

## RIÑÓN EN HERRADURA Y COLECISTOATONIA

---

Por el Dr. OSCAR A. TITTAMANTI LESCANO

No vamos a insistir en los datos conocidos, que numerosas y excelentes publicaciones nos eximen de repetir, sobre anatomía, embriología y diagnóstico del riñón en herradura.

Sino que hemos de referirnos a una circunstancia que no ha sido señalada en los casos publicados sobre esta anomalía renal y que es su asociación, en esta oportunidad, con un trastorno funcional de la vía biliar extrahepática, en el cual representa, según nuestra manera de pensar, el factor desencadenante.

El hecho señalado clásicamente de la presencia de sintomatología digestiva en esta afección permite pensar, como hipótesis patogenética, que también en ellos existiera igual circunstancia que la por nosotros relatada, justificando aquella sintomatología.

A las afecciones pielorenales no se les ha dado la importancia que merecen como posible origen de trastornos funcionales de la vía biliar, quedando en general mencionada de manera difusa y en último término entre las causas reflejas capaces de provocar aquella situación, y otras veces no siendo nombradas siquiera entre las apendicopatías, afecciones gástricas o ginecológicas; a pesar que, según nuestro entender, es mayor su importancia y su frecuencia como causa capaz de desequilibrar el funcionamiento de la vía biliar que aquéllas; que son, sin embargo, pesquisadas con mayor insistencia y, por ende, con más frecuencia tratadas.

La importancia de este concepto radica en la doble circunstancia que, dada la frecuencia con que los trastornos funcionales biliares son secundarios a afecciones pielorenales, constituyendo lo que hemos designado como síndrome renobiliar, gran cantidad de enfermos encontrarían la solución de sus problemas si se hiciera norma la investigación urológica frente a todo padecimiento del árbol biliar.

Y por otra parte diagnosticada una afección renal-nefroptosis, estenosis pieloureterales, anomalías, etc., su coexistencia con un trastorno de la excreción biliar que a nuestro criterio debe ser sistemáticamente investigado, junto con la posición y movilidad del ángulo derecho del colon, hacen a esa afección pielorenal imprescindiblemente quirúrgica, teniéndose fundado derecho a esperar la restitución de una normal excreción biliar, con la consiguiente des-

aparición de la sintomatología que aqueja a los enfermos mediante la curación de aquel padecimiento urinario.

En el mecanismo de esta acción desequilibradora de las afecciones pielo-renales sobre las vías biliares extrahepáticas intervienen, en nuestro criterio, causas reflejas, mecánicas e infecciosas.

Las primeras ejerciéndose a través del desequilibrio neurovegetativo que la afección pielo-renal provoca por tracción de plexos, reflejo axónico, etc., se manifiestan por vía refleja alterando el delicado estado de desequilibrio y sinergia que rige el tonismo y funcionamiento de los esfínteres de la vía biliar.

Como factor mecánico se encuentra la compresión por el ístmo en el caso del riñón en herradura y tracción por adherencias patológicas sobre los órganos vecinos, comprobándose en nuestro caso un evidente descenso del riñón al pasar de la posición acostada a la de pie. Y para completar los agentes o causas que naciendo en el riñón inciden sobre el equilibrio del funcionalismo biliar, ya directamente o acentuando en un terreno propicio la distonía neurovegetativa, se encuentra el agente infeccioso, de tan extraordinaria frecuencia e importancia en los cuadros de uroectasia.

Siendo importante señalar que desencadenado el cuadro de disfunción biliar, su presencia agrava a su vez el padecimiento urinario, por la acción favorecedora que implica el mismo para el pasaje de gérmenes con acción patógena al aparato urinario, en condiciones de especial receptividad por su situación patológica —síndrome enterorenal—, creándose así un círculo vicioso únicamente solucionable por la terapéutica quirúrgica del cuadro urinario.

Y así nos lo demostró el caso que comentamos, el cual había sido sometido a la más variada y exhaustiva terapéutica médica con la colediscinecia de tipo atónico que presentaba sin mejoría apreciable, obteniendo con la operación que le practicamos por su riñón en herradura, no sólo el restablecimiento de su situación urinaria, sino también la completa desaparición de los síntomas de pro genie biliar significativos de su colecistoatonia, lo cual esperábamos y habíamos prometido a la enferma, basados en nuestra experiencia.

La evolución a posteriori ha sido enteramente satisfactoria y la enferma se encuentra al presente completamente restablecida, no realizando ningún tipo de medicación y una alimentación completamente libre y variada.

**Caso de observación personal:** M. P. Enferma, de 28 años de edad, casada, de residencia habitual en Tres Arroyos.

**Antecedentes familiares:** Sin importancia.

**Antecedentes personales:** A los 2 ½ años padece un proceso urinario que es rotulado como pielitis, medicándosele de acuerdo al mismo. Desde entonces padece de molestias periódicas de su aparato urinario, a las cuales posteriormente se le agregan molestias digestivas de tipo biliar. Siéndole extirpado las amígdalas y el apéndice, sin observar mejoría evidente.

