

ECTOPIA RENAL PELVIANA NEFRECTOMIA TRANSPERITONEAL

Por el Dr. OSCAR A. TITTAMANTI LESCANO

La ectopía renal pelviana es una anomalía infrecuente según las estadísticas y casos publicados.

Tanto es así que Stevens, en su revista de la casuística existente hasta 1937 halla 25 casos comunicados, afirmando que la frecuencia de la ectopía pelviana es de una vez cada 22.000 casos. En 1950 C. J. Hawes, al comunicar dos pacientes con esa anomalía lleva la casuística de la ectopía renal pelviana a 45 casos observados. En nuestro país la escasa frecuencia del padecimiento se repite, habiendo contribuido con comunicaciones sobre el tema Castaño, Llanos, Pagliere, Salleras, Minuzzi, Matris, Iacapraro y Brea, Rubi y Grimaldi.

Esa circunstancia justifica y obliga a que los casos observados sean publicados, para marcar así la real incidencia de la afección y la de situaciones patológicas que la acompañan.

Es por esas razones que relatamos el caso de nuestra experiencia personal, en el cual fué necesario la extirpación del riñón en ectopía pelviana por las molestias que el mismo provocaba y la situación de incompetencia funcional del mismo.

Se eligió para la operación la vía transperitoneal, por considerarse a la misma la más lógica y anatómica, no ignorando por cierto los reparos que se le han hecho y que hacen a muchos decididos partidarios de la vía extraperitoneal.

Nuestra elección fué realizada considerando que los argumentos válidos en el pasado deben hoy ser revistos y serenamente considerados a la luz de las grandes conquistas de la medicina moderna que han permitido prácticamente dominar y hacer desaparecer las complicaciones infecciosas de las operaciones limpias y que han reducido el shock quirúrgico a proporciones no peligrosas e intervenciones que antaño fueran riesgosas desde ese punto de vista.

Es por esa situación del presente que consideramos no válido el argu-

mento que se ha aducido contra la vía transperitoneal de la posible infección serosa que ha sido insistentemente repetido en el pasado.

Tampoco conserva su valor la posibilidad del mayor shock quirúrgico que se ha planteado como una contraindicación de la vía transperitoneal, como lo demuestra a diario la enorme cantidad de intervenciones realizadas dentro del peritoneo sin que el shock operatorio se haga presente.

En cuanto a los dos otros argumentos posibles de mayor dificultad para el drenaje y mayor dificultad técnica, en el caso de ser ciertos carecen de una evidente trascendencia como para de por sí hacer elegir con predilección la vía subperitoneal.

Estos razonamientos nos indujeron a realizar la vía a través del peritoneo para la extirpación de este caso de riñón izquierdo incompetente, infectado y doloroso en ectopía pelviana; la intervención por su facilidad y por sus características postoperatorias absolutamente normales nos afirmó en el concepto de la vía por nosotros elegida es siempre aconsejable en estos riñones en posición anómala.

Como es lógico la misma permite también la realización de intervenciones secundarias dentro del peritoneo, siendo así como en el mismo acto operatorio realizamos la apendicectomía necesaria de acuerdo a la clínica del enfermo.

Caso de observación personal: A. S. — Enfermo de 25 años, argentino, de ocupación foguista de ferrocarril.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — No recuerda enfermedades serias de la infancia. Niega venéreas. Ha padecido desde hace muchos años de poluciones nocturnas, por lo cual ha realizado todo tipo de tratamiento médico sin éxito.

Enfermedad actual. — Desde hace 5 años padece de molestias dolorosas en fosa ilíaca izquierda, con episodios de orinas turbias con cistitis. Hace 4 años tiene una intensa molestia dolorosa en la misma región, que asume el tipo cólico y que va acompañado de la emisión de orinas con sangre. Se interna por este cuadro en el Hospital y realizada una cistoscopia se comprueba que la sangre proviene del riñón izquierdo. El cuadro cede con la medicación clásica y con bacteriostáticos, concurriendo posteriormente en diversas oportunidades al consultorio externo, acusando siempre las mismas molestias dolorosas en región inguinal izquierda. Por las mismas resuelve internarse en el Policlínico Ferroviario en mayo del corriente año.

Estado actual. — Estado general bueno, panículo adiposo escaso. Enfermo sin fiebre. Piel sana y mucosas bien coloreadas y húmedas.

Cabeza: Ojos: Motilidad y reflejos normales. Pupilas céntricas, regulares, iguales reaccionan bien a la luz y a la acomodación.

