

# **Sociedad de Urología**

(Sesión del 18 de Mayo)

---

HOSPITAL JUAN FERNANDEZ — SALA IX, SERVICIO DE CLINICA GENITO URINARIA

JEFE: PROF. DR. JUAN SALLERAS

## **SOMBRA PSEUDO CALCULOSA EN REGION RENAL**

Por el Dr. IGNACIO V. ALBORNOZ

---

El nombre de la presente comunicación ha sido puesto en esa forma para significar que primitivos exámenes y basados en una radiografía simple nos habían hecho diagnosticar litiasis renal doble en una enferma con hematuria unilateral.

En esta primera radiografía (figura 1) se ve en el lado derecho una sombra calculosa del tamaño de un poroto grande a la altura de la 2ª lumbar; en el lado izquierdo otra sombra del tamaño de una nuez, entre la 2ª y 3ª vértebras lumbares.

Se practica únicamente un cateterismo ureteral teniendo cuidado de no introducir mucho las sondas, para causar el menor traumatismo, dado que se sospecha una función pobre en ambas glándulas. El resultado de este cateterismo estaba en contradicción con el diagnóstico radiológico. En el lado del cálculo pequeño la función eliminatoria de urea y cloruros está muy disminuída; en el lado izquierdo, donde aparece la sombra que pensábamos era de un cálculo grande, tanto la eliminación de la urea como la de los cloruros es normal.

Es lógico pensar que un cálculo grande sea más antiguo y altere más la función que uno pequeño. Por eso decíamos que había contradicción entre los resultados de ambos exámenes.

La hematuria derecha comprobada cistoscópicamente, la explicábamos por la mayor movilidad de ese pequeño cálculo.

Así las cosas, por temor de romper el equilibrio renal que sospechábamos muy inestable, no se practica pielografía ascendente.

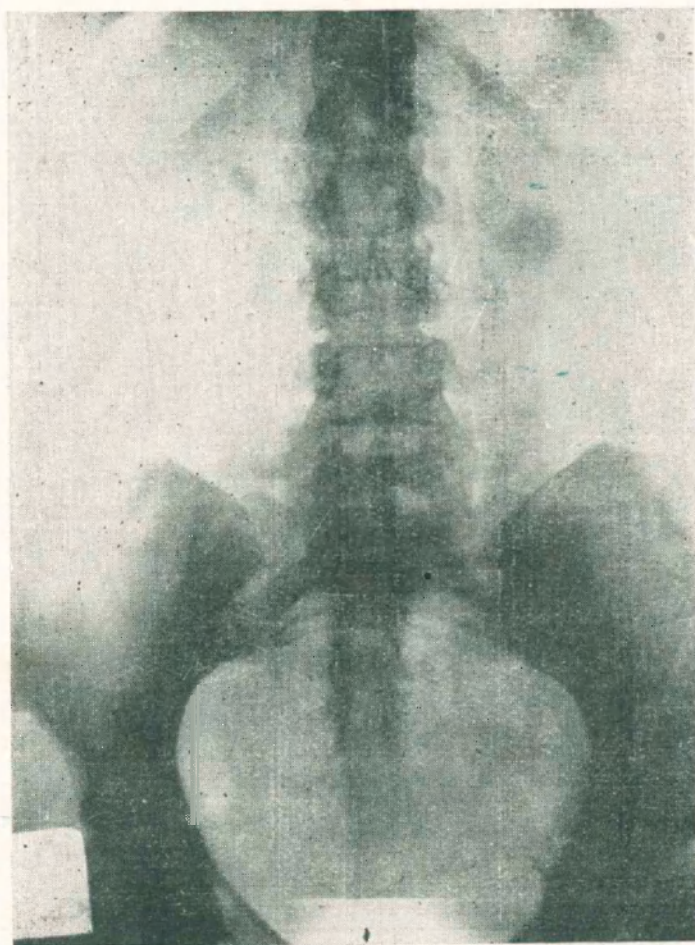


Fig. 1.

La pielografía descendente no se efectuó porque, justo es confesarlo, se trataba de una enferma muy pobre y no pudo adquirir el medio de contraste.

