

HERIDA LUMBAR DE LARGA EVOLUCION. CONSECUTIVA A UNA NEFRECTOMIA POR TUBERCULOSIS. CIERRE CON RESECCION AMPLIA A ELECTROBISTURI E HILO METALICO. (Presentación de enfermo)

Por el Dr. RICARDO BERNARDI

En concepto estrictamente práctico de estas comunicaciones, nos obliga a resumir en este largo título los hechos más destacados de la afección y el tratamiento seguido, con el propósito de facilitar el conocimiento de los hechos, dentro de la exhaustiva literatura médica existente.

La historia resumida es la siguiente: enfermo de 33 años de edad, castración derecha por tuberculosis hace 8 años; *nefrectomía* hace 1 y $\frac{1}{2}$ años (diciembre de 1945) en nuestro Servicio por una tuberculosis úlcero-caseosa como lo certifica el examen anátomo-patológico (Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Pedro Fiorito - Nº 4884).

4 días después de la *nefrectomía*, comienza a aparecer una secreción muco-purulenta a pesar del *rubber-dam* y la sulfamida local, con ligera congestión y edema de los bordes de la herida, produciéndose su dehiscencia total a los 25 días de operado.

En esta situación la herida operatoria se mostraba en todos sus diámetros, completamente abierta, presentando unas dimensiones aproximadas de 20 cm de largo por 6 cm de ancho en su parte media y 15 de profundidad. Los bordes eran de color rosado, suave y edematosos y las paredes laterales y el fondo, en el que se divisaban las inserciones del *psoas*, estaban cubiertos por una abundante secreción mucosa y pseudomembranas blanquecinas.

Una gama extraordinaria de medicamentos fueron empleados durante 5 largos meses, infructuosamente: toda clase de sulfamidas en polvo, solución y pomada; líquido de Gillot en distintas concentraciones; penicilina por vía parenteral y local; curetajes intensos y repetidos de la herida; rayos ultravioletas; alimentación rica en proteínas, para prevenir o tratar la posible hipoproteinemia; vitamina C en altas dosis, con el propósito de aumentar el "cemento" intercelular, etc., etc. A pesar de ello, el aspecto de la herida continuaba inalterable: la persistente atonía de sus bordes y superficies cruentas constituían un motivo de angustia para el paciente y de intensa preocupación para nosotros.

El enfermo, que en el primer mes del post-operatorio había aumentado varios kilos de peso, comenzó a disminuir en forma rápida y alarmante a continuación, a pesar del tratamiento

tónico general, teniendo en cuenta el terreno bacilar, afectado por una profunda depresión moral de la que participaba su esposa ampliamente y sin ninguna ocultación, en virtud, por otra parte de la afligente situación económica que creaba a ese hogar la prolongada inactividad del paciente.

Reinternamos al enfermo en nuestro Servicio y el día 8 de mayo del año pasado, *vale decir, hace 13 meses*, aproximadamente, decidimos tratar su complicación post-operatoria. Con anestesia local, realizamos una resección amplia con el electrobisturí de los bordes de la herida en una

