

Pol. clínico de Avellaneda. Servicio de Urología.
Jefe: Dr. Alberto J. Claret;
Servicio de Clínica Médica. Jefe: Dr. Juan C. Etcheves

HIPERTENSIÓN ARTERIAL PERMANENTE. NEFRECTOMÍA. CURACIÓN SEIS AÑOS DE EVOLUCIÓN

Por los Dres. ALBERTO J. CLARET, JUAN CARLOS ETCHEVES
y AÍDA D. DE RESSIA

Hace aproximadamente 20 años los cardiólogos e internistas entendíamos que en materia de etiología de hipertensión arterial el 95 % eran esenciales y el 5 % secundarias. Con los progresos habidos últimamente hoy pensamos que esas cifras han variado y con 80 y 20 % respectivamente. Ahora bien como en la mayoría de los casos de hipertensión arterial secundaria la causa puede ser eliminada resulta que hoy un porcentaje importante de estos pacientes pueden curarse. El caso que en esta oportunidad presentamos es un ejemplo elocuente de ello:

Historia clínica: A. H. de O. Veinte años, Q. D., casada, paraguaya. Fecha de ingreso: Internada en el Servicio de Clínica Médica el 9-XT-1957.

Antecedentes familiares: Padre vivo, 65 años, aparentemente sano. Madre 57 años, hipertensa. Una hermana fallecida a los 24 años por eclamisia. Dos hermanos afectados por neurosis de angustia. Tres hermanos vivos y aparentemente sanos.

Antecedentes personales: Nacida de parto eutócico. Lactancia materna. Deambulación y locuela en épocas normales. Sarampión, coqueluche y varicela en primera infancia. Amigdalectomía a los 8 años. Menarca a los 13 años, tipo 6/30-32. Hipermenorreica, algomenorrea de expulsión. Flujo escaso. Casada a los 20 años con hombre sano. Gripe "asiática" hace dos meses, recuperó sin inconvenientes. Hasta hace nueve meses efectuaba dieta hiposódica e hipoproteica por indicación médica, la que abandonó al trasladarse a la Argentina desde su país natal (Paraguay). Su mayor peso fue de 60 kg hace cuatro meses.

Enfermedad actual: Desde la edad de 18 meses, a raíz de cuadro caracterizado por vómitos y cefaleas, se sabe portadora de una afección renal. La terapéutica fue de reposo, balneoterapia y dieta alimentaria. A los 8 años su tensión arterial era de 180/mm Hg. ignorando la mínima. Cefaleas, mareos, palpitaciones, astenia, disnea de esfuerzo, polaquiuria y nicturia son sus síntomas predominantes. No refiere haber padecido edemas. A pesar de los tratamientos instituidos su tensión arterial no bajó de 180/mm Hg. de máxima.

Estado actual: Paciente lúcida, afebril, decúbito indiferente. Cabeza y cuello: s/p. Examen físico de pulmones: s/p. Se ausculta el 2º ruido cardíaco acentuados en los focos de la base. No se auscultan ruidos adventicios. T. A.: 180/110 (Riva-Rocci). Pulso radial amplio y tenso. Frecuencia 85.

Abdomen: nevo pigmentario en zona paraumbilical izquierda. Cuerda cólica izquierda espástica y dolorosa a la palpación profunda. Se percute el borde superior hepático en IV espacio intercostal derecho, borde anteroinferior no se palpa. Se palpa polo inferior de riñón izquierdo. Bazo se percute dentro de los límites normales. Examen neurológico sin particularidades dignas de mención.

Fundus Oculis: discretas modificaciones vasculares. Retina y papilas normales. E.C.G. sin valor patológico definido. (Fig. 1.)

Telerradiografía de tórax: área cardiovascular que corresponde a corazón de tipo globuloso.

Laboratorio: Glucemia: 1 g 0/00; azoemia: 0,50 g 0/00.

Orina: Densidad 1021. Alcalina. Vestigios de proteínas. Abundantes fosfatos amorfos. Regular cantidad de uratos de amonio. Escasas células epiteliales planas. Escasos leucocitos. Escaso pus. (La enferma tiene flujo.)

