

Aportación a la Cirugía de guerra de las heridas del riñón (*)

por **ESTANISLAO LLUESMA URANGA**

Cirujano-Director

Es curioso el capítulo de nuestros casos de heridas de guerra del riñón, más que por nada por su mínimo porcentaje. En efecto, resulta exiguo referir a lo largo de más de un año de guerra apenas una docena de lesiones de esta naturaleza.

De todas maneras, y más por la enseñanza objetiva que por el alarde de cifras y por su valor estadístico estricto, nos decidimos a referir el resultado de nuestras observaciones y experiencias en este dominio clínico.

De los once casos que hemos seguido directamente sólo dos fueron tributarios de la nefrectomía —de urgencia uno de ellos y con tiempo retardado el otro—. Todos los demás han sido tratados a base de abstención operatoria, regla que ha sido común en todo caso, aun para aquellos otros, pocos desde luego, que hayan podido escapar de la relación que cito. Desde luego nefrectomías no se han practicado más que dos en todo ese tiempo, y entre todo ese material, ambas en nuestro Servicio y por nosotros personalmente.

El primer caso nos ingresó el 22 de julio de 1936, en los primeros momentos de la lucha. Presentaba una herida por arma de fuego (bala de fusil) con entrada por el centro y debajo del reborde costal izquierdo anterior (línea mamilar) y salida por el centro de la región lumbar izquierda, a cuatro traveses de dedo de la columna vertebral y a la altura de la 2.^a vértebra lumbar.

Había estado de shock, palidez bastante marcada en la mucosa de los labios y un pulso de 95 con buena amplitud en la radial.

Estábamos aún explorando el abdomen de este enfermo, que aparecía blando y manejable, con una discreta defensa en los alrededores del orificio

(*) Trabajos del Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de Madrid. Director: Doctor E. Lluesma Uranga. (Hospital Militar núm. 8 del Ejército Republicano de los sectores del Centro.)

de entrada, cuando manifestó deseos de orinar. La micción fué totalmente de sangre; varios coágulos recientes y el resto sangre rojooscura fresca.

Ante ello, y dada la intensidad del síntoma, se nos fué completamente la idea de insistir en la exploración abdominal y decidimos una nefrectomía inmediata.

Operación: Anestesia etérea. Gran incisión curva oblicua y aborde fácil de la celda renal izquierda, que aparece infiltrada y repleta de coágulos frescos con olor urinoso típico. La extirpación y la ligadura del pedículo se lleva a cabo sin novedad.

En atención a las condiciones anatomoclínicas dejamos un drenaje de tubo de goma perforado de un centímetro de diámetro. Cierre por planos y sutura continua.

Este herido, que se recuperó bien en los primeros momentos del post-operatorio, cayó luego en un sopor, seguramente urémico, en el que falleció a las 36 horas.

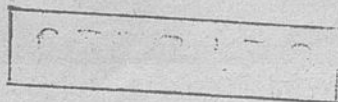
Cabe hacer sobre este caso diversas consideraciones. Es notoria, ante todo, la precipitación y la falta de suerte con que se actuó. No precisamente por el planteamiento de la indicación operatoria, con la que estamos conformes para semejantes casos y cuya autenticidad nos corroboró cumplidamente la anatomía patológica de la pieza extirpada, sino por los dos tipos de circunstancias clínicas que nos faltaron; de clínica médica una, de clínica quirúrgica la otra.

La primera de ellas, concerniente al aporte de las pruebas de laboratorio, nos faltó, es cierto, si bien no podía por menos de ocurrir así, ya que el Hospital, cerrado, según costumbre, desde el 15 de junio, había tenido que ser habilitado en plena improvisación para un tipo de Cirugía completamente nueva en Madrid.

Ahora bien: caso de haber podido utilizar el laboratorio, ¿nos habría suministrado datos de valor? Seguramente no, ya que por la índole del cuadro clínico la indicación operatoria aparecía como vital y netamente encuadrada en la Cirugía de urgencia.

No podemos decir lo mismo de la segunda; en efecto, nos queda la duda de no haber obrado un poco de ligero durante la exploración previa. Tanto más que si no se da la circunstancia del deseo de orinar y el resultado de la tal micción o no habríamos intervenido o lo habríamos hecho en plan de laparotomía.

