

SEUDO-PIONEFROSIS POR ESTALLIDO RENAL

Dres. Armando E. Trabucco y Horacio A. Levati.

Presentamos la evolución de una litiasis renal en su origen, que al no ser tratada quirúrgicamente como se propuso desde el comienzo a la enferma, devino en una litiasis coraliforme y posteriormente al estallar la pelvis renal, con grave riesgo de la paciente, se convirtió en una pseudopionefrosis.

Resumen de la Historia Clínica Nº 13. Serie 731. C. 5. Año 1962. A. P. de R. 66 años. Manifiesta que 23 años antes en un estudio urográfico que se le efectuó como consecuencia de un traumatismo lumbar izquierdo que le ocasionó una hematuria de 2 micciones se le diagnosticó una litiasis renal izquierda. El cálculo era del tamaño de una uva mediana y estaba alojado en la pelvis repercutiendo ya el buen drenaje pielocalicial.

Se le indicó tratamiento quirúrgico que la enferma no aceptó.

Hace poco más de 5 años comienza a observar orinas piúricas y a palpase en la región lumbar izquierda una masa que pelotea y que es indolora. Concorre nuevamente a médico diagnosticándosele una pionefrosis por cálculo coraliforme fraccionado. Tampoco y esta vez por problemas familiares acepta la intervención a pesar de las prevenciones que el facultativo que la asiste le hace.

Desde entonces se suceden episodios de micciones con orinas cristalinas asociados al aumento de la tumoración abdominal y el posterior evacuado de la pionefrosis con la aparición de orinas piúricas y la disminución de la masa lumbar.

En ese año (1962) los períodos de retención son más frecuentes, la masa es cada vez mayor, llega a hacer tal proyección sobre el abdomen que simularía, si no fuera por los años de la paciente, un embarazo. Además estas retenciones, con orinas claras, son ahora dolorosas por el tamaño de la masa y la sensación de pesadez que dá.

Tres días antes de su intervención en nuestro Servicio comienza bruscamente con vómitos biliosos, hipotemia, marcada hipotensión que no sobrepasa los 100 mm. Hg. de Mx. a pesar del tratamiento que se le instituye, y reacción peritoneal.

La palpación abdominal izquierda muestra aumento de la tensión de la bolsa pionicfrótica y fijación de la misma que ya no pelotea.

Se le efectúa con anestesia local (no era aconsejable otro tipo de anestesia) una pequeña incisión de 10 cms. de longitud en la región lumbar izq., se incinde las capas musculares y el tejido reaccional y se evacúa gran cantidad de pus ligado y sangre ne-gruzca sin coágulos. Salen además 3 o 4 cálculos medianos.

Se coloca tubo de drenaje y se la medica con sangre, antibióticos, analgésicos y analépticos.

Quince días después de éste episodio la enferma se encuentra recuperada y se inician los estudios para su intervención definitiva.

Así se efectúa una pielografía ascendente izquierda que nos muestra una vejiga sana al cateterizar y análisis generales. El 27/IX/66 es intervenida.

Cirujano: Dr. Trabucco. Aytes. Dres. Borzone y Levati. Incisión lumbar izquierda prolongada hasta casi la línea media.

Resección de la XI costilla. La incisión envuelve en forma de raqueta el origicio fistuloso que se mantiene cerrado con una pinza. Se comienza a liberar la enorme masa y cuando las maniobras son dificultadas por el tamaño de la bolsa se la evacúa extrayen-

dose gran cantidad de sustancia gelatinosa y purulenta. Se descubre el cálculo de molde piélico por fuera de la pelvis y se lo extrae. Se sigue liberando lo que prácticamente es una cáscara renal. Se aísla el pedículo y se extrae. Se hace una prolija toilette de la cavidad que queda. No se abre peritoneo. El uréter grueso se secciona lo más bajo posible y se lo deja sin ligar para su libre evacuación.

2 tubos de drenaje. Cierre por planos.

Sonda vesical a permanencia.

Postoperatorio: Con inconvenientes propios del estado general de la paciente y su edad.

Se los soluciona indicando en los primeros días soluciones dextrosadas y salinas de acuerdo a lo que el ionograma y la clínica nos aconsejaban.

Dieciocho días después de la operación comienza a levantarse y una semana después es dada de alta.

A pesar del tiempo transcurrido sigue drenando pus y durante 1 mes y medio debió asistirse por Consultorio Externo para efectuarse las curaciones pertinentes.

