

# Gaceta Médica de México

PERIODICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Tomo LXI.

MEXICO, JULIO DE 1930.

Núm. 7.

## TRABAJOS REGLAMENTARIOS

### TUBERCULOSIS RENAL DE FORMA CAVERNOSA. NEFRECTOMIA.-CURACION.

POR EL DR. M. GODOY ALVAREZ

**H**ACIA fines del año próximo pasado se presentó en el consultorio la señorita C. G. de 21 años, originaria de esta ciudad, trabajando como mecanógrafa. Hija de padres sanos y teniendo como antecedentes patológicos la escarlatina, el sarampión y la tos ferina.

Menstruaba al principio irregularmente desde los 15 años, con ciclos dismenorreicos de tres a cuatro días; un año más tarde se regularizó el período y fué entonces que se puso a trabajar.

Hace como año y medio comenzó a desmejorar y a quejarse de un dolor en el hipocondrio derecho con propagación al flanco del mismo lado, el cual dolor era continuo con exacerbaciones de cuando en vez, particularmente por la noche.

Durante un poco más de un año estuvo al cuidado de un distinguido internista sin conseguir el menor alivio, por lo que hubo de cambiar de médico.

Al cabo de algún tiempo se notó una tumefacción en el flanco derecho, de forma oblonga, vertical, que le provocaba dolor a la presión. Dicha tumefacción fué creciendo o haciéndose más notable, porque la paciente enflaquecía día con día. Por entonces observó que la orina era turbia y dejaba un asiento blanco, gris, de abundancia variable; más no había po-

liuria ni polaquiuria. Las funciones digestivas decaídas desde meses atrás, se perturbaban más y más cada día, siendo cada vez su alimentación más reducida, por carencia de apetito. Del resto del organismo la enferma no acusaba síntoma alguno, si no era que se había enflaquecido extraordinariamente, bien que hasta entonces aun le quedaban energías para asistir a su trabajo. La paciente pretendía menstruar con toda regularidad en la época de la consulta; orinaba cuatro veces durante el día y una o dos por la noche. Tanto la paciente como su médico creían que aquel padecimiento era apirético; pero una observación continuada mostró después que no era así.

Exploración directa. La enferma que había venido por su pie, mientras le tocaba su turno en el consultorio, se mantenía en posición sedente con el tronco fuertemente flexionado sobre los muslos, actitud que siempre tomaba al sentarse y al marchar inclinaba marcadamente el cuerpo hacia adelante. La señorita G. es de estatura mediana, complexión delgada y entonces ofrecía un facies notablemente pálido y el enflaquecimiento era tan llevado al extremo, que aquella joven de 21 años más parecía a primera vista una adolescente de 13 a 14.

Puesta la paciente en decúbito dorsal, se observa el vientre más elevado, aunque moderadamente en su mitad derecha. Pero es sobre todo la palpación la que de manifiesto pone una tumefacción que viniendo aparentemente de la cara inferior del hígado se dirige hacia abajo casi hasta tocar la cresta iliaca; de superficie regular, de forma oblonga, de mayor diámetro como de 15 centímetros y de consistencia firme. Dicha tumefacción es un poco móvil lateralmente y casi nada de arriba a abajo.

Por la palpación bimanual lombo-abdominal, se puede comprobar que aquella tumefacción es de origen renal o se trata del riñón mismo modificado en su forma y volumen. El dolor que es espontáneo y constante se exagera particularmente por la palpación bimanual que hace arrancar quejidos a la paciente, a pesar de hacerse moderadamente.

La palpación de la región congénere no indicó nada particular.

El examen de la orina global dió el siguiente resultado.

Volumen.....	1010
Color	núm. 2 de la escala de Vogel
Olor sui géneris	
Aspecto turbio	
Sedimento abundante.	
Densidad .....	1013
Reacción ácida	
Urea 17 por mil	
Acido úrico .....	0 26

Fosfatos.....	1.10
Cloruros.....	6.20
Albúmina.....	0.24
No hay glucosa.	

Examen microscópico: abundantes glóbulos de pus; fosfato terroso amorfo; no hay cilindros. El examen por el Gram, dió escasos diplococos en grano de café, intracelulares y negativos al Gram; además algunos estafilococos y bacilos difteroides.

