
NOTAS CLINICAS

Por el señor HERNAN GOMEZ

G. Q. 22 años. Natural de Bogotá.

Antecedentes. Hace 7 años siente dolor en la región renal sin perturbaciones urinarias. Se diagnosticó lumbago. Le duró 15 días. Duró en buena salud hasta el año 1929, en que principió a sentir dolor al orinar. (El doctor Roberto Ramírez le dió: lavados uretrales, helmitol). Continuó enfermo, fue a Girardot, en donde orinó sangre. Esto pasó, y continuó en buenas condiciones hasta marzo del año 32, en que comenzó a sentir ardor al orinar y hubo hematuria final. (En la orina había además filamentos). En estas condiciones permaneció hasta el 12 de julio de 1932 en que vino una hematuria total precedida de dolor renal izquierdo y de cistalgia. El 13 de julio, hematuria final. (El análisis de la orina dio además pus; se le dio Uroformina, Helmitol, etc.) Con alternativas de orinas claras y hematúricas, anorexia, coloración amarilla de los tegumentos, permaneció hasta septiembre de 1932 en que el doctor Rico le aconsejó sacarse el riñón izquierdo. El 2 de septiembre se hinchó el testículo derecho. El 6, consultó con el Profesor Cavalier, quien ordenó análisis de orina para T. B. C. (Dr. Lleras), que dio resultado positivo y además se encontró pus en abundancia. Se hizo Vernes que dio 130. El Profesor Cavalier opinó por la operación. El 17 de septiembre el dolor lo redujo a cama (dolor renal). El 27 fue a San José. Se tomó una Radiografía. Se encontró el riñón izquierdo un poco hipertrofiado pero con buena eliminación. Azohemia de 0.38 por mil. La sulfofenoltaleína dio el 45 por ciento en una hora. Se intentó una cistoscopia con 60 c. c. de orina pero no se hizo. El testículo hinchado y doloroso era el síntoma principal. Allí permaneció hasta el 14 de octubre en que regresó a su casa. El 17 se le supuró el testículo. El estado general tuvo una mejoría, la poliaquiuria disminuyó y así continuó hasta el 15 de noviembre de 1932. En este día se presentó una hematuria que duró desde las nueve de la noche hasta las 9 a. m. del 16. (Cedió con ergotina y cloruro de calcio). Le quedaron dolores vesicales muy fuertes. El 26 de noviembre entró a la Clínica. Se tomó una pielografía con Uroselectan que no dio nada. Se le presentaron hematurias no muy seguidas y había de vez en cuando fiebre —además tenía poliaquiuria—. Se le hicieron tres cistoscopias que fueron imposibles debido a que la vejiga no admitía sino 30 c. c. de líquido. Se resolvió operarlo el 26 de diciembre. Se durmió con gas.

Operación.—Se necesitó una técnica especial, debido a que el espacio costo-ilíaco no existía por la conformación especial de su tórax, pues se trata de una cifosis dorsal que ha borrado dicho espacio. Se emplea una técnica de Chevassu. Incisión sobre el borde inferior de la 11ª costilla oblicua hacia abajo y hacia adelante, hacia la cresta ilíaca. Se desperiotisa la 11ª costilla para rechazar el fondo de saco pleural y luego el peritóneo, para llegar a la celda renal. Al desprender la pleura, por lo difícil de la disección, se rompe en una extensión de 4 a 5 centímetros, que pone en comunicación la cavidad pleural con el exterior. Inmediatamente se procede a suturarla. La operación continúa, se llega a la celda renal izquierda. Se explora el riñón, no se encuentra enfermo y se deja en su sitio. Se cierra en tres planos, poniendo sobre la piel 18 agrafes. Se hizo en 45 minutos y aparte de la abertura pleural no hubo ninguna otra complicación.

Al tercer día de operado el enfermo presenta gran dispnea. La inspección del tórax muestra un abombamiento del hemitórax izquierdo con borramiento de las fosas supra e infraclaviculares. La percusión da un timpanismo exagerado y la auscultación da una ausencia del murmullo vesicular. Se diagnostica un neumotórax quirúrgico, y se le hace un neumotórax negativo. (Dr. Matallana). Con una presión inicial de —2 y final de —6 se sacan 400 c. c. de aire, después de lo cual el estado general mejora. Al día siguiente se oye el murmullo vesicular, se extrae el hemitórax izquierdo y el timpanismo pulmonar es normal. La dispnea desaparece. El enfermo sigue en buenas condiciones. Mas tarde se forman fistulas al nivel de ambos epidídimos (1) que imponen otra intervención.

Se hace el 25 de enero. Se anestesia por los gases, y se hace la epididectomía bilateral. Se encuentran numerosas granulaciones blanquecinas de aspecto caseoso, al nivel de las cabezas de ambos epidídimos. Se ligan los vasos y se cierra dejando un dren de gasa yodoforada en cada testículo. En los días siguientes se cambia el dren primero todos los días y mas tarde, cada tercer día. El estado general del enfermo es bastante bueno y sale de la clínica en buenas condiciones el día 8 de enero de 1933.

(1) Probablemente tuberculosas.