Sin embargo, basados en los caracteres generales de vientre algo resistente —no «en tabla» desde luego—, persistencia de la matidez hepática y del espacio de Traube con buena sonoridad, la ligera disnea y anemia, el hecho de la micción hemorrágica, y en fin, ante el contraste de la pieza anatomopatológica extirpada (figura 1, dibujo del natural), nos inclinamos



a dar como buena la conducta seguida y en consonancia a atribuir la muerte a un estado urémico reflejo postoperatorio, descartando a su vez la causa de hemorragia interna y quedando en interrogante la peritonitis.

Desde este caso hasta el otro que se nos presentó, y en el que también acometimos la práctica de la nefrectomía, hay un espacio de más de siete meses de guerra. Y entre uno y otro ninguna otra nefrectomía. Aun hoy nos sorprende esta observación.

Nuestra segunda nefrectomía halló ya un medio hospitalario y técnico perfectamente acoplado. A dicha reglada organización atribuimos no poca parte del éxito logrado.

El herido había ingresado el 1 de marzo de 1937 en la Sala 16 (Servicio del doctor M. D'Harcourt). Dicho compañero nos requirió en consulta el día 3, por la tarde, dándonos los datos siguientes:

Había una herida de dirección oblicua en la región de ambos lomos, con entrada a dos traveses de dedo por debajo de la doce costilla en la línea axilarposteriorderecha y salida a unos 5 centímetros por encima de la línea biespinosailíaca posterior, a unos 8 centímetros a la izquierda de la línea media de las apófisis espinosas.

Había las siguientes interrogantes: 1.^a ¿Era o no penetrante esta herida? 2.^a Si lo era, ¿interesaba riñón? ¿Cuál de ellos? 3.^a Siendo penetrante en la celda renal, ¿lo era también en el peritoneo? 4.^a ¿Qué intervención había que plantear?

Parece indudable en principio que existía herida renal, puesto que hubo hematuria total muy intensa las dos primeras veces. La primera duda, en lo que a la conducta sobre el riñón se refería, la daba el hecho de que en las micciones sucesivas la cantidad de sangre disminuyó netamente, no obstante seguir la hematuria.

Entretanto el vientre, que se había mantenido flojo y apenas doloroso durante las primeras horas, había comenzado a endurecerse, mejor dicho, empezó a mostrar cierta resistencia ante la exploración manual, que demostraba una ligera «globosidad» y timpanismo a la percusión.

Finalmente la temperatura, que no había pasado de 37'6° durante los días primeros, ascendió durante la mañana y mediodía del tercero a 38'7°. Concurría al mismo tiempo inquietud, disnea ligera y lengua seca.

Partiendo de estos datos y del examen de las heridas llegamos a la siguiente conclusión clínica: Existe una herida renal; herida renal intrínsecamente no demasiado grave. El peritonismo observado no lo reputamos de origen intraabdominal; dado el trayecto de la bala hay, en cambio, dos causas renales que lo explican simultáneamente: el hematoma de la celda renal y la infección de dicho territorio.

