

o exigirle indemnizaciones cuantiosas. Estos casos son relativamente fáciles porque se trata casi siempre de personas que exageran subjetivamente sus molestias o para las que se pueden aplicar los procedimientos modernos de investigación que ya hemos mencionado. Pero cuando una condición neuropática determina complicaciones, como parálisis, anestias o trastornos sensoriales, es a veces mucho más difícil y complejo resolverlos correcta y justamente.

Las manifestaciones pitiáticas constituyen uno de los capítulos más amplios y difíciles. ¿Una monoplegia, una paraplegia histérica deben considerarse como consecuencias transitorias o permanentes? ¿Debe el heridor sufrir las sanciones correspondientes o indemnizar por un daño cuya extensión y persistencia no siempre es fácil prever?

Son estos, en ocasiones, asuntos de ardua resolución. En lo personal, creo que si la lesión sufrida es benigna, el trastorno pitiático ulterior debe considerarse como transitorio y la ley sólo sanciona la disminución o la pérdida permanente de un órgano o de una función, cosa que no sucede habitualmente en las secuelas de carácter pitiático. En todo caso, dentro del margen que el arbitrio judicial pone en manos de los señores jueces, debemos los médicos exponer las condiciones de terreno histérico en que evoluciona una lesión y hacer las consideraciones pertinentes respecto a la inestabilidad de las complicaciones surgidas.



Nefrectomía en un caso de Riñón en Herradura

Por el Dr. Luis Rivero y Borrell ¹

El señor C. S., de 38 años de edad, veracruzano de nacimiento, hombre bien desarrollado, deportista, sin antecedentes patológicos de importancia, nacido de un parto gemelar, gozó de buena salud hasta hace poco más o menos tres años en que principió a sufrir dolores intermitentes, irregulares, en el lado derecho del abdomen; dispepsia estomacal y estreñimiento. Considerado como enfermo del aparato digestivo, se le impusieron numerosos y variados tratamientos de acuerdo con ese diagnóstico, sin conseguir su curación; antes al contrario, los dolores se fueron acentuando en duración e intensidad y llegaron

1 Leído en la sesión del 19 de febrero de 1936.

a impedirle el ocuparse de sus negocios, porque bastaba que diera unos veinte pasos para que el dolor aumentara al grado de obligarlo a regresar a su casa y ponerse en cama, única posición en que obtenía algún alivio. En alguna ocasión en que el dolor se presentó con singular intensidad, el médico que lo atendió encontró datos clínicos bastantes a sospechar el origen nefrítico del cólico y mandó tomar una radiografía, que demostró la existencia de dos cálculos en el riñón derecho.

Ratificado el diagnóstico se propuso al enfermo la extracción de los cálculos quirúrgicamente. La operación, practicada en el puerto de Veracruz, consistió en una nefrolitotomía; pero el cirujano tuvo grandes dificultades, por estar el riñón en una posición anormal y porque no fué posible exteriorizarlo y, después de múltiples ensayos para extraer los cálculos sin poder movilizar el riñón, logró la extracción de uno y tuvo que dejar el otro porque las condiciones del operado se hacían muy delicadas por la duración, ya muy larga, de la intervención y de la narcosis.

No obstante lo incompleto del acto quirúrgico, de haber tenido que dejar canalizada la herida operatoria y de haberse infectado ligeramente el tejido celular, lo que alargó el tiempo post-operatorio, el enfermo se recuperó sintiéndose mejorado hasta desaparecer sus dolores por varios meses. En cambio, la circunstancia de haber permanecido semiabierta la herida, por efecto de la canalización, trajo como consecuencia la producción de una hernia del colon ascendente.

Después de unos meses de descanso, los síntomas volvieron a presentarse tal como eran antes de la operación y quizás aumentados en intensidad, sobre todo los dolores que llegaron a ser intolerables. En estas condiciones vino a mi consulta.

Por el interrogatorio obtuve los datos que deajo consignados; por la inspección se apreciaba la cicatriz operatoria un tanto ensanchada, ligeramente hundida si el enfermo se acostaba sobre el lado izquierdo y fuertemente abultada en la posición de pie o en decúbito lateral derecho. Por la palpación se apreciaba la separación de los músculos al nivel del corte quirúrgico y, haciendo toser al paciente, se sentía el empuje del intestino a través de la mencionada separación muscular. La saliente antes mencionada daba un sonido timpánico a la percusión.

El examen de la orina demostró la existencia de una purria mo-

derada y una pequeña cantidad de albúmina, atribuible seguramente a la presencia del pus.

