

CUERPO EXTRAÑO DE RIÑÓN

Por los Dres. RODOLFO MATHIS y GERARDO MOSER

Las infrecuentes observaciones de cuerpos extraños de riñón, justifica esta publicación.

Hospital Alemán. Servicio de Urología. Hist. Clin. N° 1254.

H.A.H., 37 años. Brasileña.

Doce años antes de su ingreso fué sometida a una intervención quirúrgica, lumbotomía del lado derecho, que, a juzgar por la anamnesis, parece ser una nefropexia.

Dos años después, comienza con dolores en flanco derecho con irradiación a hipogastrio, de tipo gravativo, que van aumentando de intensidad progresivamente, exacerbados por el movimiento y la bipedestación.

No hubo hematurias, afebril, peso estacionario, evacuación intestinal diaria.

El examen clínico descubre una mujer desnutrida, con presión arterial Mx. 120 Mn. 80. La exploración de los distintos sistemas es negativa.

En abdomen, flanco derecho, se palpa una tumoración dura del tamaño de una naranja grande, que se moviliza en el sentido longitudinal y poco en el transversal y pelotea. La superficie es lisa y uniforme. Descenso inspiratorio escaso. La percusión demuestra timpanismo zonal por delante y adentro.

No se palpa hígado percutiéndose en sus límites normales.

Análisis de orina: sin particularidad.

Urea en suero: 0,35 %. Reacciones de Wassermann y Kahn negativas.

Eritrosedimentación: 1ª h = 6. 2ª h = 16.

Reacción de Casoni y Ghedini, negativas.

Recuento Globular; no demuestra anemia ni eosinofilia; hemoglobina = 101 %.

Radiografía de tórax: sin particularidad.

Radiografía simple de árbol urinario: se observa una sombra redonda, del tamaño de una naranja, que llega hasta la cresta iliaca, sobreponiéndose arriba con la sombra renal en el lado derecho, la que está francamente acortada. Esta sombra está cubierta de calcificaciones irregulares, muy semejante a las observadas en los quistes hidáticos calcificados.

Urograma de excreción (Fig. N° 1). Repite la información de la radiografía exploratoria y muestra que ambos riñones eliminan la substancia de contraste, con falta de relleno el cáliz inferior derecho y pelvis renal rechazada hacia arriba.

Pielografía ascendente lado derecho. (Fig. N° 2). Cistoscopia sin particularidad. Meatos ureterales sanos. Se introduce una sonda 23 cms. sin inconveniente, sin obtener orina de retención. Se introducen 7 c.c. de substancia de contraste. La exposición demuestra el cáliz inferior y la pelvis renal, rechazados hacia arriba, en semicírculo, con la sombra antes descrita en la porción infero-interna.

Con el diagnóstico de quiste o tumor renal, se opera el 11 de abril.

Anestesia general. Lumbotomía con resección de la cicatriz anterior. Con dificultad, por firmes adherencias, se llega al riñón, que se libera en su mitad inferior, donde se observa hace cuerpo con un tumor esférico redondo, de superficie regular, pero adherente a los planos vecinos por su cara anterior; pues su parte inferior y posterior clivan fácilmente; no así por delante donde adhiere al peritoneo y al colon ascendente, pero se consigue separar.

La relación con el riñón es tan íntima que constituyen un sólo órgano.

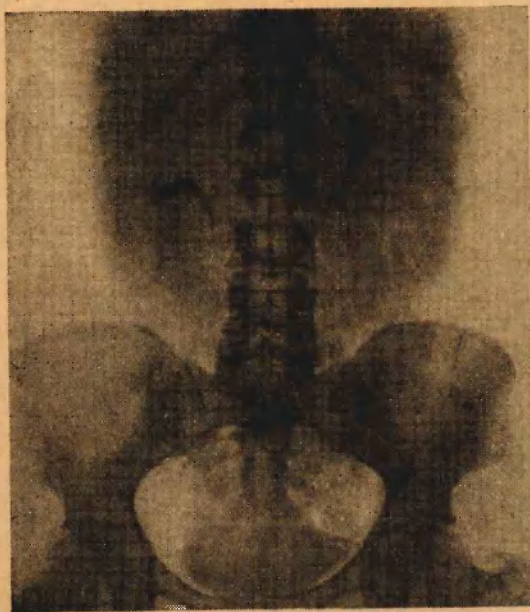
En estas maniobras se abre una cavidad que deja salir pus bien ligado y muy espeso en parte con aspecto caseoso y asoma del interior del tumor un trozo de gasa en parte desmenuzada que se reconoce rápidamente y se extrae en gran parte. Fragmentos adhieren íntimamente

a una engrosada (2 cms.) pared quística, acartonada y calcificada. Se reconoce por dentro el uréter.

Se trata de desprender del riñón, lo que es absolutamente imposible. Es menester efectuar nefrectomía parcial bivalva inmediatamente en el límite de la pared quística. La superficie cruenta sangra muy poco, y se sutura el parénquima con puntos en U de catgut. Se repone el riñón en su "loge" y se cierra la pared por planos.

Post-operatorio sin incidentes; la enferma es dada de alta el 26 de abril.

Resumen: Se trata de un cuerpo extraño (gasa) que en su evolución de 12 años se ha incorporado en su proceso quístico aislante, al parénquima renal.