CONSIDERACIONES

Es nuestro propósito el señalar con éste caso la necesidad de operar todas aquellas litiasis que como las piélicas son obstructivas o por lo menos el de vigilar su evolución y la de urgir la intervención de aquellas pionesis calculosas que hacen períodos de retención semiológicamente comprobados por el aumento de la tumoración y el aclaramiento de las orinas, por las posibilidades de ocasionar cuadros que como el que antecede ponen en serio peligro la vida del paciente.

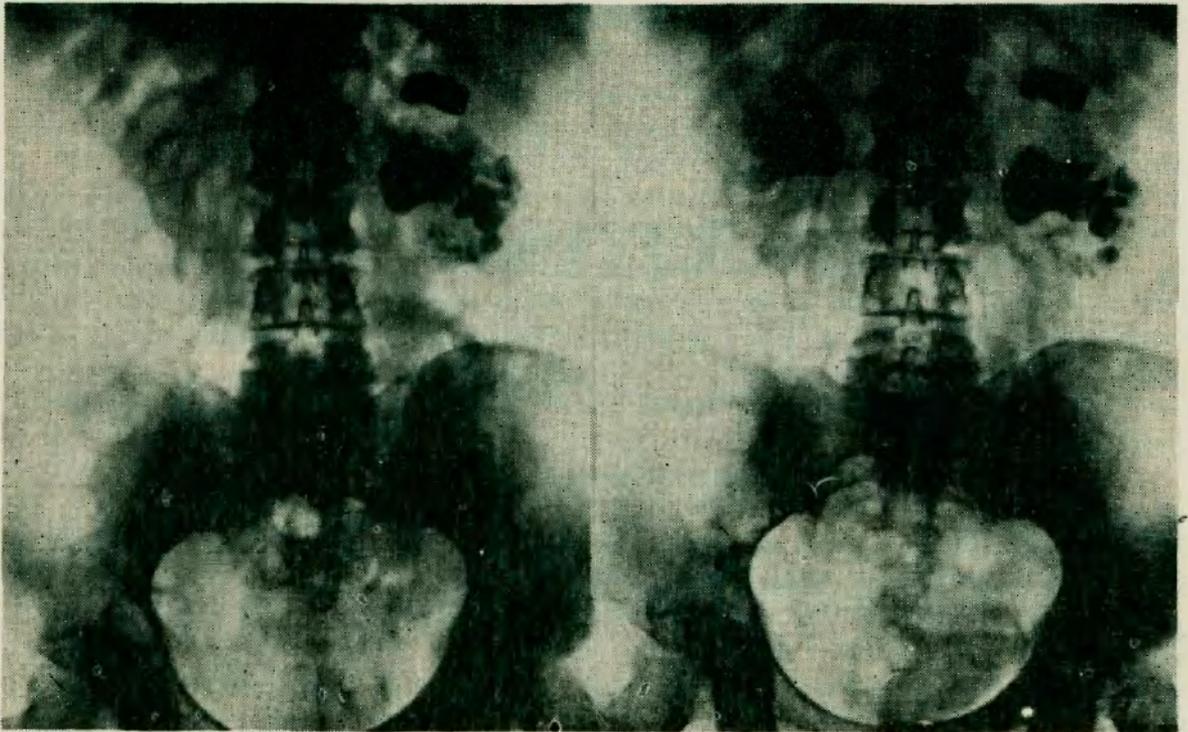


Fig. 1 - Placa simple

Fig. 2 - Pielografía descendente 15'

