

Caso N° 2. — M. G., 41 años de edad, arg., casado.

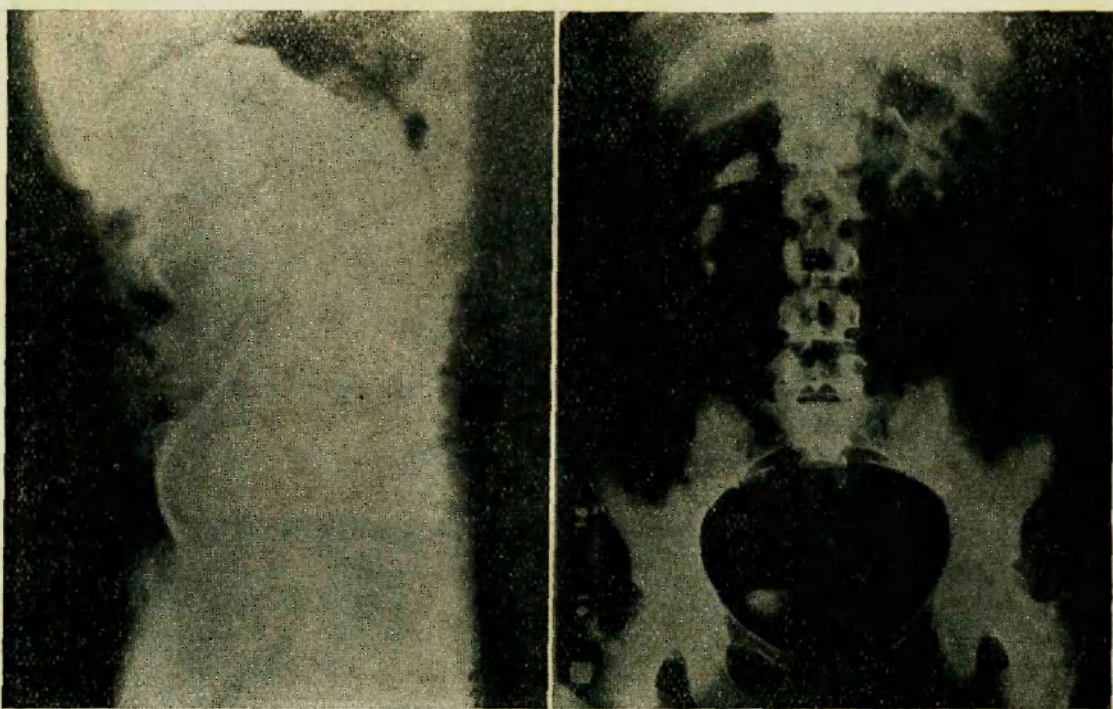
Consulta por dolor y hematuria total.

Radiog. simple: nada de particular. Urog. excretor: ausencia eliminatoria del lado izquierdo. Lado derecho, dilatación piélica con algunos cálices dirigidos hacia la línea media. La pielografía retrógrada es imposible de realizar en el lado izquierdo y entonces se realiza el acto quirúrgico mediante laparotomía extraperitoneal transversal, comprobándose una uro-nefrosis izquierda, extirpándose el riñón y liberándose el istmo siguiendo la técnica usual.

En la radiografía de control, postoperatorias, se observa que el riñón derecho ha adquirido una posición más parecida a la normal.

Caso N° 3. — Sra. de 27 años de edad.

Consulta en estado de embarazo de cuatro meses, por dolor en flanco izquierdo, que ya presentaba durante un embarazo anterior y que le fuera diagnosticado como cólico renal.



Caso N° 3. — Pielografía ascendente, lateral.

Caso N° 3. — La misma enferma después del acto operatorio.

El estudio radiográfico de la enferma, de por sí sumamente interesante, podemos dividirlo en tres períodos; el primero, en el momento de la consulta, que coincidía con la gestación de cuatro meses; el segundo, después del parto, que fué normal, y el tercero, que corresponde al control post-operatorio.

