

NUESTRA APORTACIÓN A LA MESA REDONDA SOBRE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

(III REUNIÓN DE LA SOCIEDAD SUR DE NEFROLOGÍA)

Centro Hospitalario «Princesa de España»
Servicio de Medicina Interna
Dr. J. M. Sillero.
Sección de Nefrología
Dr. F. Fernández Montero (Jefe Clínico)

Como aportación del Departamento de Nefrología de la Clínica Médica del Centro Hospitalario «Princesa de España», vamos a referir resumidamente el curso clínico de dos pacientes evidentemente dispares, pero ambas ingresadas con el encabezado diagnóstico de insuficiencia renal aguda oligoanúrica.

CASO N.º 1

El primer caso corresponde a C. A. M., mujer de 36 años de edad, con el antecedente de amputación del miembro inferior derecho a nivel de tercio inferior de muslo (por accidente vascular, al parecer) y conmemorativo más próximo de una colección purulenta aparecida en cara interna de ese

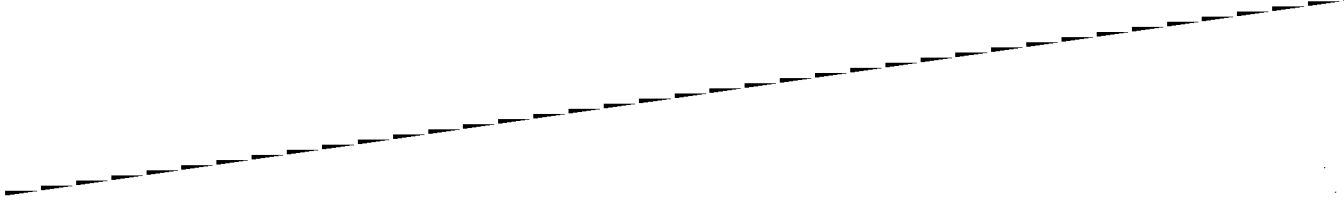
muslo y drenada quirúrgicamente hace un año. Ingresa en el Servicio de Medicina Interna —de urgencia— por presentar desde 12 días antes un dolor intenso en flanco abdominal derecho y región lumbar contigua, que se acompaña de tumefacción y reacción febril elevada. Hay cierta disuria y orinas encendidas, pero la diuresis se mantiene normal en los primeros días de su estancia hospitalaria. La exploración física pone de manifiesto un plastrón en vacío-fosa ilíaca vivamente sensible a la cuidadosa palpación. Un examen de orina no revela datos patológicos, en tanto que en sangre se demuestra una fuerte leucocitosis (22.000 elementos) con polinucleosis y muchas formas en banda, y eritrosedimentación de 93-140 mm. El estudio de ap. urinario en vacío destacaba solamente por la existencia de una pérdida del relieve del psoas derecho, siendo los urogramas normales, aunque de eliminación escasa. Azoemia dentro de límites fisiológicos.

Con la fundada sospecha de absceso de posible punto de partida perirrenal, la paciente fue remitida al Servicio de Urología, donde se le evacuó una moderada cantidad de pus a nivel del psoas, y se nos comunicó el diagnóstico de psoitis.

Tras una fugaz remisión térmica, la enferma empeora con brusquedad en su estado general, la fiebre se eleva a 39° y más, sus presiones arteriales caen, vomita con frecuencia y sobre todo hace una oliguria pronunciada de menos de 50 cc. por día. La orina es escasa, de densidad nunca superior a 1.014, con albúmina (0,5 gr.), hematíes y cilindros granulosos. No hay una flora definida en sedimento y el urinocultivo resulta inferior a 100.000 colonias. En esta fase, la cifra de urea asciende con rapidez hasta 3,80 y luego 4 gramos por litro y la paciente hace un vómito negruzco, siendo las heces de similar coloración. Se anemiza y su potasio asciende hasta 6,5 mE/l.

