

## RUPTURA ESPONTANEA DE RIÑON HIDRONEFROTICO

Por los Dres. ARMANDO TRABUCCO y BELISARIO OTAMENDI

Traemos a consideración de la Sociedad un caso de hidronefrosis gigante con estallido, que fué intervenida felizmente, salvándose las complicaciones que estos casos de índole aguda pueden presentar, si se dejan librados a su propia evolución.

*Historia clínica:* A. B., de 24 años de edad, argentina, soltera, de profesión soprano lírica.

*Enfermedad actual:* Consulta la enferma por un dolor lumbar izquierdo, de tipo sordo, continuo, con irradiación hacia la fosa iliaca y labios mayores del mismo lado y también hacia el epigastrio.

Estas molestias las presentaba la enferma desde su pubertad, apareciendo con intervalos variables de tiempo y durando períodos de 7 a 15 días.

Estos dolores no calmaban con el reposo, exacerbándose en cambio con las contracciones musculares y con el movimiento.

Desde hace una semana, el dolor es continuo, con las mismas características que en los episodios anteriores; pero, de mayor intensidad. Presenta además temperatura de 38° por la tarde que desciende a 37° por la mañana.

*Antecedentes personales:* A principios del año 1947 durante uno de sus acostumbrados episodios dolorosos se le practicó una pielografía descendente que la enferma trae a nosotros.

En la radiografía simple de árbol urinario se visualizan netamente los bordes del psoas; pero, no se alcanza a distinguir la sombra renal debido a los gases del colon que se interponen.

En la radiografía hecha 5 minutos después de inyectada la substancia de contraste se ve llenarse la pelvis y cálices derecho en forma normal y una acodadura del uréter en forma de doble codo en sifón. En el lado izquierdo se ven 4 sombras opacas, debido a la substancia de contraste que no se fusionan, de tamaño diferente y parecen pertenecer a los cálices. El uréter ni la pelvis se visualizan.

En la de los 15 minutos la sombra pélvica y ureteral del lado derecho es semejante a la de la placa anterior; en cambio en la del izquierdo, se ha llenado la pelvis, netamente dilatada, igualmente que los cálices, tomando el tamaño y forma de una pera mediana invertida. El uréter no se visualiza.

En las placas sacadas a los 40 y 50 minutos se repiten las imágenes.

*Estado actual:* A la inspección se nota en la pared abdominal anterior una elevación en la región subcostal izquierda que levanta la parrilla costal y que se extiende hasta por debajo del ombligo.

En la región posterior, hay un borramiento de la fosa lumbar, la columna no se encuentra modificada en sus curvaturas naturales.

A la palpación superficial se encuentra un abdomen blando y depresible.

A la palpación profunda, se palpa en el flanco izquierdo, una tumoración del tamaño de una cabeza de feto, que se pierde bajo la parrilla costal, de consistencia elástica, de superficie redondeada y regular poco móvil, con contacto y peloteo lumbar, dolorosa, que no se desplaza con los movimientos respiratorios.

A la percusión, se nota un timpanismo en la parte inferior y externa de la masa tumoral, debido al colon interpuesto entre la pared y la tumoración.

Punto costovertebral, costumuscular, subcostal y ureteral superior francamente dolorosos. Puño percusión positiva.

*Estudio radiológico:* Se pide una radiografía simple de árbol urinario y una pielografía de excreción.

La radiografía directa nos muestra la sombra renal derecha algo oculta por los gases del colon y se ve perfectamente el borde del psoas. En la región izquierda el borde del psoas no se visualiza y existe una zona difusamente opaca a los rayos que se extiende desde la cúpula diafragmática hasta la altura de la 3ra. vértebra lumbar perdiéndose hacia la fosa ilíaca y limitándose hacia adentro por la columna y hacia afuera en las masas blandas de la pared.

La radiografía sacada a los 5 minutos de inyectar la substancia opaca muestra una buena eliminación en el riñón derecho, apreciándose los cálices y la pelvis llena de substancia opaca. En el lado izquierdo no hay eliminación.

En la de los 20 minutos continúa eliminándose la substancia de contraste normalmente por el riñón derecho, la vejiga ha comenzado a llenarse y en el izquierdo se ve un poco por debajo de la cúpula diafragmática un comienzo de eliminación que ocupa una zona del tamaño y forma de una oliva sin poderse especificar cuál es la cavidad continente. En la de los 60 minutos se ve la misma imagen.

La enferma es internada para completar su estudio y se le practica un cateterismo del uréter izquierdo.

Hecha la cistoscopia se introduce la sonda ureteral y al haber pasado 20 cms. se encuentra una resistencia y para evitar cualquier trauma se procede a inyectar Ioduro de Sodio al 12 % por el extremo distal de la sonda. Al pasar 8 c.c. la enferma experimenta molestia en la región lumbar izquierda, sacándose entonces de inmediato la radiografía, la que nos muestra: la sonda ureteral introducida hasta la altura del borde superior de la 4ª vértebra lumbar. La substancia opaca para llegar a la pelvis renal hace un arco de circunferencia de concavidad externa rodeando la masa tumoral, rellenando una cavidad de igual tamaño forma y situación que la que se visualiza en las radiografías de excreción.

*Análisis:* No demuestran ninguna alteración digna de mención.

