

Serv. de Urología del Hospital Rawson;
Jefe: Prof. BERNARDINO MARAINI

Por los Doctores

L. FIGUEROA ALCORTA
y RAUL E. SANDRO

ANURIA SECRETORIA PROLONGADA

POR considerarlo de interés, vamos a relatar el caso que va a continuación, agregando algunos comentarios que nos sugiere su historia.

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de la enferma Ana D. de S. Argentina, de 36 años. Casada. Ingresó a la cama 60 del Servicio de Urología del Profesor Maraini (Hospital Rawson), el día 18 de marzo de 1935.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — No recuerda enfermedades de la infancia, ni de la adolescencia. Menarquía a los 15 años, regular.

A comienzos del año 1932 se le practica una salpingo-ovariectomía izquierda por quiste del ovario, en dicha intervención se ligó accidentalmente el uréter del lado correspondiente. Posteriormente (17 de diciembre de 1932), fué operada por quiste del ovario derecho que se extirpa y, en el mismo acto quirúrgico, se procede a efectuar una nefrectomía izquierda por hidronefrosis. Después de esta segunda intervención, sus menstruaciones se suprimen definitivamente. No hay ningún otro dato digno de mención. Dice haber sido siempre sana hasta el 4 de febrero del corriente año, en que sobreviene una angina diftérica aguda bilateral, con alta temperatura. Al día siguiente se le practica una primera inyección de suero antidiftérico (5.000 unidades). 24 horas más tarde, como persistieran las placas y la temperatura elevada (40°), se le inyectan 6.000 unidades más, con la cual caen las placas y la fiebre.

Enfermedad actual. — El día 9 de marzo de 1935, bruscamente sin pró-dromos, la enferma siente un dolor agudo a nivel de la región renal derecha sin irradiaciones, que persiste varias horas; desde ese momento sus orinas disminuyen considerablemente en cantidad, hasta que esa oliguria se transforma en anuria completa en la madrugada del día 11 de marzo.

Como esa situación persiste a pesar del tratamiento instituido en Olavarría (opoterapia), decide ingresar a este Servicio.

Estado actual (19 de marzo de 1935). — Mujer obesa: 94 kilos. A su entrada en la sala dice sentirse perfectamente. Su sueño es normal, su lucidez mental perfecta y su apetito conservado y hasta exagerado.

Se le practica un sondaje vesical sin dificultad, con el que no se obtiene ni una gota de orina.

Aparato urogenital. — Riñón derecho (único) no se palpa (panículo adiposo abdominal muy abundante). De los puntos renales sólo el sub-costal es apenas sensible. Los restantes, así como los ureterales y piélicos son indoloros.

Vejiga. — Vacía en el momento del examen. No es sensible al contacto. La distensión provoca dolor a los 350 c. c. de líquido inyectado.

Cistoscopia. — Mucosa vesical nada de particular. Meato ureteral izquierdo: no se percibe. Meato ureteral derecho de aspecto normal. No se perciben contracciones de su musculatura. Cuello: bien.

Uréteres. — Se cateteriza el derecho sin ninguna dificultad, introduciendo 25 cms. una sonda "bout coupé" N° 10 Pasteau.

Uretra. — Nada de particular.

El examen ginecológico practicado a esta enferma no proporciona ningún dato de interés, por lo que no daremos el detalle.

Aparato circulatorio. — Tonos cardíacos: normales. Pulso: 78, regular, igual, rítmico, ligeramente tenso.

Tensión arterial. — 14 y 6 (Pachon).

Aparato respiratorio. — Nada digno de mención.

Aparato digestivo. — Apetito conservado. Lengua húmeda. El día del examen: deposiciones diarreicas (4 - 6 veces en las 24 horas). Con anterioridad a su enfermedad ligeramente constipada.

Sistema nervioso. — Reflejos conservados (los corneanos ligeramente perezosos). Las pupilas son iguales. No hay miosis.

Examen radiológico. — Radiografías simples. Se percibe el riñón derecho algo aumentado de tamaño y ligeramente descendido. No hay sombras en todo el árbol urinario susceptibles de ser interpretadas como concreciones calcáreas o cálculos.

El día del ingreso de la enferma al Servicio, por tratarse de feriado, queda al cuidado y observación de la guardia del hospital.

