

UROPIONEFROSIS GIGANTE

Por los Dres. OSCAR A. FONIO y N. FAINMAN

Los numerosos factores que intervienen en la etiopatogenia de las uronefrosis puras o complicadas, como su anatomía patológica, sintomatología, diagnóstico y tratamiento, de todos bien conocidos, están perfectamente consignados en la profusa bibliografía nacional y extranjera.

Raramente las uronefrosis pueden alcanzar enorme tamaño y dificultar el diagnóstico clínico, aparentando tumores abdominales, quistes de ovario y hasta ascitis.

Tres de las observaciones más antiguas que conocemos de uronefrosis gigantes, han sido relatadas por Rayer¹⁰ hace 120 años. Como curiosidad histórica, nos ha parecido de interés la reproducción parcial de los relatos de esos casos, tomados de la publicación original que uno de nosotros (Fonio) tiene la fortuna de poseer.

La primera se refiere al caso relatado por Jean Pierre Frank, constatada: ...“sur le cadavre d'un jeune homme, mort à l'hôpital de Vienne, le rein gauche dilaté, au point qu'il remplissait toute la cavité abdominale. Il contenait plus de soixante livres d'un fluide plutôt aqueux qu'urineux. Il ne restait de sa substance que la membrane prope. La piece est déposée au Muséum anatomique de Vienne”.

La segunda corresponde a la referencia de Rayer sobre la observación de M. Glass: ...“Quoique la maladie fit des progrès à mesure que l'enfant se développait elle atteignit l'âge de 23 ans. Le ventre était extrêmement gros; mesuré après la mort, il avait six pieds quatre pouces de pourtour et un peu plus de quatre pieds, depuis le cartilage xyphoïde jusqu'aux os pubis”. ...“En ouvrant le ventre, il sortit environ trente gallons de liquide (un gallon contient quatre pintes de Paris), de couleur café”. Si tenemos en cuenta que un gallon (medida inglesa) equivale a 4½ litros, para el caso de la precedente observación correspondería la incomprensible cantidad de 135 lts.

El tercer caso pertenece a una observación personal de Rayer, en un enfermo de 64 años con hidronefrosis considerable de riñón derecho, consecutiva a obstrucción ureteral por cálculo: ...“M. V. ...commença vers l'année 1820 à acquérir de l'embonpoint qui augmenta de plus en plus; le volume du ventre prit un accroissement fort remarquable, et dans les derniers temps surtout ce volume du ventre le gênait considérablement dans la marche.”

“Le 18 septembre 1834, M. V. ...éprouva dans le ventre un malaise qui l'obligea à s'aliter”; ...“Pendant dix jours M. V. ...n'eut aucun besoin d'uriner, et au bout de ce temps seulement il rendit deux verres d'une urine citrine. En examinant le ventre, H. Hamel et moi, nous constatâmes la présence d'une tumeur volumineuse qui s'étendait obliquement de l'hypochondre droit vers

la fosse iliaque gauche. Cette tumeur présentait une fluctuation obscure; nos pensâmes qu'elle était formée par le rein droit distendu (ce que l'examen du corps après la mort confirma)" ... "le malade expira le 13 octobre 1834, a neuf heures du matin."

"A l'ouverture du corps, nous trouvâmes le rein droit prodigieusement distendu et converti en une poche remplie de sept livres onze onces d'un liquide filant; la tumeur avait 16 pouces de long de bas en haut; la longueur de son bord convexe était de 22 pouces, et celle de son bord concave de 16 pouces; la tumeur avait 7 pouces 6 lignes d'épaisseur à son milieu. L'urtère, dilaté à son origine, se rétrécit bientôt subitement, et dans cette espèce d'ertnaglement on sentait un petit calcul engagé dans cet conduit, qu'il avait complètement obstrué."

En las publicaciones de Granara Costa y Boneo⁴ y de Molina y cols.⁹, se mencionan casos de 100 lts. (Glass), 35 lts. (Dumveicher), 30 lts. (Frank; Javal y Dumont; Mesnay), 15 lts. (Maissonet), 12 1/2 lts. (Jumpertz), 10 lts. (Garre), 9 lts. (Adler-Raez), 5 lts. en un niño de 5 años (Auscherlik), 2 1/2 lts. en niño de 2 años (Baldvin) y de la literatura nacional observaciones de 6 lts. (Wybert, Astraldi, Martínez, Landívar, Irazu y otros).

