

Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hosp.  
Durand, Prof. Dr. JOSE MARIA JORGE

Por el Doctor  
T. SCHIAPPAPIETRA

## DESPLAZAMIENTO DEL RIÑÓN POR TUMOR INTRAPERITONEAL

COMO contribución a la casuística de los desplazamientos del riñón por tumores de vecindad, el presente caso nos ha parecido de curiosidad, dado el desplazamiento excepcional adquirido bajo el desarrollo de un enorme sarcoma del bazo.



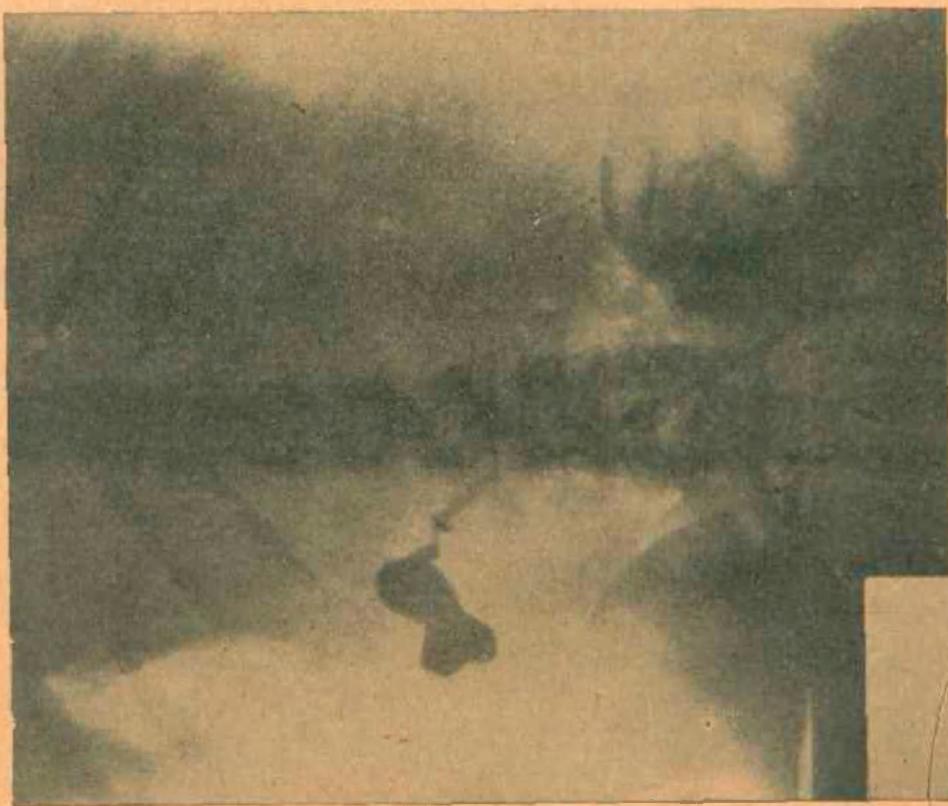
1º RADIOGRAFÍA.

La radiografía del tractus gastro-intestinal permite presentar en forma somera el tamaño y topografía del tumor.



3<sup>o</sup> RADIOGRAFÍA.

Del lado derecho, sin particularidades.



2<sup>o</sup> RADIOGRAFÍA.

La uretero-pielografía del lado izquierdo muestra el desplazamiento a que nos referimos.

Hospital Español. Servicios de:  
Cirujía General: Dr. VICENTE GUTIERREZ  
Urología: Dr. ARTURO SERANTES

Por los Doctores  
VICENTE GUTIERREZ  
y ARTURO SERANTES

## PIONEFROSIS CON VÓMICA EN ANTIGUO LITIASICO NEFRECTOMIA. CURACION

EN la evolución de los procesos supurados se observa con frecuencia en clínica que la colección se propaga desde el foco inicial a otras partes de la misma región, o a regiones circunvecinas, siguiendo caminos especiales y casi constantes; los que ofrecen menor resistencia, los cuales están condicionados, en cada zona, por la disposición de los elementos anatómicos.

