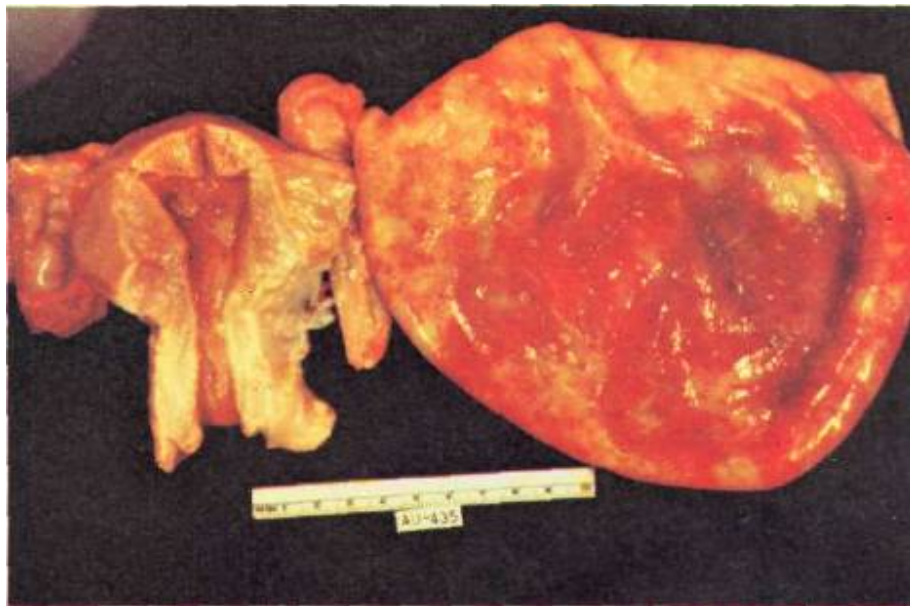


HALLAZGOS DE AUTOPSIA DEL CASO ANATOMOCLINICO

Dr. Virgilio Cardona L.: La paciente tenía una masa enorme que correspondía a una tumoración quística de 18 x 12 cms. (Fig. 1) y que contenía 2.500 cc. de pus. La masa no provenía del ovario sino de la trompa izquierda y, por tanto, era un piosalpíx gigante, consecutivo a su aborto infectado.



Fis- I
Obsérvese la Trompa de Falopio izquierda marcadamente dilatada y constituyendo un piosalpínx.

En el flanco izquierdo existía un absceso retroperitoneal conteniendo aproximadamente unos 100 cc. de pus y no tenía relación directa con el piosalpíx y, probablemente, era de origen hematógeno. No creo que hayan tenido relación con las biopsias renales pues su aparición fue muy posterior a tales intentos.

En lo relacionado con el síndrome nefrótico, como se dijo, hay muchas causas que lo producen y excluyendo algunas se puede quedar con un grupo reducido de las mismas pero, a veces, solo el estudio histopatológico lo puede determinar.

El problema renal despertó mi interés porque la causante de este síndrome es relativamente rara ya que la literatura mundial, hasta 1963, solo informaba de existencia de otros 38 casos. Los hallazgos fueron los siguientes:

Existía un uréter doble en el lado derecho con cierto grado de hidronefrosis. Al incindir ambas venas renales se encontraron trombosadas (Fig. 2); una lesión unilateral no hubiera dado el cuadro de síndrome nefrótico y, en cambio, era forzoso que fuera bilateral para que lo produjera; a esto obedeció mi pregunta al Dr. Custodio sobre uni o bilateralidad. Los riñones eran grandes, pesaban 200 gms. pero no tenían el aspecto de estar afectados de glomerulonefritis-



Trombosis de la vena renal con doble uréter derecho. La vena renal izquierda estaba igualmente trombosada.

El estudio histológico de las venas demostró que los trombos estaban organizados, constituyendo lo que se llama una obstrucción venosa sostenida y, por tanto, crónica y parcialmente recanalizada en forma ínfima (Fig. 3). Los cortes renales demostraron poca patología: glomerulos grandes con ligeras adherencias y ligero engrosamiento de la membrana basal. Estas lesiones se interpretan como resultado del aumento de la presión local consecutiva a la obstrucción renal.