La primera radiografía, simple, no muestra nada de interés, salvo el útero ocupado. Urograma excretor, lado derecho, algunas dilatadas, dirigidas en su mayor parte a la línea media. Lado izquierdo, hay dos imágenes como si fueran pelvis renales que no se interpretan con claridad. Se efectúa entonces el examen pielográfico ascendente bilateral, que nos muestra con precisión las siguientes características: en el lado izquierdo existen dos sistemas excretores que se unen en Y, y que desembocan en un solo meato ureteral. El sistema superior con características funcionales y anatómicas de normalidad. El inferior, una verdadera bolsa uronefrótica.

En el lado opuesto, imágenes concordantes de un riñón en herradura con cierto grado de uroectasia.

Se efectúan dos tomas laterales y en ellas se aprecian tres sistemas excretores dilatados, sobre todo el que corresponde al sistema inferior e izquierdo.

CIRUGIA EN EL RIÑÓN EN HERRADURA

Por los Dres. LUIS M. BREA y JULIO MARQUEZ BUSTOS

Hemos querido aportar cuatro casos de riñón en herradura, observados en el transcurso menor de dos años, a la casuística nacional, enriquecida por numerosos trabajos, algunos de los cuales estudiando en forma exhaustiva el citado tema, nos exime de referirnos a la parte semiológica y clínica de estas malformaciones congénitas.

Nuestros cuatro pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente, por presentar tres de ellos afecciones que pueden ser consideradas como secuela de la uroectasia, en cuanto al último, se trata de una asociación de dos anomalías, poco frecuentes en los riñones en herradura, como veremos luego en el relato individual.

Dos fueron las vías de abordaje seguidas en nuestros enfermos; en el primer caso la transperitoneal, que si bien nos dió campo suficiente para llegar a los blastemas renales fusionados, su estado era tan patológico, en medio de un magma inflamatorio y adherente, que nos obligó a una conducta simplemente conservadora. Los otros tres casos fueron acometidos quirúrgicamente por la vía lumbar transversa, y, podemos afirmar, que con dicha incisión, obtuvimos espacio suficientemente amplio para tratar la lesión renal, dos nefrectomías y una quistectomía, agregando a ello la terapéutica concerniente al istmo cuando fué considerada necesaria. Con esto no hacemos más que afirmar lo ya expresado por otros autores, sobre los beneficios que implica el uso de acceso quirúrgico nombrado en último término.

Caso Nº 1. — A. I., 38 años de edad, arg., soltero.

Síntoma predominante, dolor abdominal difuso, con mayor intensidad en hipogastrio y región umbilical.

Radiografías: Simple del árbol urinario, nada de particular.

Urograma excretor a los 5', 15' y 40' mala eliminación lado izquierdo, en el lado opuesto pareciera insinuarse un doble sistema excretor, con una de las pelvis dirigida hacia dentro.

Pielografía ascend. bilateral: doble sistema excretor en forma de Y, emergiendo, como ramillete de un florero. Lado izq. dilatación pielo-ureteral con inclinación hacia la línea media. Operación transrectal derecha, transperitoneal. Sólo se consigue efectuar algunas liberaciones del tejido inflamatorio que envuelve a los riñones fusionados que tienen el aspecto por su íntima adherencias, como riñón en galleta.

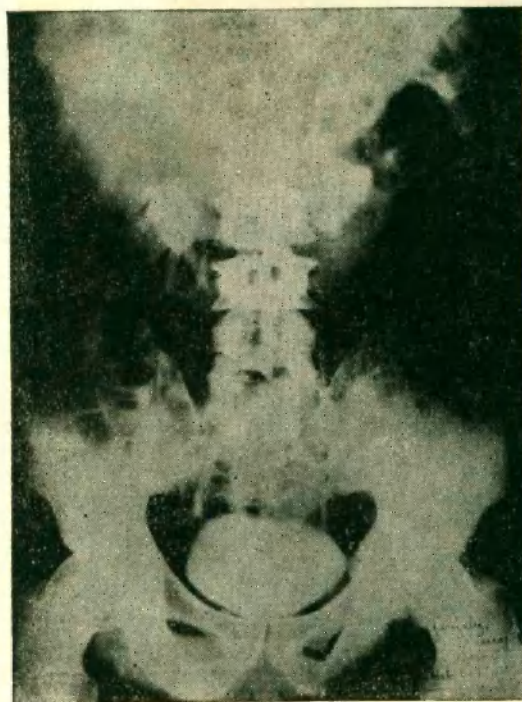
Radiografías de control, no muestran como es lógico ninguna modificación del cuadro anterior, y en una lateral se ve el uréter por delante de los cálices.