Este hecho de la fisiopatología de los abscesos tiene gran valor práctico en el diagnóstico del punto de partida de los procesos supurados, pero, sobre todo, es de suma importancia para el tratamiento quirúrgico.

Para interpretar debidamente los hechos de observación es imprescindible poseer previamente conocimiento anatómico de la región y de las vecinas, así como de las zonas colindantes que relacionan las regiones entre sí.

La historia clínica que vamos a referir es una demostración más del concepto general que acabamos de exponer. Se trata de un antiguo litiasico renal derecho que después de catorce años de haber sufrido una operación en ese riñón, hace un episodio agudo supurado con punto de partida renal que evoluciona hasta provocar una vómica.

*Historia N° 2494.* — Manuel C., de 40 años, español, casado, empleado. Ingresa al Servicio el 21 de Enero de 1927. Cama 230.

*Antecedentes de familia.* — Padre falleció de síncope cardíaco. Madre vive sana. Fueron 13 hermanos (3 han fallecido en la juventud y el enfermo no sabe las causas).

*Antecedentes de la infancia.* sin interés. Ha tenido blenorragia. Fue opera-

do en este hospital de hemorroides. Hace 15 años estuvo internado en Clínica médica por una fiebre que le duró 15 días. Hace 14 años fué operado de litiasis renal derecha. Dice que le sacaron varios cálculos. Un año después tuvo un absceso en la herida que luego cerró. Desde entonces siente dolores reumatismales.

*Enfermedad actual.* — Empieza el 24 de Diciembre último con dolor generalizado de vientre, más intenso en flanco derecho, escalofrío con temperatura de 40° y sudores abundantes. Siguió varios días con fiebre de 38°5 a 39°, más pronunciada por las tardes y con días de poca fiebre. Orina abundante y clara. El dolor y la fiebre casi desaparecieron, sintiéndose mejorado hasta que el 19 de este mes le apareció tos, por momentos intensa, con alguna expectoración amarillenta. En uno de esos accesos de tos expulsó abundante pus teñido de sangre oscura; tuvo fatiga, sin sofocación. Los días siguientes siguió expectorando en abundancia; por lo que decide ingresar al hospital.

*Estado actual* (Enero 23 de 1927). — Sujeto adelgazado. Dice haber disminuido varios kilos de peso aunque conserva el apetito. Panículo adiposo escaso, piel terrosa.

Temperatura 38°5 la tarde del 22, y 37°2 en el momento del examen. Pulso 90, algo hipotenso.

Tórax se nota más abultado en la base derecha, con disminución de la excursión. En esa base las vibraciones vocales están disminuidas.

Percusión maciza en el hemitórax derecho desde la punta de la escápula hasta la base y algo más baja en la parte anterior. Lado izquierdo normal. Auscultación demuestra murmullo vesicular apagado en la zona maciza sin ruidos agregados. Por encima de esa zona hay rales medianos. Sin signo del cobre. Ligera pectoriloquia áfona. Respiración ruda en el vértice derecho y algunos rales en la base izquierda.

Hígado no se delimita hacia arriba, confundiéndose con la zona maciza. Borde inferior a tres traveses de dedo por debajo del reborde en la línea axilar anterior. Doloroso en esa zona, parece fijado. Se confunde con un empastamiento que ocupa el flanco derecho. La palpación bimanual lumbar nota el flanco doloroso, resistente, percibiéndose una masa difusa que pelotea en conjunto y parece bastante fija. En esa región lumbar hay una cicatriz operatoria oblicua, irregular, con la parte media poco resistente, la que adhiere a los planos profundos.

