

serie, tan frecuente en clínica, que poco tiempo después y en el mismo servicio, vemos un enfermo remitido por su médico de campaña por un síndrome urinario no preciso y dolores lumbares intensos. Ordenamos una radiografía que mostró una sombra sospechosa en la región renal derecha (fig. 5). El aspecto tan redondeado y la impresión aún no olvidada del caso anterior hizo sospechar, ya en el laboratorio radiográfico, en la posibilidad de un caso similar. Vuelve el enfermo y al examen de la piel de su región lumbar derecha encontramos un molusco péndulo cuya fotografía adjuntamos (fig. 6). El Dr. Vázquez Furest extirpa el tumor y cierra la piel con agrafes, fijando el tumor en la región lumbar opuesta, y obtenemos una radiografía que muestra la sombra sospechosa en la región renal izquierda y el sitio de la primera sombra ocupado por los agrafes. (fig. 7).

Pocos días después vemos un molúscum de la nalga. Radiografiado, se notó una mancha opaca en el sitio del tumor, bien visible a pesar del gran espesor de la nalga de la enferma. Extirpado el tumor y analizado, resultó, como era de prever, un fibroma.

Nos pareció útil e interesante presentar estos casos con sus comentarios a la consideración de los colegas, y los hechos relatados: diagnósticos erróneos y operaciones inútiles efectuadas, son más que suficientes para que tengamos en cuenta la posibilidad relatada y examinemos la región cutánea de los enfermos con sombras radiográficas sospechosas, y si encontramos allí un molusco, saber que son impermeables a los Rayos X y entonces la diferenciación es bien fácil. No haciéndolo así el error es bien posible, máxime cuando en casos como el relatado primero, hay signos urinarios positivos e indudables de litiasis reno-ureteral y además un cálculo enclavado en el uréter.

Dr. Lorenzo. — Son observaciones muy interesantes. Es un error excepcional. Ahora que se conoce esa causa hay que pensar en "molúscum". En la primera observación llama la atención lo externo de la sombra. Recuerdo un caso del prof. Marion con la misma causa de error.

Pionefrosis y desdoblamiento renal

Por los doctores ALBO y CAPURRO

A. G., 22 años. Ingresó al hospital el 19 de Mayo de 1932 por dolores violentos en el hipogastrio y fosa ilíaca derecha, dolores que debutaron dos días antes de la fecha de su ingreso; retraso en la menstruación, 20 días.

Examen genital: fondo de saco derecho y posterior doloroso; el útero, aunque aumentado de volumen, no se puede delimitar bien, a ello se opone la reacción dolorosa de la enferma.

Leucocitosis: 14,800.

Orina: 0gr.10 de albúmina; sedimento: células planas y uratos.

Intervención: Dr. Capurro. Ayuda Pte. Barani. Pequeña incisión Phannenstiel. Se constata la torsión de la trompa derecha en el sentido de las agujas de un reloj, volumen de un huevo de gallina, color mordoré; saipingectomía, peritonización del pedículo y del cuerno uterino; cierre, drenaje del tejido celular; el otro anexo fué examinado durante la intervención el que se encontraba sano.

Post-operatorio accidentado; temperatura hasta 39,5. Pulso hasta 130. las orinas se hacen muy purulentas. Examen de orinas:

Junio 1.o. — Albuminuria de 15 grs.; sedimento: gran cantidad de glóbulos de pus, glóbulos rojos y células planas.

Junio 3. — Albuminuria de 4 grs. 70; gran cantidad de pus.

Junio 4. — Albúmina 5 grs. 50, gran cantidad de pus.

Junio 7. — Albúmina 1 gr. 50, glóbulos de pus.

Junio 9. — Albúmina 0 gr. 42 ctg.; gran cantidad de pus.

¿Qué complicación ha sobrevenido en el post-operatorio que explique el mal estado general de la enferma, la hipertermia, el pulso elevado, la albuminuria y la piuria muy intensa?

¿Pielonefritis? He aquí nuestra primera hipótesis. Como la piuria era muy intensa, hasta el punto que la orina se presentaba como un liquido espeso y existían dolores renales, realizamos un cateterismo renal bilateral, a fin de drenar la piuria cuya evacuación podría hacerse en malas condiciones, examen que, por otra parte, nos iba a permitir afirmar en absoluto el origen renal de la piuria. El cateterismo renal que practicamos en Mayo 9 nos da una orina exenta de pus en ambos riñones. Sorpresa; la piuria no era entonces de origen renal, contrariamente a lo que suponíamos. ¿De dónde viene el pus? La piuria es de origen vesical. En el examen citoscópico que se hizo durante el cateterismo, se pudo establecer que el pus provenía de una fístula del bajo fondo de la vejiga, cerca del cuello. El citoscopio común no permite la visualidad de la parte anterior del trigono y en ese examen no se estableció mayores datos sobre el particular.

El examen genital practicado en esa ocasión, acusó la presencia de una tumefacción alargada en el fondo de saco lateral izquierdo.