Con el conjunto de los elementos hasta entonces obtenidos, se podía dar por establecido que se trataba de un proceso supurativo en el riñón derecho y tomando en consideración el examen bacteriológico, quizás producido por una infección ascendente.

¿Se trataría de un padecimiento originalmente determinado por el diplococo de Neisser o sería una pionefrosis, quizás por infección secundaria de una hidronefrosis, a su vez determinada por acodamiento del ureter en una ptosis renal?

Por otra parte aquel enorme enflaquecimiento, el movimiento febril que en pocos días de observación se hizo patente mostrando elevaciones térmicas hasta de 39.8, sin producir fenómenos subjetivos y seguidas de abundantes sudores; la inapetencia invencible y la edad de la enferma, tenían que hacer pensar en la intervención del bacilo de Koch.

Era necesario hacer algo más para profundizar el diagnóstico y dar bases firmes al tratamiento, en lugar de precipitarse a practicar una simple nefrotomía que no sería más que un *pis aller* o como decimos nosotros «un peor es nada».

Aunque la sintomatología indicaba que no había fenómenos de cistitis, era indispensable practicar la endoscopia vesical y así lo hice usando el instrumento que a mano tenía, el cistoscopio de Nitze, obteniendo la impresión de que la mucosa vesical no presentaba alteración patológica notable. Pero era preciso también cateterizar los ureteres, tanto para separar las orinas y determinar el estado funcional de ambos riñones, como para ver de lograr una pielografía que nos ilustrara más acerca del diagnóstico.

Este trabajo fué encomendado al Sr. Dr. Antonio de Balvanera quien lo realizó satisfactoriamente dando la siguiente reseña.

«No se observa salida de orina por el meato ureteral derecho, el cual está ensanchando y como cubierto de un pus espeso como mastic. La sonda ureteral difícilmente se abre paso al través del canal y se hace necesario dilatar el ureter para ver de acabar el cateterismo. Se inyecta la solución opaca y se obtiene la película núm. 1 bis». Se prescinde por entonces de otra exploración por haberse fatigado mucho la enferma.

La interpretación de la película núm. 1 bis parece bien clara. En efecto el ureter presenta hacia abajo su luz adelgazada como si estuviera estrecho, lo que ya había indicado la introducción de la sonda; la pelvecilla en rigor, no está ensanchada anatómicamente; así el aumento de volumen del riñón se debe al parenquima del órgano, en el cual se descubren varios nichos voluminosos; oquedades que dan idea de cavernas tuberculosas.

Ahora bien aquel riñón que al parecer ya no produce orina y sí constituye un peligroso foco de infección, impone en el espíritu la necesidad de su extirpación. ¿Pero debería hacerse?

Era de todo punto indispensable consultar el funcionamiento del otro riñón y de nuevo hube de suplicar a mi colega, el señor doctor Balvanera que se sirviera cistoscopiar de nuevo a la enferma para obtener por cateterismo la orina del riñón supuesto sano, que en el caso era el izquierdo, la cual fué enviada para su análisis al señor doctor don Ernesto Cervera.

El señor doctor Balvanera después de tomar la orina del riñón izquierdo, bondadosamente aprovechó la ocasión, en interés del caso, para pielografía ambos lados, obteniendo la película núm. 2 bis más demostrativa de las lesiones del riñón derecho y que a la vez no denunciaba lesión apreciable a los rayos X en el lado izquierdo.

El informe del señor doctor Cervera fué como sigue:

Orina del riñón izquierdo de la señorita C. G.

Urea 20 por litro.

Cloruro de sodio 5.10 por litro.

Hay células de las vías urinarias superiores.