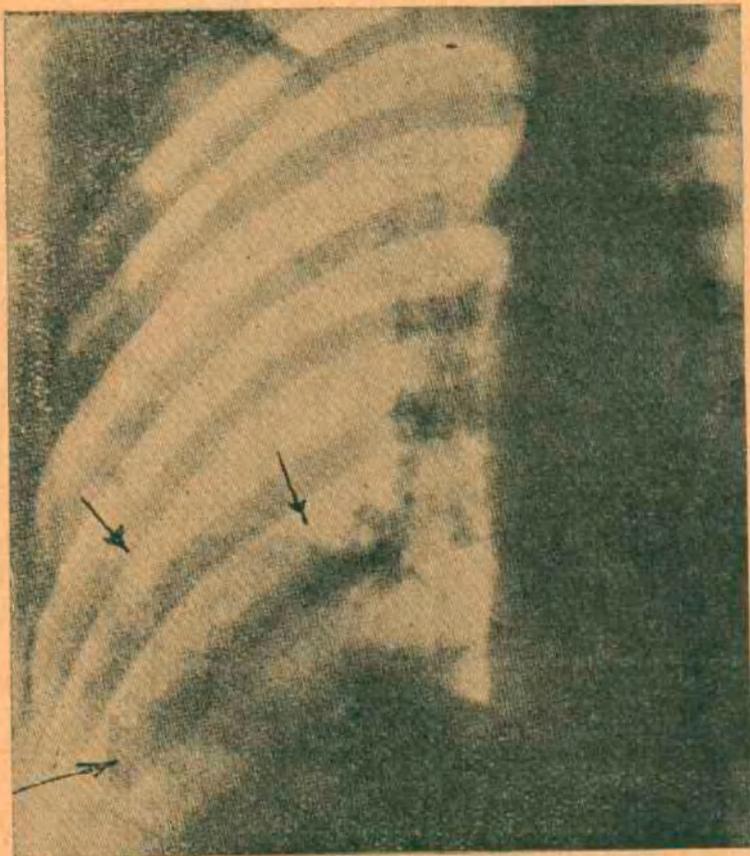
En el resto del examen nada más anormal se descubre.

La expectoración desde el día anterior ha sido 500 c.c., purulenta y mucosa. No tiene sangre, es de olor moderado. Mandada al laboratorio informa que no tiene fibras elásticas. La orina contiene vestigios de albúmina, pus, numerosos leucocitos granulados y células redondas de tipo renal. La orina es turbia (Informe 350).

Se hace diagnóstico de pleuresía derecha de la base y se envía a Rayos X. El informe dice así: (N° 16160). Proceso pleuroneumónico de la base derecha con una cavidad pequeña, aireada, en comunicación con bronquio. Se hace el

24 de Enero una punción pleural, sacándose 20 c.c. de pus flúido, grumoso, sin olor. Se instituye tratamiento médico con autovacuna, aceite gomenolado en inyecciones, inyecciones de pequeñas dosis de neosalvarsán, etc. Además de reposo y desinfección nasobucofaringea.

La cantidad de esputos recogidos en 24 horas osciló entre 200 y 800 c.c., siendo al cabo de dos meses de 300 ó 400 c.c. diarios. La fiebre desapareció desde el cuarto día de internarse. El enfermo se repuso y en la radiografía sa-



Antes de la operación.

cada en Marzo (Nº 16483), dice el informe: Diafragma borroso y elevado en el seno derecho. Dilataciones bronquiales en ambos hileos.

El 12 de Marzo pide ser dado de alta por hallarse muy mejorado y sale del Servicio.

Durante su asistencia, el Dr. Serantes hace cistoscopia, encontrando el 25 de Febrero, orinas turbias en ambas copas. Varias exulceraciones en vértice de vejiga. Indigo carmin: Riñón izquierdo a los 3' 30"; riñón derecho no se ve eliminar a los 10'.

