

## DOS CASOS DE TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

Por el Dr. JUAN LURASCHI

Presentamos dos casos de hipertensión, en los cuales, con tratamiento médico no se obtuvieron resultados satisfactorios.

*Ier. caso:* V. J. A. 37 años, casado, empleado.

*Enfermedad actual:* refiere nuestro paciente que hace un año, al ser sometido a un examen clínico como dador de sangre, es rechazado por su hipertensión arterial.

*Estado actual:* (al ingreso a nuestro servicio de Urología del Hospital Rawson) 21-4-59. Enfermo sin ninguna sintomatología y con muy buen estado general; su tensión arterial es en este momento: 280mmHg Mx y 160mmHg mm. Realizados los exámenes de los distintos aparatos, es el circulatorio el que presenta mayor alteración, pues a la auscultación revela un 2do. tono aórtico reforzado; el electrocardiograma presenta una desviación de su eje eléctrico. Se completa este estudio con un fondo de ojo, cuyo resultado es: aparato visual grupo II. El laboratorio informa: orinas límpidas muy coloreadas, con densidad 1020. Resto sin particular. Sedimento urinario: células planas, leucocitos normales, uratos de sodio, algunos piocitos. Azoemia 0,50. Glicemia 1,10. Fenol 53 %. Clearance 79 %. Recuento globular: Rojos 4.300.000; Blancos 9.000. Hemoglobina 82 %. Eritrosedimentación: 1ª hora 5. 2ª hora: 18. Índice de Katz 7.

*Estudio radiológico:* radiografía simple: sombras renales en situación normal; no se observan imágenes con caracteres litiásicos.

*Urograma de excreción:* buena función bilateral.

Se practica un enfisema retroperitoneal para descartar alteraciones en glándulas suprarrenales, conjuntamente con pielografía ascendente doble, visualizándose en el mismo lesiones de carácter inflamatorio a predominio lado derecho.

El 21-V-59 se realiza intervención quirúrgica. Cirujano: Dr. Trabucco; ayudantes doctor Luraschi y Ponte. Anestesia general. Incisión dorsolumbar izquierda, con resección de 12ª costilla. En un primer tiempo suprarrenectomía (glándula cuyo peso es de 5,20 g.), continuando el acto quirúrgico con la resección de ganglios simpáticos lumbares y los troncos situados entre ellos.

La tensión arterial antes de la intervención era de: Mx 290, durante la intervención Mx 220 y al finalizar la operación Mx 200. Post-operatorio normal.

Se medica al paciente con sangre 500 c.c. durante la operación. Luego con penicilina 500.000 unidades cada 12 horas y estreptomocina 0,50 g. cada 12 hs. Suero glucosado 500 c.c. cada 12 horas. DOCA 1 ampolla cada 12 horas, Hidrocortina 1 c.c. cada 24 horas. Día 22: Enfermo en buen estado general. Tensión: Mx 170, Mm 110. El dosaje de sodio es de 113 Meq. y el potasio 3,6 Meq. Suero fisiológico 500 c.c. IV. Hidrocortina 1 c.c. cada 24 hs., DOCA 1 ampolla cada 12 hs. Día 23: enfermo en buen estado general. Mx. 200. Mm. 110. Día 24: M. 220 Mm 110. Día 26: Mx 230 Mm 110. Día 28: Mx 230 Mm 110. ALTA.

Continúa en observación por Consultorio Externo.

*II caso:* A. D. 35 años. Soltero, mecánico.

*Enfermedad actual:* Refiere que desde hace 3 años, padece de cefalalgias sumamente intensas, en ocasiones vértigo y además edema en miembros inferiores. Su tensión arterial pese a los tratamientos efectuados oscila siempre 300 Mx, 180 Mm.

*Estado actual:* ingreso al Servicio 5-11-58.

Enfermo sumamente pálido, asténico, con edemas en miembros inferiores, y una poliuria muy intensa. La tensión arterial se mantiene siempre dentro de las mismas cifras. En el examen de aparato circulatorio llama la atención su corazón agrandado, ya que su punta se desvía hacia abajo y afuera, con un segundo ruido aórtico, muy reforzado, y un electrocardiograma que denota desviación del eje eléctrico a la izquierda, y además inversión de la onda T en I y II derivación. Fondo de ojo: aparato visual grupo IV (edema de papila, hemorragias y exudados).

El laboratorio informa: orina densidad 1.008, albúmina; sedimento urinario: cilindros granulosos y epiteliales. Azocemia: 0.70. Glucemia 1 g.

Las pruebas funcionales repetidas en varias oportunidades revelan el grado de insuficiencia tanto glomerular como tubular. Descartamos entonces el estudio radiológico completo, realizando solamente una radiografía siempre, que nos revela imágenes renales en situación normal, no visualizándose ninguna con caracteres litiasicos.

El 18-11-58 se le practica intervención quirúrgica. Cirujano: Dr. Trabucco. Ayudantes: Dr. Márquez y Dr. Luraschi. Anestesia general.

Incisión dorsolumbar izquierda, con resección 12ª costilla. Se comienza con suprarrenalectomía (glándula 6,50 gr. de peso) continuando luego con la resección de ganglios simpáticos lumbares y los troncos situados entre ellos. La tensión arterial al comienzo era Mx 290, Mn 180, durante la operación Mx 280 y al finalizar Mx 220.

Post-operatorio normal. Se lo medica con sangre 500 c.c. durante la operación. Luego Penicilina 500.000 u. cada 12 hs., estreptomycinina 0,50 g. cada 12 horas. Suero glucosado 500 c.c. cada 12 hs. DOCA 1 ampolla cada 12 hs. Hidrocortisona 1 c.c. cada 24 hs.

19-XI-58: enfermo en buen estado general. Tensión Mx 190 Mm 140. Penicilina y Estrepto igual. DOCA 1 ampolla cada 12 hs. Hidrocortisona 1 c.c. cada 24 hs. 20-XI-58: Tensión Mx 200. Mm 150. Medicación igual. 21-XI-58: 210 Mx, Mm 150. Se suspende antibióticos. Resto igual. 22-XI-59: Tensión Mx. 220, Mm. 150. 23-XI-58: Tensión 240 Mx., Mm. 150. 24-XI-58: Tensión Mx 240, Mm 150. *Alta*, continúa en observación en consultorio externo.

Si bien ambos casos son de una gravedad muy desigual, presentan de común la negatividad ante todo tratamiento médico, motivo que nos llevó a practicarles el acto quirúrgico combinado, que si bien con el mismo no llegamos a la curación total, obtenemos por la simpatectomía una vasodilatación esplácnica, acompañada de hipotensión ortostática y de inhibición de reflejos presores, cuyo resultado es una mejoría de la cefalalgia y de la descompensación cardíaca, por la desviación del retorno venoso al corazón.

Con la suprarrenalectomía se consigue una deplección de sodio y cloro, requisito necesario que favorecerá el descenso de la tensión arterial, regresión de la retinopatía y mejoría de la insuficiencia y tonismo del corazón.

Luego de esta regresión sintomática, podemos nuevamente intentar los tratamientos médicos adecuados.