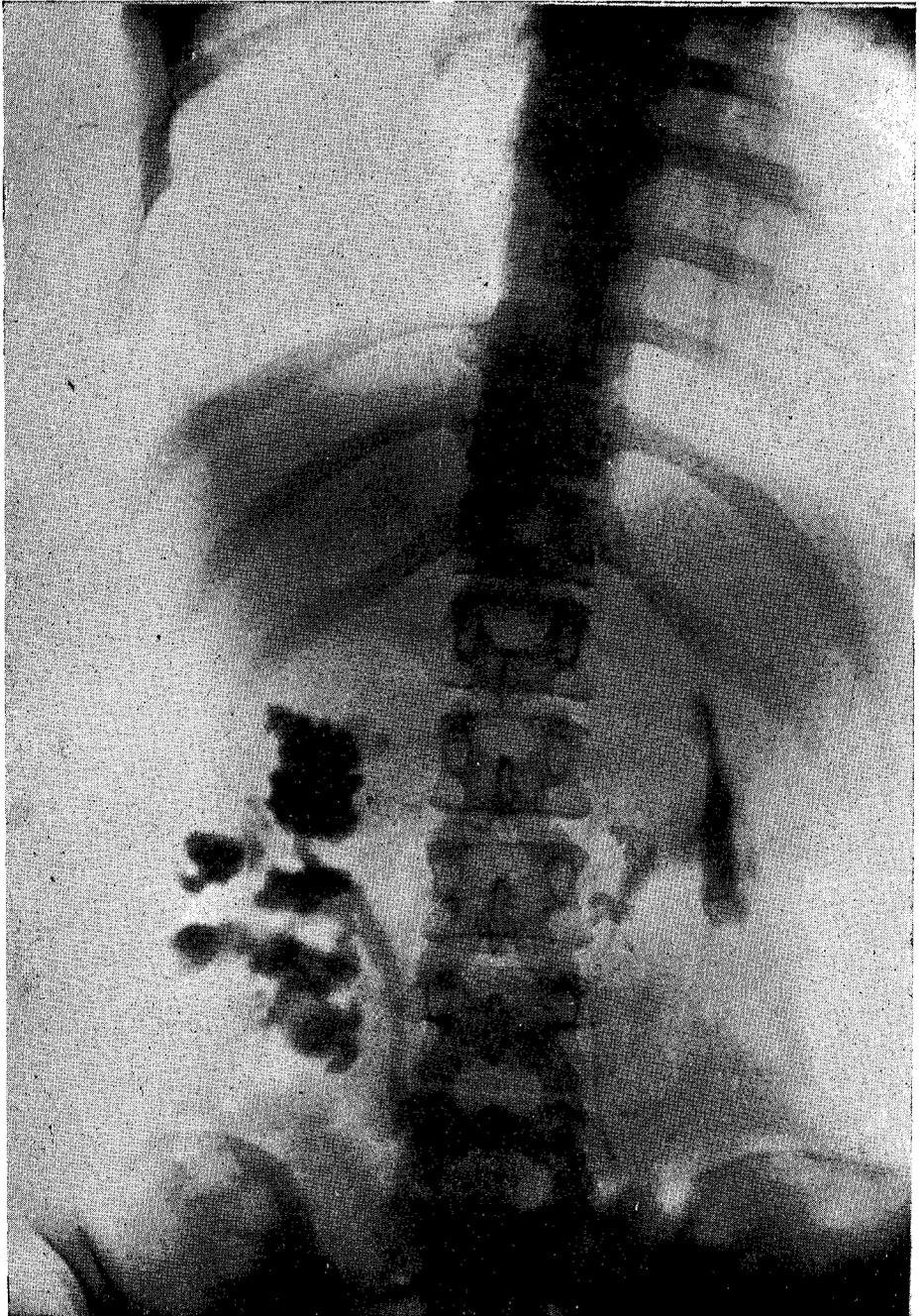
No contiene cilindros ni piocitos.