Es trasladada a U. V. J., donde recibe perfusiones con furosemida de 1 gramo y se somete a diálisis peritoneal. Casi simultáneamente se produce apertura espontánea en el flanco abdominal derecho, eliminando una considerable secreción purulenta que en días sucesivos importa más de 1 litro. Se hace el examen del pus, que arroja como flora responsable Gram negativos: *Proteus* Rettgeri y *Vulgaris* y *Pseudomonas Aeruginosa*, reclamando terapia asociada de Carbenicilina y Tobramicina; en tanto, un hemocultivo no ofrecía positividad.

En el curso de menos de una semana, la diuresis se reemprende, la orina se aclara, la azoemia se reduce y la fiebre cede. Resta alguna secreción residual a través de la fistula (que se somete a fistulografía y aparece anfractuosa) y una anemización notable que obliga a transfundir.



1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

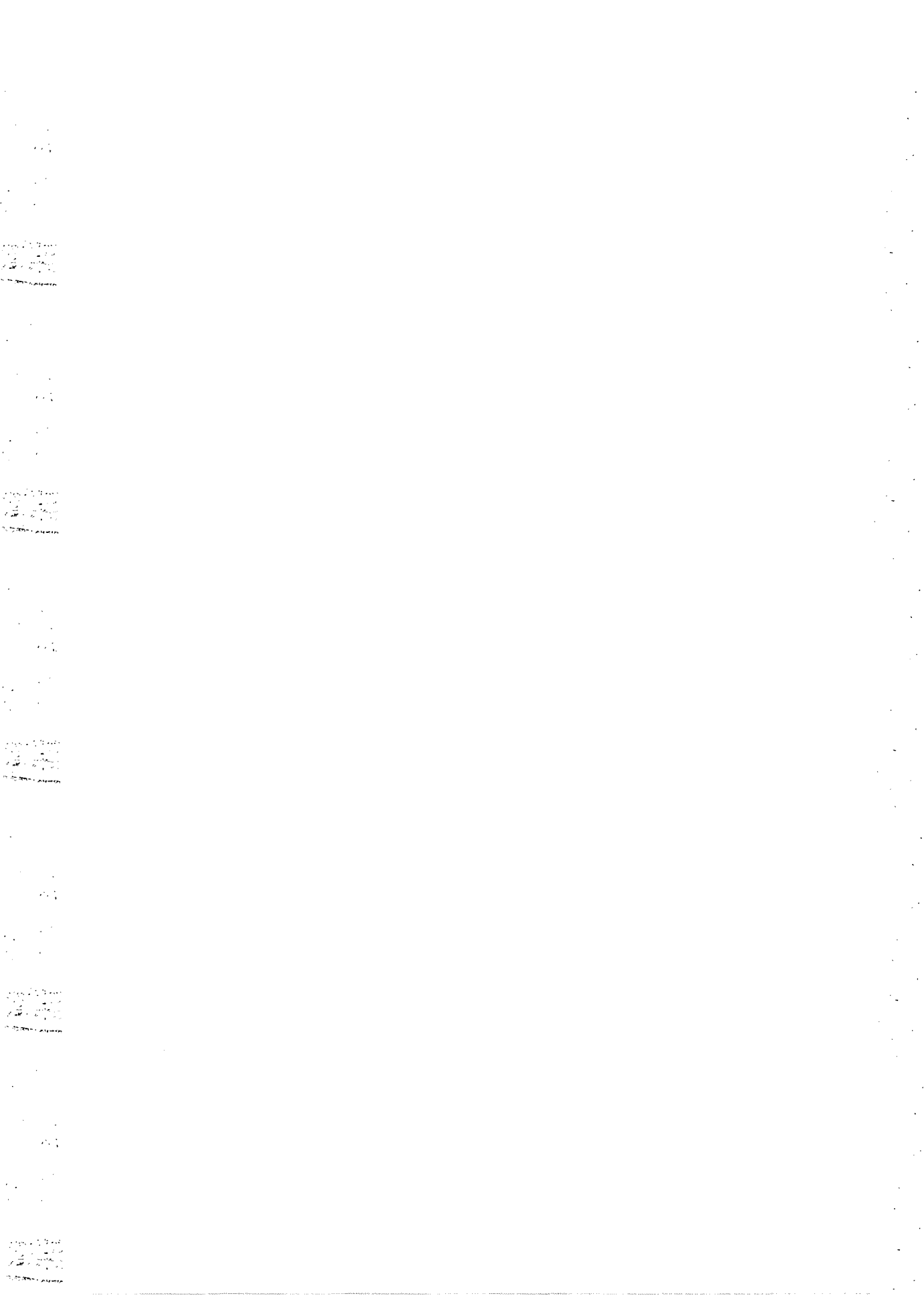
19

20

21

22

Faint, illegible text running vertically down the right side of the page, possibly bleed-through from the reverse side.



En el momento actual, la paciente, con una función renal íntegra, se encuentra plenamente restablecida.

En resumen: en el curso de una colección purulenta retroperitoneal, se establece una oligoanuria, fruto de sepsis de gram negativos, hipotensión y acaso colonización renal (aunque esto último es discutible). El tratamiento antibiótico intensivo, junto a la evacuación espontánea de la colección purulenta y la terapia de sostén con diálisis y furosemida, consiguió una restauración de notable rapidez, en no más de siete días, de la función renal. Hubo solamente una corta fase poliúrica ulterior, en gracia a un severo control líquido durante el período oligúrico.

CASO N.º 2

Paciente J. L. L. también del sexo femenino que acude de urgencia a nuestro Centro porque presenta anuria de más de 72 horas de duración, con azoemia de 1,56 g./l. estando ligeramente estuporoso, pero presiones arteriales marcadamente elevadas, de 210-130 mm. La paciente en ningún momento acusa dolor abdominal y el sondeo de vejiga