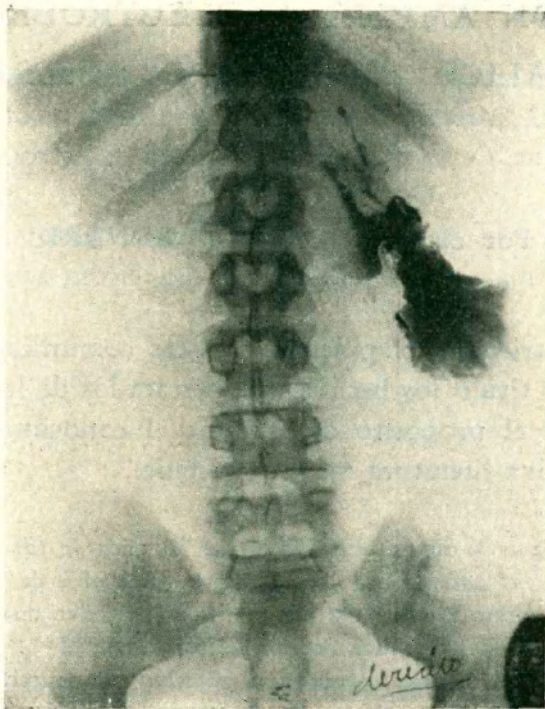


Figura 1

extensión de 2 cm y de las caras laterales, extrayéndose 2 colgajos en forma de verdaderas "rebanadas" de casi 1 cm de espesor y que comprendían toda la superficie cruenta, hasta su profundidad, en forma muy amplia; la hemorragia fué abundante al seccionar los brotes carnosos de la profundidad, por lo que debimos, en algunas partes, ligar separadamente pequeños vasos arteriales; sulfamida local 8 gr. y afrontamiento de la herida con 4 puntos metálicos (*hilo de bronce más bien grueso*) que pasando a 2 ½ cm de los bordes, penetraban a la mayor profundidad posible con el propósito de adosar, generosamente, las superficies entre sí. El espacio muerto existente en la profundidad lo rellenamos con gasa iodoformada y a los efectos, también, de cohibir la hemorragia en napa.

El resultado fué extraordinario: la herida cerró de primera intención en las zonas afrontadas por los hilos metálicos y en su inmediata vecindad, observándose entre ellos, sin embargo, algunos trayectos por los que fluía una secreción sero-mucosa, que venía de la profundidad, abundante durante los primeros días y que fué disminuyendo paulatinamente hasta desaparecer en su casi totalidad, varios meses después.

Al mes y medio, aproximadamente, de la operación. (28 de junio de 1946). le hicimos

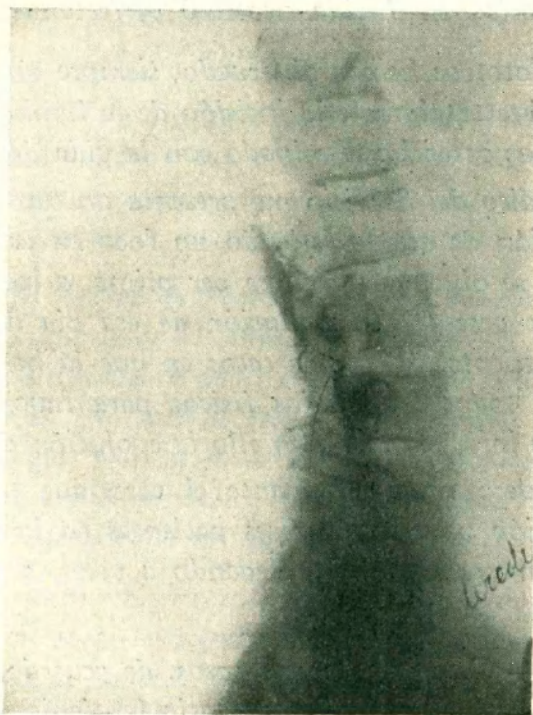


Figura 2

estas interesantes radiografías N° 1 y N° 8 con relleno de la profundidad de la herida, inyectándole 30 c. c. de iodolipol al 50 % a través de uno de los trayectos descriptos. Se observa en ellas como la sustancia se difunde por una cavidad amplia todavía en su extremo antero-inferior, pero a varios cm. de la superficie cutánea.

En la actualidad, a más de 1 año de su segunda intervención, podemos observar el excelente estado general y local de esta herida, con ausencia absoluta de *eventración* a pesar del fracaso de su cicatrización "per priman".

En resumen, el objeto de esta comunicación es el de presentarles un interesante caso de exitosa cicatrización, obtenida mediante el empleo del electrobisturí e hilo metálico en una herida consecutiva a una nefrectomía por tuberculosis renal cuya rebeldía todos conocemos.