La cistoscopia reveló una vejiga sana. Los meatos ureterales normales; los uréteros permeables se dejaron catetizar y, por este medio, se recogieron sendas muestras de orina que al análisis enseñaron las siguientes particularidades: riñón derecho, urea con concentración disminuída (6 por mil), piuria; riñón izquierdo, concentración, 16, no hay pus. La prueba de la fenol-sulfo-taleína dió para el lado derecho 12% en media hora y del lado izquierdo 30% en el mismo tiempo.

La radiografía simple hace ver la presencia de un cálculo en el riñón derecho. La pielografía, previa inyección de uroselectán, muestra para el riñón derecho una posición inusitada, el eje de este órgano estaba inclinado notoriamente de fuera adentro. La pelvicilla se ve en el centro de la sombra renal en vez de hallarse en su borde interno, el uréter describe una curva de concavidad interna separándose mucho de la línea media. Esta imagen fué interpretada por el radiólogo como resultado de una torsión del riñón consecutiva a las adherencias que había contraído después de la operación efectuada en él; y confieso que, sin hacer más reflexiones ni analizar con mayor detenimiento las mencionadas pruebas radiográficas, acepté como buena la explicación antes dicha.

El riñón izquierdo no presentaba tampoco sus caracteres normales. En efecto, su sombra está muy cerca de la columna vertebral, su eje presenta la disposición contraria a lo normal, esto es, más cerca de la línea media el polo inferior que el superior, la pelvicilla aparece como dilatada y plegada en forma de acordeón y el principio del uréter, lo único visible de este órgano en la película, se proyecta sobre la columna vertebral; además, este riñón está situado más abajo que el derecho, lo cual es contrario a lo que se observa comúnmente. Sin embargo, el estudio separado de ambos riñones demostraba un buen funcionamiento del emontorio izquierdo con signos de función supletoria (30% de sulfo-fenol-taleína); en cambio, una función disminuída, la existencia de pus y de un cálculo para el lado derecho, amén de las adherencias múltiples de este órgano que podrían contribuir en una buena proporción a las molestias del enfermo.

Con estos datos y razonamientos propuse la nefrectomía y, habiendo sido aceptada, procedí a su ejecución.

Para tener mayor campo de acción, no dirigí la incisión hacia la espina ilíaca anterior y superior (como en la operación clásica), sino que trazando una curva, llevé el corte horizontalmente entre el borde costal y la cresta ilíaca, hasta el borde externo del recto anterior.

Los primeros tiempos de la intervención fueron ejecutados con precaución, pues la cicatriz resultante de la operación anterior había hecho perder los diversos planos y la hernia del intestino hacía peligrosa y posible una herida del colon. Llegados a la atmósfera célulograsosa, por cierto muy enrarecida y llena de tejido escleroso cicatricial, alcanzamos al fin el borde posterior del riñón, pero en esos momentos se nos presentó una dificultad casi insuperable, pues el riñón estaba totalmente adherido con los tejidos y órganos circundantes y, no obstante el ensayo que hice de ir liberando poco a poco el órgano, pronto me di cuenta de lo laborioso y peligroso de continuar por esa vía. Me resolví entonces a incidir la cápsula propia del riñón y hacer la descapsulación, ejecutando una nefrectomía intra-capsular. Sabido es que cuando se sigue esta técnica se tropieza con la dificultad de aislar el pedículo, pues la cápsula se inserta en el borde del seno renal y al descapsular el riñón queda invertida cubriendo el pedículo. Para salvar este escollo practiqué un corte de la cápsula, por dentro de ella, como a un centímetro de su inserción, y por ahí pasé al tejido celular que rodea al pedículo y, aunque con algunas dificultades, logré aislarlo y tomarlo con clamps.

Aseguradas así arteria y venas, procedí con más tranquilidad a la liberación del polo inferior. Hube de aislar el uréter a través de otra ventana practicada de dentro afuera en la propia cápsula, y una vez seccionado y ligado este órgano, continué la búsqueda del polo inferior.

Como quiera que la cantidad de riñón ya libertado me pareció suficiente para completar el tamaño de un riñón normal, pensé que ya debía de estar al cabo de mi empeño y, para facilitar el desprendimiento del polo inferior, tomé el riñón con la mano izquierda, tirando con alguna fuerza de él, mientras el índice de la mano derecha procuraba desprenderlo del fondo de la herida. En estos momentos una ola de sangre cubrió rapidísimamente la brecha. Alarmado, pensando en haber desgarrado la vena cava, hice rápidamente un taponamiento y solicité una transfusión sobre la marcha.

El doctor Alfaro, con una celeridad digna de encomio, se presen-

tó unos minutos después y transfundió 250 c. c. de sangre al paciente, mientras yo iba extrayendo lentamente el tapón buscando el sitio de la hemorragia. Al fin lo encontré, aunque ya dando poca cantidad de sangre, en una desgarradura del parénquima renal. Extraño me parecía que estando el pedículo bien prensado por las pinzas, pudiera, sin embargo, dar tal cantidad de líquido sanguíneo una herida de un órgano privado de circulación.

