico (Fig. 3). — En la radiografía simple puede verse la imagen renal izquierda en posición normal, de tamaño y densidad radiológica normales. No se ve a su nivel ni en el trayecto del ureter ninguna sombra patológica. La sombra del psoas izquierdo es netamente perceptible.

En el lado derecho, no es posible observar el contorno del nefrograma, igualmente no se ve el contraste radiológico de la masa muscular del psoas ilíaco y a su nivel hay en cambio una sombra de contornos imprecisos.

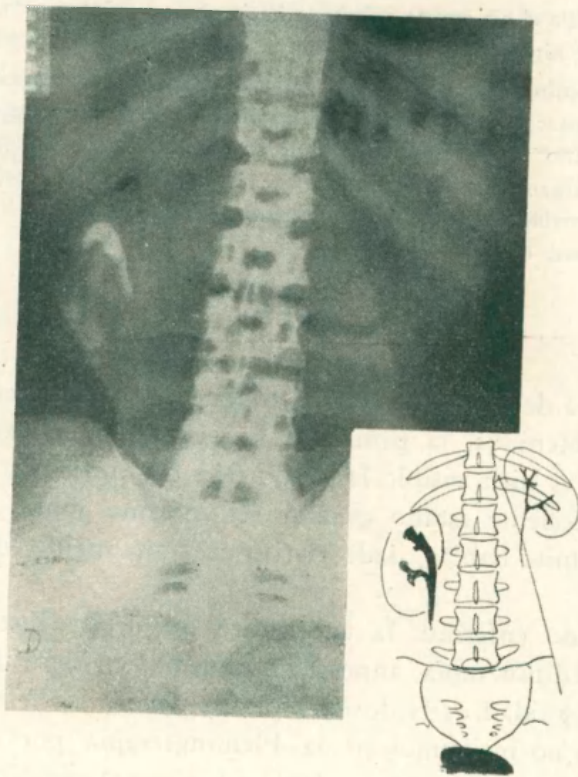


Figura 4
Urografía de control.

En la urografía excretora el riñón izquierdo y su vía excretora son normales.

El riñón derecho no se visualiza. La vía excretora presenta una imagen totalmente atípica, con separación marcada de los cálices, elongación de los mismos y falta de relación armónica en su aspecto general. El alargamiento de uno de los cálices inferiores es notable. No se ve la pelvis renal, hay discreta ectasia papilar y buena calidad secretoria a juzgar por la densidad radiológica.

Establecido el diagnóstico de absceso perirrenal derecho y ántrax del riñón, se efectúa una lumbotomía drenándose el absceso. La exploración de la glándula muestra una zona necrótica situada en el ecuador del órgano, que se enuclea, procediéndose a la decapsulación y taponamiento de la región necrosada.

El examen histopatológico obtenido de este material extirpado, que debemos al Prof. Monserrat, revela una masa fibroialina con intensa infiltración leucocitaria y con tendencia a la formación de microabscesos. Se administró penicilina intentivamente. Fué dado de alta, curado, el 9-V-46.

Tuvimos oportunidad de examinar nuevamente a nuestro enfermo al año de su alta; el examen clínico y los análisis de laboratorio no revelaron nada anormal. Goza de perfecta salud.

El examen radiológico efectuado, no da nada de particular en el lado izquierdo (Fig. 4).

En el lado derecho, es bien visible el nefrograma. El riñón aparece descendido, de tamaño sensiblemente normal, con el eje mayor orientado hacia-abajo y adntro. A nivel del borde interno dle polo superior se ve nítidamente una escotadura. No es perceptible la sombra del psoas.

En el lado izquierdo el nefropielouréterograma obtenido por excreción es normal. En el lado derecho creemos estar en presencia de una duplicidad pielocalicilar en un riñón en rotación incompleta, configurando una imagen atípica de su vía excretora. Es de notar, sin embargo, la disminución del alargamiento del cáliz inferior consignado en la urografía preoperatoria y también la mejoría notable de la capacidad secretoria del parénquima. En el urograma tardío se ve una discreta ectasia calicilar.

COMENTARIO

En el primero de los casos, con un diagnóstico basado en los datos clínicos y radiográficos obtenidos, la penicilina nos proporcionó excelentes resultados. Radiológicamente es bien visible la involución del proceso y desde el punto de vista clínico el excelente estado general del enfermo junto con la ausencia de síntomas, nos permite hablar, dado el tiempo transcurrido, de la curación total del proceso.

En el segundo enfermo, la terapéutica quirúrgica instituída, después del fracaso de la penicilinoterapia, aunque no podemos en rigor de verdad calificarlo de tal, dado la exigüidad de la dosis empleada, fué en cambio de eficacia categórica. En este caso no insistimos en la Flemingterapia por cuanto el enfermo ingresó a nuestro Servicio con una colección perirrenal constituída y clínicamente diagnosticable y en tales circunstancias no podíamos esperar de la quimiobioterapia resultados satisfactorios.

En nuestro criterio, la concomitancia de un absceso clínicamente reconocible exige la evacuación del mismo y en dichas condiciones la penicilina pre y postoperatoria puede evitar la extirpación a veces difícil y no exenta de riesgos del ántrax renal y favorecer extraordinariamente su curación.

Además, la existencia de una colección purulenta clínicamente diagnosticada, implica la noción de estar comprometida gran parte o la totalidad de la atmósfera adiposa perirrenal, y la evolución a la curación se hará a expensas de un proceso de esclerosis que, comprometiendo tan de cerca la cápsula propia del órgano, conceptos elementales de patología, demuestran la posibilidad de provocar trastornos de la función y de la anatomía de la región.

Por todo ello creemos conveniente en estas situaciones el drenaje precoz de los abscesos, el tratamiento de la lesión renal, la decapsulación para favorecer la circulación del órgano e intensa penicilinoterapia, tal como lo aconsejan conceptos modernos.

Por el contrario, en los ántrax del riñón, sin colección purulenta clínicamente individualizable, porque desde el punto de vista anatómico no se puede descartar la posibilidad de que haya pequeñas colecciones yuxta-lesionales, sin traducción clínico-semiológica, la penicilina en dosis suficientes y convenientemente prolongada puede tener éxitos notables.

En tales condiciones y con la vigilancia clínica y radiológica que la magnitud del proceso merece, más de una nefrectomía por ántrax, que significa una mutilación del enfermo, será evitada.