Al día siguiente se practica una distensión de la vejiga (inyección vesical de 400 grs. de agua boricada), con el fin de despertar el reflejo vésico-urétero-renal y pensando que podrá quizá tratarse de una anuria excretoria o por obstrucción, se procedió al cateterismo ureteral derecho con sonda "bout coupe" N° 10 (Pasteau). Llegada ésta sin inconveniente hasta la pelvis correspondiente, se percibe al cabo de algunos minutos la salida de pocas gotas de orina, eliminación que cesa inmediatamente. No obstante se resuelve mantener en su sitio la sonda por 48 horas, al cabo de las cuales se observa el mismo resultado negativo.

Se le inyectan por vía endovenosa sustancias tendientes a estimular la actividad de los elementos excretorios: oscila (escilarina y cafeína); prescindién-

dose de los recursos de la opoterapia por haber ya fracasado con anterioridad y tratarse de una anuria de 9 días de duración.

Se instituye al propio tiempo una terapéutica encaminada a provocar el aumento del débito circulatorio del riñón: bebidas abundantes (no había edemas); suero glucosado isotónico. 1000 grs. diarios por vía subcutánea; ventosas escarificadas; suero clorurado hipertónico (hasta 100 c. c. diarios en cuatro veces, por vías endovenosa); lavajes hipotónicos de Fleig (enemas con agua destilada); y se repite la distensión vesical bicotidianamente durante los 3 primeros días.

A partir del día 20 se practica diariamente dosaje de úrea en su suero sanguíneo, que da las siguientes cifras: 20 de marzo: grs. 3,94 por mil; 22 de marzo: grs. 4,60 por mil; 26 de marzo: grs. 5,12 por mil.

La enferma durante todo el transcurso de su enfermedad acusa una tolerancia verdaderamente notable a estas altas cifras de úrea y no tiene objetivamente ningún signo de intoxicación general.

A pesar del tratamiento instituido, hasta 8 días después de su ingreso, la anuria continuaba prácticamente total, ya que puede calcularse en 10 - 15 ctms. cúbicos la cantidad de orina obtenida en ese lapso, al propio tiempo que la úrea siguió ascendiendo progresiva e incesantemente.

El día 25 de marzo después de haber estado desde el comienzo a dieta hídrica y de hidrocarbonados, la enferma impulsada por su extraordinario apetito, ingiere por su cuenta alimentos fuertemente azoados y condimentados y bebidas alcohólicas en abundancia (1 ½ litros de cerveza). Esa noche se presentan vómitos a repetición y fuertes dolores en el epigastrio, que calman en la mañana del día siguiente.

El día 26 de marzo, considerada la alta cifra de úrea en sangre y la persistencia de la anuria, se resuelve operar la enferma (decapsulación del riñón) al día siguiente.

El día 27, fijado para la intervención, la enferma orina en la mañana 150 gramos, espontáneamente y la urea baja a grs. 3,72 por mil, por lo que se acuerda esperar un día más.

Finalmente, en la noche del 27 y madrugada del día 28, se produce una gran descarga poliúrica; la enferma en 10 horas aproximadamente, ha emitido 6,600 grs. de orina. La proporción de la urea en suero es de grs. 3,71 por mil.

La cantidad total de urea eliminada por las orinas fué de grs. 81,96 y la de cloruros de grs. 13.

El día 29 de marzo emite 6,500 grs. de orina con una concentración de urea de grs. 12,61 por mil; de cloruros 2 por mil y la cantidad de urea en la sangre baja a grs. 3,16 por mil.

El día 30: cantidad de orina 6.000 grs.; urea, grs. 15,13 por mil; cloruros, grs. 1,60 por mil. Urea en suero, grs. 1,76 por mil.

A partir de ese momento la cantidad de orina oscila entre los 2.500 y 2.000 grs. cada 24 horas, con fuerte concentración de urea y de cloruros, y el examen de la sangre muestra el descenso progresivo de la proporción de la urea. El día 16 de abril de 1935, la enferma es dada de alta en excelentes condiciones, con su diuresis restablecida y grs. 0,50 por mil de urea en el suero sanguíneo.

COMENTARIOS

Como puede fácilmente deducirse de la lectura de la historia de esta enferma, se trata de una anuria de las llamadas secretorias, ya que sus causas deben atribuirse a trastornos de la función renal; en efecto, pudo constatarse que el uréter estaba libre, que el cateterismo de ese conducto no provocó la aparición de orina por la sonda, así como la ausencia de compresiones pelvianas u otras, condiciones éstas que suelen determinar la producción de las anurias excretorias.