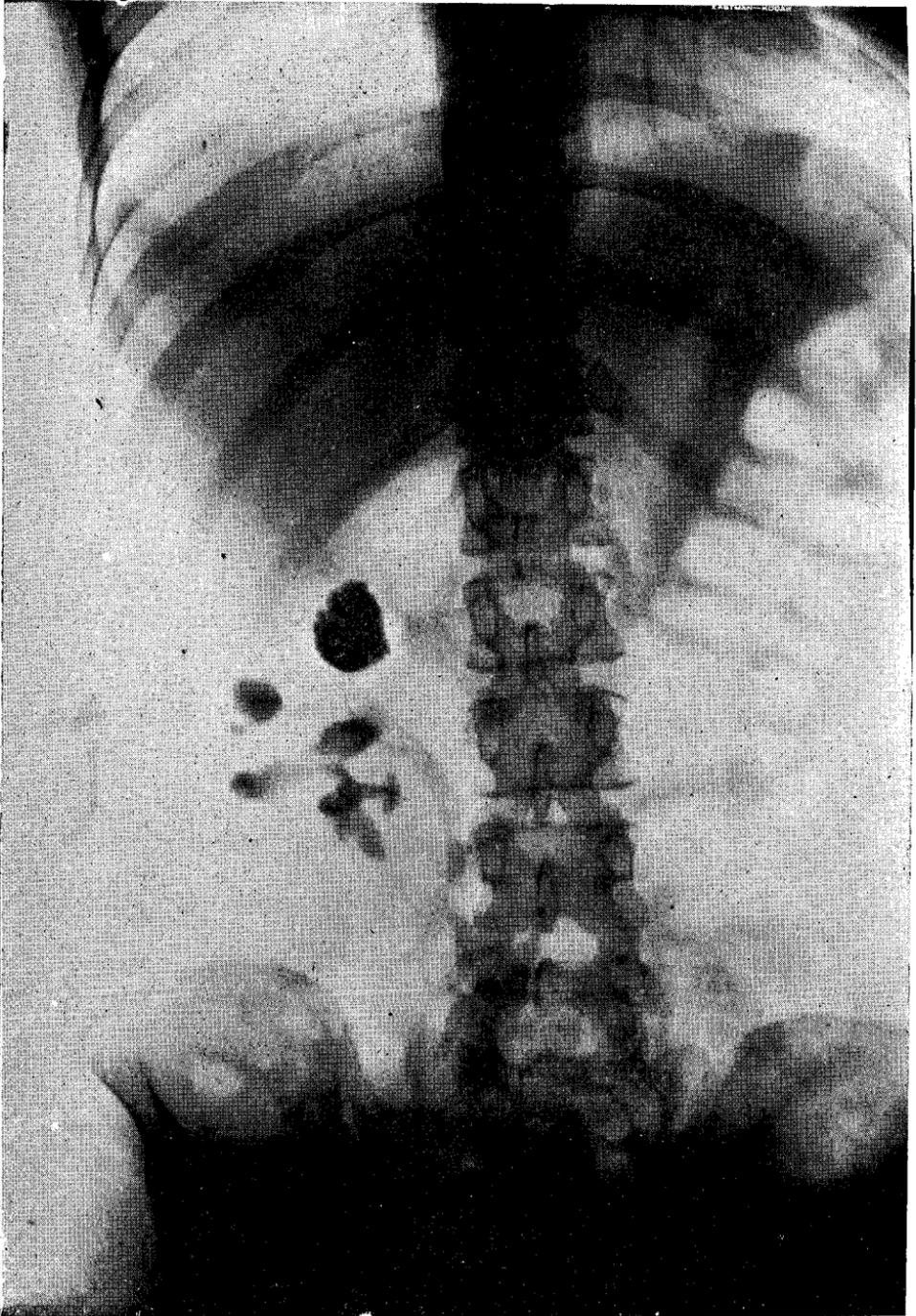
Además existen glóbulos rojos y blancos en la misma relación que en la sangre.

Como explicación a la presencia de los glóbulos de la sangre, debo advertir que al introducir el cateter se produjo una pequeña lesión en el meato que sangró un poco mezclándose dicha sangre en parte a la orina, pero viéndose en su mayor porción depositada en el fondo de la probeta.

No cabía duda por el resultado del análisis, que el funcionamiento renal izquierdo era suficiente; pero quise comprobarlo con la eliminación de la sulfofenoltaleína, la cual se inyectó intramuscularmente, obteniéndose en la primera hora el 50% y en la segunda 35% haciendo un total en dos horas de 85% de eliminación, de acuerdo con la escala colorida de Dunning.

Finalmente por encargo del suscrito, el señor doctor Cervera, siguiendo la técnica de Folin y Wu para la dosificación del ázoe y su equivalente en urea, encontró para nitrógeno ureico 15 miligramos o 75 centésimos en 100 c.c. de sangre correspondiente a 33 miligramos 70 centésimos de urea en la misma cantidad de líquido sanguíneo.





El mismo aventajado laboratorista siguiendo la técnica de Whiterhorn indicó para los cloruros la cifra de 561 miligramos en el mismo volumen de sangre. Bien que estas cifras están ligeramente arriba de las que algunos toman como normales en estado ayuno (\*) para otros están dentro de la normalidad, sobre todo en el presente caso en que por circunstancias especiales no se tomó la sangre a la enferma en ayunas.

