

AÑO 25. N° 7-10 SETIEMBRE-DICIEMBRE 1938

SECCION
MEDICINA

para atender un enfermo que a raíz de un traumatismo en región lumbar, acusaba signos de gravedad que alarmaron a los familiares y recurrieron al facultativo.

En presencia del enfermo, que hacía ya dos horas había sufrido el accidente, constaté con sorpresa, una extremada palidez, acompañada de un estado de astenia marcadísimo y un agudo dolor que era localizado en flanco y región lumbar derecha.

El pulso latía a 100 pulsaciones por minuto, hipotenso, pequeño; la coloración de las mucosas corría paralela con la coloración de la piel, aparentemente, estaba en presencia de un cuadro de shock; la palpación del flanco derecho era muy difícil, el dolor no la permitía realizar, pero se alcanzaba a notar una resistencia muscular franca, que impedía profundizar el examen.

Este síntoma no se localizaba al flanco únicamente, si no que se irradiaba hacia la pelvis y el testículo del mismo lado, con carácter permanente y en grado excesivo.

Pero, lo que más llama la atención del enfermo y sobre todo de sus familiares, es la coloración oscura de la orina; efectivamente, examinada ésta, compruebo que es francamente hemorrágica, macroscópicamente era sangre que dejaba las paredes del recipiente que la contenía, con un marcado tinte rojo.

La idea de un estallido de riñón por traumatismo directo de la región lumbar se imponía en mi sentir.

Prescribo tónicos cardiacos, suero fisiológico y glucosado, hielo localmente, así como un examen citológico de sangre.

Dos horas después, examino nuevamente al enfermo y constato con sorpresa, que el flanco derecho del abdomen estaba ocupado por una tumoración redondeada uniformemente que se podía abarcar con facilidad por la palpación bi-manual, de consistencia al parecer líquida, pero a gran tensión.

El examen citológico, señala una anemia de 280000 glóbulos rojos y las nuevas micciones se presentan con las mismas características que la primera, persistiendo el primitivo estado general, con un pulso más frecuente y una facie anémica más marcada.

Se realiza una transfusión de sangre de 500 gramos, que es

perfectamente tolerada y que parece hacer reaccionar al enfermo.

La práctica profesional y sobre todo en lo referente a la cirugía de urgencia practicada durante cinco años en la Sala de Policía del Hospital San Roque, donde había visto muchos enfermos con diversas afecciones de riñón, me imponían una conducta expectante, pero dispuesto en cualquier momento a la operación urgente, si una vez agotados los medios o el tratamiento médico, no cedieran los signos hemorrágicos.

Dos horas más tarde, vuelvo a examinar otra vez el enfermo y constató: aumento de la tumoración del flanco, apreciable ya, en forma grosera, del tamaño de una cabeza de feto, que hacía relieve marcado en el abdomen anterior, el dolor había aumentado notablemente a pesar de una inyección de sedol; dos vómitos, que se repitieron en un corto intervalo y un pulso de 120 por minuto, indicaban con absoluta precisión la conducta que debía imponerse.

Resuelta la intervención de urgencia, se practica ésta ocho horas después de haber sufrido el traumatismo, con anestesia general al éter y previa inyección de tónicos cardiacos y sueros, teniendo preparados de antemano 500 gramos de sangre para una nueva transfusión que debía practicársele durante el acto operatorio.

Colocado el enfermo en la posición conveniente para las intervenciones del riñón, se practica la incisión de Bergman, desde el borde inferior de la duodécima costilla, junto al borde externo de la masa de músculos espinales, dirigiéndose luego hacia abajo y adelante hasta terminar en el punto medio de una línea trazada desde el ombligo a la espina ilíaca antero-superior, modo más fácil de poder alargar la incisión hacia adelante en caso de tener que explorar el uréter.

Abierta la piel y tejido celular, relativamente escaso, se nota que los pequeños vasos de la misma casi no sangran, revelando que la tensión sanguínea en los mismos era mínima.

Llegado a las masas musculares donde se constata que éstas son voluminosas y potentes, se seccionan una por una y se llega

a la cara posterior de la facia renal, que inmediatamente hace hernia por la incisión que ya efectuamos.

Una coloración obscura de esta facia y un contenido del mismo aspecto, indicaban bien a las claras que el diagnóstico había sido bien orientado.

Abierta la facia, sale a presión una cantidad apreciable de coágulos y sangre; se continúa la toilet para poner al descubierto el riñón, tarea que resulta un tanto dificultosa, por la gran cantidad de éstos y finalmente se descubre, por la palpación primero y se exterioriza luego, el órgano que aparece estallado en su parte media y polo inferior, por donde la hemorragia se evidencia en forma inconfundible.

Exteriorizado el riñón, maniobra que ofrece algunas dificultades por el espesor de la capa muscular, se individualiza el pedículo que es tomado por una doble ligadura de catgut crómico y se completa la sección del mismo.