DISCUSIÓN

Dr. Surra Canard. — *En el Hospital Salaberry, en 1931, tuvimos oportunidad de observar una evolución similar de absceso secundario a una nefrectomía, en una obesa de 120 kilos. Se hizo dehiscencia completa de la herida operatoria que tenía 40 cms. de largo por 20 cms. de profundidad. Se trató un año y dos meses con rayos ultravioletas, con la particularidad de que la radiación era muy intensa. Era una radiación actínica de media hora a 20 centímetros de distancia. La herida cicatrizó perfectamente.*

D. Vilar. — *Nosotros hemos observado, siempre que existe otro foco en actividad, que se reabre totalmente la incisión de la lumbotomía. Desgraciadamente, algunos de esos casos ha terminado con la vida del enfermo.*

Cuando un médico del Servicio me presenta un caso para ser nefrectomizado, hago la objeción de que, existiendo un foco en actividad, si se hace la nefrectomía, aunque se obtenga un cierre per prima, a los pocos días se reabre totalmente la vía de acceso. La evolución de esa vía de acceso depende del estado general del paciente. Tuvimos casos en que la herida ha cicatrizado al año y hemos usado todos los medios físicos para favorecer la cicatrización. Indudablemente, que influye mucho en ello la evolución del otro foco.

Por eso, considero muy interesante el caso que trae el Dr. Bernardi, porque es una solución para esos pobres pacientes en los que la evolución de la herida es de seis meses a un año, llegando a veces, a terminar con la vida del enfermo.

Dr. Bernardi. — *Creo que en esos casos, de acuerdo a la opinión vertida por el doctor Vilar, tiene mucha importancia la técnica seguida.*

Nosotros, sistemáticamente, realizamos la sección del uréter y después la del pedículo. Algunos cirujanos hacen primero la sección del pedículo vascular y después la del uréter, con el propósito de no infectar el campo. En este caso, habiendo habido una participación del uréter, nosotros, de acuerdo a la opinión del doctor Vilar, debíamos haber hecho la nefreureterotomía total. La lesión tuberculosa era muy avanzada; estábamos en una lesión ulcerosa caseosa y el uréter estaba engrosado.

Con el fin de realizar una intervención mínima, efectuamos la nefrectomía con el procedimiento clásico, es decir, primero la sección del uréter y después la del pedículo. Allí tuvimos que haber hecho primero la sección del uréter y después, extirpar el riñón. Creo que esa pudo haber sido la causa de la dehiscencia.

Estoy de acuerdo con lo que manifiesta el doctor Surra Canard sobre la

cicatrización, en el sentido de que, a veces, se prolonga en forma indefinida. Por eso, no pienso esperar en lo sucesivo un año ni dos, como me sucedió con una enferma que estuvo con su herida abierta durante un año y medio. En adelante, si a los pocos meses, no mejora el enfermo, extirparé el foco y de lo contrario, recurriré a este procedimiento que nos ha dado gran resultado, porque si bien a veces se obtiene la curación en un plazo muy largo, la pared queda debilitada y el doctor Surra Canard ha de convenir conmigo que en el caso de su enfermo, habrá quedado una gran eventración.

Dr. Surra Canard. — Hasta el momento que seguí a la enferma —hace de ello 5 ó 6 años— no había eventración.

Dr. Gorodner. — Me permitiría sugerirle al doctor Bernardi, que ensaye un poco la estreptomocina, para ver qué resultados se pueden tener, antes de recurrirse a procedimientos quirúrgicos. Como es un medicamento con el que no tenemos mayor experiencia, considero que podríamos probarlo.

Dr. Vilar. — Al hablar de "otro foco", me refería a focos pulmonares. El uréter lo descartamos desde el momento que no lo incidimos. Recién lo seccionamos una vez suturada la piel. De modo que el uréter no es problema para nosotros. Cuando hay atresia del meato, hacemos la ureterotomía total llegando hasta la vejiga, pero si no existe atresia del meato, abocamos sistemáticamente el uréter a piel, es decir, sobre gasas. Ese uréter sirve de drenaje y no tuberculiza la loge porque no abrimos en ningún momento el uréter.

Dr. Bernardi. — En ese sentido, ese procedimiento es muy cómodo, pero a veces puede salir un poco de orina por allí. La idea me parece muy buena. Eso está más o menos de acuerdo con lo que decimos, de seccionar primero el pedículo vascular y después, el uréter.
