

Servicio de Urología del Hosp. Alvear
Jefe Interino: Dr. GERARDO VILAR

Por los Doctores
GERARDO VILAR,
J. W. ALVAREZ COLODRERO
y LEON D. ARRUES

OLIGURIA PERMANENTE

Motiva esta comunicación la siguiente historia clínica:

Nº 3.125 L. de Sala.

R. M. Edad 30 años; nacionalidad argentina; estado soltera. Ingresó el 7 de enero de 1938 y es dada de alta el 27 de junio de 1938.

Enfermedad actual. — Desde hacen 12 años, y a raíz de una operación de apendicitis con anestesia raquídea, queda como secuela el siguiente cuadro: marcada polaquiuria, ardones al final de la micción y a veces tenemos. Sólo siente vagos dolores en la región lumbar derecha con irradiación hacia la ingle y grandes labios. En oportunidades este dolor recrudecía y se acompañaba de todos los síntomas que caracterizan el cólico renal (dolor, polaquiuria, estado nauseoso, ardor post-miccional) y las orinas se tornaban muy oscuras y en escasa cantidad durante las 24 horas. El dolor obligaba a la enferma a guardar reposo y a veces sólo cesaba después de inyección de morfina.

Acompañando a este cuadro que duraba 1 o 2 días, se instala un verdadero estado tóxico en forma permanente y que se caracterizaba por los siguientes síntomas: marcada cefalea que no reducían los analgésicos; mareos, sensación de lengua pastosa, náuseas y en oportunidades vómitos. Llamándole sobre todo la atención a la enferma la escasa cantidad de orina (oscilaba de la diuresis media entre 120 y 180 cc. cúbicos).

Es observada por un colega quien le indica dieta láctea, suero de la vena renal y salirgan (endovenoso), consiguiendo aumentar la diuresis a 2 o 3 litros; pasada la acción mercurial la oliguria se instalaba nuevamente.

Los cólicos aparecían entonces con mayor frecuencia, habiendo contado la enferma hasta el momento de su interrogatorio 15 o 16, y eliminando en algunos de ellos pequeñas arenillas.

Aparecen luego algunos trastornos nerviosos por lo cual un psiquiatra indica la conveniencia de internarla para hacerle cura de aislamiento, pensando que sus trastornos obedecían a alteraciones mentales. En estas condiciones la enferma es internada en nuestro servicio con el siguiente

Estado actual. — Bueno estado general, a pesar de haber adelgazado casi 7 kilos. Facies cérea, infiltración edematosa de párpados y miembros inferiores; mucosas pálidas; lengua saburral. Durante estos días marcadas diarreas y sudores profusos.

Corazón: segundo tono aórtico muy marcado. Pulso: 92, rítmico, regular y tenso.

Abdomen: Herida operatoria de apendicectomía.

Riñones: se palpa el del lado derecho en las grandes inspiraciones y en posición de pie; es de forma y tamaño normal. No se palpa el izquierdo, no hay puntos dolorosos. El colon ascendente se palpa en forma de cuerda dura que ocupa todo el flanco derecho.

Cistoscopia: Capacidad 200 c.c. Mucosa vesical normal; ligera congestión en trigono. Ambas uréteres en posición normal. El derecho muy pequeño y de forma lineal. Las eyaculaciones son muy perezosas y distanciadas.

Se deja a la enferma en observación durante tres días y a pesar de recoger las orinas de todas sus micciones sólo se reúnen 540 c.c.; se repite la operación con sonda permanente y se observan los mismos resultados: 1er. día: 150 c.c.; 2º: 180, y 3º: 130.

Los repetidos exámenes de orina no acusaban la presencia de elementos de desintegración renal (albuminuria cilindruria etc.) sólo escasa cantidad de sangre y algunos glóbulos de pus. La densidad oscilaba entre 1020 y 1024 y la azoturia entre 10 y 14 grs. por mil.

