

Facultad de Medicina de Rosario. Santa Fé,  
Cát. de Urología del Prof. Dr. M. A. LLANOS

Por el Doctor  
MIGUEL A. LLANOS

## CUATRO CASOS DE CALCULOS RENALES APRECIABLES A LA PALPACIÓN

### *Primer caso:*

EL primer caso se refiere a una pionefrosis calculosa en un riñón en herradura que fué observado por el que suscribe, a mediados de marzo de 1921.

### HISTORIA RESUMIDA:

Enfermo de 28 años de edad, argentino, casado, y que como antecedentes personales interesantes para nuestra historia, nos refiere lo siguiente: que cuando niño y dedicándose a ejercicios violentos con sus camaradas de juego, sentía ganas frecuentes de orinar, haciéndolo en pequeña cantidad de una orina quemante y color rojizo.

Llamado al servicio militar lo hizo en un cuerpo de artillería y cada vez que se sometía a ejercicios de equitación, sentía las mismas molestias que cuando niño corría en sus juegos infantiles.

A mediados de marzo de 1921 el enfermo empieza a sentir dolores en la región lumbar derecha, al mismo tiempo y examinando sus orinas vió que eran turbias, hechos que lo indujeron a consultar varios médicos. Uno le dijo que había que operarlo del riñón, otro que tenía un tumor inoperable en el vientre y, el tercero, que pensó se trataba de una afección renal, pidió una consulta con el que suscribe. Además el enfermo nos refiere que padece una ligera constipación.

Con estos datos procedemos al examen, el que revela a la inspección abdominal un ligero abultamiento en el flanco derecho y, a la palpación, notamos un tumor renitente y bien limitado por debajo de las costillas y de la región renal, y que el tumor participa ligeramente de los movimientos respiratorios; además en la parte anterior y media se nota una parte bastante superficial bien dura, que da la sensación de una piedra y la percepción es tan clara que podría afirmarse su existencia. El enfermo siente, al presionar dicho punto, dolores que se irradian hacia la fosa iliaca y hacia el testículo derecho.

Del examen practicado y de los datos suministrados por el examen de orina, que revela abundantes glóbulos de pus y algunos hematies, pensamos que nuestro enfermo tiene una pionefrosis de origen calculoso en un riñón descendido y que ha contraído adherencias inflamatorias, explicándose así la poca movilidad que tenía con los movimientos respiratorios.

La cistoscopia nos reveló a la izquierda eyaculaciones regulares y abundantes, al parecer de orina clara; en cambio las del lado derecho eran poco abundantes y las orinas muy turbias.

Para confirmar más nuestro diagnóstico, pedimos al enfermo nos proporcionara una radiografía de ambas regiones renales, y el Dr. López practicó la radiografía en que se ve claramente la imagen de un cálculo bastante grande con algunas prolongaciones muy próximas a la columna vertebral, puesto que está en contacto por una de esas prolongaciones con la tercera vértebra lumbar.

El 17 de octubre del mismo año se hizo un cateterismo doble, pero la orina que se recogió fué muy escasa por defecto de las sondas ureterales y porque la persona encargada de vigilarlas las extrajo una vez que vió que no funcionaban bien.

A pesar de que este percance me privó de determinar el estado funcional de ambos riñones por separado, con los datos suministrados por el examen clínico, la cistoscopia, urea en sangre y el examen global de la orina que eran relativamente buenos, me consideré en condiciones de abordar el riñón enfermo y, según el estado, proceder a una nefrectomía, una pielotomía o una nefrotomía.

El 24 del mismo mes procedí a la operación, ayudado por el practicante del servicio, señor Premoli, siguiendo la vía lumbar; al exteriorizar el riñón me encontré con serias dificultades, pues aparte de las adherencias producidas por la litiasis y la proximidad a las vértebras, el polo inferior se continuaba por un prolongamiento que pasaba la línea media. Entonces me di cuenta que estábamos en presencia de un riñón en herradura y me decidí a hacer una heminefrectomía, en vista de que el parénquima renal estaba en su casi totalidad destruido, como se puede ver en la pieza, y que por lo tanto era un órgano poco menos que nulo en cuanto a su valor funcional y, por exclusión, era lógico suponer, basándonos en el examen de la orina, que la otra mitad se encontraba en buen estado funcional. La heminefrectomía se practicó incindiendo el istmo que era parenquimatoso en forma de cuña para hacer una sutura hemostática.