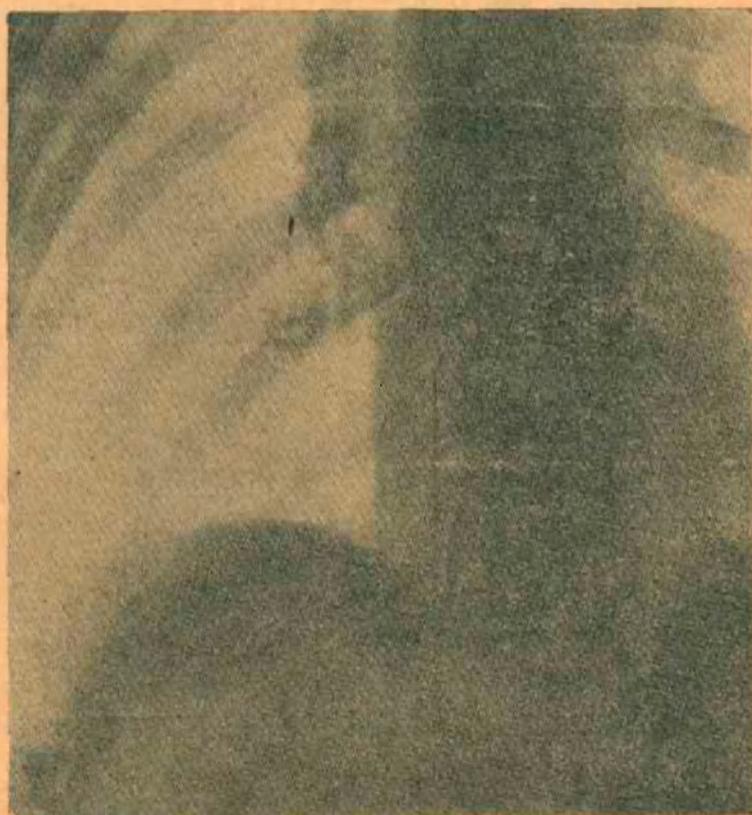
Por todos esos datos hacemos el diagnóstico de *absceso perinefrítico* (en viejo litiásico renal derecho) *vaciado por vómica*.

El 11 de Mayo reingresa el enfermo al Servicio (Ficha 2563). Dice que

desde el alta ha seguido expectorando cada vez más, apareciéndole fatiga y algunos días fiebre, sin escalofríos. Ha rebajado 11 kilos de peso. Las orinas son turbias.

Al examen directo nada nuevo se halla. El enfermo está más delgado y ligeramente disneico. El empastamiento que se tocaba en el flanco derecho, en el examen anterior, persiste igual.

Una cistoscopia hecha el 14 de Mayo encuentra alrededor del ureter izquierdo una zona congestiva. Por el meato ureteral derecho se ve asomar un



A los dos años de la operación.

tapón purulento que al final de la cistoscopia está más exteriorizado. Prueba del indigocarmín: Riñón izquierdo. 3'5"; Riñón derecho no se ve a los 10'.

El 17 de Mayo el enfermo ha expulsado un cálculo del tamaño de una semilla de naranja que se deshace muy fácilmente.

La expectoración recogida varios días oscila entre 400 y 500 c.c. Es purulenta pero sin mal olor. Remitida al laboratorio se encuentra (Informe 370): Pus. Urea 1 gr. 28. Fosfatos 1 gr. 80. La orina tiene los mismos caracteres del examen anterior: mucho pus, albúmina y gran cantidad de leucocitos granulados.

Se prepara el enfermo y se opera el 27 de Mayo con anestesia general etérea. Operador, Dr. Vicente Gutiérrez. Ayudantes, Dres. A. Serantes y J. M. Sánchez.

Incisión sobre la antigua cicatriz lumbar. Se cae en un absceso intrarrenal que contiene unos 300 c.c. de pus flúido y algunos calculitos. El riñón está reducido a una cápsula de parénquima irregular, lleno de múltiples cavidades con pus y cálculos. El tejido perirrenal es fibroso e íntimamente adherente a elementos vecinos, sobre todo el diafragma que se desgarró en las maniobras de exteriorización. Se liga el pedículo renal en masa y por transfixión del muñón, terminando la extirpación por la parte inferior, seccionando el uréter grueso y duro que da unas gotas de pus. No se notó la producción de neumopleura al desgarrar el diafragma. Explorando éste, no se logra descubrir brecha hacia el tórax. Se limpia el hueco dejando dos gruesos tubos de goma y se achica la herida.