¿Un anexo supurado que se habría abierto en la vejiga?

Pero en la operación se constató que el anexo izquierdo estaba sano.

¿Un cuerpo extraño vesical de origen uterino? ¿Una gasa?

Pero contra esta última hipótesis habría un argumento fundamental: la fístula estaba en el trigono vesical junto al cuello. Ahora bien: sabemos que esta región

está fusionada con la vagina (trigono de Paulik). ¿Cómo, entonces el absceso que tenía por origen el cuerpo extraño iba a desdoblarse el tabique vesico vaginal para hacer irrupción en la cavidad vesical cerca del cuello. Nos parecía que ese trayecto, de un absceso que buscaba su evacuación en la vejiga contrariaba nociones elementales de anatomía clínica. Para aclarar el cuadro resolvimos hacer la citoscopia con el uretro cistoscopio de cateterismo de Mac Carthy.

Junio 10. — Se consigue pasar una sonda por la fístula; esa sonda drena un pus espeso; la orina de la enferma se hace entonces completamente clara.

Al otro día, junio 11, si haber sacado el cateter, se lleva la enferma a radiografía; se le inyecta 10 cc. de yoduro de sodio al 12 %.

Se obtiene una imagen donde aparece un uréter flexuoso y muy dilatado, con una bolsa piélica considerable, que llega a la altura de la 12.a costilla.

Junio 12. — Sin haber sacado la sonda anterior, se coloca otra en el uréter izquierdo, considerado normal, y también se cateteriza el riñón derecho. Se lleva a la enferma a radiografía y se inyectan simultáneamente las tres sondas; se obtiene entonces tres imágenes: dos a la izquierda y una a la derecha.

A la izquierda aparece el uréter dilatado y la bolsa piélica que ya conocemos y ademas otro uréter algo dilatado y flexuoso que se entrelaza con el anterior, y que termina en una pelvis también un poco dilatada y cálices también distendidos correspondiendo a un riñón de volumen normal, riñón de situación baja, 2.a, 3.a y 4.a vértebras lumbares.

A la derecha aparece un uréter de calibre y dirección normales, pero que asciende hasta la 12.a costilla terminando bruscamente sin que aparezca la pelvis renal.

El líquido que recogemos por la sonda que pertenece a la pionefrosis, es un líquido espeso purulento.

El cateter inferior izquierdo nos da una orina de buena calidad de color ambarino, sin pus, con la siguiente concentración de urea y cloruros.

Urea 11 grs. 14.

Cloruros 8grs. 9.

Como se ve, estas concentraciones acusan un buen funcionamiento renal.

Hay que hacer notar que la última exploración produjo a la enferma una reacción térmica que llegó a 41°, pero al 4° día el estado de la enferma tiende a normalizarse, aunque sigue haciendo empujes febriles que llegan a 38°.

Se ha llegado, pues, al diagnóstico de pionefrosis en el riñón izquierdo desdoblado.

Esta malformación, que es relativamente frecuente, no debe confundirse con la multiplicidad renal, malformación extremadamente rara, el tercer riñón es mediano.

Este diagnóstico no se ha hecho nunca clínicamente, en los casos descriptos el diagnóstico se ha hecho durante las intervenciones o en las autopsias.

El examen de orina que se le practicó a la enferma el día de su ingreso al hospital, no acusó piuria. Vale decir, que se trataba de una uronefrosis que se infectó

después de la salpingectomía, o de una pionefrosis cerrada que se abrió posteriormente? Esto último no nos parece acertado, dado la sintomatología de la enferma en el momento de su ingreso al hospital.

En cuanto a la albuminuria, de 15 grs. en su comienzo y que luego fué decreciendo, creemos que es independiente de la piuria, la piuria no puede dar una albuminuria tan alta, además la albuminuria se redujo a proporciones mínimas en los días siguientes, mientras la piuria no varió en su intensidad. Estando en relación con el estado toxiinfeccioso que presentó la enferma después de la operación.

Mientras tanto la enferma sigue haciendo ascensos de temperatura y lo que llama la atención es que se queja en la fosa lumbar e hipocondrio derechos. Se resuelve a intervenirla para resecar la bolsa pionefrótica y el uréter correspondiente y dejar para más adelante el estudio del síndrome derecho, pues la piuria es intensísima y está asociada a una colibaciluria que da a la orina un olor de fetidez extrema, lo cual, unido a las reacciones térmicas y mal estado de la enferma, nos dice que conviene liberar cuanto antes a la enferma de su foco infeccioso.