SEUDO HIDRONEFROSIS POR ESTALLIDO RENAL

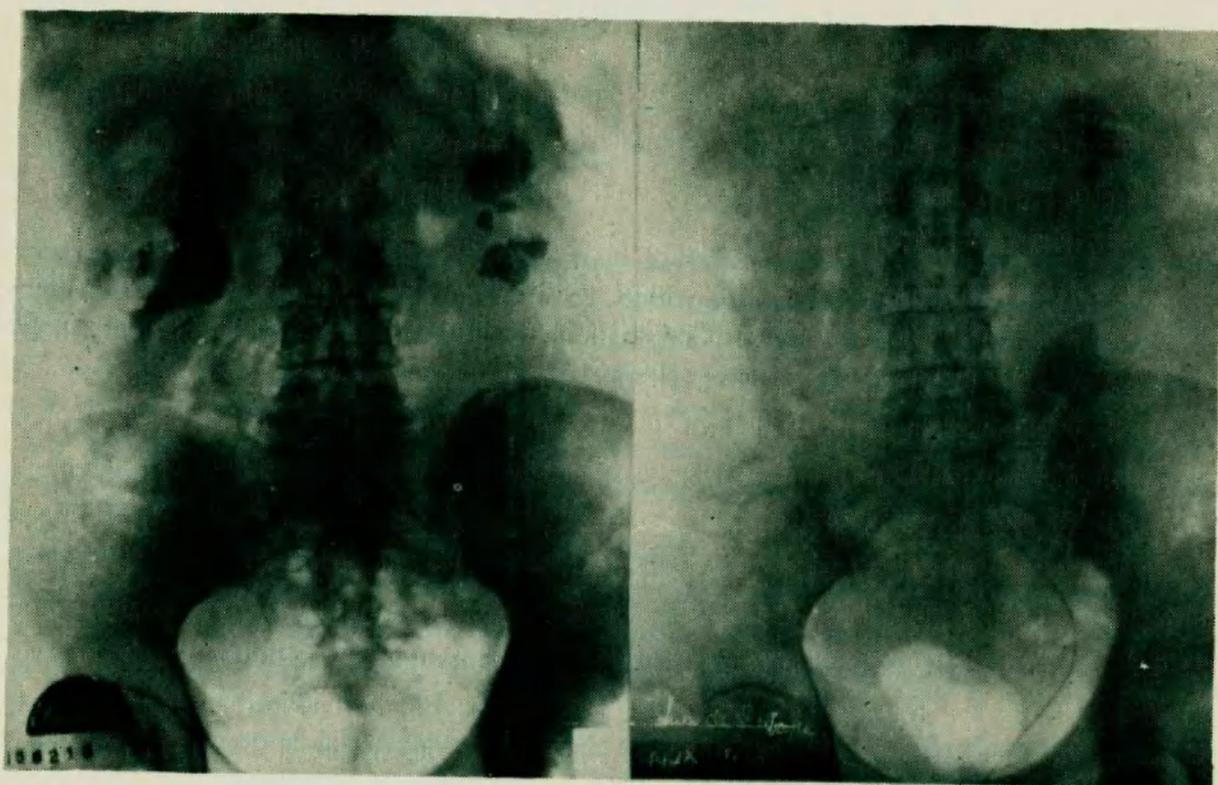
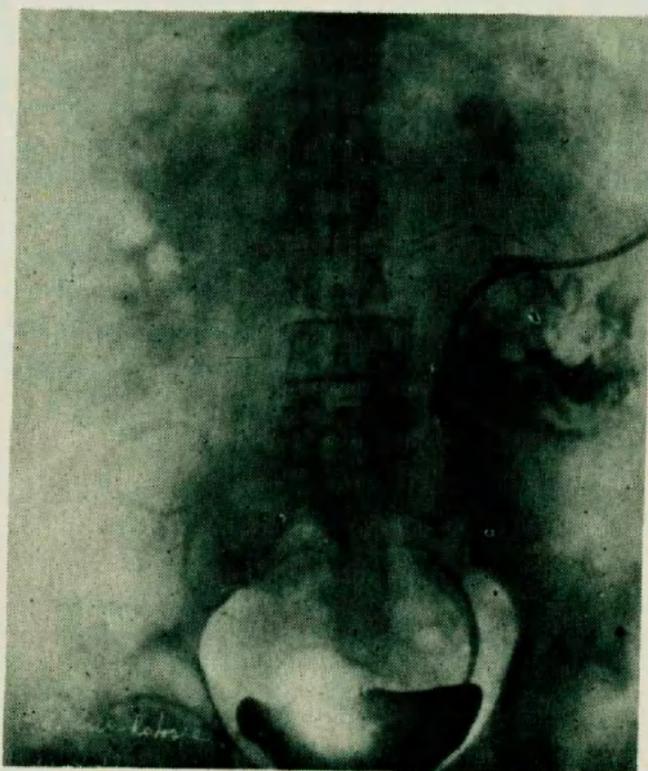


Fig. 3 - Pielografía descendente 30'

Fig. 4 - Pielografía ascendente izq.

Fig. 5 - Pielografía ascendente izq.,
y lleno por tubo nefrostómico

7ª Sesión Ordinaria - 27 de octubre de 1966

SR. PRESIDENTE.- Hace pocos días falleció en Buenos Aires el Dr. Gerardo Vilar, quien fue un prestigioso miembro de esta entidad. La Sociedad se hizo presente y el que habla dijo unas palabras en su homenaje. Con tal motivo invitó a los señores asociados a ponerse de pie y guardar un minuto de silencio.

ASUNTOS ENTRADOS.

Solicitud del Dr. Elías José Rochman para ingresar como miembro adherente.
Aprobada.
No es miembro de A. M. A.

La Comisión propone nombrar al Dr. Cumplido Santana miembro honorario.
Aprobado.

PRESENTACION DE ENFERMOS , MOSTRACION DE RADIOGRAFIAS E INSTRUMENTAL.