No entraremos en el estudio del complejo mecanismo de las anurias secretorias por no corresponder a la índole del presente trabajo. Dicho tópico ha sido objeto de numerosos trabajos, tanto clínicos como experimentales, cuyo detalle sería inoficioso enumerar.

En este caso particular el problema etiológico es el que ofrece interés, razón por la que hemos de abordarlo con alguna amplitud.

Haremos notar ante todo que en la historia de esta enferma no se registran antecedentes de afecciones nerviosas; y si bien es cierto que la anuria hizo su iniciación después de un fuerte dolor de interpretación difícil a nivel de la región renal derecha y que la inhibición renal consecutivamente a veces suele observarse; en estos casos la anuria es siempre transitoria y desaparece rápidamente, razón por la que debemos desechar la idea de la posible influencia del sistema nervioso como causa productora de la inhibición de la función renal en la circunstancia que relatamos.

No se consignan tampoco en la anamnesis, antecedentes de brightismo, enfermedad ésta que en ciertas ocasiones, bajo influencias mínimas, puede determinar trastornos secretorios graves del riñón y por otra parte la simple observación de la evolución de su enfermedad se opone a que consideremos a nuestra enferma como una antigua nefrítica, dada la tolerancia perfecta a la alta cifra de úrea sanguínea. En efecto, es sabido que en el brightismo crónico, cifras de grs. 0,60 a grs. 0,80 por mil, se acompañan de una sintomatología grave, a punto tal que ha hecho pensar a ciertos autores que la úrea interviene poco en la patogenia de estos accidentes.

Igualmente debemos descartar aquí como factor etiológico de la producción del grave accidente que nos ocupa, la tuberculosis renal latente y el riñón móvil.

En cuanto a las enfermedades infecciosas, las únicas que se reconocen como capaces de provocar anurias, son la escarlatina y la difteria. Las otras pueden traer solamente oligurias.

La escarlatina es a veces causa de anurias graves y se citan casos perfectamente estudiados, como el de Pisano, relatado por Merklen, de una anuria escarlatínosa de diez días de duración que curó. Se ha visto igualmente aparecer nefritis debidas a la escarlatina hasta 45 días de la infección.

En cuanto a la difteria, si bien se registran casos muy raros de anurias imputables a dicha infección, dichas anurias, siempre fugaces, sobrevienen casi sin excepción, en el período de estado de las formas tóxicas, constituyendo un síntoma de extraordinaria gravedad.

Muy distintas fueron las características presentadas por la enferma, tanto las de su infección diftérica como las de la marcha e importancia de la anuria. Debemos, pues, rechazar también dicha enfermedad infecciosa como causa de la inhibición renal.

Pero nos relata la enferma (y el certificado del médico tratante lo confirma), que como consecuencia de su angina diftérica fué necesario administrarle hasta 11.000 unidades de suero antidiftérico en dos dosis de 5.000 y 6.000 unidades, respectivamente.

Este dato no puede pasar desapercibido y creemos que debemos relacionarlo con la anuria que más tarde sobrevino.

La anuria es un accidente que no se observa en forma excepcional en el curso de la enfermedad que provoca a veces la administración de sueros. Dicha enfermedad se ve aparecer en proporción elevada después de la administración de suero antidiftérico. Luke W. Hund en el "Journal of the American Medical Association", de Chicago, publica en 1932, un artículo sobre "Serum disease", en el que presenta una estadística de 2.859 enfermos inyectados, de los que el 22,7 por ciento tuvieron manifestaciones de enfermedad del suero.

Llama, sin embargo, la atención en este caso, el largo período transcurrido entre la administración del suero y la aparición de la anuria. G. M. Mackenzie y Franklin H. Haugh, de Nueva York, en su trabajo "Serum disease and serum accidents" (1930), admiten una incubación en general de 6 a 12 días antes de iniciarse los síntomas de la enfermedad del suero, y en raras ocasiones: 2 o 3 semanas.

hemorragias



Ampollas de
20 cc., 5 cc.
y 1,5 cc.
Comprimidos.
Solución para
uso local.

de cualquier índole, la
medicación clásica de
nuestros Profesores es él:

COAGULENO

según Profesor T. Kocher de Berna.

Único hemostático fisiológico a base exclusiva de plaquetas sanguíneas.



PRODUCTOS QUÍMICOS
CIBA, S. A.

