Un caso de litiasis renal *

Por el Dr. GABRIEL M. MALDA,
académico de número.

Hace poco tiempo se presentaba a mi consulta una señora de 60 años de edad, demacrada y pálida, con un fondo amarillo terroso de sus tegumentos, que invitaba a pensar en un tinte sub-ictérico, pero que desvanecía ese pensamiento la ausencia de este color en sus conjuntivas. La actitud de la paciente era significativa; porque la inclinación de su tronco en ligera flexión, hacía pensar que defendía su abdomen del sufrimiento de alguna de sus vísceras. Algo más impresionaba en aquella señora, y era la claudicación que presentaba en su pierna izquierda al verificar el más ligero movimiento.

Con este prolegómeno de inspección general, paso a referir sintética y brevemente el estudio clínico de la enferma.

La anamnesis hacía conocer un dolor en la pierna izquierda, iniciado 30 años atrás, con remisiones y exacerbaciones, sin que determinada causalidad se pudiera invocar. Había recogido variadas opiniones acerca de su padecimiento, concordando todas ellas en el pensamiento de que era una neuralgia ciática el motivo del síndrome doloroso que la aquejaba, sin poder descubrir el elemento causal.

Llamaba la atención en aquella señora que al referirse al dolor su mano parecía acariciar siempre la cara externa de su muslo derecho, como para hacer más plástico o expresivo el sufrimiento ante los ojos del médico. El interrogatorio no daba ninguna luz; una sintomatología vaga de ligeras elevaciones de temperatura y una pleuresía anterior a esta fiebre, era todo lo que se obtenía en medio de una obscuridad absoluta, por lo que me decidí a la exploración física de mi paciente.

Aparatos y sistemas en un perfecto estado; excluyendo las perturbaciones de la sensibilidad al dolor, al tacto y a la temperatura, que mi exploración descubrió en la región glútea y en la cara externa del muslo izquierdo.

* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 21 de marzo de 1945.

Estudiando el nervio ciático con el objeto de discutir el diagnóstico preconcebido que la enferma llevaba, no encontré ni los puntos dolorosos de Valleix, ni el signo de Lasegue, que tanto valor tienen para afirmar el diagnóstico del padecimiento.

No se puede negar que el número de opiniones cuando son concordantes referentes al diagnóstico de un enfermo, pesa mucho en el ánimo del clínico; pero éste debe apartar la parte psicológica, de todo prejuicio o idea preconcebida, para no caer en peligrosos sofismas. La enferma a la que voy haciendo referencia tenía como único atributo positivo el dolor subjetivo y objetivo demostrado por la exploración. Esto obligaba a estudiar el síntoma con una semiótica precisa. La discusión debía afocarse al diagnóstico etiológico, anatómico y funcional, de aquel síndrome doloroso. La causa ni la enferma la suponía ni el médico la vislumbraba; pero en el terreno de las hipótesis era permitido meditar si la expresión dolorosa era de origen tóxico, infeccioso, orgánico o mecánico.

Los antecedentes morigerados de la enferma referentes a usos y costumbres desvanecían la primera hipótesis. Una infección durante 30 años de persistir el padecimiento, debía ya haber tenido alguno de los desenlaces que estamos acostumbrados a ver. Un proceso neoplásico benigno o maligno lo esfumaba la marcha del tiempo. Quedaba la premisa de orden mecánico como factor causal de aquel cuadro doloroso.

En clínica serena y bien compaginada, siempre he preferido equivocarme en diagnósticos que fundo, y no acertar en diagnósticos que no puedo fundar. Los sofismas en clínica son errores dimanados de diversas predisposiciones del espíritu humano, en virtud de las cuales tomamos por ciertos, hechos que adolecen de este carácter. Las raíces psicológicas de estos sofismas son diversas y profundas. Una mala exploración o una exploración incompleta nos hace creer en lo que no existe, y el proceder clínico debe encaminarse siempre a desgarrar la nube que da la sombra para ver la estrella que da la luz.