Operación (25 de Junio de 1932). — Dr. Albo. Ayudan Dr. Capurro y Pte. Castiglione. — Anestesia al éter. Cateterismo previo del uréter correspondiente al riñón izquierdo útil. Incisión de Albarran de lado izquierdo prolongada hasta la parte media de arcada crural. Aparece riñón de volumen y de aspecto normal, que se fusiona en su polo superior con una bolsa pionefrótica, liberación cuidadosa de la bolsa pionefrótica hasta su continuidad con un uréter del grosor de un dedo índice de consistencia dura. Sobre el uréter enfermo aparece el uréter sano cruzándolo, su presencia está confirmada por la palpación de cateter ureteral que contiene. Se continúa la liberación del uréter enfermo, pero pronto se advierte que el referido uréter penetra entre dos pedículos vasculares, uno anterior, otro posterior, que hacen peligrosa la disección, se resuelve entonces seccionar el uréter, lo cual se hace entre dos ligaduras al termocauterio, el cabo superior se pasa entre los dos pedículos vasculares, se continúa su decolamiento conjuntamente con la liberación de la bolsa pionefrótica, la cual presenta una delgada capa de parénquima renal, que se encuentra fuertemente adherida al riñón sano, del cual se libera siguiendo un plano de tejido de esclerosis. Terminada la resección de la bolsa pionefrótica queda una superficie excavada en el polo superior del riñón sano, que se sutura con tres puntos de catgut.

Se disecciona luego el cabo inferior del uréter, la disección es laboriosa, el uréter sano lo cruza dos veces, está enroscado sobre el enfermo; la sonda ureteral, marcando el uréter sano, presta en esta disección señalados servicios. La disección se prosigue hasta la altura de los vasos ilíacos, se liga entonces el cabo inferior y se secciona al termo.

Drenaje pélvico y otro en la fosa lumbar, sutura de la parde en un plano, piel con crines.

Post operatorio alarmante, temperatura de 40°, fenómenos de excitación y muchos

dolores en la región intervenida, se resuelve la situación con una supuración abundante colibacilar, pequeña fístula urinaria que dura unos días. La enferma se mejora, la herida cierra, la orina se hace clara, la piuria, que persiste, es de poca importancia: raros glóbulos de pus dicen los exámenes del 18 y 21 de Agosto. Sin embargo, la enferma sigue acusando dolores en el hipocondrio y fosa lumbar derechos. Uno de los médicos del servicio, el Dr. Vizziano, asegura que la ha visto una noche con una crisis típica de cólico hepático. No obstante, el diagnóstico del síndrome derecho se presta a discusión.

La imagen ureteral que se ha obtenido en el cateterismo de ese lado nos hace ver un uréter que desemboca muy arriba, 2ª dorsal y además no aparece la pelvis. El Prof. Lorenzo, consultado sobre el particular, piensa que otro desdoblamiento renal a derecha es probable.

¿No será el segundo riñón derecho el que sufre?

A fin de no fatigar a la enferma con tantos cateterismos, se le hace un uroselectan, recurso ilusorio! Se practica entonces el cateterismo retrógrado con el Mac Carthy, se consigue cateterizar simultáneamente los dos uréteres derechos, el superior ya lo conocemos, el inferior corresponde a una pelvis poco dilatada, el examen de las orinas del riñón inferior da:

	Cloruros	1gr.63
	Urée	3gr.27
Riñón inferior:		
	Cloruros	1gr.63
	Urea	1gr.76
Examen histobacteriológico	Colibacilos	

Como en las imágenes no aparecen elementos extraños ni acodaduras ureterales, ni deformaciones piélicas importantes, consideramos que el síndrome doloroso derecho, no es de origen renal, se trata entonces de una colecistitis.

Operación (Setiembre 12 de 1932). — Dr. Albo. Ayudan Drs. Capurro y Vizziano.

Anestesia local, novocaína al ½ %. Incisión de Sprengel. Colecistectomía por colecistitis no calculosa. Colecistectomía retrógrada, subserosa. peritonización del lecho vesicular, cierre sin drenaje.

Post operatorio normal con una ascensión térmica a 38°2 el tercer día, luego la temperatura se normaliza, es dada de alta el 30 del mismo mes. Hace un reingreso al hospital, un mes más tarde, por una indigestión, a raíz de un exceso de comida, de lo cual se restablece inmediatamente. Podemos constatar entonces un estado general excelente, no obstante es trasladada a la Colonia de Convalecientes.

Dr. Lorenzo. — Considero el caso muy interesante, porque es de diagnóstico difícil. Las exploraciones metódicas nos llevan a precisar el diagnóstico, cuadro clínico y lesiones anatómicas.

Interesa saber si la infección urinaria es antes o después de la primera intervención. Posiblemente el uréter estaba cerrado, pero no había temperatura. Lo importante es haber diagnosticado la lesión.

Dr. Larghero. — Me interesa la fecha del primer análisis de orina y la operación del riñón.

Dr. Capurro. — Hay ureteritis productiva, lo que me hace pensar que la lesión es antigua y no se instaló en pocos días. La vesícula es calculosa, tiene cálculos en sus paredes, pero posiblemente incrustados por la pinza.

Dr. Nario. — La contradicción es más aparente que real, la retención no es necesario que sea febril, la bolsa puede estar en tranquilidad.

Dr. Lorenzo. — Puede haber sido una hidronefrosis infectada secundariamente.