Hemograma: normal en todos sus valores.

Prueba de la concentración urinaria: satisfactoria en dos controles, con ocho días de intervalo. Prueba de Quick (con glicocola): ácido benzoico eliminado 3,82 g % (23-XI-57); 3,88 g % (30-XI-57).

Urea clearance: 1ª hora 68,8 %; 2ª hora 63,8 % expresado en porcentaje del promedio funcional renal normal.

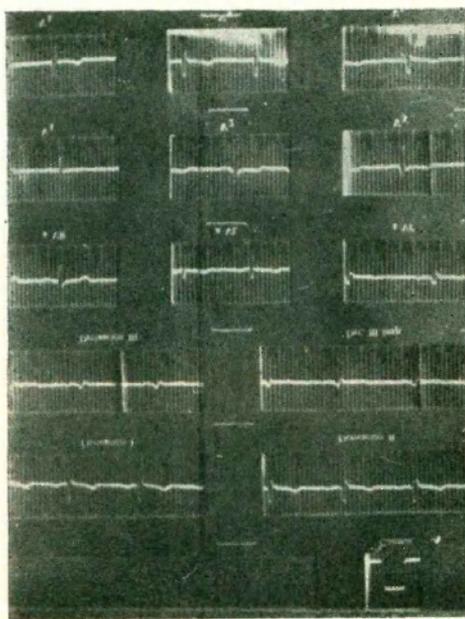


FIG. 1. — Electrocardiograma sin mayor valor patológico.

Examen bacteriológico de orina: directo, no se observan gérmenes; cultivo, no desarrollan gérmenes.

Examen de orina extraída por cateterismo ureteral, de ambos riñones por separado: riñón izquierdo: cloruros 17,6 g‰; urea: 27,72 g‰; riñón derecho: poca muestra; urea: 17,62 g‰.

Test de la Regitina: Se realizaron dos pruebas que fueron positivas. (Figs. 2 y 3.)

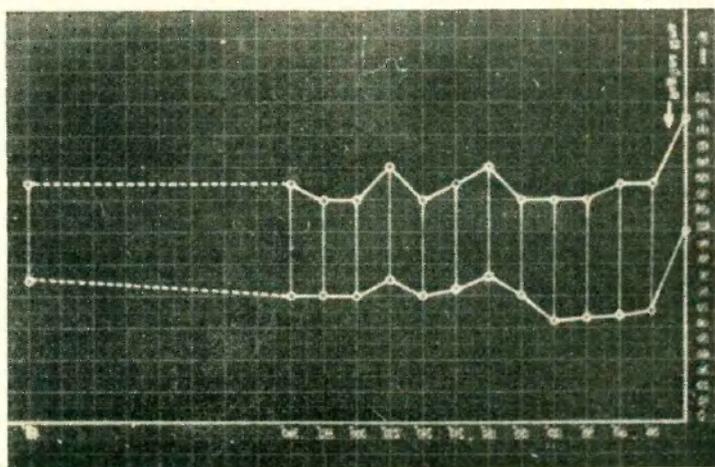
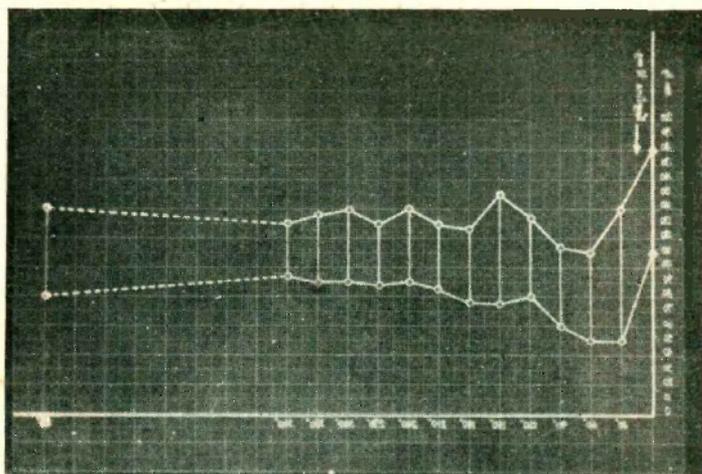
Pielografía descendente: buena eliminación bilateral. Riñón derecho disminuido en tamaño.