La azohemia que se investigó en distintas oportunidades variaba entre 0,80 y 1 gr. por mil.

Pruebas funcionales. — Constante de Ambaard: duración —60'. Cantidad de orina recogida: 5 grs. Urea en orina: 12 grs. Urea en sangre: 0,80; peso: 52 kilogramos, 0,12.

Exámenes radiográficos: R. simple no se observa ninguna sombra normal.

Urografía excretora: Buena eliminación de la substancia inyectada que se percibe ya a los 5 minutos, en ambos lados. Lado derecho: vías de excreción de forma y situación normal. Lado izquierdo: uréter en su tercio superior ligeramente desplazado hacia adentro. A los 15 minutos se percibe marcada opacidad en el reservorio urinario.

Teniendo en cuenta los estudios realizados y habiendo constatado como única alteración en su aparato urinario una discreta ptosis renal derecha se resuelve corregirla mediante una nefropexia y acompañarla de enervación del pedículo renal.

Operación: 10, 11, 38. — Anestesia general. Lumbotomía por el método

clásico. Se llega a la loge y se aísla el riñón de algunas pequeñas adherencias. Se hace neurectomía del pedículo destruyendo algunos filetes que acompañan el extremo superior del uréter. Se trazan en la cápsula 4 colgajos que se fijan en 10° espacio intercostal. Drenaje de la loge y cierre de la pared en 2 planos.

Post-operatorio: Al 2° día se retira drenaje de la loge. La diuresis aumenta ostensiblemente. 2° día, 500; 3er. día, 450; 4 día, 700; 6° día, 850, oscilando en los siguientes entre 1250 c.c. y 1500.

La herida operatoria cierra bien y es dada de alta la enferma en perfectas condiciones pero indicándole la necesidad de venir periódicamente al Consultorio Externo para ser observada.

El 13 de julio de 1938 vuelve la enferma y se le extrae sangre para azohemia que da como resultado: 0,25. El estado general ha mejorado y la diuresis media se mantiene entre 1200 y 1500 c.c.

La mejoría se acentúa en los meses siguientes pero el 16 de diciembre de 1938 vuelve nuevamente la enferma por una hematuria que observa desde hace 4 días. La diuresis ha descendido siendo la media de 900 c.c. La hematuria se acompaña de intenso dolor en ángulo costovertebral izquierdo, provocado y propagándose hacia abajo.

Es internada nuevamente y a pesar del reposo la hematuria persiste volviendo nuevamente a bajar la diuresis que es de 450 c.c. de media. Nuevamente aparecen los síntomas anteriores: cefaleas, excitabilidad, vómitos etc. Azohemia: 0,60.

Alentados por nuestro éxito anterior resolvemos encarar el problema en la misma forma practicando sólo una enervación del pedículo renal izquierdo.

Estado general. — Bueno, a pesar que el último mes ha bajado 2 kilos.

Examen físico. — No se palpan riñones. Punto costumuscular y costovertebral izquierdo ligeramente doloroso.

Se opera el 28 de octubre de 1938. — Lumbotomía clásica, se trazan 4 colgajos, la cápsula se desgarrar con suma facilidad. Se fijan al 10° y 11° espacio intercostal. Drenaje en la loge, sutura en dos planos.

30 de octubre de 1938 se da de alta en perfectas condiciones, la diuresis media es de 1500 c.c.

La historia de nuestra enferma muestra lo siguiente:

I). — Oliguria permanente desde hace doce años. Un promedio de 150 c.c. por día.

II). — Dicha oliguria se instala después de la apendicectomía practicada con anestesia raquídea.

III.) — La gran tolerancia de la misma; si bien ha disminuído de peso, la azohemia algo elevada y la eliminación abundante de precipitaciones salinas. Le han permitido conservar su buen estado general.

IV). — La enervación del pedículo renal derecho ha restablecido la diuresis.

V). — La recidiva de oliguria cede a la enervación izquierda, persistiendo la diuresis normal hasta la fecha casi dos años.
