

RUPTURA PATOLOGICA DEL RINON

Por el Dr. OSCAR CARREÑO

Se trata de un paciente, T.E.G., argentino, de 51 años, procedente de Villa Dolores (Córdoba), quien refiere que hace aproximadamente un año comienza con dolor en flanco izquierdo irradiado a testículo y acompañado de tenesmo vesical. Su poca intensidad le permite tratarlos con geniol y friegas de untisal, y cede al cabo de dos días. Dura quince días su bienestar; luego aparece polaquiuria, ardores con la micción y algunas veces orinas teñidas con sangre. Consulta a un facultativo que le prescribe dihidroestreptomocina y cloromicetina con lo que consigue relativa mejoría.

Una hematuria de importancia lo decide a venir a esta capital y concurrir a la consulta en la sala de Urología del Hospital Rawson. Ni en sus antecedentes familiares, ni personales se encuentra nada digno de mención.

En su estado actual acusa polaquiuria y ardores con la micción. Las orinas son turbias. El examen clínico revela la integridad de sus diversos sistemas.

El estudio radiográfico simple y excretorio de su árbol uninario muestra la ausencia de imágenes litiásicas, una buena eliminación en el lado derecho con nefrograma normal y una falta de función en el lado izquierdo.

Los exámenes de laboratorio de rutina, revelan la presencia de bacilos de Koch en orina como único dato positivo.

Se efectúa pielografía ascendente izquierda de la que el médico que la realiza refiere, no haber inyectado más de 8 ó 10 cc de medio de contraste, habiéndole despertado dolor de moderada intensidad permitiéndole al paciente regresar a su domicilio después de un rato, en perfectas condiciones.

A la mañana siguiente concurre el paciente al Servicio, refiriendo que al atardecer del día anterior fué presa de intensos chuchos de frío, temperatura, dolor fuerte en región lumbar y flanco izquierdo y hematuria.

Lo encontramos al examinarlo, profundamente intoxicado, temperatura cerca de 40°, dolor vivo en flanco defendido, taquicárdico, sudoroso, pálido. Se efectúa un cateterismo ureteral que dió algunos centímetros cúbicos de orina sanguinolenta, consiguiendo ya marcado alivio. Internado de urgencia, se prescribe tratamiento antibiótico con penicilina y estreptomocina. Bolsa de hielo local, tonificación cardíaca y sueros completan la terapéutica.

Veinticuatro horas después está muy mejorado y al tercer día todo entra en orden.

Se interpretó el cuadro como una pielonefritis ascendente por la agresión pielográfica.

Diez días después el paciente en perfectas condiciones es llevado a la intervención quirúrgica con el diagnóstico de tuberculosis renal izquierda.

Cirujano Dr. Carreño, ayudantes: Dres. Sánchez Sañudo - Ponte. Anestesia general con intubación.

Abierta la pared por lumbotomía a lo Israel, nos sorprendió encontrarnos con una enorme masa con el aspecto semejante a los grandes tumores renales y que sobrepasaba los límites de la incisión. Se fué liberando cuidadosamente esta masa y en un momento dado, al abordar la cara posterior tuvimos la sensación de caer en una cavidad. Sale abundante sangre vieja, coágulos y orina hemática. Visualizamos la superficie del riñón y recién en este momento advertimos, que la masa que liberábamos era una enorme colección de coágulos y contenido urohématico limitado por la cápsula fibrosa de la celda renal.

Se efectuó la nefrectomía siendo dado de alta el enfermo a los pocos días en perfectas condiciones.

Informe anatomopatológico Dr. David Hojman.

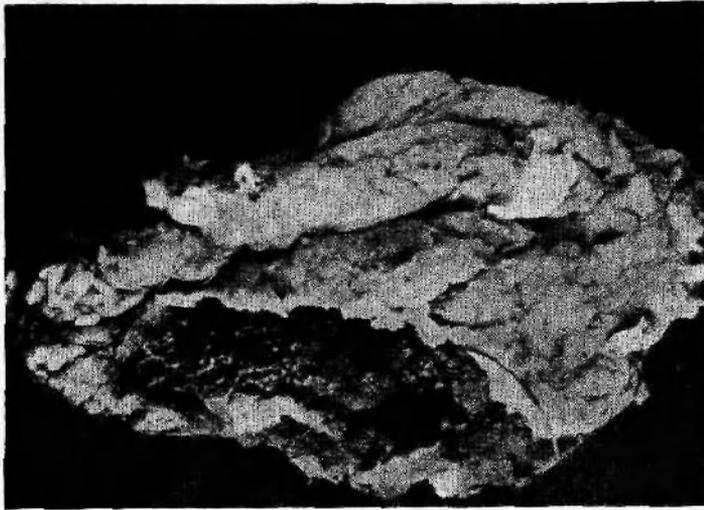
Material: Riñón y tejido celular perirrenal.

Macroscopia. El tejido celular perirrenal forma una masa que mide 25 cm en eje vertical, 13 cm en eje transversal y 9 cm de espesor. La celda renal se halla contorneada por una

hemorragia difusa y masiva. El riñón mide: 12 x 3.5 cm y se halla cubierto por coágulos adherentes. En la cercanía de su polo superior, existe una solución de continuidad irregular de 3 mm de diámetro, que comunica por un corto trayecto con una caverna subcortical. Al corte: nódulos caseosos irregulares de hasta 7 x 5 mm.

Microscopía: Zonas de necrosis de caseificación que tienden a confluir rodeadas por tejido de granulación linfoepitelioide, ubicación en cortical y medular.

Parénquima circundante normal. Hematoma subcapsular y perirrenal reciente.



Consideraciones: Hemos rotulado a esta lesión como "ruptura patológica del riñón" usando la terminología que se emplea en las fracturas de los huesos portadores de lesiones previas, y en los que el mecanismo está más en relación con la debilidad de los tejidos que con la intensidad de la agresión. Creemos que por muy torpe que sea una inyección de medio de contraste a través de un cateter, difícilmente puede romper un riñón con su parénquima íntegro.

Pensamos que muchos cuadros dolorosos y febriles post-pielográficos, pueden tener este mecanismo, aunque sin llegar a tal magnitud.