

Policl. Alvear. Servicio de Urología
Jefe: Prof. Dr. Armando Trabucco.

LA PERINEFRITIS ADHESIVA LAXA DOLOROSA

Por los Dres. ARMANDO TRABUCCO y RAUL J. BORZONE

Desde 1948 nos ha llamado la atención al operar riñones móviles dolorosos, la existencia de ciertos casos, en los cuales el riñón se encontraba rodeado por una atmósfera conjuntiva fibrosa, vascularizada o no, lo suficientemente laxa como para no disminuir la movilidad de la glándula, pero vinculándola a las formaciones anatómicas vecinas en especial el duodeno a la derecha y el colon descendente a la izquierda, a través del peritoneo parietal posterior y de ambas hojas de la fascia de Zuckerkandl. Este es el cuadro que por su frecuencia, 50 casos sobre 125 ptosis renales en total (40 %), llamamos por obvia razón, *perinefritis adhesiva (o plástica) laxa dolorosa*.

Luego de las primeras observaciones operatorias que se repetían, tratamos de lograr su diagnóstico previo, vale decir, de llegar al diagnóstico preciso antes de intervenir, dando entonces carácter de forma clínica al cuadro así denominado, dentro de la entidad ya conocida de la ptosis renal.

Clínica y diagnóstico. — Los cincuenta casos estudiados desde 1948, en poco se diferencian semiológicamente del clásico riñón móvil doloroso. Las edades de los pacientes oscilaron entre un caso extremo de 68 años como máxima y una mínima de 10 años, hallándose habitualmente, la mayoría, entre los 20 y los 40 años. En cuanto al sexo, la frecuencia es mayor entre las mujeres (39 casos), que entre los hombres (11 casos). El lado afecto: 30 del lado derecho, 18 del izquierdo y 2 bilaterales. El síntoma dominante es el dolor lumbar de actividad, mayor que en reposo, aunque aquí hay un matiz clínico digno de observarse: el clinostatismo, aún en posición de Trendelenburg no alivia totalmente la molestia y aún hay pacientes, en quienes el dolor es mayor acostados que de pie. Hay además mayor repercusión refleja digestiva: hepatovesicular, gástrica o colónica, bien explicable por las adherencias a través del peritoneo. Al dolor permanente o crónico se agrega a veces, iniciando aparentemente el cuadro el dolor cólico agudo, lo mismo que en cualquier ptosis. La infección urinaria y la hematuria se presentan igual frecuencia que en aquella: Vimos 6 casos con pielitis o pielonefritis y 6 casos con hematuria en algún momento de la evolución.

Objetivamente se palpa casi siempre el riñón afectado en inspiración profunda o de pie, con movilidad mayor que la normal como en toda ptosis en cualquiera de los tres grados descritos por Glénard, aunque aquí son más raros

los casos de movilidad de tercer grado. Los puntos dolorosos renoureterales son los mismos.

La radiografía es fundamental para el diagnóstico. Aparte de la directa y de la urografía excretora que muestran si hay sombras calcúlosas así como el estado funcional de ambos riñones, haciendo primero el diagnóstico de existencia. En cuanto al grado de la movilidad se hace, por la pielografía ascendente en inspiración y expiración en la misma placa; pero para afirmar que hay una P.N.A.L.D. es imprescindible el complemento, simultáneo con ella o por separado, del enfisema retroperitoneal de Ruiz Rivas: sin él sería imposible llegar al diagnóstico de certeza preoperatorio. El mismo nos revela la falta de entrada de aire alrededor del riñón afectado por el proceso, a causa del bloqueo de dicho espacio por la perinefritis. Vale decir que la P.N.A.L.D. es una forma clínica de riñón móvil doloroso, en la cual el enfisema retroperitoneal radiológico no se difunde alrededor del riñón afectado. Este conocimiento no sólo tiene un valor teórico o doctrinal; su valor práctico es el de anticiparnos las dificultades que vamos a encontrar al realizar el tratamiento: éste consiste en la liberación, siempre muy laboriosa, de la glándula y del uréter, con la corrección de las alteraciones mecánicas de la unión ureteropielica: bridas, vasos venosos cirsoideos, membranas retroperitoneales, etc. y fijación correcta del riñón en la posición de máxima expiración radiológica, que nosotros efectuamos con la técnica propia (Trabucco).

