

Hospital Rawson, Servicio de Urología,
Jefe: Prof. Dr. BERNARDINO MARAINI

Por los Doctores
ARMANDO TRABUCCO
y R. SANDRO

ABSCESO PERINEFRITICO CON FILTRACION DE ORINA POR LA HERIDA OPERATORIA

NOS mueve la presentación de este trabajo, el deseo de poner en conocimiento la siguiente Historia Clínica, que si bien trata de una perinefritis supurada izquierda, está compensada su vulgaridad, por un hecho poco frecuente que se presentó al día siguiente de la intervención, y que explicaría a posteriori, la patogenia de esta perinefritis; se trata del enfermo R. C., que nos envía el doctor Jorge Martín, de Chivilcoy.

Antecedentes hereditarios y personales. — Padres sanos, 8 hermanos, todos viven sanos; niega enfermedades inherentes a la primera infancia, así como trastornos posteriores de cualquier índole. No ha tenido nunca enfermedades venéreas. No acusaba trastornos digestivos antes de la presente enfermedad. No es fumador ni bebedor. Relata el enfermo que a comienzos del mes de enero ppdo., se le presentó una forunculosis, especialmente localizada en el brazo izquierdo, cuya evolución se prolongó y aún en el momento de ingresar al Servicio quedan vestigios de ella.

Enfermedad actual. — Desde hace 12 días, al decir del enfermo, comenzó a sentir algunos dolores agudos en la región lumbar izquierda, que fueron aumentando progresivamente hasta llegar a hacerse permanentes, no tenían irradiaciones, y la calma relativa de ellos, la conseguía en algo colocándose en decúbito lateral izquierdo.

Nos dice el enfermo que, concomitantemente al dolor apareció una elevación térmica febril a 38 grados, a pequeñas oscilaciones; refiere además que en el comienzo de la afección no ha tenido vómitos y que el apetito estaba conservado. Así siguió durante cuatro días más, sin mayores variaciones, al cabo de los cuales consulta a un facultativo quien decide su internación en el Servicio.

Hasta la fecha no ha tenido orinas sanguinolentas.

Estado actual. - Examen clínico general:

a) Fiebre: el enfermo se presenta en un estado febril a grandes oscilaciones,

cuya máxima vespertina alcanza generalmente a 39°,5, remitiendo por las mañanas a 36 grados.

b) Piel y mucosas: mucosas pálidas; piel seca y pálida. Tinte terroso en la piel de la cara.

c) Aparato digestivo y anexos: lengua muy saburral. Constipación pertinaz.

d) Aparato circulatorio: tonos cardíacos normales. Presión al Vaquez-Laubry, Máx.: 14, Mín.: 8.

e) Aparato respiratorio: rales congestivos discretos en la base del pulmón izquierdo.

f) Sistema nervioso: nada de particular.

Examen urológico:

1. Micción: se produce 3 ó 4 veces por día; no hay nicturia, no está influenciada por el reposo ni por el movimiento, no hay dificultades en la emisión de la orina, ni modificaciones en el chorro urinario.

2. Dolor: espontáneo y continuado, con exacerbaciones pequeñas localizadas en la región lumbar izquierda.

3. Riñones: a la inspección podemos notar que en la región lumbar izquierda se observan descamaciones de la piel, producidas por revulsivos y un abombamiento en la misma que se extiende desde el reborde costal hasta la cresta ilíaca.

En cuanto a su actitud en el decúbito, el enfermo se encuentra apoyando la parte enferma sobre el plano de la cama, con el muslo del mismo lado en flexión sobre la pelvis. Se observa también una desviación hacia la izquierda de la línea de las apófisis espinosas, existiendo una lordosis a concavidad hacia el lado doloroso. A la palpación podemos percibir en el lado izquierdo una sensación de resistencia y de defensa muscular. La piel se encuentra fija, edematosa, dejando una impresión pulpar característica. A la palpación profunda se despierta un exquisito punto doloroso lumbo costal del mismo lado. No se consigue palpar el riñón izquierdo. El lado derecho no ofrece nada de particular.

Uréteres: No hay puntos ureterales dolorosos.

Uretra: Al examen clínico se presenta una uretra normal; al examen instrumental vemos que pasa libremente un explorador N° 20.

Vejiga: Al examen clínico nada de particular, soporta sin dolor y sin molestias 150 gramos de líquido; cistoscópicamente es una vejiga normal.

Próstata: Nada de particular.

Vesículas seminales: Nada de particular.

Testículos, epidídimos y cordones: Nada de particular.

Radiografías: N° 1242. La radiografía del aparato urinario deja ver a primera vista una incurvación de la columna hacia el lado izquierdo. Hay un franco borramiento del borde externo del psoas izquierdo, que contrasta evidentemente con la línea nítida que presenta ese mismo músculo del lado sano.

Análisis:

Examen global de orinas: Como elementos anormales la orina de este enfermo presenta: indican vestigios. Albúmina: rastros y en el examen microscópico de su sedimento se encuentran una gran cantidad de leucocitos de los cuales, algunos de ellos, se encuentran en degeneración.

El examen bacteriológico del sedimento urinario de la orina recogida por cateterismo renal nos informa que se halla una gran cantidad de estafilococos. 16-III-1937.

Análisis de sangre: Glóbulos blancos: 24.000. Glóbulos rojos: 4.300.000 por mm. c.

Fórmula leucocitaria:

Polinucleares neutrófilos: 88 %. Polinucleares eosinófilos: 1 %. Polinucleares basófilos: 0. Monocitos: 3 %. Linfocitos: 8 %. Hemoglobina: 71 %. Valor globular: 0,82. Azohemia: 0,43 %. 16-3-1937.

