

Revista Argentina de Urología

Organo oficial de la Sociedad Argentina de Urología

Año XIX

JULIO - AGOSTO 1950

Números 7-8

Hosp. P. Fiorito. Serv. de Urología
Jefe: Prof. Dr. Ricardo Bernardi

NEFRECTOMIA SECUNDARIA POR INFARTO ANEMICO

Por los Dres. RICARDO BERNARDI y MARIO J. MORELLI

Es bien sabido que las arterias carentes de anastomosis como las esplénicas, renales y cerebrales (arterias terminales) al trombosarse producen la necrosis de su territorio de distribución por ser imposible el desarrollo de una circulación colateral. Estos focos de necrosis por coagulación constituyen los *infartos anémicos* como el que motiva el presente trabajo, que obligó a la nefrectomía como única posibilidad, a nuestro entender, de salvar la vida del enfermo.

La poca frecuencia de esta afección y su oscura sintomatología que permite solamente realizar el diagnóstico operatorio de la lesión, nos induce a presentar este caso como contribución a la casuística nacional en la que figuran trabajos como los de los Dres. Astraldi y Quirno; Larguía, Rivarola y Vázquez; Llanos; Pagliere; Monserrat y Solé, referentes la mayoría al infarto hemorrágico y no anémico como el nuestro.

Se trata de A. F. de 18 años, quien ingresa a nuestro Servicio del Hospital Fiorito el 5 de Marzo de 1949 con un cuadro de litiasis renal izquierdo, confirmado por la radiografía.

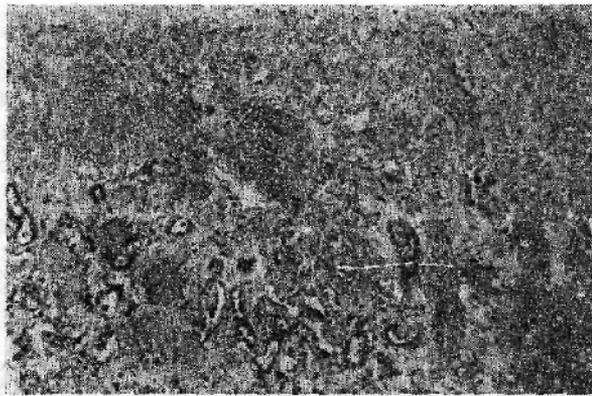
Con anestesia etérea es intervenido el 9 de Marzo de 1949 mediante la incisión de Pflaumer con resección de la 12^a costilla, observándose en la cara ant. del riñón y tercio medio un quiste serohemático del tamaño de una nuez que es abierto y resecado parcialmente, en cuyo fondo aflora el *cálculo pélvico* que es extraído; drenaje a través de la zona quística con sonda de Foley y *nefropexia tipo Young*.

Al tercer día, fiebre de 39°, depresión general y palidez, apareciendo

al 7º día de la intervención una intensa hematuria por la nefrostomía y la uretra, en una cantidad aproximada de 1 litro, que se mantuvo en forma intensa, por espacio de 6 días más, a pesar de las transfusiones, hemostáticos, vitaminas, etc., etc.

Ante la gravedad de la situación le practicamos la nefrectomía a los 12 días de la primera intervención.

El examen anátomo-patológico realizado en el Servicio del Hospital Fiorito (Nº 12.448), informa de la presencia de: "focos característicos de necrosis por coagulación (infarto anémico del riñón)", colocado en una de sus caras, con su típico aspecto de superficie triangular y blanquecina respon-



Microfotografía de la zona del infarto que limita con la parte sana del riñón.

En el infarto se puede reconocer todavía los glomérulos y los tubos en necrosis y en el límite vasos de neoformación que penetran al infarto.

sable de la hemorragia. La pieza y la fotomicrografía muestran claramente la lesión.

El enfermo mejoró rápidamente y fué dado de alta 10 días después.

CONSIDERACIONES GENERALES DEL CASO

Se trata de una afección relativamente frecuente y poco diagnosticada en clínica. Es opinión generalizada que el *infarto anémico del riñón* puede ser producido por una *embolia* (endocarditis séptica, fibrilación auricular, estrechez mitral, aterosclerosis, etc.) o la *trombosis* (Tromboángertis obliterante de Leo Buerger) arteroesclerosis de las arterias renales o de sus ramas.

Además se han señalado casos de arteritis agudas en enfermedades infecciosas (difteria, escarlatina, etc.) responsables de estos infartos anémicos.

Se caracteriza por el dolor de relativa intensidad, hematuria, oliguria o anuria y albuminuria, y en algunas ocasiones por hipertensión arterial, fiebre, escalofríos, vómitos y colapso vascular periférico (shock).

El riñón puede estar aumentado de tamaño observándose el característico cuneiforme del infarto con la base dirigida hacia la superficie y el vértice hacia el hilio del órgano.