Dentro de la bibliografía a nuestro alcance hemos podido conocer además los siguientes casos:

Rebaudi¹¹ en 1934 publicó el de un enfermo de 61 años (9 lts. 100 grs.). Trabucco y Muñoz¹² diez años después presentaron una hidronefrosis gigante en un riñón micropoliquístico. Granara Costa y Boneo⁴ en 1945 publicaron una observación de hidronefrosis bilateral por vaso anormal, en el que la bolsa izquierda contenía 15 lts. 100 grs. En 1954, se publicó un caso nuestro³ de gran urohematonefrosis por brida conjuntiva y Hancoek y cols.⁵ una observación de hidronefrosis gigante con 12 lts. de contenido en un paciente de 72 años. Firstater² en 1955 presentó una observación personal de gran uronefrosis izquierda (2 1/2 lts.) con parénquima reducido a una cáscara y exclusión renal del otro lado, por probable hipoplasia. En 1956 Iacapraro y cols.⁶ publicaron un caso de urohematonefrosis en que la nefrectomía demostró una enorme bolsa de contenido urohémático y acentuada estenosis de la unión pieloureteral. En 1957 se publicó el trabajo de Küss⁷ sobre ileoureteroplastia total en el tratamiento de las hidronefrosis gigantes. Finalmente el año pasado fueron publicados, la interesante comunicación de Llirod R.⁸ por una rara gran hidronefrosis complicada con Schistosomun Hoematobium y balantidium coli y el aperte al tema oficial del VI Congreso Argentino de Urología por Molina y cols.⁹ que describieron dos observaciones de gran tamaño por estenosis ureteropielícas.

La finalidad que guió nuestro trabajo, además del precedente repaso bibliográfico, fue contribuir a la casuística con la narración de una observación más de uronefrosis gigante infectada y poner énfasis en el valor de la radiología como procedimiento exploratorio al correcto diagnóstico de la patología que nos ocupa.

Nuestra observación: Se trata del enfermo L. J. V. de 49 años, argentino, casado, mecánico, que ingresó a nuestro Servicio el 24 de diciembre de 1960, sin antecedentes hereditarios, familiares y personales de importancia.

Antecedentes de la enfermedad actual: Hace 8 años padeció de uropatía baja caracterizada por disuria, polaquiuria y estado febril. Fue medicado con sulfadrogas y Mictasol azul; no se le practicaron exámenes complementarios. Hace un mes nota abultamiento de hemiabdomen izquierdo que aumenta progresivamente y le provoca dolor de poca intensidad.

Hace 15 días el médico que le asiste, lo dirige a un sanatorio para su estudio y allí