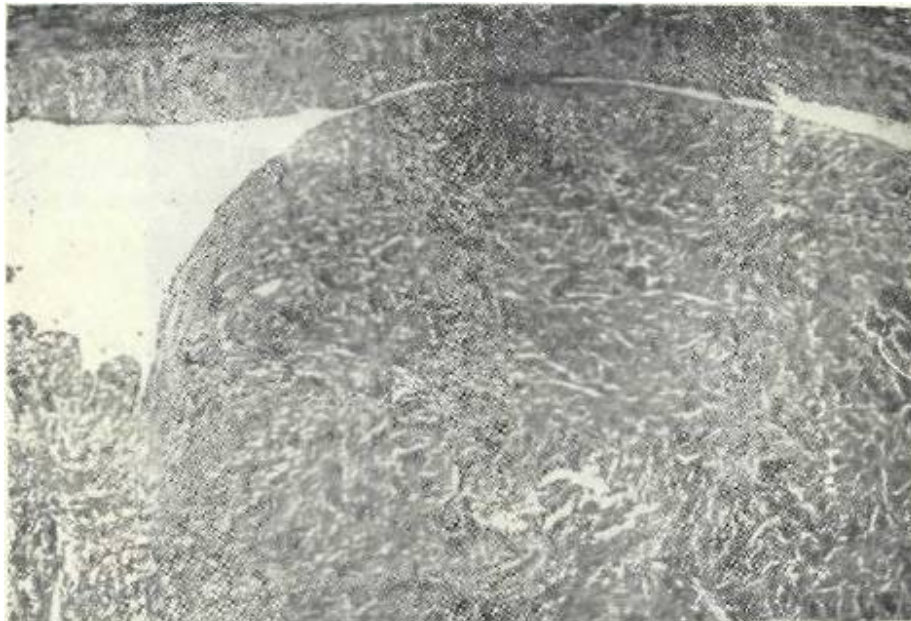


Fig. 3 Trombo organizado que ocluye la vena renal. 10x

Además de su trombosis crónica desarrolló últimamente, por una serie de hechos que se sumaron, una trombosis masiva de la vena cava inferior que llegaba distalmente hasta las ilíacas y proximalmente hasta cerca de las renales (Fig. 4). El corte demostró que era un trombo no organizado y fresco.

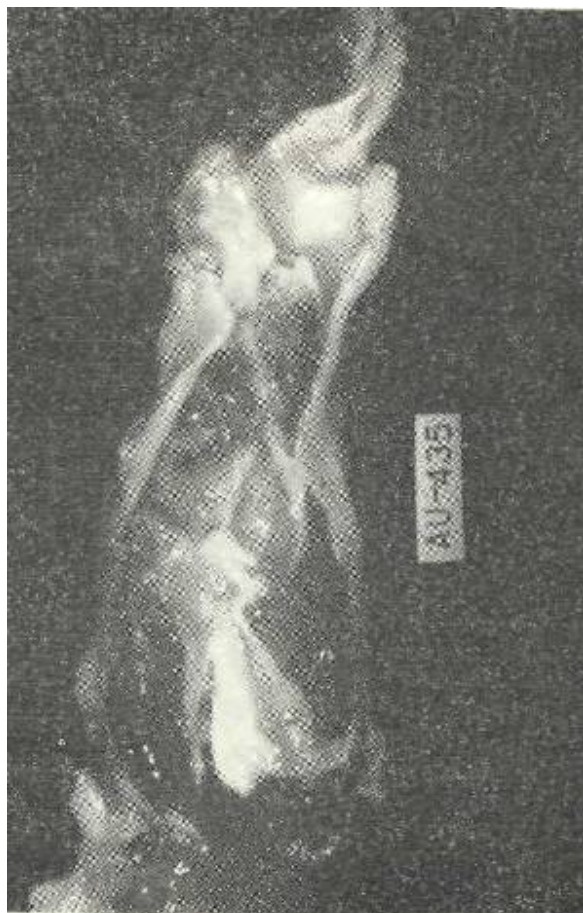


Fig. 4

Vena cava inferior completamente obstruida por trombos recientes.

De este trombo se desprendió un coágulo que ocasionó una embolia pulmonar derecha. En el pulmón derecho solo se constató una atelectasia; en el izquierdo había, además, una neumonía lobar media e inferior que probablemente la llevó a la muerte.

Otro hallazgo incidental fue una necrosis enzimática de la grasa peripaneática, debida a la sepsis. Si hubiera vivido más, probablemente hubiera desarrollado una pancreatitis.

Considero que la positividad del Gravindex fue un error de laboratorio pues no se pudo demostrar actividad coriónica en ningún sitio.

Dr. Zelaya: Pregunto al Dr. Custodio ¿es factible que una trombosis unilateral puede provocar un síndrome nefrótico?

Dr. Cardona: En caso de trombosis renal unilateral se produce una hipertensión arterial. La trombosis tenía que ser bilateral para producir un síndrome nefrótico.

Dr. Custodio: En realidad yo no debí haber mencionado la unilateralidad.

Dr. Zelaya: El diagnóstico etiológico de un síndrome nefrótico debe ser histológico y en base a una biopsia renal.

Dr. Zúñiga: ¿No podría haber ayudado en el diagnóstico *in vivo* la práctica de una arteriografía renal?

Dr. Cardona: La pregunta es muy importante. Esos casos de obstrucción venosa se diagnostican, en caso de sospecha, por medio de un arteriograma.