*Diagnóstico: Pionefrosis por litiasis renal. Perinefritis supurada.*

*Tratamiento: Nefrectomía derecha. drenaje.*

El postoperatorio fué sin incidentes. La orina recogida en los días siguientes osciló entre 1.500 y 800 c.c. El 29 de Mayo la expectoración fué 100 c.c., bajando a 50 c.c. el 10 de Junio. La orina de ese día fué 2.000. El enfermo siguió apirético desde el tercer día de operado. A fines de Julio la herida estaba sin drenaje, faltando cicatrizar solamente la piel. La expectoración reducida a 30 c.c. La orina limpia y abundante llegaba a 1.500. El estado general mucho mejor.

La radiografía obtenida el 23 de Julio moetró: Hileos muy marcados. Abundantes ganglios. En la base derecha una brida. (Informe N° 17464). Fué dado de alta el 30 de Julio.

El 11 de Septiembre de 1929 reingresa el enfermo al Servicio (Ficha 3578) con una carta del Dr. Nicolás Bergalli, informándonos que días antes asistió a este paciente por dolores lumbares irradiados al bajo vientre derecho, fiebre, y trastornos intestinales que atribuyó a una indigestión. Apareció luego un abultamiento en región lumbar derecha y por eso lo remite al hospital. Refiere el enfermo que después de la operación hecha hace dos años siguió muy bien hasta hace un mes que empezó a sentir molestias en la zona operada, algunos días fiebre, pero con orinas limpias, por lo que se hizo asistir por el Dr. Bergalli. Al examen se encuentra la cicatriz operatoria abultada y rojiza en la parte media, con inflamación difusa de la pared. Flanco depresible e indoloro. Hígado algo grande. Orinas normales. El examen de tórax revela solamente algunos rales en base izquierda y un poco más extendidos en la derecha. Dice el enfermo que no tiene tos ni expectoración. Temperatura 38°. Una radiografía demuestra aorta grande, hileos marcados, campos pulmonares sin sombras patológicas. En columna lumbar no se comprueban alteraciones (informe N° 24610). La radiografía directa de abdomen nada anormal descubre. Al día siguiente se le abre un absceso parietal que da poco pus flúido y a la exploración no se comprueba trayecto hacia la profundidad. Desde entonces apirexia. Se continúan las curaciones y el enfermo sale de alta, curado, el 2 de Octubre.

*Diagnóstico: absceso parietal lumbar.*

Desde los antiguos estudios de Rayer se conocía con el nombre de *perinefritis* la infección de la cápsula grasosa perirrenal, hasta que Küster reservó esa denominación para la infección de la parte anterior de esa cápsula y llamó *paranefritis* a las infecciones de la porción posterior. Israel llevó aún más lejos la diferenciación denominando *perinefritis* a la infección de la cápsula fibrosa y *epinefritis* a la de la cápsula adiposa.

Esas diferenciaciones tienen poco valor práctico, pues generalmente el proceso inflamatorio invade sucesivamente, o a veces simultáneamente, todas las envolturas anatómicas del riñón y por eso es común en la clínica llamar *perinefritis* a la inflamación de las diversas envolturas renales, ya sea de la cápsula fibrosa, de la celda renal o de las capas adiposas peri y pararenal.

Anatomopatológicamente se han subdividido las *perinefritis* en esclerosa, esclerolipomatosa y supurada. Estas últimas aparecen durante o después de una infección general, como forúnculo, estafilococcia, fiebres eruptivas que por vía sanguínea llevan el germen a la zona perirrenal, constituyendo el flemón *perinefrítico* idiopático de Trousseau. Mucho más común es encontrar la infección perirrenal secundariamente a las infecciones renales, como *pielonefritis*, *litiásicas* o no, *tuberculosis renal*, etc. Menos frecuentes son los *flemones perinefríticos secundarios* a infecciones de regiones vecinas como *apendicitis retrocólicas*, *hepatitis*, *colecistitis*, *lesiones del colon*, *bazo*, etc. Excepcionales son los casos relatados en la literatura médica de *perinefritis secundarias* a migración descendente de *pleuresías purulentas*.

Nuestro enfermo hizo la *perinefritis* por la causa más común, la *pionefrosis* en un riñón *litiásico* desde más de catorce años antes.