SANTA FE 1072
BUENOS AIRES



INSTITUTO PASTEUR DE PARIS

VACUNA

URETRITIS GONOCOCCICA

ARTROPATHIAS GONOCOCCICAS

PROSTATITIS

METRITIS

SALPINGITIS

BARTOLINITIS

ANTIGONOCOCCICA

Publicidad exclusivamente al cuerpo médico.



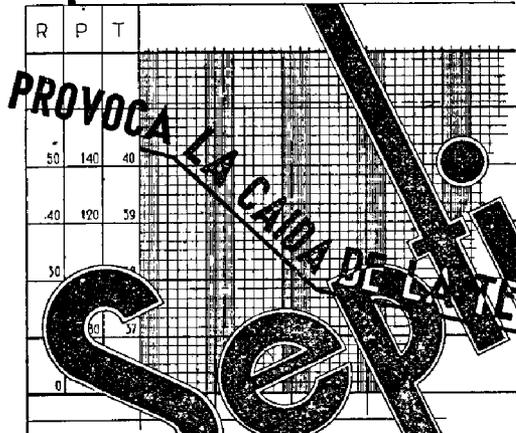
H. Millet &

MONTEVIDEO 160-168

J. Roux

BUENOS AIRES

En todos los estados
Infecciosos agudos



Septicemine

PROVOCA LA CAIDA DE LA TEMPERATURA SIN CHOC NI REACCION

10 a 30 c.c. por día
Endovenosas -
o intramusculares.

Publicidad exclusivamente al cuerpo médico. H. Millet & J. Roux. Montevideo 160 - 168 Buenos Aires.

Hund, en cambio, admitiendo que la mayoría de las reacciones aparecen antes del 11º día, acepta sin embargo que la incubación puede variar desde algunos minutos hasta 30 días. En apoyo de esa tesis aporta una estadística de 804 casos, de los cuales 1 por accidentes por suero, aparecido 29 días después de la inyección de dicho medicamento.

En el caso que relatamos, el trastorno renal inhibitorio se presentó a los 30 días de la segunda inyección del suero antidiftérico: se trataría pues, en nuestro sentir, de un accidente muy tardío, pero que de acuerdo con Hund, puede aún ser imputable verosímelmente a la administración del medicamento.

En cuanto a la persistencia y gravedad de la anuria, diremos inmediatamente que es excepcional que las producidas como manifestación de la enfermedad sérica, adquieran tales proporciones; en esta enferma, sin embargo, nos vemos precisados a quedarnos con esa etiología, pues con los elementos de juicio reunidos, ninguna otra causa podría explicarla.

Hund agrega que los accidentes imputables al suero se producen:

- 1º — Por la susceptibilidad especial del individuo al suero.
- 2º — Por las propiedades tóxicas del suero.
- 3º — Por la cantidad total de suero inyectado, siendo esta tercera categoría la que da el mayor número.

Debemos admitir que en nuestra enferma la cantidad total inyectada, siendo una dosis muy moderada, no puede haber sido la causa del accidente acaecido; más bien debe responsabilizarse: o a su susceptibilidad exagerada al medicamento, o a la toxicidad del suero administrado.

Es también digno en este caso, de hacer recalcar, 1º la *perfecta tolerancia* acusada por la enferma para tasas tan elevadas de úrea en su suero sanguíneo (hasta grs. 5,12 por mil), mantenidas durante tan largo tiempo. Es admitido por la generalidad de los autores que ese período de tolerancia no se prolonga más allá de 3, 4 o 5 días, pasados los cuales comienza a aparecer con claridad los síntomas de intoxicación urémica. En nuestro caso, dichos signos de intoxicación estuvieron totalmente ausentes durante los 18 días de su anuria: en efecto, su lucidez mental fué perfecta en todo momento, su apetito conservado, puede decirse exagerado; su sueño: normal; no

aparecieron ni cefaleas, ni náuseas, ni hipo, ni calambres, ni resal-
tos tendinosos, ni miosis, ni trastornos respiratorios, etc.

2° — La curación de esta enferma, cuya anuria no cedió hasta
el 18° día de establecida, a pesar de haberla sometido a una tera-
péutica activa desde la fecha de su ingreso al Servicio, correspon-
diente al 8° día del comienzo de la inhibición secretoria.