Con la acumulación de datos obtenidos en el estudio funcional del riñón supuesto sano, pudo darse por aceptada su eficiencia secretora y hasta podría decirse que la depuración sanguínea estaba enteramente confiada a su actividad.

Con apoyo de estos elementos propuse y fué aceptada la intervención quirúrgica encaminada a extirpar el riñón derecho.

Como preparación la enferma estuvo en reposo de cama algunos días y en los dos últimos se le ministraron algunas dosis de cloruro de calcio en la forma habitual. Dieta a base de leche y de frutas cocidas. Baño tibio la antevíspera; enema purgante la noche anterior a la operación y lavado intestinal abundante la mañana misma de la intervención. Media hora antes de la misma, inyección subcutánea de sedol. Diciembre 23 de 1929.

Presión sanguínea 100 y 60 con el Tycos.

Raquianestesia con 0.10 (centigramos) de novocaína cristalizada de Bayer, Meister Lucius, disuelta en el líquido cefalo-raquídeo. Acto continuo, inyección subcutánea de gramos 0.20 de benzoato de cafeína y de 0.001 de sulfato de estriquina.

Amplia incisión semejante a la de von Bergmann, desde el ángulo costo-sacro lombar hasta un poco abajo y adentro de la espina iliaca anterior y superior. Como la paciente, desgraciadamente prevenida contra la raquianestesia, se pusiera algo nerviosa, fué necesario ministrarle algunas inhalaciones etéreas para proseguir tranquilamente la operación.

Descubierto el riñón se incindió su cápsula y se procedió a la decapsulación del órgano a fin de garantizar mejor la integridad del peritoneo. Desprendiendo el polo superior se hizo fácilmente bascular el riñón, el cual ofrecía un aspecto plurilobulado. Ya cerca de la hila hacia el polo inferior, a pesar de la suavidad de las maniobras se abrió el parenquima dejando escapar una pequeña cantidad de pus de aspecto cremoso, el cual se recogió cuidadosamente envolviendo todo el órgano en compresas dobles para evitar hasta donde fuera posible mayor contaminación de la herida operatoria.

Es bien sabido que en la nefrectomía subcapsular se dificulta por la inversión de la cubierta de envoltura el acto importantísimo de la liga-

(\*) Nitrógeno ureico; 12 a 15.—Urea 25 a 32.—Cloruros de 450 a 500 mil%.

dura del pedículo y esto prolonga un poco este tiempo operatorio; pues hay que hacer una desnudación, un adelgazamiento del mencionado hilo. Sin embargo en el caso no fué azás difícil gracias a la técnica que empleamos, atacándolo por detrás a la sonda acanalada. El pedículo arterio-venoso fué ligado con fuerte catgut cromizado en dos cabos, sirviéndose de la aguja roma de Deschamps y reforzando dicha ligadura con una en masa; todo esto tras de la pinza protectora. En cuanto al ureter fué seccionado al electro-cauterio y se ligó según las reglas ordinarias. Terminado este tiempo, sobre una gasa yodoformada que envolvía dos gruesos tubos cigarros de canalización, por una sutura metódica se rehicieron los planos de la región, aplicando como es de rigor después de la nefrectomía sobre un apósito bien provisto, un vendaje compresivo, detalle que suele desdeñarse, sobre todo cuando se encomienda su aplicación a enfermeras que no siempre tienen el discernimiento para aplicar un vendaje simplemente contentivo y cuando éste debe ser compresivo.

Dos horas después de la operación la enferma recibió subcutáneamente 500 c.c. de suero glucosado al 5%.

La marcha post-operatoria fué por demás satisfactoria; la temperatura en los tres primeros días no excedió de 37.5 para ser la normal en lo sucesivo. En cuanto a la secreción urinaria en las primeras 24 horas hizo un volumen de 350 c.c.; en el segundo día midió 450 c.c. subiendo rápidamente hasta obtener hacia el sexto día 1400 c.c.

El apetito volvió rápidamente y la enferma comenzó a reponerse a ojos vistas, habiendo dejado la cama desde el sexto día después de operada.

Prácticamente la herida evolucionó sin supuración, habiendo cerrado en poco más de quince días. Un poco después aparecieron sobre la cicatriz exulceraciones que cerrándose rápidamente, se abrían por otro lugar, las cuales por su aspecto, por el líquido que exudan, confirman la naturaleza del padecimiento, por el cual el riñón sufrió tan considerables lesiones que hicieron necesaria su extirpación.