La operación se hubiera terminado en poco tiempo si no hubiera sido la demora ocasionada por la mala calidad del catgut, que se cortaba al hacer la ligadura del pedículo y que prolongó la operación hasta una hora y cuarto aproximadamente. Dejé un dren de goma y suturé los diferentes planos, dejando naturalmente una abertura para el dren. La tarde del día de la operación el enfermo orinó 100 grs., estando un poco deprimido, con un pulso de 110; al día siguiente orinó 1100 grs., aumentando progresivamente hasta 2000 y aún más, durante las 24 horas; al tercero y cuarto días tuvo algunos décimos de temperatura que pasaron con un purgante, manteniéndose apirético hasta el día de su completo restablecimiento. El 6 de noviembre tuvo una hemorragia de la herida, la que se cohibió con un taponamiento, pero como el 10 del mismo mes se repitió con caracteres un tanto graves, investigué el origen de dicha hemorragia y encontré que era una arteriola de la pared, la que fué ligada, terminando definitivamente la pérdida de sangre.

Como se ve, nuestro diagnóstico ha sido exacto en lo que se refiere a la pionefrosis calculosa, pero incompleto por el desconoci-

miento de la anomalía renal, hecho hasta cierto punto explicable por la rareza del caso en aquellos tiempos, error que actualmente la simple imagen radiográfica, el examen clínico y la pielografía evitarían, conduciéndonos al diagnóstico exacto.

*Segundo caso:*

La siguiente radiografía pertenece a la señora M. A., que examinada clínicamente en el flanco derecho presenta una tumoración la que contiene partes du-

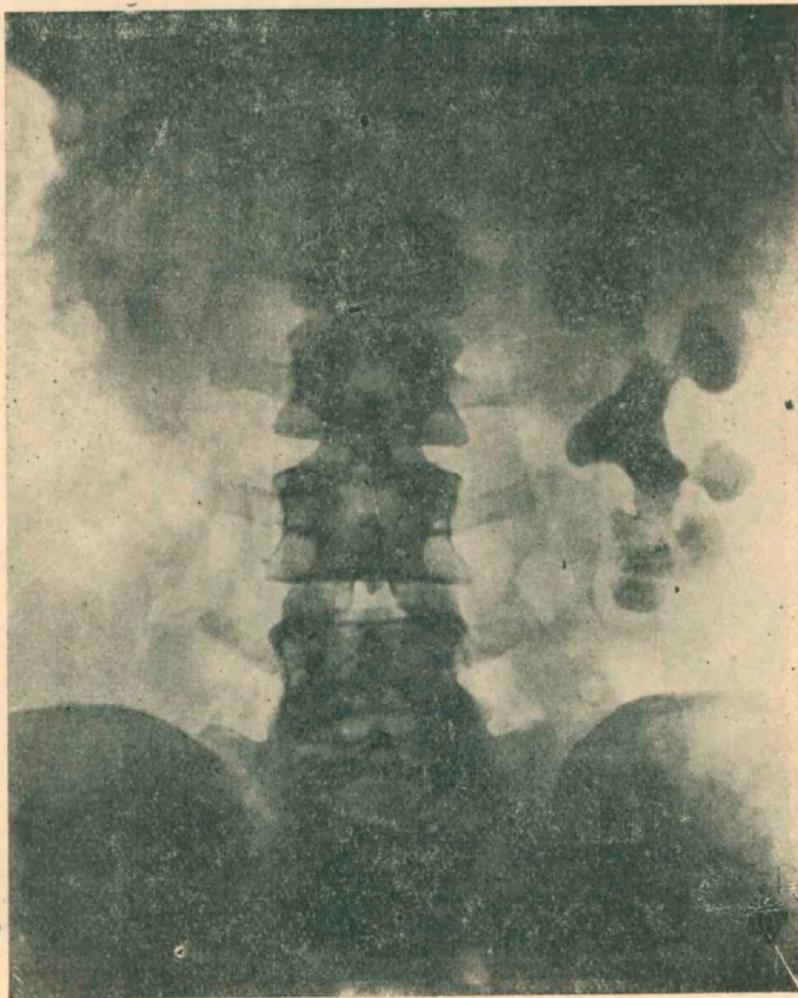


Figura 1

ras que dan la sensación de tratarse de cálculos; en el examen de uno de los alumnos se notó una crepitación propia del roce entre dos superficies rugosas. La radiografía demuestra un enorme cálculo en tres fragmentos; es posible que se haya roto en el momento que fué examinada.