Boca: Dentadura en buen estado de conservación e higiene. Fauces libres.

Cuello: No se palpa tiroides, no hay ingurgitación venosa.

Aparato respiratorio: Examen físico sin particularidades patológicas.

Corazón: Choque de la punta a nivel del quinto espacio intercostal, línea media clavicolar. Ruidos netos en los cuatro focos.

Tensión arterial: Máxima 13°, mínima 80, con baumanómetro. Pulso: regular, rítmico. Frecuencia: 70 pulsaciones por minuto.

Abdomen: Plano, depresible. Hígado y bazo no se palpan se percuten en sus límites normales. Doloroso a la presión el punto apendicular.

Sistema nervioso: Reflejos sin particularidades patológicas.

Aparato motor y articular: Sin particularidades patológicas.

Aparato urogenital; uroscopia: Orinas turbias, uniformemente.

Riñones: No se palpan

Cromocistoscopia: Vejiga de características normales. La eyaculación del colorante se

produce del meato ureteral derecho a los 5' con características normales, a los 12' hay eliminación babeante y ligeramente coloreada del meato ureteral izquierdo.

Urografía excretora: Eliminación perfecta del riñón derecho, visualizándose perfectamente la imagen pielocalicial a los 5'. No se observa ninguna imagen de riñón izquierdo.

Ureteropielografía izquierda: Se dibuja la imagen pielocalicial en posición ectopía pelviana, dilatada.

Exámenes de laboratorio: Azoemia: 0.38 ‰. Glucemia: 1.04 ‰. Numeración globular y fórmula leucocitaria: Glóbulos rojos: 4.430.000; Glóbulos blancos: 10.000 por m³.



Fotografía de la pieza operatoria, que muestra el aspecto completamente anómalo del riñón.

Fórmula leucocitaria: polinucleares neutrófilos 70 ‰, eosinófilos 2 ‰, linfocitos 25 ‰, mononucleares 3 ‰. Tiempo de coagulación 5' 48". Tiempo de sangría 1' 23".

Operación: Anestesia; pentothal - éter. Laparotomía pararectal izquierda infraumbilical. Se abre el peritoneo y se separa el intestino delgado y el sigmoide. Se observa perfectamente la masa del riñón al través del peritoneo parietal posterior, se abre el mismo y se coloca un separador autoestático. Se procede a la ligadura de 4 pedículos, dos de los cuales provienen de la aorta y dos de la iliaca, se liga el uréter y se saca el riñón que es de aspecto completamente anormal. Cierre del peritoneo parietal posterior; apendicectomía típica con jareta. Cierre por planos.

Postoperatorio: De características absolutamente normales, sin fiebre. El quinto día se levanta el enfermo y el séptimo es dado de alta. Visto posteriormente en diversas oportunidades no tiene más las molestias del pasado y las orinas son completamente cristalinas. Las poluciones nocturnas que le desaparecieron durante el primer tiempo después de la operación le han reaparecido al presente.

RESUMEN

Se presenta un caso de riñón ectópico pelviano, como contribución a la casuística, para cuya extirpación se eligió con completo éxito la vía transperitoneal.

BIBLIOGRAFIA

- Castaño E.* — Riñón en ectopia pelviana. Nefrectomía intraperitoneal. Cong. Nac. de Med. 1922.
- Castaño E.* — Hidronefrosis en un riñón en ectopia pelviana. Nefrectomía. Curación. Rev. Arg. Urología. 1933, 467.
- Hawes C. J.* — Congenital ureteral ectopic Kidney: a report of two cases. J. of Urology. 1950, 453.
- Llanos M. A.* — Hidropionefrosis pelviana derecha. Rev. Arg. Urol. 1935, 178.
- Pagliari L. E.* — Nefrectomía retroperitoneal en una pionefrosis en ectopia pelviana. Rev. Arg. Urología. 1936, 49.
- Mathis R.* — Hidronefrosis en un riñón en ectopia pelviana. Su abordaje por vía intraperitoneal. Rev. Arg. Urología. 1945, 93.
- Minuzzi P. G.* — Anomalías renoureterales. Rev. Arg. de Urología. 1941, 61.
- Salleras J.* — Anomalías renoureterales. Rev. Arg. Urología. 1936, 413.
- Stevens A. R.* — Ectopic kidney. J. of Urology. 1937, 610.
- Iacapraro y Brea L. M.* — Ectopia renal y ptosis. Rev. Arg. Urología. 1946, 51.
-