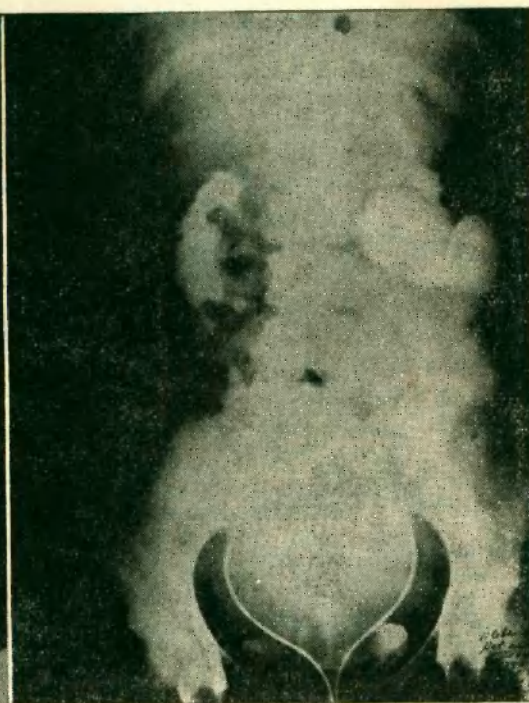
Caso N° 1. — Pielografía ascendente bilateral, a los 10 minutos de haber retirado el catéter.



Caso 1. — Pielografía ascendente lateral derecha.



Caso N° 2. — Dilatación piélica derecha con cálices dirigidos a la línea media.

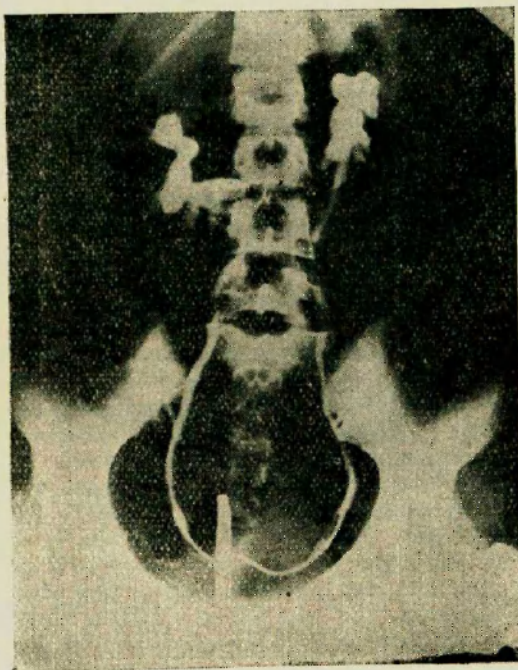


Caso N° 3. — Pielografía ascendente bilateral.

Ante una enferma que ya había tenido un embarazo anterior, con feliz término, se opta por un tratamiento clínico a base de antibióticos, que previera cualquier complicación infecciosa consecutiva al estado anatómico de sus vías urinarias. Manteniendo una expectación armada, la paciente pudo tener su segundo hijo sin inconveniente alguno. Es entonces que se efectúa su segundo examen radiográfico que tiene características muy similares al anterior, pero sin una dilatación tan acentuada de su árbol urinario superior, influenciado sin duda alguna por el estado de embarazo ya comentado.

Se ejecuta la intervención operatoria con una incisión transversal extraperitoneal, efectuándose la heminefrectomía izquierda, porción inferior, por uronefrosis; sección del istmo que unía a ambas glándulas renales y fijación del riñón, a la masa lumbar.

Después de un pos-operatorio tranquilo, las radiografías de contralor nos muestran en el lado izquierdo, que la parte de tejido renal remanente, tiene las características casi de normales, ocupando el lugar que le corresponde en la logia lumbar, gracias a la pexia realizada en el citado acto quirúrgico.



Caso Nº 4. — Riñón en herradura y quiste seroso del lado derecho.

Caso Nº 4. — R. C., argentina, 32 años, casada.

Concurre por un bultoma que ocupa el flanco derecho y que la misma enferma ha observado que ha crecido en los últimos tiempos.