Si bien es cierto que el pronóstico no es fatalmente mortal,
pues se han señalado algunos casos de nefritis sobreaguda, en las
cuales después de un período de anuria con azoemia elevada, el res-
tablecimiento de la diuresis ha permitido la curación, en esta forma,
la anuria adquiere en general una gravedad extrema, siendo a título
excepcional que al cabo de algunos días, ella pueda ceder a una
debacle poliúrica y aún contando con la favorable circunstancia de
la aparición de la poliuria, es necesario recordar que se debe ser muy
circunspeto en cuanto a la apreciación del pronóstico en ese mo-
mento, pues con extraordinaria frecuencia, la vuelta de la diuresis
suele ser insuficiente en cuanto a cantidad y duración, y en conse-
cuencia, se produce la muerte del enfermo en uremia, en plazo más
o menos breve. En opinión de Legueu, la tolerancia de los sujetos
es muy variable, pero este autor cita como hecho de excepción, el
caso de Baylac, relatado por Ribes, de un enfermo que curó des-
pués de 16 días de anuria.

Legueu admite que la muerte sobreviene generalmente entre
el 10° y el 12° día a partir de la iniciación de la anuria y 2° o 3er.
día de la aparición de los accidentes urémicos, y agrega: "La gra-
vedad es naturalmente proporcional a la duración de la uremia,
cada día, cada hora, aporta al pronóstico un elemento de agrava-
ción". Para Marion la muerte por anuria sobreviene por regla ge-
neral entre el 7° y el 12° día.

3° — El tratamiento instituido en el primer momento a nues-
tra enferma se justifica, ya que es sabido que cuando la anuria so-
breviene aparentemente en plena salud o por lo menos en un terre-
no cuya condición anterior es ignorada o desconocida, dos son las
causas principales en las que hay que pensar, que pueden ponerse
de manifiesto en general por maniobras sencillas: la obstrucción
ureteral por cálculo o el tumor pelviano (recordamos que la anuria
puede ser la manifestación inicial de un tumor pelviano). De ahí
pues, que procedimos a cateterizar el uréter, dejando una sonda

dentro de su luz, a examinar el abdomen y a practicar un examen ginecológico. Al mismo tiempo se procedió a la distensión forzada de la vejiga, con el fin de provocar el reflejo para la contracción peristáltica ureteral.

Constatada la forma secretoria de la anuria, gracias a las exploraciones radiológica y clínica y ayudado por los datos de la anamnesis, se estableció toda la medicación que se ha señalado en el curso de la historia y que no detallamos aquí para no caer en inútiles repeticiones.

Cuando el fracaso de la terapéutica médica y de la cirugía incruenta parecía ser definitivo, nos vimos en la obligación de abocarnos al problema de su tratamiento por medio de la cirugía cruenta: queremos destacar en este momento que nuestra vacilación estuvo justificada dadas las condiciones especiales de la enferma en este caso. Puestos en el dilema de resolernos entre los dos métodos quirúrgicos que actualmente se admiten: la nefrostomía o la decapsulación, nuestra elección se inclinó por la segunda, por el grave peligro que entrañaría para esta enferma con riñón único, la posibilidad de una hemorragia secundaria a la nefrostomía. Por otra parte, el efecto descongestionante que se obtiene con esta última operación, que suprime el exceso de tensión del riñón, se consigue igualmente con la decapsulación, con la ventaja para esta última, de enervar el órgano, substrayéndolo así a las acciones inhibitorias.

Nuestro escepticismo y escaso entusiasmo por los procedimientos cruentos se explican aquí igualmente, si se tiene en cuenta los inconstantes resultados inmediatos que por su intermedio se obtienen sobre la anuria y aún en el caso de obtenerlos, lo efímero que resulta en la mayoría de los casos, pues el riñón se ve pronto comprimido por una nueva cápsula que se forma con gran rapidez, hecho perfectamente demostrado después de las experiencias de Albarran y León Bernard.

Así, pues, en el caso que relatamos, a pesar de su buen estado general aparente, el cuadro se ensombrecía por momentos y el pronóstico tornábase de más en más severo, hasta que después de 18 días de inhibición total de su riñón único, una poliuria salvadora, cuya aparición no puede relacionarse directamente con nin-

guno de los elementos de la terapéutica puesta en juego, liberó a la enferma de una situación de apremio, cuya solución desesperábamos encontrar.

En los 20 litros de orina que segregó durante los 3 primeros días de su debacle poliúrica eliminó la abultada cifra de 243 grs. de úrea y 43 grs. de cloruros.