Examinado el estado funcional de cada riñón, se practicó la nefrectomía del lado enfermo, con excelente resultado.

Tercer caso:

Lamento no poder acompañar la historia clínica del tercer caso, por haberse extraviado. Se trataba de un caso de litiasis renal bilateral, con cálculos palpables en el lado derecho. Sólo puedo presentar el diapositivo obtenido y que se conserva en mi colección.

Cuarto caso:

El 18 de abril de 1934 ingresó a mi servicio del Hospital Centenario el

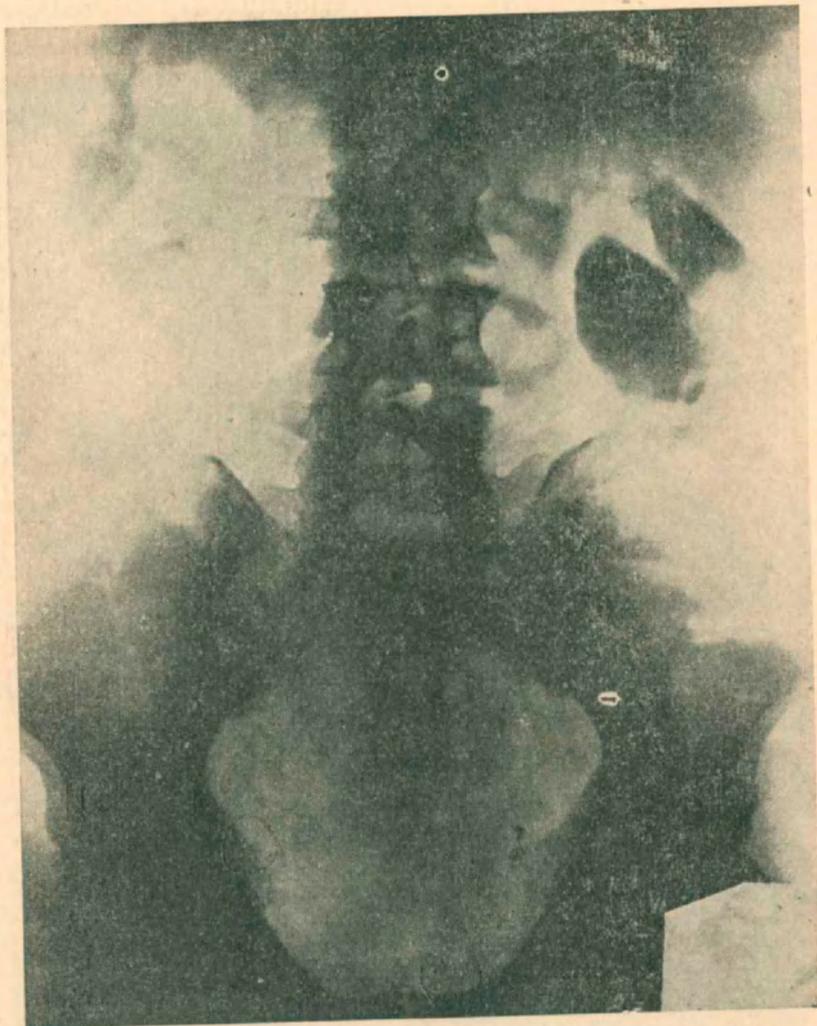


Figura 2

paciente Isidoro Cardoso, argentino, de 48 años, jornalero, casado.

Antecedentes hereditarios sin importancia. Antecedentes personales: ha sido siempre sano hasta el comienzo de su enfermedad actual, con excepción de una blenorragia que tuvo a los 20 años, la que fué curada con lavajes de permanganato de potasio. No tiene descendientes.

Según refiere el enfermo, hace seis años que se inició su afección con un dolor intenso a nivel del hipocondrio derecho, con irradiación hacia abajo, si-

guiendo el uréter, y hacia el testículo del mismo lado, ardor, frecuencia de la micción y sensación como si el flanco se hinchase. Estos dolores, en forma de cólicos, se repitieron cinco o seis veces, siendo el último el 9 de abril de 1934, que duró seis días, acompañado de hematuria, vómitos y anorexia. La cesación del cólico se continuaba con una descarga de orina sanguinolenta y expulsión de arenilla.