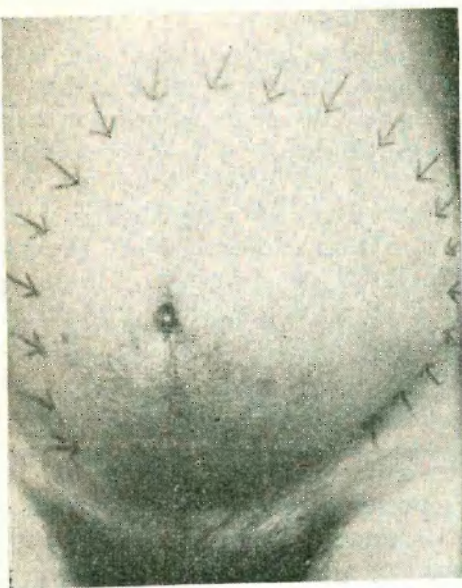


FIG. 1

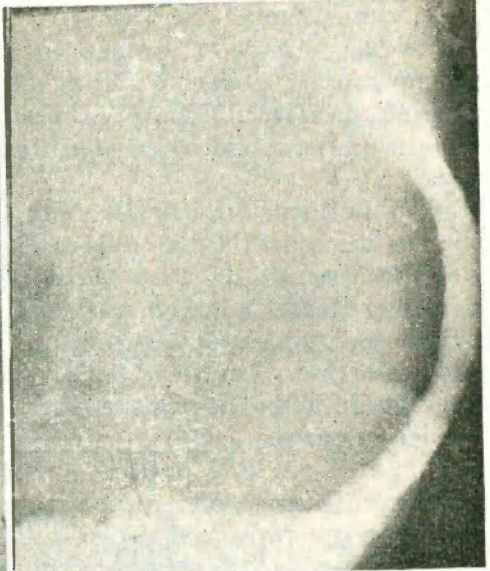


FIG. 2



FIG. 3

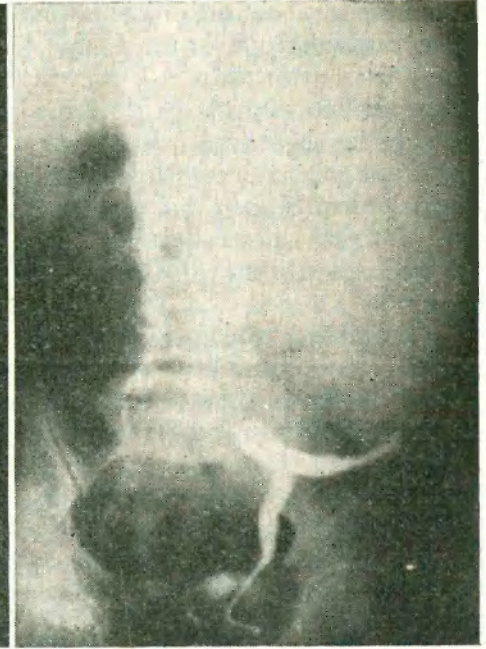


FIG. 4



FIG. 5



FIG. 6

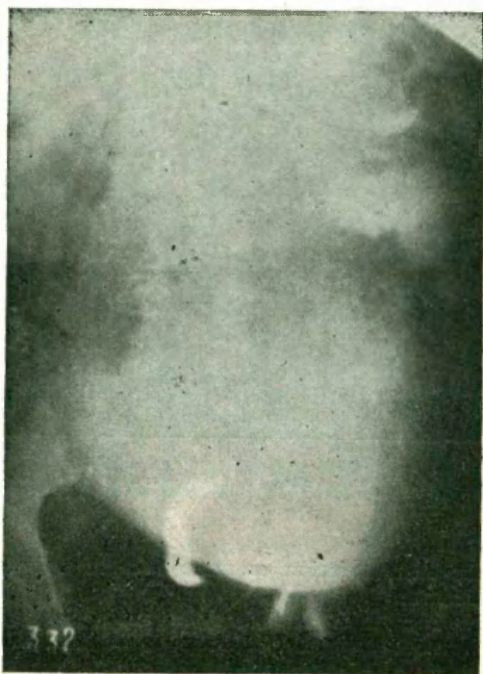


FIG. 7

se solicita la opinión de uno de nosotros (Fonio), que de acuerdo al examen clínico y exploración radiográfica formula diagnóstico de uronefrosis gigante y aconseja intervención quirúrgica, ante lo que el paciente se decide por la internación hospitalaria.

Estado actual: Al examen clínico general, lo que llama de inmediato la atención es la presencia de una enorme tumoración que ocupa el hemiabdomen izquierdo y parte del



FIG. 8

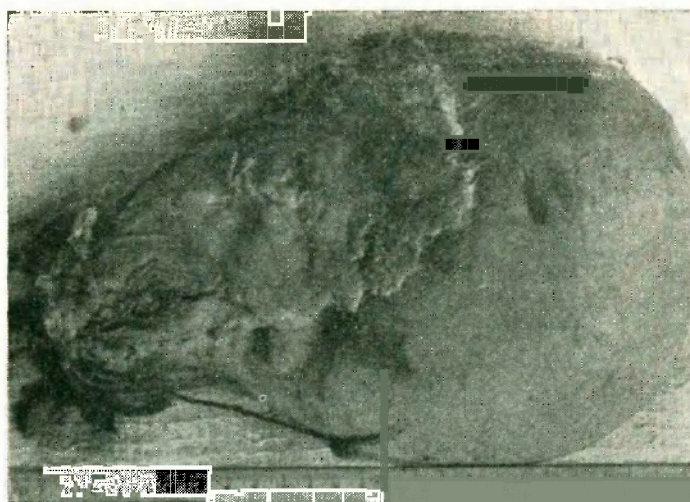


FIG. 9

derecho (fig. 1). La referida tumoración es mate a la percusión y a la palpación se ofrece lisa, poco dolorosa y renitente.