Nefro-esclerosis renal derecha consecutiva a pielonefritis. (Fig. 4.)

Neumografía perirrenal: Figs. 5, 6, 7, 8. El aire ha penetrado sin dificultad mostrando un riñón izquierdo de caracteres normales, no así el derecho que se encuentra evidentemente reducido de tamaño. Suprarrenal izquierda de tamaño conservado. Derecha: por encima de la silueta renal se pone de manifiesto con el aerograma una sombra alargada, agrandada que parece corresponder a la suprarrenal derecha.

Diagnóstico: Hipertensión arterial nefrótica. Feocromocitoma?

Tratándose de una paciente joven con una hipertonia arterial rebelde a los tratamientos



FIGS. 2 y 3.— Dos pruebas de regitina que fueron positivas y que hicieron pensar en la posibilidad de un feocromocitoma.

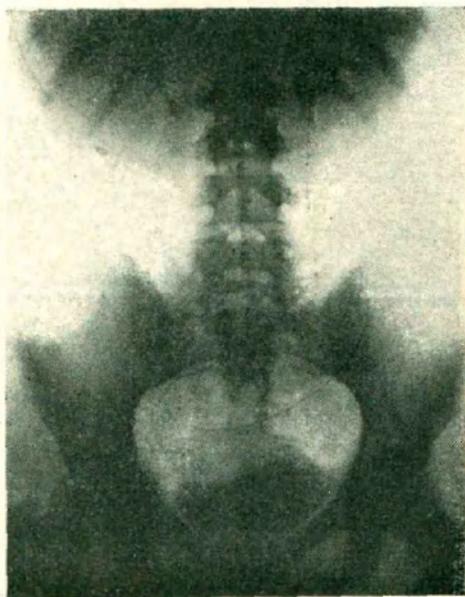


FIG. 4. — Urografía excretora que muestra una buena eliminación de la sustancia opaca.

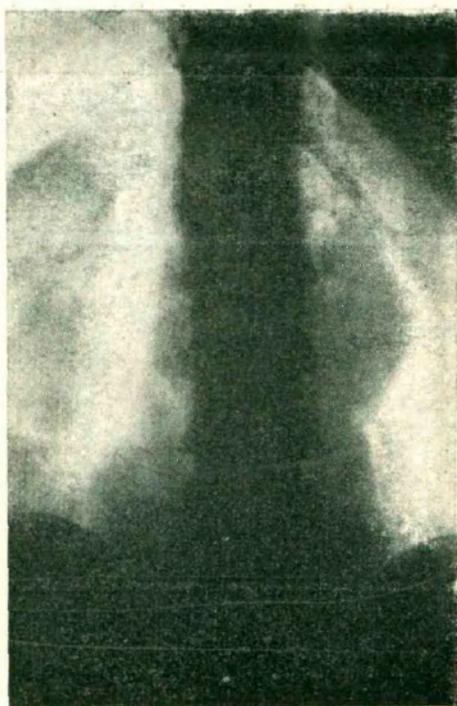


FIG. 5. — Enfisema perirrenal. Se comprueba un riñón derecho pequeño, una probable suprarenal del mismo lado grande y un riñón izquierdo grande.