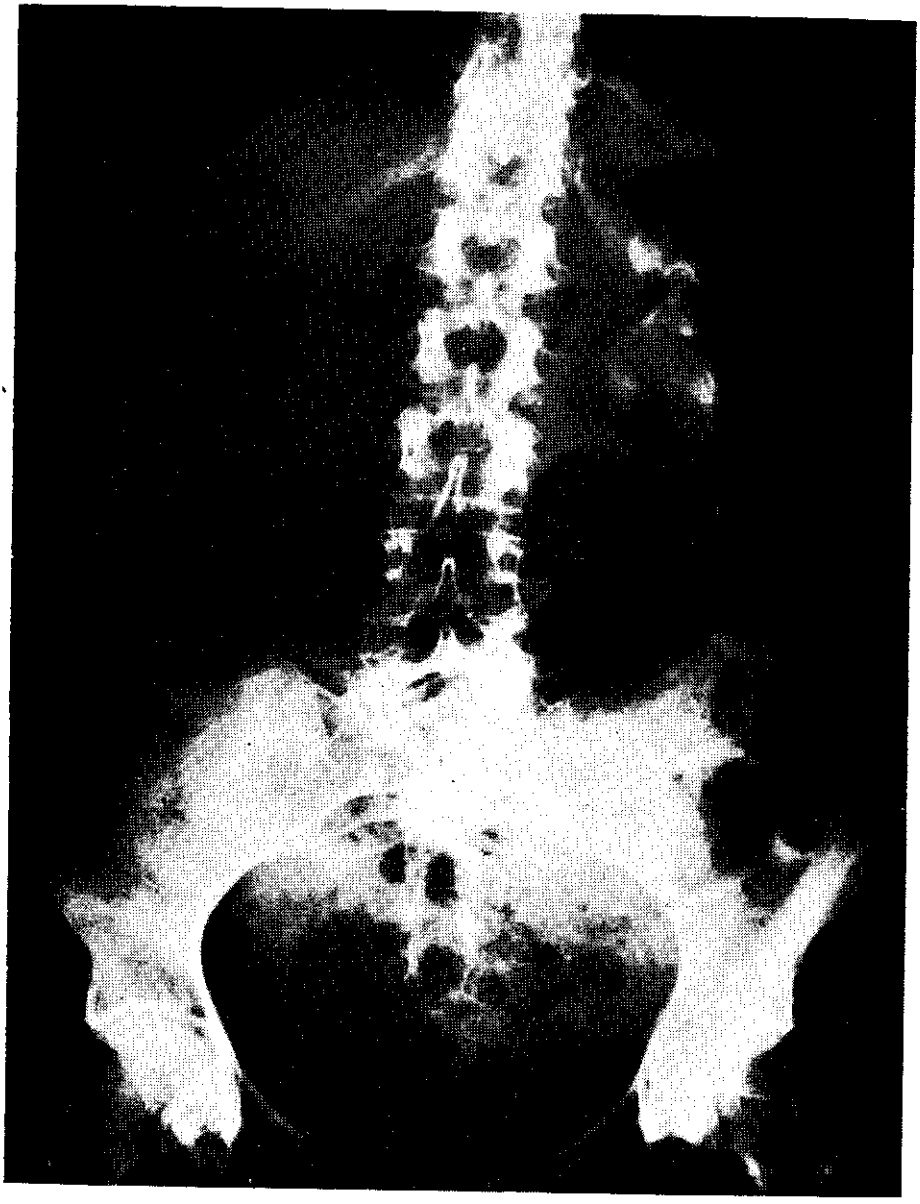
Si en la enferma a que hago alusión me hubiera limitado a explorar aparatos y sistemas, no hubiera llegado a descubrir la causa del cuadro doloroso. La inducción y la deducción en la clínica deben imponerse como poderosas ayudas para la adquisición

de la verdad. Si el método de eliminación me conducía a inferir que la espina irritativa podía ser de orden mecánico, debía pensar en una adenopatía calcificada o no, en una costilla supernumeraria, en una exostosis, en la proyección de un cartílago intervertebral, etc., etc.

Desarmado ante la evidencia de que no existían estas causas, invito a mi enferma a tomar la posición "genupectoral" para estudiar la anatomía de formas de las regiones lumbares y sacra, descubriendo una asimetría en las primeras que me condujo a palparlas y a buscar los puntos "renoureterales" que podrían darme luces acerca del padecimiento. Un dolor intensísimo en el seno costo-vertebral izquierdo provocado por la presión de mi índice, fué uno de mis hallazgos; varias veces repetí la maniobra, y siempre encontré el signo intensamente positivo. Los puntos de Bazy y de Pasteau me proporcionaron ayuda. Estos puntos se han considerado como expresiones reflejas de los padecimientos renales, y en mi enferma eran positivos. El punto supra-intra-espinal, el inguinal y el supra-ilíaco lateral, hablaban en favor de que el riñón estaba sufriendo. Pasteau aún afirma que el dolor provocado por la presión del dedo a un centímetro adentro y arriba de la espina superior y anterior del ilíaco, es el más constante en un padecimiento renal, porque es la expresión de la neuritis del fémoro-cutáneo.

Pensé que en mi enferma allí se encontraba la espina irritativa; pero nuevas dudas surgieron en mi mente. La exclusión me conducía a la hipótesis de un cálculo. Empero, ¿cómo podía existir una litiasis sin hematuria durante 30 años, sin ningún síndrome de cólico nefrítico, sin que las radiografías verificadas hubieran presentado la imagen de la piedra? Todo esto hacía dudar de mi suposición.

