

## Anuria completa postoperatoria por nefrectomía en un riñón único.

POR EL DR. RICARDO PAZOS VARELA

Profesor de Clínica de Vías Génito urinarias.

En el mes de julio de 1917, vi por primera vez a una enferma que se quejaba de dolor renal (puntos costo vertebral, sub-costal y supraíntra-espinal de PASTEAU). Este dolor coincidía con un movimiento febril intenso, y crisis semejantes se habían repetido en el curso de los cinco últimos años.

De 16 años de edad, temperamento linfático, enmagrecida y pálida, se imponía como una tuberculosa.

La palpación revelaba un enorme tumor líquido en la región lumbo abdominal derecha, doloroso a la presión y francamente fluctuante.

Había frecuencia de micción y poliuria considerable: 3 litros y  $\frac{1}{2}$  en 24 horas.—Reacción a la tuberculina, positiva.—Hematurias discretas totales.—No se encontraron bacilos de Koch en las orinas.

*Diagnóstico.*—Pielonefritis tuberculosa.

*Examen cistoscópico.*—Se practicó bajo narcosis etérea. La capacidad vesical era de 100 cc. El orificio ureteral derecho estaba grande y congestionado, con el aspecto típico que presenta en las uretero-pielitis (*golf hole* de los autores ingleses).—La vejiga estaba toda congestionada y sembrada de tubérculos y pequeñas ulceraciones, particularmente en las vecindades del trigono.

El cateterismo del ureter derecho fué fácil, llegando hasta la pelvis una sonda N.º 8. En la imposibilidad de encontrar el orificio izquierdo, esa sonda fué dejada a permanencia durante 10 horas.

creyéndose, de ese modo, colectar la orina **separadamente, de la que** la enferma emitía por micción y que se suponía del riñón izquierdo.

El 16 de agosto se hizo el exámen de las orinas separadas, con el resultado siguiente:

<i>Riñón derecho</i>		<i>Riñón izquierdo</i>	
Volúmen, 270 c.c.		Volúmen, 250 c.c.	
Color No. 2,3 de la escala de Vogel.		Color, No. 5,5 de la escala de Vogel	
Aspecto, turbio.		Aspecto, turbio.	
Olor, <i>sui géneris</i> .		Olor, <i>sui géneris</i> .	
Sedimento, escaso.		Sedimento, escaso.	
Superficie, sin película.		Superficie, sin película.	
Densidad, 1015.		Densidad, 1011.	
Reacción, alcalina.		Reacción, alcalina.	
	por 1000		por 1000
Urea .....	6.81	Urea .....	5.67
Acido úrico y bases xanticas.....	0.30	Acido úrico y bases xanticas.....	0.22
Cloruros.....	8.50	Cloruros.....	6.
Fosfatos.....	1.32	Fosfatos .....	0.33
Serina .....	0.45	Serina .....	0.90
Indican....	pequeña cantidad	Indican.....	trazas
Ligero espectro de oxihemoglobina:		Raya de oxihemoglobina	
Sedimento:		Sedimento:	
Urato de sodio y amoníaco; fosfatos amorfos, algunos hematies, leucocitos, células epitelliales y una que otra renal.		Urato de sodio, fosfato amóníaco magnesiano; hematies; leucocitos, células epitelliales y renales.	

La comparación de este exámen separado de ambas orinas nos hizo pensar que quizás un error explicaría su aparente contradicción: nos referimos a la menor densidad de la orina del lado izquierdo, que sin embargo contenía más sangre y más albúmina, que la orina del riñón supuesto enfermo. A pesar de las enormes dificultades del cateterismo, se practicó de nuevo, con el siguiente resultado:

<i>Riñón derecho</i>	<i>Riñón izquierdo</i>
Volúmen, 210 c.c.	Volúmen, 480 c.c.
Color, No. 1 Vogel.	Color, No. 1 Vogel.
Aspecto, turbio.	Aspecto, turbio.
Olor, <i>sui géneris</i> .	Olor, <i>sui géneris</i> .

<b>Sedimento, escaso</b>	<b>Sedimento, escaso</b>
Superficie, sin película	Superficie, sin película
Densidad, 1012	Densidad, 1013
Reacción, ligeramente alcalina	Reacción, ácida.
por 1000	por 1000
Urea ..... 6.93	Urea ..... 7.56
Ac. úrico y bases xánticas. 0.25	Ac. úrico y bases xánticas.. 0.26
Cloruros ..... 5.	Cloruros ..... 4.50
Serina ..... 0.30	Serina ..... 0.39
Indican..... pequeña cantidad	Indican..... trazas
<b>Examen microscópico:</b>	<b>Ex. microscópico:</b>
Fosfato amoníaco magnésiano, urato de sodio; leucocitos y hematies escasos; una que otra célula renal.	Hematies y leucocitos abundantes; urato de sodio; células epiteliales y renales.

En vista de este segundo resultado, se decidió la intervención en el lado derecho. El doctor MOSTAJO tuvo la bondad de ayudarnos, Anestesia etérea.

El riñón era una bolsa inmensa; por incisión de su borde convexo, se retiró, más o menos, un litro de orina purulenta y ligeramente hemática. El riñón aparecía completamente destruido; solo una parte del polo superior, quizás  $\frac{1}{6}$  de la sustancia renal total, era la que funcionaba; un cálculo del tamaño de un coco pequeño se encontraba en la pelvis, abocando el orificio ureteral.