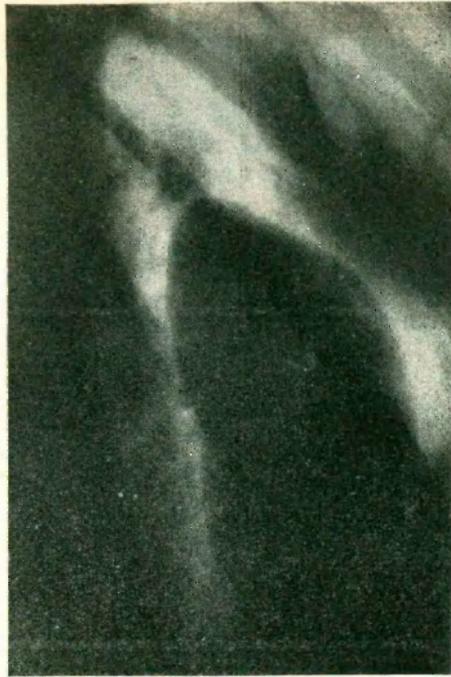


FIG. 6.— Radiografía con enfisema perirrenal y foco localizado en el lado izquierdo. Confirma lo dicho anteriormente.

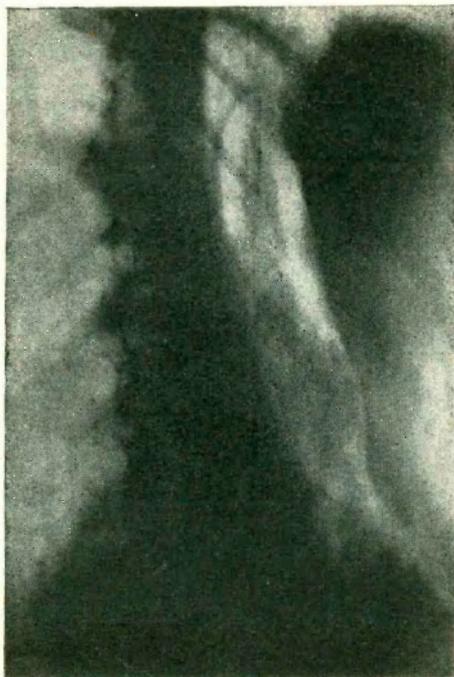


FIG. 7.— Radiografía con enfisema perirrenal y foco localizado en el lado derecho. Confirma lo dicho en la figura 5.

farmacológicos instituidos y con la posible sospecha de un feocromocitoma se propuso la terapéutica quirúrgica, temperamento que fue aceptado por paciente y familiares.

La intervención se efectuó el 11-I-58, practicada por el Dr. Claret sobre región renal derecha. La semiología quirúrgica demuestra suprarrenal de características normales, magma grasoso que la cubre, riñón pequeño, blanquecino (6 cm de longitud aproximadamente). El masaje de la suprarrenal no modifica las cifras tensionales (tensión se controla permanentemente durante el acto quirúrgico). Se decide la extirpación del riñón. El posoperatorio transcurre sin incidentes. La tensión arterial desciende a 120/80 manteniéndose durante el transcurso del mismo. Alta el 20-1-58.

Estudio histopatológico del riñón (Dr. Moisés Polack): glomerulo nefritis crónica. Entendemos que esto es la secuela de una pielonefritis, pues nos resulta difícil admitir una nefritis unilateral.



FIG. 8. — Radiografía con enfisema y foco localizado sobre supra-renal derecha la que aparece estar agrandada.

El 30-3-58 se presenta la paciente a la consulta con embarazo de dos meses. El examen clinicósomático y auxiliar de laboratorio es satisfactorio. La tensión arterial oscila entre 150/90 y 130/80.

En octubre de 1958 tiene un parto espontáneo, normal, criatura del sexo femenino de 3,600 kilogramos. Durante todo el embarazo y asimismo durante el parto las cifras tensionales no sufrieron modificaciones significativas.

Un examen de la paciente fue realizado en junio de 1959 (año y medio después de la intervención) comprobando una remisión total de la sintomatología que aquejaba, el examen clínico, auxiliar de laboratorio y radiológico de tórax como el oftalmoscópico no revelaron signos anormales. Las cifras tensionales fueron de 150/90. La paciente no ingiere después de la nefrectomía fármaco alguno.

Recientemente (agosto de 1963) la doctora Ressia examinó a la paciente que se siente muy bien y está normotensa.