En los períodos iniciales de infección perirrenal se han descrito *flemones* con localización superiores, o *frenorrenales*, inferiores con tendencia a huir hacia la pelvis, anteriores o *prerrenales* con evolución hacia *peritoneo* o *vísceras prerrenales* y por fin posteriores o *retorrenales* que, según la mayoría, son los más frecuentes. Estas cuatro localizaciones iniciales, o *circunscriptas*, son explicables por la disposición de la capa perirrenal grasosa. Pero es frecuente, especialmente en las *perinefritis secundarias* a infecciones renales, que todas las capas participen del proceso infeccioso y en esos casos se trata de *perinefritis supuradas difusas*.

La evolución de esos flemones perirrenales es tal que la inmensa mayoría de las veces hacen propagación a las zonas vecinas y muy excepcionalmente se ha observado su resolución espontánea. De ahí surge la indicación de incindirlos y drenarlos precozmente.

Lo común es que el flemón busque evacuarse espontáneamente hacia la piel, por la región lumbar, en el punto más débil de la pared, o sea en la zona del cuadrilátero de Grynfelt y triángulo de Petit, lo que indica ya la vía precoz que el cirujano debe seguir para incindirlo y drenarlo.

A veces, sin embargo, se observan otras evoluciones que en orden de frecuencia son: hacia el tórax, hacia la pelvis y hacia el peritoneo o vísceras prerrenales. La llamada en clínica "evolución tórácica", al decir de Tuffier, se encuentra en 24 % de los flemones perinefríticos y es consecuencia de la localización preponderante posterior y superior del foco inicial. Halle, Feron, Guerin, Guyon y muchos otros han estudiado y precisado el mecanismo de esa extensión hacia el tórax. En resumen, puede decirse que el flemón perinefrítico, a semejanza de un subdiafragmático, busca evacuarse espontáneamente hacia el campo que le ofrece menor resistencia, que en este caso es el tórax, como se comprende fácilmente por la disposición anatómica de la zona. Provoca primero una reacción pleural de vecindad a través del diafragma, causando derrame pleural y adherencias de la serosa y luego el pus se abre camino hacia el parénquima pulmonar para evacuarse por bronquio, con el más o menos dramático episodio de una vómica. Los autores refieren casos de curación espontánea de esos abscesos perinefríticos vaciados por vómica, mas esto requiere condiciones que no son siempre cumplidas, como ser, evacuación total del pus, comunicación amplia con el exterior, extinción del foco inicial, etc. En el enfermo que presentamos la persistencia de la pionefrosis litiásica conspiraba seguramente contra la curación espontánea por vómica.

Excepcionalmente, se han referido también migraciones del proceso perinefrítico hacia los espacios intercostales, siguiendo en su evolución torácica, por una vía que podría decirse extrapleural, y dando lugar a un piotórax en "botón de camisa", con una bolsa externa subcutánea, otra profunda perinefrítica y un trayecto de unión entre ambas a través de diafragma y músculos intercostales.

Señalamos esto como una curiosidad en la evolución torácica de los abscesos perinefríticos.

Ahora bien, para comprender por qué es posible ver en clínica una vómica como complicación evolutiva de los abscesos perinefríticos, e interpretar correctamente esos hechos, hay que conocer la disposición anatómica de la zona, sobre la que no insistiremos por estar al alcance de todos en los tratados de Anatomía Topográfica. No obstante nos permitimos indicar un interesante trabajo aparecido en 1923, titulado "La gaine urinaire" y debido al Profesor de Anatomía de la escuela de Clermont-Ferrand, Georges Paturet. En este estudio los interesados hallarán los más modernos y completos conceptos sobre las envolturas renales.

*Para terminar y sintetizando, reconstruimos el proceso hecho por nuestro enfermo así: antigua litiasis renal derecha; pionefrosis litiásica después de 14 años de la operación por litiasis renal; perinefritis secundaria difusa por causa renal; pleuresía de la base derecha; vómica; absceso en botón de camisa subdiafragmático y pulmonar abierto en bronquio. Nefrectomía y drenaje de la celda renal, con lo cual se logró la curación definitiva.*

---