Fisiopatología. — En lo que a etiopatogenia se refiere, sólo podemos conjeturar, sea la existencia previa de procesos larvados de pielonefritis, con pequeños infartos corticales múltiples y reacción perirrenal de vecindad, a punto de partida linfógeno desde colon a duodeno (síndrome enterorrenal), favorecidos por las alteraciones mecánicas con estasis: acodaduras ureteropielicas causadas por la movilidad glandular mayor. Sea la organización de membranas fibrosas laxas por el trauma repetido de la atmósfera perirrenal por esa misma movilidad, que transforma el tejido celular en fibroso con marcada reacción colágena a bridas largas, en lugar de dar una reacción fibroplástica masiva, que aprisionaría al riñón en una cáscara como la perinefritis experimental de celofán, hipertensiva de Page. A este respecto, y como dato de observación, debemos destacar que ninguno de los 50 casos tratados tuvo fenómenos hipertensivos, clínicos ni manométricos. En cuanto a procesos sépticos previos de las vías urinarias, sólo vimos 6 pacientes con hematuria y 6 con piuria. Habrá pues que continuar las observaciones y ampliar la casuística, razón ésta por la cual sometemos este cuadro a la consideración de todos los colegas, a fin de que, conocido, sea diagnosticado, con todas las circunstancias concomitantes que permitan determinar su etiopatogenia precisa.

Presentamos de inmediato la historia de uno de los casos más demostrativos de nuestra serie, por la particular circunstancia de tener ambos riñones móviles y dolorosos, de un lado con perinefritis adhesiva laxa y del otro sin ella.

H. C. Nº 2386. A. V. de C., 30 años de edad, sexo femenino, argentina, casada, residente en General Belgrano (Prov. de Buenos Aires). Consulta por primera vez el 26 de marzo de 1951. Desde un año atrás, luego de una operación ginecológica: histerectomía subtotal por mioma y quiste de ovario izquierdo, sufre de dolores lumbares bilaterales a predominio izquierdo. En dos oportunidades ha sufrido cólicos renales izquierdos, uno de ellos con hematuria total y en otra oportunidad ha tenido hematuria total de esfuerzo. Los dolores son permanentes y no calman mayormente con el reposo en cama. El estado

actual en el momento de su ingreso, demuestra: ausencia de trastornos miccionales, orinas limpidas por sondaje. Puntos costomusculares y ureterales superiores sensibles, más a la izquierda. Las glándulas no se palpan, posiblemente por el neto pániculo adiposo de la paciente. Uretra y vejiga no presentan particularidades, lo mismo que el estado clínico general y los exámenes de laboratorio. El examen ginecológico, dice: colporrectocele de primer grado, salpingoovaritis derecha, mucosa vaginal congestiva con discreta leucorrea.

Los exámenes radiológicos se hicieron en este orden: 13-4-51: Radiografía directa de árbol urinario: sin alteraciones. Urografía excretora: buena eliminación bilateral, sin alteraciones pielocaliciales. 23-4-51: Pielografía ascendente izquierda: en apnea, discreta dilatación de cálices, en clava, con papilas aplanadas. En inspiración y expiración, el riñón excursiona anormalmente, 4 traveses de dedo. El enfisema retroperitoneal demuestra falta de penetración del aire alrededor del riñón izquierdo, en tanto que delimita perfectamente el contorno renal derecho.



Fig. 1.— El perineumoriñón por vía presacra El aire ha entrado libremente, rodeando al riñón derecho; en cambio, no penetra en la celda renal izquierda.

Con diagnóstico de riñón izquierdo móvil con P.N.A.L.D., se opera el 12-5-51, encontrándose un riñón con lobulaciones fetales, rodeado por intensa perinefritis laxa, con firmes adherencias al peritoneo, que exigen una laboriosa disección, seccionándolas a tijera El ureter también está rodeado por adherencias, que se liberan, quedando la glándula libre, en posición muy baja. Se efectúa entonces nefropexia a lo Trabucco sobre la XII costilla, cerrando por planos. El postoperatorio es muy bueno, y la enferma egresa dieciséis días después.

Concorre de nuevo el 3 de setiembre de 1951, cuatro meses después, porque, a consecuencia de una caída, se golpea el flanco y región lumbar derechos y los dolores que ya antes sentía en esa zona se exacerban y no calman sino con analgésicos. La bipedestación aumenta el dolor, adquiriendo éste, a veces, carácter accesional de tipo cólico. No ha tenido hematuria a pesar del traumatismo y el estado actual no revela alteraciones respecto del que presentara en su primera internación. Se efectúa entonces una pielografía ascendente derecha, el 19-9-51, que en apnea señala flexuosidades ureterales, con estrecheces en la región lumbar y en la unión uretropiélica con cálices dilatados y papilas aplanadas. En inspiración y expiración muestra un marcado descenso glandular, llegando el polo inferior del riñón en inspiración a la cresta íliaca, en tanto que el ureter se acoda pronunciadamente. Visto el enfisema retroperitoneal previo que mostraba fácil entrada de aire alrededor de este riñón, se opera con diagnóstico de riñón móvil doloroso, el 2-10-51. La intervención demuestra la exactitud

del diagnóstico, pues la glándula se libera fácilmente y presenta caracteres normales, salvo una cicatriz de infarto en la cara posterior, antigua. El ureter estaba acodado por pequeñas bridas, siendo los codos exagerados por la gran movilidad de la glándula. Se hace nefropexia a lo Trabucco sobre la XII costilla y cierre por planos con drenaje. Postoperatorio normal y egreso de la paciente 18 días después, sin dolores. Hemos visto a la paciente periódicamente y los controles postoperatorios de ambas nefropexias son normales.