La prueba del índigo carmín da una eliminación de 7' para el riñón izquierdo y de 5' para el derecho.

Tratamiento. — El día 17 de marzo, bajo anestesia general por éter, se resuelve intervenir al enfermo.

Cirujanos: Dres. Trabucco y Sandro.

Se hace incisión lumbar izquierda que parte del ángulo costo muscular dirigiéndose a la espina iliaca antero-superior en una extensión de 10 cms. Se llega hasta la capa muscular en donde se encuentra una intensa reacción inflamatoria, haciendo un verdadero plastrón que dificulta su dilasección. Se llega al tejido perirrenal que se halla alterado, endurecido y de aspecto lardaceo; se abre este tejido y se cae en una cavidad que da salida a una relativa cantidad de pus de color amarillento espeso, y de olor sui-generis. Se debrida esta cavidad haciendo disección ciega a dedo, constatando la libertad relativa en que se encuentra el polo superior, cara posterior y polo inferior del riñón, no pudiendo desprenderse la cara anterior. Se colocan dos tubos de drenaje cuyas extremidades son ubicadas una en el polo superior y otra en el polo inferior del órgano. Se cierra la pared por planos. Se prescribe suero clorurado hipertónico al 20 %, 20 c. c. cada seis horas endovenoso; cardiozol cada seis horas y suero glucosado isotónico al 50 %, 1.500 gramos subcutáneo. Leucotropina intramuscular una por día y neotropina por vía bucal.

Marzo 18-937. Al ir a efectuar la primera curación al enfermo nos encontramos con que el apósito de este se halla manchado de un color anaranjado característico de la eliminación urinaria de la neotropina.

Marzo 19. El enfermo ha mejorado visiblemente pero aún se encuentra con fiebre de 38° y sigue mojando las gasas de la curación con la neotropina que elimina por la orina.

Marzo 24. La fiebre ha caído, encontrándose el enfermo en muy buenas condiciones, sin rastros aparentes de colorantes en la curación, lo cual nos induce a ir retirando los tubos de drenaje.

Marzo 27. La fiebre ha caído definitivamente. El enfermo se encuentra sin tubos y se hace curación plana.

Abril 15-937. Encontrándose el enfermo en perfectas condiciones, es dado de alta.

Los abscesos de la atmósfera perirrenal, pueden dividirse en dos clases admitidas por la mayor parte de los autores modernos:

1. — Los abscesos parinefríticos, o sean aquellos cuyo origen es extrarrenal y que envuelven la cápsula adiposa del riñón secundariamente, como ser: abscesos derivados del intestino, apéndice, de vértebras, traumatismos lumbares, etc. Estos no nos interesan.

2. — Verdaderos estados de inflamación perinefrítica, cuyo origen radica la mayor parte de las veces en riñón.

Estos casos de perinefritis supurada hoy en día se han puesto en claro y derivan de embolías microbianas que se alojan ya sea en los capilares glomerulares o ya sea en las pequeñas arteriolas de la circulación capsular del riñón, salvo los pocos casos, hallazgos de autopsia, encontrados por Frhederich, en que no halló lesión aparente del riñón.

El mecanismo de estas embolias bacterianas arteriales puede hacerse de dos maneras: o bien son secundarias a cualquier lesión supurada del organismo cuyas colonias bacterianas al invadir la circulación de retorno pasan al corazón izquierdo directamente, por la persistencia de un agujero de Botal más o menos grande, o bien, son focos terciarios de un proceso de invasión sanguínea cuyos focos primitivos antes enunciados, dejan escapar las colonias bacterianas para la circulación venosa hasta el ventrículo derecho, y de ahí por la arteria pulmonar hasta la red alveolar del pulmón, provocando una tromboangeitis como foco secundario, y de este foco secundario por las venas pulmonares van hasta la aurícula izquierda, de allí al ventrículo correspondiente entrando en la circulación arterial y localizándose finalmente como foco terciario en el riñón, haciendo su inflamación trombótica en uno o en varios de los capilares renales, según sea la virulencia de la infección o la reacción defensiva del organismo.

Beer, en un interesantísimo trabajo publicado en "The Journal of American Medical Association", basándose en su experien-

cia de 104 casos le permite afirmar rotundamente que todas las perinefritis son debidas a abscesos corticales del riñón, haciendo la siguiente clasificación:

1. — Tipo de inflamación perirrenal: Estado flemonoso: Se encuentra un tejido perinefrítico edematoso y en donde los abscesos corticales están inmediatamente situados por debajo de la cápsula del riñón, sin haberse abierto ésta.

2. — Tipo. — Absceso perinefrítico comunicando con un bien definido cráter del absceso, en la cortical del riñón.

3. — Tipo. — Absceso perinefrítico en donde no es visible o palpable la existencia de abscesos corticales debajo del absceso perinefrítico.

Nuestro caso, como hemos podido ver en la Historia Clínica, podría entrar dentro del tipo segundo de la clasificación de Beer, tenemos como elementos el pus de la cavidad perirrenal provocado por un absceso de riñón que, aunque no comprobado categóricamente, tiene que haber existido; además, éste absceso al rechazar al parénquima renal en forma excéntrica, debe de haber establecido una solución de continuidad con algún cáliz del riñón, continuidad que si bien no se habría manifestado con síntomas clínicos como ser descarga purulenta por la vejiga, se podría atribuir esta falta de síntomas a la integridad de la zona de defensa del forúnculo que perduró hasta el momento de la intervención en que al suprimir la presión a que estaba sometido el riñón puede haber provocado entonces, la abertura de dicho cáliz dentro de la cavidad purulenta, por ello que recién al día siguiente nos fué dado observar la salida de la orina por la herida operatoria.