Una toilet prolija de la loge renal, con lavado al suero fisiológico hasta quedar ésta completamente limpia; se constata luego la integridad del peritoneo posterior, dejando un drenaje de Mickulis y cerrando la pared en cuatro planos, facia renal, capa muscular en dos planos y finalmente tejido celular y piel.

La intervención fué perfectamente tolerada, la transfusión se practicó a los pocos minutos de iniciada ésta y la anestesia se realizó sin inconveniente alguno.

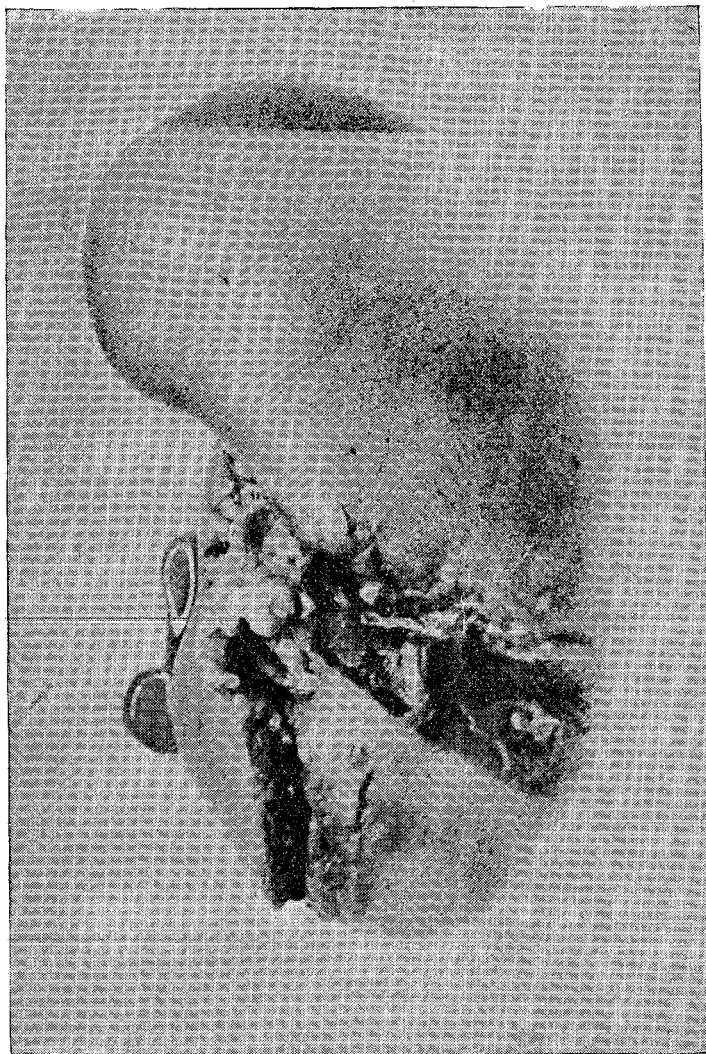
Examinada la pieza detenidamente, constatamos que la pérdida de substancia del parenquima renal era enorme, no se podía pensar en una sutura dado que la herida no se limitaba a ser única, sino que era triple y abarcaba todo el polo inferior y parte del tercio medio, y además era completa a excepción de un pequeño pedículo adherido al hilio del riñón.

El post-operatorio, se desarrolla sin novedad, el pulso se normaliza, el estado general se repone rápidamente; a los cuatro días se moviliza el Mickuliz, el dolor desaparece, la orina comienza a aclararse inmediatamente después de la operación, llegando, cuarenta y ocho horas después a ser macroscópicamente normal.

Un dosage de urea practicado al cuarto día, da 0.48 por

o|oo en la sangre y un examen de orina hecho al día siguiente, no acusa nada anormal.

La diuresis es abundante, las primeras 24 horas llega a 1000



Fotografía del riñón extraído, donde se aprecia con exactitud, las consecuencias del traumatismo

gramos, para ser en lo sucesivo de 1500; no acusa temperatura, apetito bueno.

A los ocho días se sacan los puntos y queda solamente sin

cerrar la parte correspondiente al sitio donde había estado el drenage, que poco después cierra completamente.

Es dado de alta a los doce días de operado en perfectas condiciones, aconsejándole vuelva cada tres días y observe periódicamente la eliminación de orina.

La marcha del convaleciente hasta un mes después de su nefrectomía, no acusa trastorno alguno, por lo que se lo da por definitivamente curado.

La fotografía que publicamos, hecha varios días después que la pieza ha estado en formol, aparece ésta, retraída y de un tamaño menor al normal, pero a pesar de todo, se comprueba la magnitud de la lesión y explica en forma inequívoca todo el cuadro de gravedad que presentaba el enfermo después de sufrir el traumatismo, así como la oportunidad de la intervención, que a buen seguro, si ésta se dilata, no hubiera sido posible conjurar el peligro inmediato de una anemia aguda o de una gran sepsis que habría terminado con el enfermo.

Este cuadro basta por sí solo para demostrar lo perjudicial de un sport, cuando éste se practica en forma brusca y al margen de la cordura y las buenas formas.