A pesar de estos argumentos y procurándome apartar de todo deseo que con frecuencia nos conduce a caer en grandes falacias, hablaba en mi espíritu la facies de la enferma que evocaba la imagen de una "septicémica urinaria". Nos acontece en algunos momentos con las enfermedades, lo que en la vida social con determinadas personas que en un salón, en un teatro, en una reunión,



Sombras radiográficas de cálculos en el riñón izquierdo.

se perfilan fisonomías que se quiere recordar, pero se ha olvidado dónde y cuándo se vieron.

Recapitulando y comentando el bagaje clínico adquirido, llegué a las siguientes conclusiones. Una enferma con un síndrome doloroso aparecido en fecha muy lejana y expresado en el miembro inferior en la distribución del fémoro-cutáneo y en sus dos ramas terminales anterior y posterior. Un punto doloroso costo-vertebral y costo-muscular, correspondiendo a las ramas anteriores de los 1o. y 2o. nervios lumbares. Puntos de Bazy y de Pasteau positivos. Contractura del gran dorsal en su inserción inferior. Signo del psoas, provocado por la presión del dedo. Elevaciones de temperatura de tipo intermitente aparecidas en la última semana. Todo este cortejo sintomático evolucionando en una mujer cuyo semblante perfilaba los estigmas de una intoxicación urinaria. Reunida, sumada y asociada, esta sintomatología daba valor suficiente para pensar en la calculosis renal.

Empero, ¿cómo explicar la pluralidad de signos negativos que contrastaban para desviar estas ideas? La hematuria es cierto que es síntoma muy valioso, pero no siempre es macroscópica; hay que irla a buscar en algunos enfermos con la ayuda del laboratorio. El cólico nefrítico, si es verdad que puede considerarse como el corolario de la litiąsis renal, no siempre que hay litiasis renal debe haber cólico nefrítico, pues está probado que es el espasmo de los músculos del uréter quien lo motiva y provoca al pasar el cálculo. Si el cálculo no pasa, la probabilidad inclina a creer que no se desarrollará el cólico. Empero, el cálculo para encaminarse por el uréter necesita ser pequeño, y si en la enferma a que me estoy refiriendo nunca tuvo el síndrome del cólico nefrítico, hay todo derecho para suponer que el volumen de la piedra impidió el desarrollo del síndrome. A mayor abundamiento, estos cálculos voluminosos no se conforman con habitar la pelvicilla sino que se apoderan de los cálices, y a medida que crecen dilatan el parénquima renal atrofiando las papilas.

Si mi operación intelectual en la discusión diagnóstica era correcta, debía existir en esta enferma una piedra voluminosa, como

causa de compresión de la rama anterior del segundo nervio lumbar izquierdo, produciendo el síndrome que se discute.

Con el pensamiento anatomo-fisiológico surgido en el estudio delicado de esta enferma colocando la clínica a la vanguardia, invité a la paciente a ser estudiada radiológicamente, ratificando los rayos X lo que la discusión clínica había ya presentido.

Este ejemplo elocuente afirma una vez más lo que siempre he sostenido y lo que en épocas pasadas de activo magisterio pregoné a mis discípulos: que la clínica ocupa la primera fila en nuestras investigaciones; que no se le debe perder ni olvidar como desgraciadamente está aconteciendo; que elaborado un pensamiento por los estudios clínicos, lo justifiquen las investigaciones del laboratorio y los rayos X. No arrojar el trabajo diagnóstico a otras personas, por apatía o por el sistema hoy en día de brincar las etapas. Todo vendrá a su debido tiempo, pero con justificación y orden.

Si en la enferma a que estoy haciendo alusión fracasó la radiografía, esto se debió a que ningún diagnóstico de presunción legitimó su aplicación, sino que las películas eran dirigidas al tubo digestivo en busca de encontrar algo que no se sabía ni menos que se presumía, dando como resultado estas investigaciones que la opacidad de la comida y lavativa de prueba ocultaban el cálculo. Todos los que ejercemos nuestra profesión estamos convencidos de las poderosas ayudas que nos proporcionan el laboratorio y los rayos X, pero debemos acudir a ellos pidiéndoles lo que nos puedan dar, y colocándolos en condiciones que nos puedan servir. No pretender mecanizar nuestra profesión; no desdeñar esa divina luz que Dios encendió en el cerebro del hombre: "¡la razón!"

Hoy que el servicio social se ha establecido para los estudiantes, más que nunca se les debe inculcar la clínica, pues lejos de los medios capitalinos es difícil que puedan contar con los poderosos auxiliares del laboratorio y los rayos X.