Ante esto, ¿qué hacer? ¿Esperar, apoyados en el mal resultado de nues-

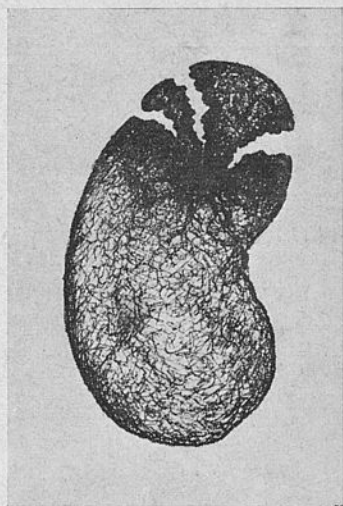


Fig. 1

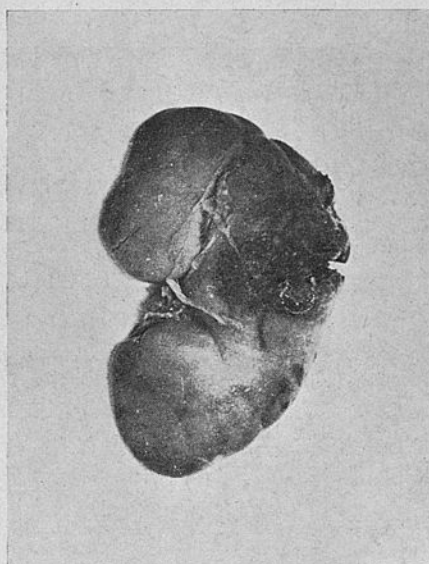


Fig. 2

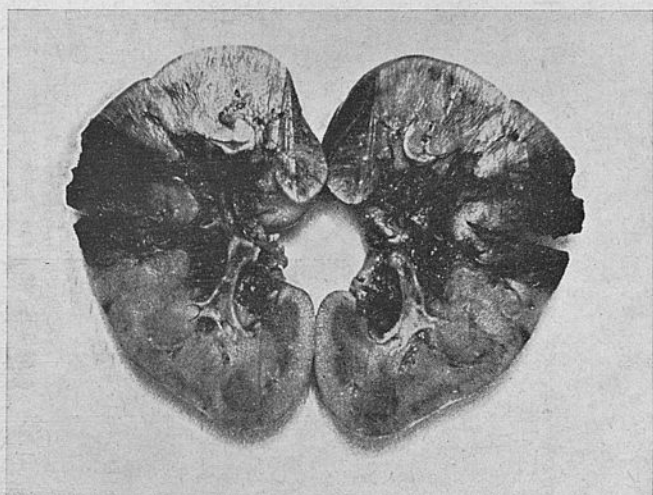


Fig. 3

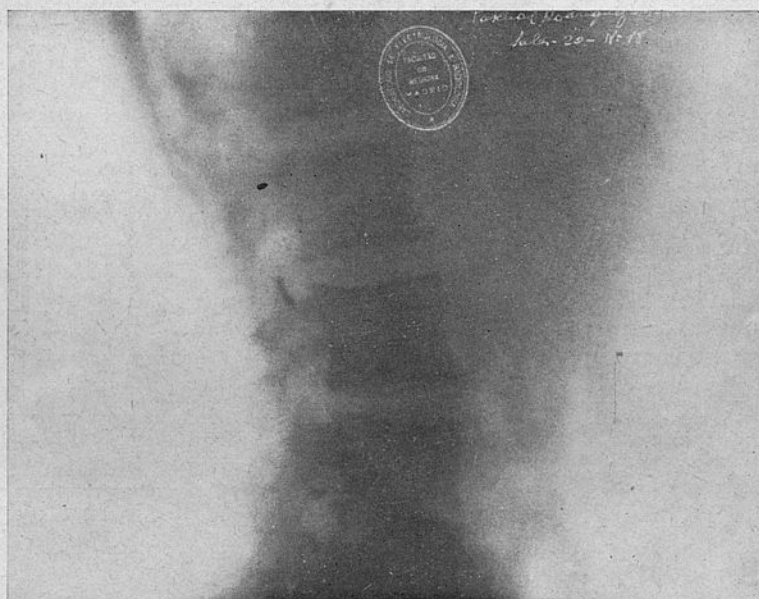


Fig. 4



University of Chicago
Feb. 20, 1911

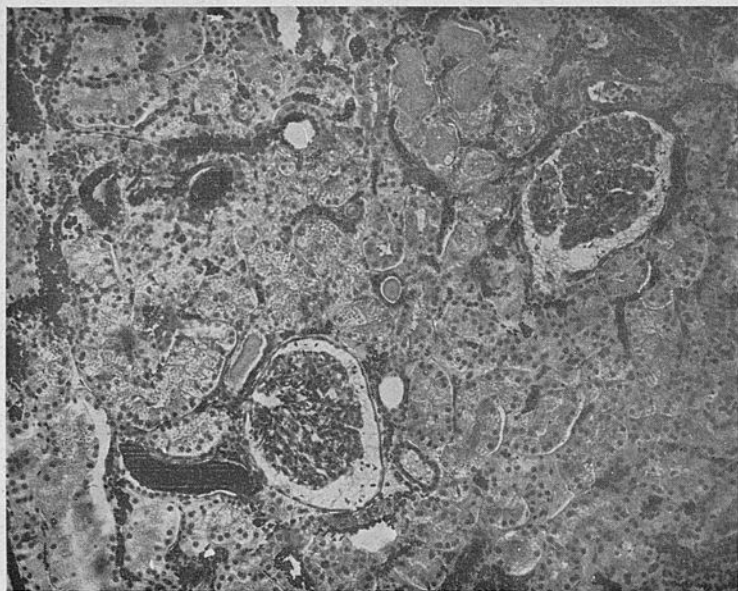


Fig. 6

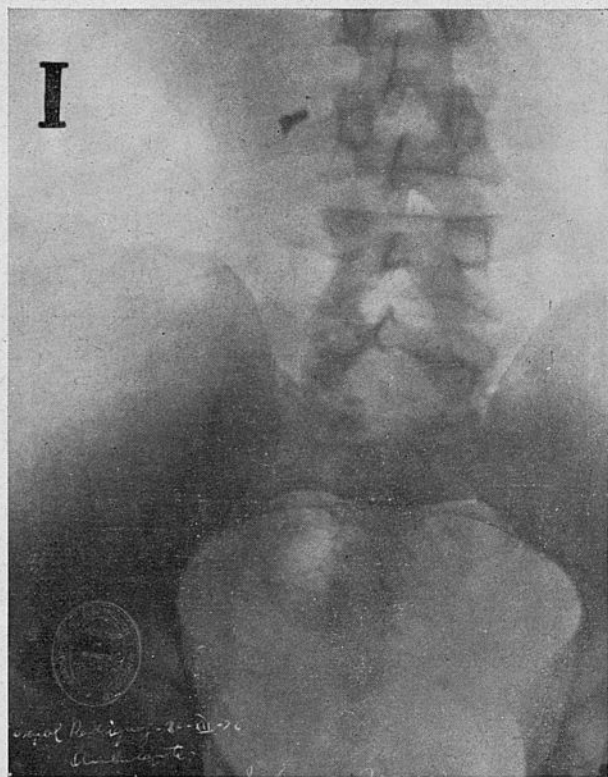


Fig 6



Fig. 7

tra experiencia anterior en la primera intervención y en lo bien que ha ido la abstención en los otros nueve casos, ciertamente menos graves, que pudimos seguir durante este tiempo?

Ni nuestro compañero, el doctor Miguel D'Harcourt que nos trajo el herido, ni nosotros mismos consideramos prudente esta conducta. Mal por mal decidimos operar.

La primera duda que surgió a continuación fué la de qué riñón sería el afectado. El orificio más alto —el derecho— parece demasiado anterior; el otro, por su parte, está demasiado cerca de la columna vertebral. No hay cistoscopia y la radiografía es totalmente negativa. En vista de ello nos decidimos «por impresión» a abordar el riñón derecho bajo el único signo concreto de ser la presión en el lado derecho ligeramente más dolorosa que en el lado izquierdo.

Todavía unos momentos antes de empezar la anestesia el herido vuelve a orinar con sangre.

La incisión, la conducta operatoria y el resultado inmediato es igual que en la primera nefrectomía. Únicamente hay que agregar aquí la sección de la 12.^a costilla para mejorar la vía de acceso.