Mas no solamente hemos tenido esa confirmación del diagnóstico, sino que a la misma conclusión hubo de llegarse por el dictamen anatómico patológico de la pieza que tengo el honor de presentar, el cual fué producido por uno de nuestros más connotados peritos en la materia, nuestro distinguido colega el señor doctor don Ernesto Ulrich.

He aquí el informe enviado por el señor doctor Ulrich, el cual lleva el número 17. 1930.

Producto enviado por el señor Prof. Dr. Don Manuel Godoy Alvarez.  
Recibido el sábado 18 de enero de 1930.

Indicación del mismo remitente.

Objeto: estudio anatómico-patológico.

El producto es un riñón (nefrectomía) obtenido por operación y conservado en formol.

**CARACTERES MACROSCOPICOS.**—El riñón recibido corresponde al lado derecho. Organó un tanto aumentado de volumen, aspecto como lobulado debido a salientes arredondadas, separadas por depresiones o surcos poco profundos; superficie lisa, hallándose descapsulado, color pálido amarillento, acaso este tinte exagerado o provocado por el formol. En algunos de los lóbulos se ven salientes irregulares, producidas por una aparente infiltración de pequeñas granulaciones confluentes, de tinte más pálido que el fondo. La consistencia firme (aumentada evidentemente por acción del formol) y la resistencia un tanto menor a la normal, a pesar de la fijación por el líquido mencionado. Al corte revela la substancia cortical, en lugares aumentada y en otros un tanto adelgazada, hallándose la porción medular o piramidal en gran parte destruída, ulcerada substituída por tejido blando, pastoso, necrosado. Como la destrucción piramidal es casi total y completa, el órgano tiene un carácter cavitario en esta región. En el centro del órgano no habiendo impresionado bien el formol, se conserva cierto tinte rosado.

**CARACTERES MICROSCOPICOS.**—Se practicaron cortes de tres regiones diferentes, habiéndose encontrado lo siguiente:

La zona cortical tiene los glómérulos de diferente carácter, unos bien conservados, otros atrofiados y substituídos en parte por tejido conectivo que se confunde con la hiperplasia de la cápsula de Bowman; en fin otros glómérulos se hallaron totalmente esclerosados, convertidos en núcleos fibrosos. Los canalículos presentan también alteraciones diversas en sus endotelios. Algunos, reducida su luz al minimum, el endotelio atrofiado; otros, la luz aumentada, los elementos endoteliales atrofiados y ocupada la luz por bollos hialinos y en alguno que otro por bollos epiteliales. En fin, hay endotelios tumefactos hidrópicos en algunos canales. De los tubos rectos sólo restan fracciones con el revestimiento atrofiado, porque casi en su extensión hasta lo que debería ser pirámide, se hallan destruídos y naturalmente no reconocibles; en su lugar hay detritus y granulaciones o depósitos uráticos, formando por el conjunto de esta zona de necrobiosis y necrosis, una masa de aspecto caseoso. El tejido vasculo intersticial se encuentra en parte engrosado por esclerosis y en algunos sitios infiltrado por exudado (inflamación) y elementos celulares en que dominan los linfáticos.

Pero hay en medio de este tejido propio alterado del órgano, focos de infiltración linfocitaria bien manifiestos, con células gigantes del tipo Lahnghans (tuberculosa) y proliferación celular a expensas de los elementos bioplásticos regionales.

CONCLUSIONES:—Por los caracteres señalados, la lesión que presenta el riñón recibido corresponde a «Tuberculosis renal crónica, ulcerosa, cavitaria, piramidal, en evolución».

Firmado.

En la actualidad la señorita C. G., que también tengo la satisfacción de presentar como se ve, sigue en salud general bastante bien, habiendo aumentado de peso en los dos meses después de la operación más de seis kilos; sólo le queda la molestia de llevar un apósito sobre las pequeñas ulceraciones de la cicatriz, las cuales se han modificado favorablemente con las aplicaciones de rayos ultra-violeta, a cargo de un reputado especialista en electricidad, el señor doctor don Vicente Pérez de la Vega.

México, marzo 8 de 1930.

M. GODOY ALVAREZ.