la encuentra a ésta vacía. En la exploración física no se aprecia palpación renal positiva y, en cambio, sí existe cierto edema maleolar. Radiológicamente encontramos dilatación de mediano grado de V. J. y las radios de ap. urinario en vacío son negativas, no evidenciando cálculos ni otras masas. La excreción urinaria es poco menos que nula, y en sangre la urea se eleva prestamente a 3,80 g., creatinina a 12,9 mg., siendo la calcemia de 12 mg., cloremia de 108 mE, natremia de 125 mE y kaliemia de 6,2 mEL. El ekg ofrece signos de retención de potasio, con T altas y picudas en precordiales medias.

Dada la evidente gravedad del cuadro, se establece como en el caso anterior un programa dialítico (recambio peritoneal), esperando que el estado de la enferma mejore para perfilar el tipo de oligoanuria. Como la situación se prolonga varios días, nos llaman la atención dos circunstancias:

- la anuria prácticamente absoluta,
- la comprobación, tras un insistente interrogatorio, de un episodio similar, aunque fugaz de suspensión de la diuresis tres meses antes.

Lo que nos lleva a sospechar un obstáculo ureteral, que se confirma por el correspondiente sondeo, el que permite por una parte revelar la existencia de numerosos cálculos radiotransparentes en uréter pelviano derecho (único riñón explorado), al tiempo que la movilización de los mismos hacia vejiga con el inmediato corolario de la restauración de una abundante diuresis, con una fase poliúrica inclusive en los primeros días siguientes. Se invitó a la paciente a una exploración del sistema excretor

opuesto y a la resolución quirúrgica de sus cálculos residuales, a lo que se negó.

Este caso nos pone de manifiesto, una vez más, la necesidad absoluta de descartar causas obstructivas de una oligoanuria, en especial cuando ésta es total o existen conmemorativos de episodios similares; ello, aunque no exista dolor colicular en ningún momento. Unas veces será litiasis bilateral, otras (como en alguno de nuestros casos) fibrosis retroperitoneal, o invasión neoplástica del ap. urinario inferior, etc.