El riñón extirpado muestra, en efecto, un orificio con desgarros múltiples de estallido entre el tercio superior y los dos tercios inferiores, en plena cortical. Lesión irreparable y que se aprecia bien en las figuras 2 y 3.

En el postoperatorio hay una serie de hechos interesantes. El primero de ellos, que viene a ser la prueba crucial que confirma el acierto de la decisión terapéutica adoptada, es la desaparición total de la hematuria a partir de la primera micción espontánea a las cinco horas de la operación. Y luego de esto el comportamiento de la retención y eliminación de los elementos nitrogenados.

A las 48 horas de la operación, ante un estado de disnea, postración y lengua seca, un análisis da 0'89 gr. de urea en sangre (Moog) y 0'35 de nitrógeno no proteico (Folin), en tanto que en la orina se registra un gramo por mil de albúmina (todos los demás datos normales, a excepción de los cloruros, algo bajos: 2'60).

Se instituye rápidamente un régimen de suero, suero glucosado e insulina y jugos de frutas.

Ya al cuarto día la albúmina de la orina ha bajado a 0'20 por mil, mientras los cloruros suben hasta los 4'60 gramos.

Finalmente, al séptimo día un nuevo análisis de sangre con las mismas técnicas da 0'45 de urea y 0'31 de nitrógeno no proteico.

El fenómeno de sobrecarga sobre el otro riñón queda resuelto y el peligro del rebote urémico también. Todo el cuadro clínico se hace favorable y el conjunto cursa ya hacia la curación definitiva.

Antihistámico	10 c. c.
Antigangranos c. c.