La urografía descendente es ilustrativa, mostrando imágenes de riñón en herradura típicas en ambos lados, y además en el derecho una formación redonda, abrazada por la pelvis renal y uno de los cálices. Las pielografía ascendente, tanto la de frente como las oblicuas confirman el diagnóstico de quiste en un riñón con sínfisis mediana. Además uroectasia, que es por otra parte la más frecuente de las imágenes patológicas observadas en los riñones en herradura.

Con incisión transversal, como en los casos anteriores, se opera a la enferma, comprobándose un gran quiste sobre el borde externo del riñón derecho, que se extirpa sin dificultad; se efectúa también la sección del istmo que tiene aparentemente una longitud de dos centímetros.

El examen urográfico posterior a la operación, atestigua una colocación normal de la glándula operada y una mejor evacuación de sus vías excretoras.

Cabe consignar en párrafo aparte, que dentro de las malformaciones asociadas a los riñones en herradura, los quistes, tanto solitarios como el caso precedente, y, los poliquísticos, son de poca frecuencia, y la literatura nacional y extranjera no cuenta hasta la actualidad con muchos casos como el por nosotros relatado.

DISCUSION

Dr. R. Bernardi.— Quisiera preguntarles a los relatores qué lesiones como para justificar una hematuria tenía el segundo caso, ya que la urografía excretora y la uréteropielografía no muestran las vías de excreción.

Además, si el tercer caso que mostró era en rigor de verdad, un riñón en herradura porque las vías de excreción derechas e izquierdas son absolutamente normales desde el punto de vista de su conformación y cabría pensar que esa dilatación del uréter inferior izquierdo se debe a un doble riñón izquierdo, es decir, a una doble vía de excreción, que hubiera una urétero uronefrosis en el riñón del lado izquierdo, porque las vías son completamente normales.

Dr. A. E. Trabucco.— Quisiera saber si los comunicantes han observado esa arteria media izquierda que suele comprobarse casi en el 80 % de los casos operados por riñón en herradura. Es una arteria media inferior que irriga el polo inferior y el istmo del riñón en herradura.

Además, me llama la atención en una de las radiografías tomadas con el enfermo en posición de pie, la movilización del riñón derecho. No sé si el tubo se ha desplazado hacia arriba. El riñón en herradura, por lo general, tiene varios pedículos arteriales o venosos que lo fijan y la movilidad se hace difícil, lo mismo que el desplazamiento.

Y tercero, ¿por qué fijar el riñón a la pared lumbar si es un riñón que tiene escasa movilidad? ¿Para qué darle un trauma más a un riñón que ya de por sí y congénitamente está en inferioridad de condiciones desde el punto de vista de su función?

Dr. L. M. Brea.— He tenido oportunidad de operar esos cuatro casos. El número 3, presentado por el doctor Márquez Bustos tiene algo más que un doble sistema. Es curioso, porque el riñón era en herradura con un istmo perfecto que fué necesario seccionarlo para poder hacer la heminefrectomía izquierda de esa enorme bolsa. Ese hemiriñón izquierdo, a su vez, estaba separado por un plano perfecto de limitación de la otra masa renal pequeña, que estaba por encima. En ese caso, los pedículos vasculares eran muy complejos. Había un pedículo vascular que pertenecía a ese riñón izquierdo superior.

Donde se pudo apreciar mejor ese fenómeno vascular fué en el riñón que no se pudo sacar (caso nº 1); allí se dió esa complejidad vascular. Posiblemente, había hasta tres pedículos. Uno de ellos iba al istmo. No pude practicar la nefrectomía porque posiblemente, era una pionefrosis o pielonefritis que había transformado ese riñón en un magma imposible de tallar y en cierto momento, las maniobras eran tan peligrosas que realmente preferí dejar el riñón y no seguir adelante.

El pedículo vascular, a que se refirió el doctor Trabucco, lo hemos observado prácticamente en todos los casos.

El doctor Márquez Bustos dijo que en un caso habíamos procedido a la fijación. En realidad, lo que fijamos fué ese riñón izquierdo superior que quedó y que se fijó al psoas.