Urograma de excreción. Se observa buena eliminación en ambos lados. En el derecho no se visualiza el cáliz inferior, la pelvis rechazada hacia arriba. Superponiéndose a la sombra del polo inferior renal existe otra sombra redonda que llega hasta la cresta ilíaca, moteada de sombras irregulares, análogas a las incrustaciones que se ven en los quistes hidáticos calcificados.



Pielografía ascendente. Se ve muy bien el polo inferior de riñón rechazado hacia afuera, el cáliz inferior desviado hacia arriba y afuera y la pelvis renal con discreto grado de ectasia y deformada en forma de cuerno. La formación quística adyacente al polo inferior, repite sus características.

Es excepcional el hallazgo de cuerpos extraños de riñón. Osmond en 1953 recoge 26 observaciones en la bibliografía mundial, a las que agrega cuatro personales. Posteriormente recogemos una observación de Bela Gondos (1955).

La forma de llegar un cuerpo extraño hasta el riñón puede ser:

- a) Heridas (balas, fragmentos de granadas, etc.).
- b) Migración desde otros órganos (tubo gastrointestinal).
- c) Vía ascendente, retrógrada.

Lo más frecuente, heridas de bala o fragmentos de granada alojados directamente en el riñón, en la vía excretoria o en sus vecindades, tomando relación posteriormente en su proceso de eliminación. Se describen algunos casos de fragmentos de tubos de drenaje olvidados.

En el caso que describimos, se encuentra la particularidad que no se ha relacionado con la vía excretoria, sino que se ha incorporado por medio de su enquistamiento al parénquima renal. Es probable que dejado a su evolución espontánea, hubiera perforado en su proceso de eliminación el cáliz inferior o quizás la pelvis a los que había ya rechazado.

No son frecuentes los casos de migraciones desde otros órganos (12 casos). Se describen agujas, horquillas, escarbadienes, espinas de pescado; y se explica por la perforación visceral en algunas observaciones de la 1ª porción del duodeno cuyos ángulos establecen su detención o colon ascendente y mucho menos frecuente, afectando el lado izquierdo por perforación del ángulo esplénico del colon (2 casos).

Por último se relata la vía retrógrada de más difícil explicación y cuyas observaciones no son claras.

Estos cuerpos extraños después de un período de tolerancia a veces grande (17 años en un caso, 12 años de permanencia en el nuestro) manifiestan su presencia por dolor, malestar general, fiebre, piuria o hematuria o tumor.

El examen radiológico permite el diagnóstico cuando se trata de cuerpos opacos, o la incrustación de sales los hace opacos (tubos de drenaje). En la quinta parte de las observaciones se hizo el diagnóstico mediante la intervención quirúrgica (palillos de dientes, espinas de pescado, gasa en nuestro caso).

BIBLIOGRAFIA

- Osmond, J.* — Foreign bodies in the kidney. *Radiology* 60: 375-382, 1953.
Fricke, O. — Fremdkörper im Harnleiter. *Ztschr. f. Urol.* 37: 130-134, 1943.
Bela, G. — Foreign Body in the left kidney and ureter. *J. of Urol.* 37: 35-38, 1955.
Bilger, F., Greiner, G. — Calcul du bassinnet chez un enfant de cinq ans, etc. *J. Urol.* 55: 259-261, 1949.
Flöcken, H. — Beiträge zur Chirurgie der Nephrolitiasis. *Zentralbl. f. Chirur.* 55: 933-934, 1928.
Frankenthal, L. — Inkrustiertes Gummidrain in Nierenparenchym. *Zentralbl. f. Chir.* 60: 147-149, 1933.

DISCUSION

Dr. Trabucco. — Nosotros hemos presentado el año pasado un cuerpo extraño de riñón izquierdo, perirrenal, con motivo de una nefropexia. Basábamos el interés de la presentación sobre la vía de eliminación de la gasa. Esa gasa buscó su eliminación hacia el colon descendente. Perforó el colon descendente y se había introducido ya la mitad del tejido dentro del colon y debimos hacer una amplia colostomía y colectomía para extraer la gasa y reparar el colon perforado.

El interés de la presentación radica en que no siempre el cuerpo extraño tiene la suerte de encapsularse, sino que busca su camino hacia el exterior, alcanzando los órganos huecos para conseguir su salida.

Dr. Bernardi. — Hace cosa de 15 años encontramos en una radiografía tomada en el Hospital Fiorito unas gruesas manchas. Preguntamos informes ampliatorios al radiólogo, quién señaló que podría tratarse de manchas determinadas por algún inconveniente de técnica.

La enferma que concurrió a nosotros por dolores lumbares fué empeorando y tenía como antecedente una intervención hecha de urgencia en la guardia por un embarazo intrauterino. Siguió así hasta que nos decidimos a operarla por esa mancha. Encontramos así un trozo de valva de separación que había caído a nivel de las vecindades de la fosa lumbar y que como en el caso del Dr. Trabucco, había perforado el intestino. A pesar del interés que pusimos en el caso la enferma falleció de peritonitis, en una época en que no existían antibióticos ni otro elemento capaz de prevenir la grave complicación.

Sr. Presidente (Dr. Rebaudi). — Hace un año y medio observé un cálculo que nació en el cáliz superior del riñón izquierdo; atravesó el riñón, pasó por el espacio perirrenal y se adhirió al diafragma. En la misma época, los autores italianos publicaron otro caso que fué ascendente y eliminado por las vías respiratorias.

Dr. Moser. — No tengo sino que agradecer los interesantes aportes de los colegas.