**Antecedentes de la enfermedad actual:** Ha observado al presente una reagudización de sus molestias: sensación de peso lumbar, sobre todo del lado derecho, con irradiación inferior; intolerancia alimenticia específica para los alimentos grasos, con náuseas y una gran sensación de decaimiento.

**Estado actual:** 3/2/915. Estado general bueno, pulso tenso regular, igual. Enferma apirética. Piel sana y mucosas bien coloreadas y húmedas. Cabeza, boca y cuello sin particularidades patológicas.

Aparato respiratorio: Nada anormal.  
 Corazón: No se encuentra al examen ningún dato patológico.  
 Tensión arterial: Mx 13, Mn. 7, con baumanómetro.  
 Abdomen: Blando, depresible. Hígado y bazo no se palpan. En la línea media se palpa una tumoración transversa resistente, que se desliza sobre el plano vertebral.  
 Sistema nervioso: Aparato motor y articular sin particularidades patológicas.  
 Aparato genital: Sin nada patológico.  
 Aparato urinario: Uroscopia: orinas claras.  
 Riñones: Se palpan bilateralmente, pelotean.  
 Citoscopia: Mucosa con características normales, meatos normalmente implantados, eyaculando orina clara. Cuello sin particularidades.  
 Urografía excretoria: Riñón en herradura, con dilatación piélica bilateal.

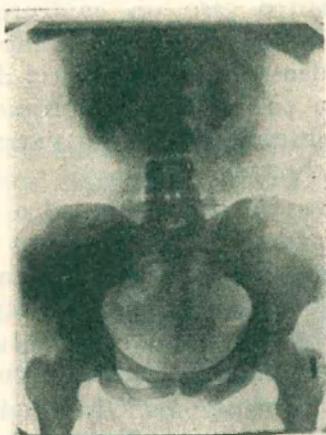


Figura 1  
Urografía preoperatoria



Figura 2  
Colecistografía preoperatoria

Pielografía ascendente derecha: Acentuada uronefrosis, con descenso del riñón al pasar a la posición de pie.

Colecistografía: Vesícula grande, ptósica, con deficiente evacuación luego de la prueba de Boyden.

Exámenes de laboratorio: Azoemia, glucemia, recuento globular, fórmula leucocitaria, eritrosedimentación, tiempo de coagulación y tiempo de sangría normales. El sondeo duodenal da bilis B a los 35', de color habano, en cantidad de 120 cm<sup>3</sup>.

Operación: Anestesia: pentothal-éter. Incisión de Pflauner. Se llega al riñón y se hace la ligadura y sección de los vasos del istmo; procediendo luego a pasar dos filas de puntos en U, con catgut, entre las cuales se secciona el mismo. Hemostasia directa de los vasos que sangran y se pasan otros punto en U. Abertura del peritoneo y exploración del colon y vesícula, seccionando adherencias laxas que unen el primero al fondo del colecisto. Cierre del peritoneo, dejando riendas de catgut, que se han pasado por las cintillas posteriores para colopexia.

Se constata luego que las superficies de sección del istmo no sangran; se hace cuidadosa enervación y pieloureterolisis, resección de la pelvis dilatada colocando como drenaje trasrenal tubo de Kehr, una de cuyas ramas penetra en la unión pieloureteral, que se encontraba estrechada y se ha seccionado. Nefropexia y colopexia. Cierre por planos.

Postoperatorio: Enferma apirética y en óptimas condiciones desde el primer día. El tubo de drenaje trasrenal da abundante cantidad de orina.

El octavo día se retira el mismo, levantándose la enferma, y notándose muy poco la curación. El 10, la curación está completamente seca, dándose de alta a la paciente.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Se presenta un caso de riñón en herradura, que cursaba con sintomatología digestiva a más de la urinaria propia de la afección.

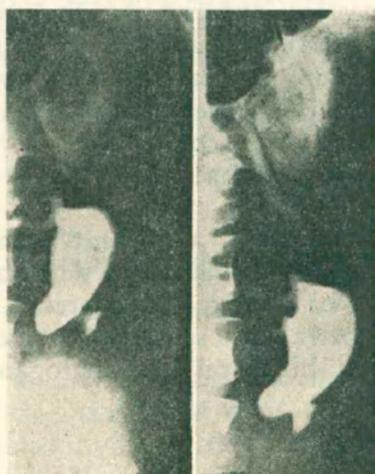


Figura 3

Pielografía del lado derecho; se observa la dilatación uronefrótica y el descenso de la misma al pasar a la posición de pie



Figura 4

Urografía postoperatoria, se ve la evidente disminución de la bolsa uronefrótica del lado derecho y la posición hacia afuera del polo inferior del riñón