Exploración radiográfica: 21-XII-60: La radiografía directa muestra un velo difuso de la región lumbo ilíaca izquierda, con borramiento de la línea del psoas. En el lado derecho es visible la línea del psoas y la silueta renal se ofrece agrandada, verticalizada y descendida. Los urogramas excretorios realizados a los 10', 20' y 40' de la inyección de contraste por vía venosa, demuestran buena excreción de orina opaca en el lado derecho y se dibujan los cálices y una pelvis grande, sin alteraciones morfológicas apreciables; en el lado izquierdo no se visualizan imágenes de las vías excretoras, ni contorno renal, persistiendo el velo

difuso que observamos en la directa. La radiografía de colon por enema opaco (fig. 2), revela un acentuado rechazo del colon descendente que en forma de arco de círculo enmarca la tumoración.

El 5-I-61 se realiza nuevo estudio radiográfico previo enfisema retroperitoneal, que con mayor claridad reproduce las imágenes observadas en la exploración anterior.

Cistoscopia (10-I-61): Capacidad vesical de 200 c.c.; medio ligeramente turbio; mucosa

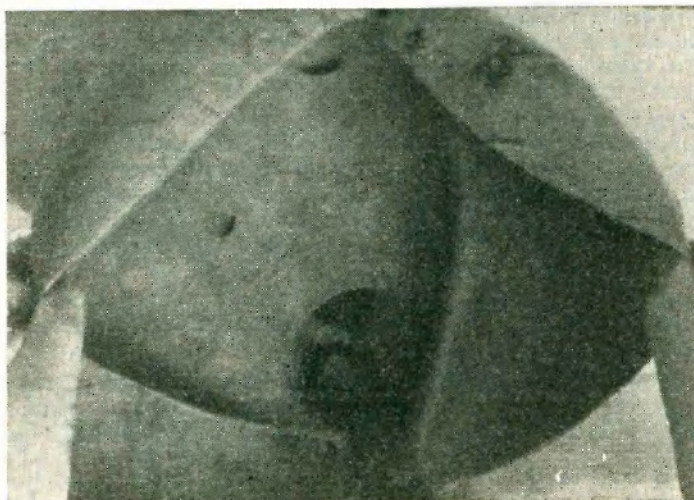


FIG. 10

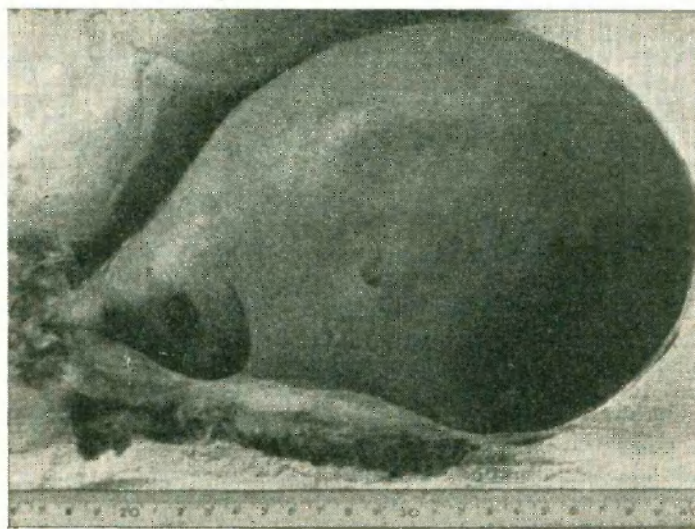


FIG. 11

congestiva; cuello vesical de aspecto normal; meatos ureterales: aspecto, posición y eyaculación normales en el derecho, en cambio la visualización del izquierdo es muy difícil y no se aprecia eyaculación.

Se practica cateterismo ureteral izquierdo con catéter opaco de extremo en pico de flauta, que a los 13 cms. encuentra obstáculo insalvable. Se inyectan 60 c.c. de solución de yoduro de sodio al 10 % y se obtiene una primera toma radiográfica (fig. 3) que muestra

el uréter corto, dilatado, que asciende verticalmente 5 cms., luego se incurva y se dirige casi horizontalmente hacia la derecha otros 5 cms., desciende luego para ascender nuevamente describiendo un arco de concavidad superior. En esta radiografía la imagen tumoral es más nítida y densa que en las urografías excretoras.