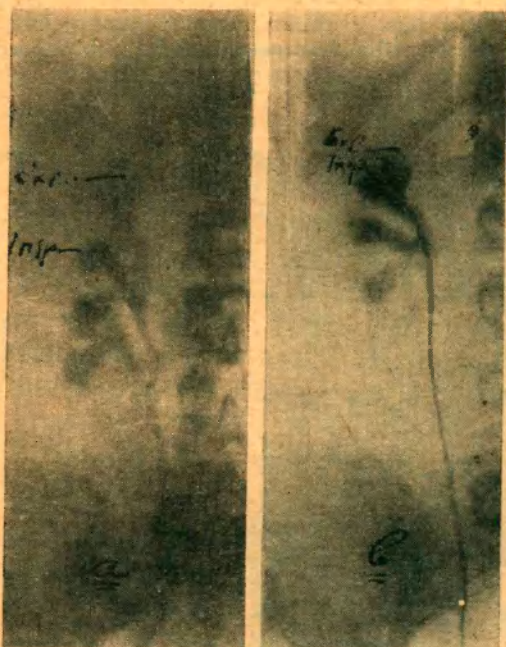


Fig. 2. — Corrección quirúrgica de la ptosis renal derecha. a) Radiografía inspiratoria y expiratoria antes de la operación. b) Mismo procedimiento 6 meses después de la intervención.

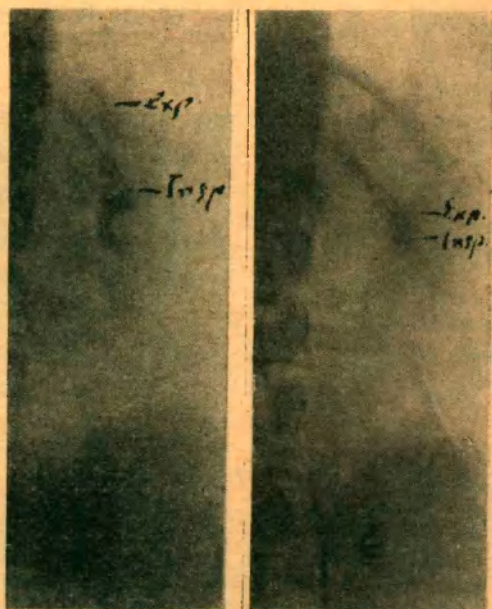


Fig. 3. — Corrección de la perinefritis adhesiva laxa dolorosa. a) Radiografía inspiratoria y expiratoria antes de la operación. b) Mismo procedimiento 6 meses después de la intervención.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Presentamos una nueva forma clínica de riñón móvil, que por sus características clínicas y anatomopatológicas hemos denominado *perinefritis adhesiva laxa dolorosa* (P.N.A.L.D.).

Basamos dicha comunicación en 50 casos estudiados y operados en la Sala VI del Policlínico Alvear, desde 1948, sobre un total de 125 ptosis renales. Vale decir, que en el 40 % de los riñones móviles dolorosos hay perinefritis adhesiva laxa.

Cuando a la sintomatología dada por la ptosis renal se agregan síntomas digestivos a gran orquesta, en especial duodenales, vesiculares o colónicos y el clinostatismo no los calma con la rapidez habitual en ese clásico cuadro, debemos sospechar la existencia de la perinefritis adhesiva laxa agregada.

El diagnóstico de esta forma clínica de ptosis renal se objetiva entonces obligadamente, por medio del enfisema retroperitoneal de Ruiz Rivas, asociado a la pielografía ascendente en inspiración y espiración: El aire no penetra

alrededor del riñón afectado que sin embargo tiene movilidad respiratoria mayor que la normal.

El tratamiento, cuyas dificultades técnicas se anticipan al hacer el diagnóstico preoperatorio, consiste en la cuidadosa liberación renoureteral y nefropexia.

Se expone en detalle uno de los 50 casos encontrados, por la particularidad de tener ptosis renal bilateral, con perinefritis adhesiva laxa dolorosa del lado izquierdo, confirmando la operación el diagnóstico clínico-radiológico.