Con todas estas pruebas llegamos a la conclusión de encontrarnos ante una hidronefrosis gigante, imponiéndose el acto quirúrgico.

*Operación:* Incindida la piel y seccionados los planos musculares nos encontramos con la hoja posterior de la fascia de Zuckerkandl que se encuentra íntimamente adherida a la pared posterior del abdomen de color rojo negruzco y que dejaba resumir un líquido seroso aparentemente de edema.

Abierta la fascia y librado un plano de clivaje artificialmente hemos encontrado el riñón enormemente dilatado, de consistencia elástica, con gruesas venas que surcaban su superficie externa no todavía desnuda.

La cara posterior adherida a la pared lumbar formaba un todo negruzco como si fuesen coágulos en vía de organización que impedían el desplazamiento del órgano, en vista de lo cual resolvimos liberar primeramente el polo superior a fin de ligar el pedículo y proporcionarnos más campo limpio. Anudado éste y seccionado hemos rebatido el órgano hacia abajo liberando el ureter que se encontraba íntimamente adherido a una enorme pelvis, terminando con la extirpación del órgano por desprendimiento de las adherencias que tenía con la pared posterior.

Sulfamida y drenaje en el lecho. Cierre de la pared por planos.

*Postoperatorio:* La enferma presentó un postoperatorio sin ninguna complicación siendo su diuresis normal desde el primer día de operada, dándose de alta a los 10 días.

*Anatomía patológica:* La pieza extraída es del tamaño de una cabeza de niño. Está rodeada, sobre todo en su parte posterior por colgajos de grasa endurecida y múltiples coágulos organizados que se concentran especialmente en la pared posterior del riñón en su unión con la pelvis. El órgano está formado por una enorme pelvis de paredes finas que tienen el

uréter adherido a ella por el borde interno. Este es de calibre pequeño y desemboca en la parte superior del globo piélico.

El riñón alargado y estrechado cubre la pelvis en forma de cimera de casco; presenta numerosas lesiones de infartos retráctiles y está embollonado e irregular. En la parte posterior del órgano al diseccionar las formaciones orgánicas adheridas, al parecer coágulos con fibrosis se descubre una solución de continuidad en forma alargada de 2 cms. de longitud paralelamente al borde renal y colocada en la unión pielorenal. Exprimiendo la pelvis sale por dicha abertura grandes masas gelatinoides que parecen ser coágulos, fibrina, substancia en necrosis etc.

Abierto el órgano en total de acuerdo al eje longitudinal del riñón encontramos que éste tiene un parénquima reducido a escasamente 1 cm. de espesor, prácticamente sin medular, salpicado por numerosos derrames hemorrágicos en pleno parénquima. Hay borramiento prácticamente total de las papilas.

La cavidad piélica está enormemente dilatada y los cálices intermedios grandemente reducidos; la desembocadura ureteral se halla situada en la parte superior de la pelvis y su luz es filiforme. Se confirma por la parte interna la solución de continuidad que hemos descripto más arriba.

*Microscopia:* El estudio microscópico del riñón revela una marcada atrofia de parénquima con pielonefritis ascendente, esclerosis intersticial y glomerular del tipo concéntrico, obleas glomerulares y degeneración tubular con dilatación de los mismos.

#### COMENTARIO

Viendo las imágenes de la última pielografía descendente y de la ascendente, solamente, se podría llegar al diagnóstico de tumor renal, pero como la enferma nos trae una pielografía de hace 4 años donde ya existe una hidronefrosis bien marcada, debemos en principio rechazar este diagnóstico e inclinarnos a pensar en una hidronefrosis gigante.

En lo referente al estallido renal, decimos que es espontáneo, pues no ha existido ningún traumatismo directo ni por contragolpe que lo justifique y por la anamnesis no podemos determinar el momento real de la efracción; pero, como la enferma es una entusiasta del arte lírico, es seguramente en uno de sus habituales ejercicios respiratorios, o al hacer alguna inspiración profunda y brusca, sumada a una compresión abdominal, para emitir los agudos que se haya producido la efracción del riñón.

La hipofunción renal conjuntamente con los coágulos que han hecho de sopapa han impedido la salida de orina fuera de la pelvis renal. La indicación quirúrgica planeada, es decir la nefrectomía estaba ampliamente justificada no sólo porque el riñón era patológico e insuficiente, sino también porque obraba como agente doloroso gravativo, cuya única solución era la nefrectomía como curación definitiva.

#### DISCUSION

*Dr. Pagliere.* — De la descripción hecha en el trabajo de los comunicantes, se deduce que había un proceso inflamatorio intenso en el riñón.

Desearía preguntarle al comunicante si él no cree que el cateterismo y la pielografía no habrán determinado ese proceso inflamatorio.

*Dr. Otamendi.* — El ataque de esta enferma fué lo que decidió su intervención. Hacía

una semana que tenía dolores agudos; nunca había tenido un período tan largo e intenso de dolores.

Al introducirse el catéter, apenas hasta la altura de la tercera vértebra lumbar y sentirse una pequeña resistencia, inmediatamente se procedió a inyectar la sustancia opaca, es decir, que el catéter estaba muy lejos, ya que en ningún momento llegó a la pelvis. Al inyectarse 8 cc., como la enferma sintió una molestia en la región lumbar, se tomó la radiografía. Veinticuatro horas después fué intervenida; se encontró ciáglulos y sangre vieja en la pelvis renal.