La segunda toma radiográfica (fig. 4), para la que se inyectan hasta 100 cc de yoduro. Se realiza en proyección oblicua izquierda, presenta al uréter como después de incurvarse se dirige hacia adelante afilándose para terminar casi en punta aguda.

La tercera toma (fig. 5), se practica en proyección lateral inyectando hasta 130 c.c. de la solución de contraste y dibuja al uréter en forma semejante a la anterior, rodeando evidentemente de atrás hacia adelante el contorno inferior de la tumoración.

En la cuarta toma (fig. 6), posición de Trendelenburg, hemos obtenido una imagen del uréter semejante a la de la primera, pero aquí se puede observar cómo el contraste, que se inyectó hasta los 180 c.c., dibuja algunas imágenes superpuestas a la de la tumoración, que impresionan como si se tratara de cálices enormemente dilatados.

Finalmente en la quinta y última uréteropielografía ascendente (fig. 7) tomada en posición de pie, e inyectando contraste hasta llegar a los 200 c.c., se puede apreciar cómo el contorno inferior de la tumoración ha descendido, cómo el contraste es más denso en el tercio inferior de la tumoración y cómo las siluetas que interpretamos de cálices ampliamente dilatados, se ofrecen aquí más evidentes.

Como se observa que por la luz del catéter comienza a drenar líquido francamente purulento, lo dejamos colocado y al cabo de 6 horas en que se eliminó espontáneamente, había drenado 1000 c.c.

Aparato cardiovascular: Sobrecarga ventricular izquierda, con signos de esclerosis coronaria y taquicardia de 120 por minuto. El electrocardiograma muestra: ritmo sinusal; eje eléctrico a la izquierda; complejo ventricular: onda T negativa y S-T desnivel negativo en D₃ y precordiales.

Análisis:

27-12-60: *Recuento globular:* rojos, 3.120.000; blancos, 13.200. *Fórmula leucocitaria:* N. 84 %, E. 1 %, L. 11 %, M. 4 %. *Eritrosedimentación:* 1ª h. 122, 2ª h. 146, I.K. 97,5. *Tiempo de coagulación:* 8'; de *hemorragia:* 2'. *Orina:* turbia, alcalina, d. 1021. Vestigios de albúmina; hemoglobina positiva (+ +). Examen microscópico: regular eritrocitos, abundantes leucocitos, abundantes fosfatos amorfos. Sedimento coloreado: regular cantidad de estafilococos. *Glucemia:* 1,05 por mil; *Uremia:* 0,26 por mil.

13-I-61: *Tiempo de protrombina:* plasma normal 15", plasma de paciente 15", relación tromboplastina, 100 %.

Orina: d. 1010, alcalina, vestigios de albúmina, hemoglobina positiva (+ +), regular eritrocitos, abundantes glóbulos de pus, abundantes fosfatos triples y amorfos. Sedimento coloreado: abundante pus y bac. difteroides.

Recuento globular: rojos, 4.050.000; blancos, 8.700.

Fórmula leucocitaria: N. 74 %, L. 22 %, M. 4 %.

14-I-61: *Reacción de Kahn:* negativa.

31-I-61: *Eritrosedimentación:* 1ª h. 110, 2ª h. 134, I.K. 88,5.

Prótidos totales: 8,19 por mil; *Urea:* 0,40 por mil.

El enfermo es tratado adecuadamente, en su estado general, anemia y patología cardiovascular y cuando estuvo en condiciones de acuerdo con el asesoramiento del cardiólogo se resolvió la intervención quirúrgica.

Protocolo de operación (19-III-61): Cirujano: O. A. Fonio; ayudantes: N. Fainman y H. H. Novillo; anestésista: Dr. Ocampo; instrumentista: Srta. Binda.