En otro caso en que se fijó el riñón tenía un quiste. Después de practicar la quistectomía y la sección del istmo, ese riñón derecho que tenía el quiste, que estaba traccionado hacia la línea media, lo pudimos desplazar para llevarlo, como se puede apreciar en la última radiografía, a una posición más favorable. Creíamos que fijando el riñón y poniéndolo en una posición de mejor evacuación, se facilita el postoperatorio y sobre todo, el mejoramiento de la vía de excreción.

Considero que los riñones en herradura son muy poco móviles, pero una vez seccionado el istmo, adquieren algo de movilidad a pesar de la fijeza de los pedículos vasculares.

Todos los casos comentados en este trabajo han sido riñones en herradura. Solamente tengo una duda en cuanto al primero, que se podría discutir si es un riñón en herradura y una de las causas por las que no se pudo practicar la heminefrectomía fué, porque más que un riñón en herradura era un riñón en galleta, en el que no existía un verdadero istmo. La radiografía es bastante ilustrativa porque se observa que el sistema calicial del lado izquierdo está a la derecha de la columna. Más un riñón en herradura es un riñón ectópico ptosado que está sobre el lado derecho. Por esa razón no se pudo realizar la nefrectomía.

Sr. Presidente (Dr. Grimaldi).— En primer lugar, con respecto a la fijación, nosotros en las operaciones sobre los riñones en herradura hemos seguido la vía anterior con muy buen resultado. En una de las intervenciones, hicimos la sección del istmo y el riñón izquierdo,

que era el que estaba ligeramente dilatado: cayó prácticamente después de la intervención y nos arrepentimos de no haberlo fijado porque lo que antes se tocaba hasta cierto punto, después se palpaba groseramente y ese riñón estaba bien ptoado y la fijación hubiera sido muy útil.

Segundo, deseo preguntarle a los comunicantes si nos pueden aclarar qué tipo de incisión han practicado.

Dr. L. M. Brea. — Entiendo que la incisión o la vía transperitoneal para el abordaje del riñón en herradura es magnífica y es la que da mejor resultado, sobre todo cuando el problema es simplemente la sección del istmo. Pero cuando además, hay que hacer alguna terapéutica quirúrgica en uno de los riñones, ya sea, para practicar la nefrectomía o tratar un problema como un quiste, tengo la impresión que la vía de abordaje lumbar, de fácil acceso sobre todo al riñón que se ha de tratar, permite el tratamiento del istmo.

Dr. A. E. Trabucco. — En realidad, la vía de abordaje siempre debe ser extraperitoneal. Debe dar suficiente campo como para poder soportar cualquier contingencia, porque cuando se aborda el istmo por la vía transperitoneal no se sabe dónde están los pedículos.

Aún para la simple sección del istmo, me parece prudente la vía lumbar extraperitoneal, que tiene la ventaja de que permite colocar el uréter en el sitio que debe estar ubicado, esto es, detrás del istmo, lo que es muy difícil de lograr por la vía transperitoneal.

Dr. A. Grimaldi. — La incisión de Bazy es extraperitoneal. Estamos todos de acuerdo que la vía lumbar es para todo tipo de riñón.

Dr. Márquez Bustos. — No ha escapado a la sagacidad conocida del doctor Bernardi, la hematuria. Debo confesar que encontramos en el acto operatorio de ese enfermo un cáncer primitivo de la vesícula seminal, que será motivo de otra comunicación.

Pregunta el doctor Bernardi si el tercer caso nuestro era un riñón en herradura. El único que tal vez no lo fuera era un riñón en galleta o en pastel (casi nº 1).

Al doctor Trabucco le ha contestado el doctor Brea. Se ha hecho la fijación en esos casos en que se ha seccionado el istmo y se pensó que volviendo el riñón a la posición normal se trabajaría en mejores condiciones.

Conocemos perfectamente la incisión transversal porque ha sido motivo de dos o tres trabajos del doctor Grimaldi, algunos de ellos en compañía del doctor Rubí, donde discutieron las incisiones lumbares como abdominales transversales.

Nosotros hacemos la incisión transversal, pero siempre por vía extraperitoneal, que es la que da mayor campo de abordaje. No hace mucho atendí un caso con el doctor Rebaudi y el profesor Manfredi, en el que se practicó incisión transperitoneal, pero además de ser un riñón en herradura, el órgano estaba muy descendido.