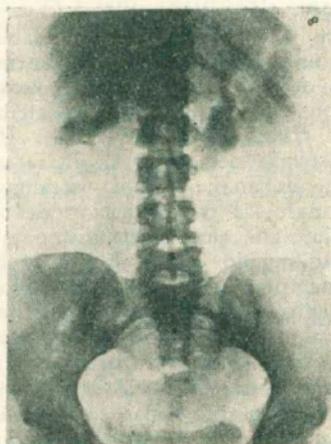


Figura 5

Urografía postoperatoria, en posición de pie. Se observa el descenso del riñón izquierdo, en el cual no se ha hecho nefropexia

El examen colecistográfico demostró una vesícula grande, ptosica y de evacuación retardada a la prueba de Boyden. El sondeo duodenal dió, con

gran retardo, bilis B obscura y en gran cantidad, rotulándose a su padecimiento biliar como colediscinesia atónica.

Diagnóstico con el cual, por otra parte, recibimos la enferma, quien, por el mismo, había sido intensamente medicada, sin resultado. Interpretando a su colediscinesia como refleja por el riñón en herradura, al proponerse la intervención por el mismo se prometió a la enferma la mejoría de sus síntomas digestivos, basados en nuestras experiencias en otros cuadros de discinesia biliar refleja a punto de partida pieloureteral.

El mecanismo por el cual se realiza este desequilibrio funcional es, a nuestro entender, refleja, mecánico e infeccioso.

Operada la paciente de acuerdo con estos conceptos, se le practicó: Sinfiotomía, plástica pieloureteral derecha, nefropexia y colopexia, con total éxito quirúrgico.

La mejoría de la misma es total al presente, realizando una alimentación completamente libre y el sondeo duodenal es de características normales.

Como clásicamente se ha descrito, la presencia de síntomas digestivos en enfermos con riñón en herradura, se sugiere como mecanismo patogenético de los mismos la disfunción biliar refleja, análogamente que lo ocurrido en nuestro caso.

#### DISCUSIÓN

*Dr. Surra Canard.* — Desearía preguntarle al Dr. Tittamanti Lescano si ha traído alguna colecistografía de control post-operatoria.

*Dr. Tittamanti Lescano.* — No la hemos traído, porque lo que hace el diagnóstico de coledosinecia no es el examen colecistográfico, sino el sondeo duodenal. Como la enferma es de escasos recursos, no le hicimos practicar una colecistografía de control, pero siendo el sondeo duodenal de características normales, no se descartaba una situación de funcionamiento renal eficiente.

*Sr. Presidente (Dr. Irazu).* — Indudablemente, puede haber una recuperación sobre el sistema biliar en una lesión del aparato urinario. Creo que es un problema completamente independiente uno del otro. Posiblemente, esos reflejos neurovegetativos que el Dr. Tittamanti Lescano sostiene que existen, puedan ser atribuidos a ese riñón en herradura móvil. Contra lo que se sostiene clásicamente, con el Dr. Pujol hemos mencionado en esta Sociedad, hace unos años, la existencia del riñón en herradura móvil.

Entiendo que es una patología totalmente independiente; tal vez, como lo señala el Profesor Surra Canard, la comprobación de una colecistografía post-operatoria podría demostrar que la vesícula sigue aún en el mismo estado. Es indudable que una paciente sometida a un tratamiento prolongado como el que le habrá instituido seguramente el Dr. Tittamanti Lescano, puede tener por un tiempo una mejoría. Lo interesante será seguir a la enferma para ver si su padecimiento hepático se ha curado totalmente. No creo que un padecimiento hepático se haya curado totalmente. De manera que si esa señora es una crónica, en lo que a su vesícula se refiere, seguirá siéndolo en el futuro.

*Dr. Tittamanti Lescano.* — No estoy de acuerdo con el Dr. Irazu, que habla de patologías independientes, sino que todas son absolutamente dependientes. Desde las primeras descripciones de estos cuadros de disfunción biliar de causa refleja, todo el mundo ha pensado que con intervenciones sobre el aparato digestivo o intervenciones ginecológicas, se podría solucionar el problema.

Pensamos que por causas anatómicas, fisiológicas, es más factible eso. Hemos presentado otros casos al Congreso Internacional de Cirugía, con colecistografías post-operatorias normales. En este caso no lo hemos hecho por la situación especial que ya he apuntado.

Repetimos que una colecistografía en condiciones normales o sin sondaje duodenal, no hace ningún diagnóstico de coledosinecia de tipo atónico. El que hace el diagnóstico es el sondeo duodenal o el sondeo colecistográfico. Un examen colecistográfico normal es una prueba interesante, pero ni prueba nada sin el sondeo duodenal.

*Sr. Presidente (Dr. Irazu).* — Le agradecemos al Dr. Tittamanti Lescano su interesante comunicación y lo instamos a que prosiga con entusiasmo el estudio de este interesante problema.