Sólo quedaba por imponer en mi enferma el tratamiento. Este debía ser quirúrgico, para ello había que considerar las condiciones de la futura operada desde el punto de vista de las pruebas pre-operatorias y del funcionamiento renal.

La urea de la sangre proporcionó 35 miligramos, glucosa nor-

mal, ácido úrico normal, etc. Orina en buenas condiciones para operar, pero exhibiendo leucocitos en abundancia. Empero, una incógnita se presentaba por despejar: ¿qué tipo de operación había que emprender: nefrotomía, nefrostomía, o nefrectomía?

Si apoyaba mi intervención en el volumen del cálculo, se imponía la nefrectomía típica o subcapsular; pero mi conciencia exigía el investigar el funcionamiento del otro riñón.

Soy un convencido, por la larga práctica que tuve en traumatología del riñón durante los muchos años que trabajé en el Hospital Juárez, que si peligrosa es la nefrectomía motivada por una herida del riñón, no lo es cuando el riñón del lado opuesto se ha acostumbrado a suplir a su congénere en el prolongado proceso de un padecimiento crónico. Si en el primer caso se teme el desenlace funesto provocado por la anuria, en los otros es menos probable.

Sin embargo, no omitir las pruebas globales y las de cada riñón en casos semejantes. El cateterismo de los uréteres es de gran utilidad en estos enfermos, y como no siempre se tiene al lado al laboratorista, he procurado proveerme de los estuches portátiles que vi usar en París para aplicar la fenol-sulfotaleína al hacer la cistoscopía, para presenciar a través del cistoscopio la evacuación de la orina por los meatos ureterales y apreciar la materia colorante, cosechándola para hacer las investigaciones colorimétricas.

La decisión quirúrgica ya ratificada, procedí a la operación, llevando el propósito, al explorar el riñón, de normar mi línea de conducta.

La operación consistió en la nefrectomía, que le practiqué a mi operada siguiendo la técnica operatoria clasificada con el epíteto de "típica".

La enferma fué colocada lateralmente del lado opuesto a aquel en que se iba a intervenir, y la mesa de operaciones dispuesta para aumentar el espacio costo-ilíaco. Practiqué una incisión partiendo del ángulo costo-lumbar y dirigida hacia abajo y afuera, terminándola dos dedos encima de la espina ilíaca anterior y superior. Dividida la piel y el tejido grasoso subcutáneo, mi escalpelo atacó la pared músculo-aponeurótica, interesando el gran

dorsal, el pequeño dentado, el gran oblicuo, el pequeño oblicuo, y presentándose en seguida la aponeurosis del transverso. Al verificar estos cortes tuve a la vista el nervio gran abdómino-genital acompañado de sus vasos, que pude respetar separándolo con un gancho, confiado a uno de mis ayudantes.

Continué mi corte dividiendo la aponeurosis del transverso y me encaminé a descubrir el riñón.

Debo hacer notar el particular cuidado que siempre he tenido al operar en la región del riñón, de no confundir la grasa "para-renal" situada fuera del fascia de Zuckerkandl, con la grasa "peri-renal" o cápsula adiposa del riñón. Esta confusión origina el creer haber penetrado en el lóculo renal, y al llegar al fascia retro-renal tomarlo por el peritoneo.

La hojuela fibrosa que se presenta después de pasar la grasa para-renal hay que abrirla en buen lugar para descubrir el riñón lo más alto posible; es aconsejado hacerlo en el cuarto superior de la herida, y en estas condiciones brotará la grasa peri-renal formando hernia. Así aconteció en el caso particular de mi operada.

Como lo dije anteriormente, mis previsiones fallaron relativas a la dificultad operatoria que me había imaginado. No encontré perinefritis, ni fibrosa, ni lipomatosa: una simple grasa normal fácil de desprender que, al ser separada, me exhibió el riñón incrustado por las producciones calculosas.

La inspección y palpación del órgano en la mesa de operaciones ratificaba mi decisión clínica: la nefrectomía. No había nada que conservar; sin embargo, indiqué a mi ayudante la compresión digital del pedículo renal, y abrí el riñón en dos valvas, haciendo el corte al nivel de la zona exangüe de Heartl. Un enorme cálculo coraliforme se me presentó, que invadía todos los cálices, rodeado de varias piedras satélites; el parénquima renal se reducía a mínima expresión. Hice las ligaduras del uréter y pedículo renal seccionándolos en lugar conveniente, y extirpé el riñón.

La sutura de los planos musculares, tejido celular y piel, la verifiqué siguiendo las reglas clásicas: dejando un cigarrillo de caucho en el ángulo inferior de la herida para establecer la canalización.

A los siete días, la enferma abandonaba el sanatorio en lo absoluto curada, como ya lo he indicado en renglones anteriores.

Riñón extraído y cálculos encontrados en él.