Teniendo en cuenta la destrucción tan avanzada del parénquima renal y de la pelvis tan distendida, decidimos practicar la nefrectomía.

Los resultados inmediatos no pudieron ser más satisfactorios: la enferma pasó un día tranquilo y pudo dormir algo en la noche. No se le aplicó inyección alguna porque no se había recogido orina.

Como la anuria es frecuente en los nefrectomizados, durante uno o dos días, nada nos preocupó al respecto, esperando que el tratamiento médico y los lavados de la vejiga, harían marchar de nuevo el riñón izquierdo, en concepto nuestro inhibido reflejamente.

Pero, a las 48 horas, que la enferma, por primera vez, acusó cierto estado nauseoso, pensamos que debía hacerse el cateterismo del otro riñón, como ya habíamos tenido ocasión de practicarlo en uno de nuestros nefrectomizados.

La cistoscopia, en la que nos ayudó el interno Señor CRUZADO, fué muy laboriosa por la imposibilidad de encontrar el orificio ureteral, que buscamos infructuosamente por más de una hora, hasta que cruzó por nuestra mente la idea de su ausencia.

Desde ese momento, pensamos en intervenir al lado izquierdo, porque nos poníamos en el caso de que las lesiones tuberculosas de la vejiga hubiesen impedido encontrar el orificio del ureter, y porque la dilatación pélvica del riñón nefrectomizado alejaba, de otro lado, junto con los exámenes de orina, la idea de un riñón solitario.

Sin embargo, como apesar del prolijo examen cistoscópico, no encontramos el orificio ureteral, decidimos ese mismo día la exploración lumbar, más con la idea de palpar la realidad que con la esperanza de que una nefrotomía dominara la situación. Así fué, en efecto; 60 horas después de la nefrectomía, incindíamos, con el Doctor Mostajo, la región lumbar, llegando hasta el peritoneo sin encontrar riñón.

Se trataba, pues, de un riñón solitario, de diagnóstico imposible, y que, como todos los casos de excepción, enseña mucho.

En primer lugar, es necesario hacer el cateterismo de ambos uréteres para ponerse a cubierto de eventualidad parecida y no conformarse con cateterizar un solo riñón, porque la orina que fluye entre el ureter cateterizado y la sonda va a mezclarse en la vejiga con la orina del lado opuesto, o, como en el caso que comentamos, divide el volúmen de las orinas del único riñón que existe, haciendo creer en la duplicidad del órgano.

Para evitar esta posible eventualidad, se están construyendo sondas ureterales, que, merced a un dispositivo especial, impiden que fluya la orina por fuera de la luz de la sonda.

La marcha post-operatoria que siguió a la segunda intervención no pudo ser más interesante: la enferma pasó cuatro días en las mejores condiciones aparentes: sin dolor alguno, sin náuseas, sin hipo, con lengua húmeda; alimentándose con leche y helados y durmiendo tranquilamente. Solo al 5º. día notó falsos deseos de micción, que coincidían con la evacuación del vientre debida a los enemas calientes. El pulso se mantenía firme a los alrededores de 85 a 90 pulsaciones, perfectamente regular y con tensión normal. Temperatura 36º5 a 36º8. Sudores moderados. Así pasaron doce días completos. La cantidad de úrea de la sangre era al 6º. día de 50 centígramos por litro, y debió continuar siendo baja en los días siguientes y, aún hasta la víspera de la muerte, porque ni la tensión del pulso, ni la náuseas, ni la cefálea, ni el insomnio, ni las modificaciones pupilares, ni la lengua que se mantuvo roja y húmeda, hasta los últimos momentos, nada absolutamente indicaba gravedad en su estado.

Repentinamente se presentó el vómito; el pulso se hizo irregular y tenso; la cara tomó un aspecto de sueño, revelando ansie-

dad; tuvo sed e hipo; gran apatía; convulsiones ligeras; y, por último, entró en estado comatoso que duró, más o menos seis horas.

La autopsia confirmó la ausencia del riñón izquierdo y una vejiga hiperemiada en cuya mucosa podían verse las ulceraciones y los tubérculos, que durante la vida revelara el cistoscopio en las vecindades del trígono.

Esta historia nos ha parecido interesante desde diferentes puntos de vista; en primer lugar, nos parece ser el primer caso de riñón solitario publicado entre nosotros; en segundo lugar la hidronefrosis en un riñón único parece ser rara; pues, apesar de haber recorrido cuidadosamente los «*Annales des Maladies des Organes génito-urinaires*», no he encontrado ningún ejemplo.

El profesor KUMMEL, en el 1er. *Congreso Internacional de Urología de París* (1908), habla solo de la *posibilidad* de la hidronefrosis en un riñón único.

La hematuria causada por una hemorragia en un riñón hidronefrósico es también excepcional. En nuestra observación, este síntoma estaría en relación con la calculosis.

En su tratado de *Tumores del riñón*, ALBARRAN dice que la hematuria es rara en la hidronefrosis y ha reunido solo doce observaciones.

El interesante caso de TIXIER de hidronefrosis en un riñón izquierdo, probablemente único, en el que se practicó la nefrectomía de urgencia, es el único de que tengo noticia.

La anuria en nuestro caso que ha durado doce días, raro ejemplo de supervivencia, si se tiene en cuenta todavía las dos anestésias que con intervalo de 60 horas soportó la enferma, hace todavía más interesante esta observación de riñón único.