Vale la pena destacar en este punto el informe del examen histopatológico (hecho, así como los análisis referidos, por nuestro jefe de laboratorio, el competentísimo y leal compañero doctor Joaquín Alonso). De dicho informe se desprende la apreciación de lesiones iniciales, aunque bien netas, de nefrosis con claros focos de infiltración glomerular. (Figura 4.)

Tiene valor esto porque sitúa en sus propios términos el momento de la determinación y de la conducta terapéutica.

Esta, para nosotros, es la siguiente: En todos los casos en que sin gran traumatismo a la vista hay un buen estado abdominal y general, con pocos dolores, y hematuria no muy intensa, que permita plazos de reposo entre una y otra micción de cinco o seis horas por lo menos, debe observarse una actitud expectante, y en definitiva, de abstención operatoria.

Si el cuadro se mantiene con buen estado general, con fiebre que no remonte los 38° por la tarde —sin escalofríos— y con evolución favorable en la intensidad de la hematuria, será firme el criterio abstencionista y la dieta a base de sueros, jugos de frutas y coaguleno o hemostil.

Y digamos ya que no modificará en modo alguno esta decisión el hecho de encontrar a la exploración radiográfica la imagen de algún proyectil retenido. En efecto, en estos casos se trata siempre, casi con seguridad, de simples contusiones de la celda renal, no del riñón, y el riñón, por tanto, debe ser respetado siempre que no aparezcan signos de infección sobreañadida.

Ejemplo de cuanto decimos son el caso de las figuras 5 y 6 y el de la figura 7, en los que se llegó a una curación sin incidente después de aguantar cinco y tres días, respectivamente, de hematuria con polaquiuria mínima.

En nuestro trabajo sobre heridas de guerra del pulmón referimos ya otros dos casos (sin proyectil retenido).

El reverso de estos cuadros, que por fortuna se dan con mucha menor frecuencia, ocurre cuando el herido, generalmente más chocado, orina desde el primer momento sangre pura y coágulos, sin apenas rastro de orina (anuria traumática refleja).

Aquí cada caso plantea ante el herido un problema individual, pero la realidad es que a veces no habrá más remedio que ir a la práctica de una nefrectomía de urgencia, como en nuestro primer caso, impuesta puramente por el síntoma hemorragia. De todos modos, si se tienen otros heridos que ver, nuestro consejo, basado en la experiencia adquirida ulteriormente, es el de que luego de la primera ojeada se dejen aparte estos casos y se vuelva sobre ellos al terminar la visita general o después de hacer un par de operaciones inequívocamente más urgentes (por ejemplo, abdominales penetrantes).

Lo indiscutible es que estos heridos son y deben ser siempre «heridos de primera evacuación» desde los puestos de vanguardia.

El otro caso —no urgente— en que puede plantearse la nefrectomía (como en el segundo nuestro) es aquel en que el herido, a las 36 ó 48 horas de su ingreso, y después de una primera fase aceptable e incluso favorable, marca un ascenso brusco de la fiebre (sobre todo si hay escalofrío) al tiempo que su abdomen se sensibiliza y adquiere globosidades y timpanismos de un íleo reflejo (reflejo por el hematoma o, mejor aun, por el desarrollo de un foco séptico en la celda renal).

En el riñón no hay nefritis propiamente dicha, sino nefrosis; pero el hematoma infiltrado de orina e infectado es el foco que colabora con la pérdida del equilibrio de excreción para reforzar el cuadro con tintes de uremia. Así, pues, no hay más remedio que operar.

La única diferencia técnica —a igualdad de hemostasia perfecta— es que en las nefrectomías de urgencia «por hemorragia» podrá cerrarse totalmente la herida, mientras que en las nefrectomías demoradas en que juega ya un papel más o menos grande la «infección» será de regla dejar como drenaje un buen tubo de goma hasta el fondo de la herida operatoria.

En resumen podemos decir que las heridas de guerra del riñón son lesiones de pronóstico «menos grave» en general y que pueden clasificarse, desde el punto de vista clínico, detrás de las de vientre y cráneo.

A los efectos de su evacuación desde los puestos de vanguardia son, en cambio, de una urgencia absoluta y preeminente.

Por último, para seguir y tratar correctamente el curso de estos heridos es de la mayor conveniencia asegurarse la colaboración de un médico internista eficaz.

• Quiero rendir con ello un tributo de justicia y agradecimiento a mi auxiliar, el teniente médico Antonio Gallego.