Explorando cuidadosamente pude darme cuenta de que el riñón continuaba adelgazado más lejos todavía; pero a través de él sentí con toda claridad los latidos de la aorta y reconocí que habiendo pasado la línea media, estaba ya disecando, o mejor, descapsulando el riñón del lado izquierdo, íntimamente unido con el derecho.

En este momento todo se me aclaró; comprendí que me hallaba en presencia de un riñón en herradura, por lo mismo sin polo inferior, y que la sangre que tanto me había alarmado provenía de la circulación del riñón del lado opuesto. Aunque con algún trabajo, corté entonces lo que me pareció ser el istmo y cerré el corte con varios puntos de sutura, sostenidos con fragmentos de tejido célula-grasoso que tomé de las cercanías. Limpié la herida, hice las ligaduras y suturé, dejando una pequeña canalización. El enfermo se recobró y en la actualidad queda todavía (de esto hace un mes) una pequeña abertura que da algo de pus.

Esta operación, tan laboriosa y llena de incidentes emocionantes, me hizo volver a examinar las radiografías y estudiarlas detenidamente para ver si daban suficientes datos para diagnosticar el riñón en herradura y pude ver que, efectivamente, los dan.

Estando fusionados los polos inferiores de ambos riñones la posición anatómica de estos órganos tiene que cambiar y, en vez de que el polo superior esté más cerca de la línea media que el inferior, como sucede normalmente, en el riñón en herradura tiene que pasar lo contrario. Esto se observa en las radiografías del caso de que me he ocupado. La misma fusión de los polos inferiores hace que los riñones no puedan apartarse de la línea media en la misma proporción que lo hacen cuando son normales, quedando, en consecuencia, más cerca de la columna vertebral.

Los riñones en herradura tienen la pelvicilla en la cara anterior, en vez de estar en el borde interno, porque el labio posterior del seno

está más desarrollado que el anterior; por lo cual el uréter, en vez de bajar por el borde interno del riñón, cruza la mitad inferior de su cara anterior. Esta particularidad es también claramente apreciable en las radiografías.

El doctor Gutiérrez, de Nueva York, que ha hecho un estudio concienzudo de esta anomalía, consignando sus observaciones y conclusiones en un libro por demás interesante, señala otro signo apreciable en las pruebas pielográficas del riñón en herradura, que consiste en lo siguiente: Trazando una línea que una los bordes internos de las sombras radiográficas de los cálices inferiores de ambos riñones y uniendo los extremos de esta línea con la sombra de la apófisis espinosa de la quinta vértebra lumbar, se forma un triángulo en el que el ángulo cuyo vértice está en la apófisis espinosa de la 5ª lumbar es normalmente recto; mientras que, en el riñón en herradura es agudo, llegando a veces, según el propio autor, hasta tener una abertura de sólo 20 grados. Finalmente, en la anomalía tantas veces mencionada es mucho más frecuente que el riñón izquierdo esté en situación más baja que el derecho, contrariamente a lo que pasa en los casos normales.



Notas Bibliográficas

Patología General, por **Eliseo Ramírez**. Talleres Gráficos de la Nación. MCMXXXV.—El distinguido facultativo, profesor de la materia en la Escuela Médico-Militar, socio de número de la Academia Nacional de Medicina e investigador bien conocido y justamente estimado, publicó a principios de este año un importante tratado de patología general, que es una contribución valiosa a la literatura médica mexicana y que ocupará, sin duda alguna, un lugar muy estimable entre las obras dedicadas a esa rama de la Medicina.

Después de una sólida introducción, en que el autor explica el objeto de la patología general y hace apreciaciones muy justas en cuanto a la explicación de los fenómenos y el establecimiento de las leyes, determinismo y finalismo, determinismo y evolución y el criterio de utilidad en biología y en patología, la obra comprende los siguientes capítulos: I. Herencia patológica.—II. Herencia en las infecciones y en las intoxicaciones.—III. Teratogénesis.—IV. Perturbaciones patológicas producidas por los agentes mecánicos y físicos.—V. Perturbaciones patológicas producidas por los agentes físicos.—VI. Perturbaciones metabólicas relacionadas con las sustancias alimenticias.—VII. Perturbaciones en el metabolismo intermediario.—VIII. Patogénesis de los grandes síndromes metabólicos.—IX. Perturbaciones producidas por agentes químicos.—X. Agentes patógenos animales. XI. Agentes patógenos animales.—XII. Agentes patógenos animados.