Preanestesia: morfina-atropina; anestesia: general, éter-oxígeno, Nesdonal 1 g y Flaxedil 0,120 g. Transfusión de sangre total, 1000 c.c. durante el acto. Incisión de Israel. Sección de los planos incluyendo celular y músculos oblicuos y transversos. Se reclina peritoneo. Sección de fascia de Zuckerkandl y división del celular retrorenal. Visualización de la tumoración y su liberación digital y a tijera del resto de la grasa perirenal engrosada y adherida. Poco a poco se consigue exteriorizar la gran tumoración que se extirpa previo pinzamiento del pedículo con los clamps de Legueu; sección de pedículo y ligadura con hilo de lino. Se deja Ruber y se sutura por planos.

Postoperatorio normal. Alta el 11-II-1961.

La pieza operatoria que se muestra en la fig. 8, consistía en una gran bolsa pionefrótica. En el diapositivo color que proyectaremos y en la fig. 9, puede apreciarse el parénquima renal atrofiado y en las figs. 10 y 11, la bolsa abierta después de su fijación en solución de formol y evacuado el contenido, los orificios de comunicación pielocaliciales.

CONSIDERACIONES

Aun cuando compartimos el concepto quirúrgico moderno de que en la uronefrosis debe primar el criterio esencialmente conservador, en los casos extremos como el que comentamos, con distensiones excesivas, infectadas, en los que el parénquima se muestra reducido a la mínima expresión, el resultado sería ilusorio y lamentablemente la conducta deberá ser mutilante.

Es evidente el valor diagnóstico del prolijo estudio radiográfico.

RESUMEN

Los autores presentan una recopilación bibliográfica de uronefrosis gigantes y relatan un reciente caso de observación personal, con diagnóstico clínico-radiográfico. Formulan consideraciones sobre la conducta terapéutica y ponen énfasis en el valor diagnóstico del prolijo estudio radiográfico.

BIBLIOGRAFIA

1. *Bouchard, M. R.*: Rein gauche détruit par une volumineuse hydronéphrose: éliminations uréiques paradoxales; supériorité de la phénol-sulfone-phataléine pour l'étude de la valeur rénale. *J. D'Urol.*: XXXVII; 1; 81-86; 1934.
 2. *Firstater, M.*: Gran uronefrosis izquierda y exclusión renal derecha. Conducta terapéutica. *Rev. Arg. de Urol.*: XXIV; 10-12; 747-755; 1955.
 3. *Fonio, O. A., Novillo, H. H. y ainman, N.*: Gran urohematonefrosis por brida conjuntiva. *Rev. Arg. de Urol.*: XXIII; 3-4; 125-131; 1954.
 4. *Granara Costa, A. y Boneo, G.*: Hidronefrosis bilateral latente, gigante izquierda. *Rev. Arg. de Urol.*: XIV; 11-12; 327-334; 1945.
 5. *Hancock, R. A., Lee, J. J. and Anderson, J. B.*: Giant Hydronephrosis: one stage nephrectomy. *The J. of Urol.*: V. 72; Nº 2; 130-132; 1954.
 6. *Iacapraro, G., Carreño, O. y Hofman, D.*: Urohematonefrosis gigante de origen traumático. *Rev. Arg. de Urol.*: XXV; 1-4; 23-32; 1956.
 7. *Küss, R.*: L'Iléo-urétéroplastie totale dans le traitement des hydronéphroses géantes. *J. D'Urol.*: 63; 372; 1957.
 8. *Llirod R., J. R.*: Traumatismo renal en un gran riñón hidronefrótico, con Schistosomun Hoematobium y Balantidium coli. *Rev. Arg. de Urol.*: XXIX; 1-8; 7-10; 1960.
 9. *Molina, J. J., Torresi, S., Yeremian, V. y Sileoni, F.*: Uronefrosis gigantes. VI Congreso Argentino de Urología. Aportaciones al tema oficial: T. II; 35-37; 1960.
 10. *Rayer, P.*: Hydronéphrose. "Traité des Maladies des Reins". Ed. Bailliere. París; T. III; 476-507; 1841.
 11. *Rebaudi, L.*: Sobre una hidronefrosis gigante. *Rev. Arg. de Urol.*: III; 1-2; 40-46; 1934.
 12. *Trabucco, A. y Muñoz, H. D.*: Hidronefrosis gigante en un riñón micropoliúístico. *Rev. Arg. de Urol.*: XIII; 215-223; 1944.
-