*Examen total de la orina.* — Urea: 12.81 ‰; cloruros: 11.7 ‰; vesti-

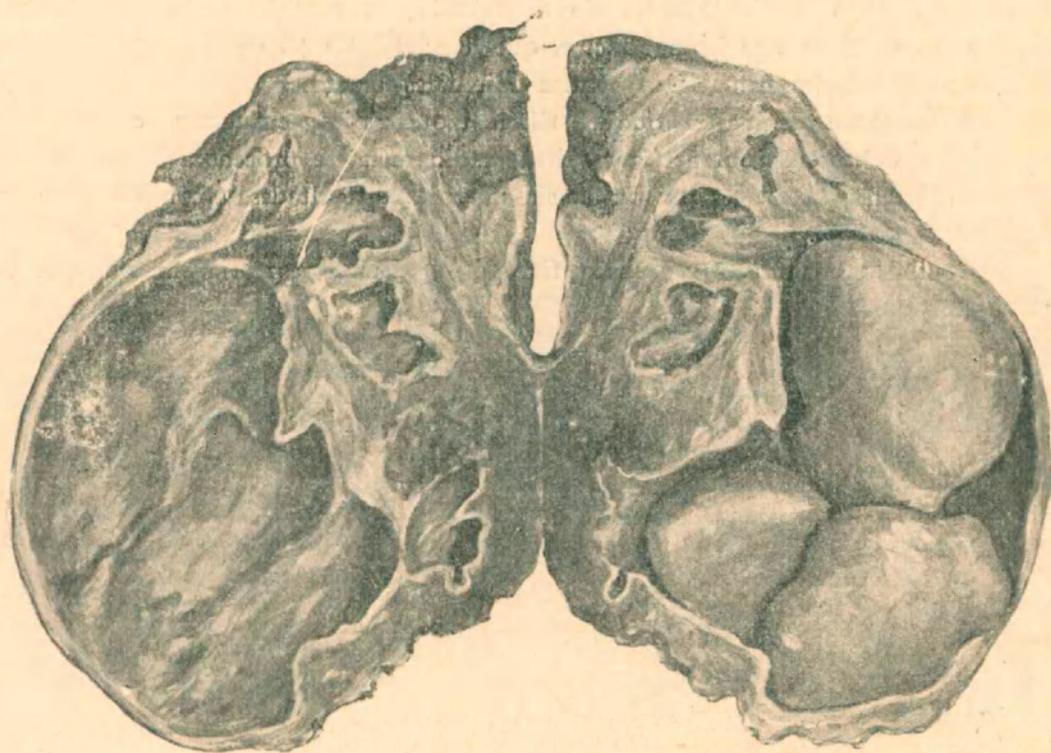


Figura 3

gios de albúmina; abundancias microorganismos; células epiteliales planas; cristales de fosfatos amónico magnésicos y uratos amorfos.

*Urea en sangre.* — 0.44 ‰.

*Examen del enfermo.* — Buen estado general. Dolor molesto en la región renal derecha que se acentúa con el movimiento. Anorexia después del último ataque.

*Examen clínico del riñón.* — La palpación del abdomen demuestra la presencia de una tumoración en el flanco derecho y en la que ya se pueden percibir partes duras que dan la sensación de piedra. Con la palpación bimanual, método de Guyón, se nota que dicha tumoración participa en parte de los movimientos respiratorios; hay peloteo y contacto lumbar y se nota con más claridad que en dicha tumoración hay partes de consistencia renitente o, por lo menos, de con-

sistencia elástica y partes completamente duras. Practicando ciertos movimientos para favorecer la movilidad de las partes duras se nota perfectamente la sensación del roce que permite afirmar que es producido por el contacto de los cálculos.

*Examen del aparato urinario.* — Orina seis a siete veces al día y unas 2 de noche. Calibre de la uretra: 22. Capacidad vesical: 200 c. c. La cistoscopia demuestra paredes vesicales algo congestionadas, especialmente alrededor del orificio ureteral derecho, por el cual se ve salir en forma intermitente orina turbia.

*Cateterismo ureteral.* — La sonda se detiene a tres centímetros del lado derecho. En el lado izquierdo entra sin dificultad y la eyaculación es normal, habiéndose recogido en una hora 55 c. c. que dan: 17.93 ‰ de urea; 11.2 ‰ de cloruros; abundantes hematíes y células epiteliales planas.

Este examen demuestra que el riñón izquierdo se encuentra en excelente condición y después de obtener la siguiente radiografía, se procede a la nefrectomía del lado derecho, la que es practicada sin mayores dificultades y con excelente resultado.

El dibujo adjunto es la copia fiel de la pieza operatoria, abierta por su borde convexo.