Se resuelve esperar haciendo solamente antisépticos urinarios. La orina va cada día siendo más purulenta, lo que nos resuelve a practicarle pielografía doble con ioduro de potasio.

El resultado es el que se ve en la figura 2. Se encuentra en el lado derecho del uréter lleno de líquido opaco hasta la pelvis, que no se llena; el cálculo obstruye casi totalmente la desembocadura de ésta en el uréter. Sólo pasan algunas gotas que se diluyen en el contenido de cavidades a la altura de la 1ª vértebra lumbar.

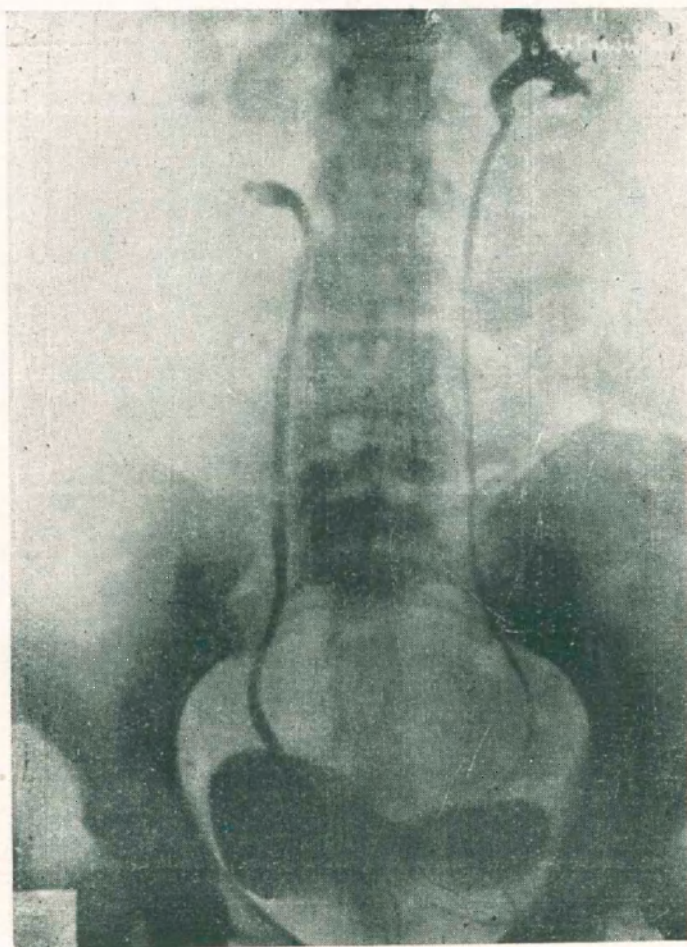


Figura N° 2.

En el lado izquierdo la pelvis se dibuja bien alta, y con caracteres normales, lo mismo que el uréter.

Al lado de éste y entre la 3ª y 4ª vértebras lumbares la sombra que habíamos tomado por un cálculo y que seguramente es un ganglio de la cadena de los yuxtaaórticos lumbares.

Ese ganglio que se tomó por un cálculo fué lo que motivó el atraso en el diagnóstico y por consiguiente retardó el tratamiento del enfermo. Tal vez por ese retraso hubo que modificar ese tratamiento.

En efecto, se interviene para practicarle una pielotomía. Al exteriorizar el riñón, que es grande, se encuentra lleno de cavidades con pus. Esto decide a practicar nefrectomía. Hubo necesidad de ligar el pedículo y el uréter en bloc porque éste no pudo aislarse debido a múltiples adherencias que lo ocultaban.

La pieza, abierta por su borde convexo, se encuentra una pelvis dilatada, lo mismo que los cálices, y en comunicación con estas cavidades llenas de pus. El cálculo, en forma de cuña, se introduce en el nacimiento del uréter.

La historia lleva el Nº 5617 del Consultorio Externo y 1270 de Sala del Servicio del Prof. Juan Salleras, en el Hospital Fernández.

E. de T. Española, 38 años, casada. Ingresó 9 2 33.

**Antecedentes hereditarios:** Sin importancia.

**Antecedentes personales:** Ignora enfermedades de la infancia. Menarquia a los 13 años. Casó a los 24 años. Tuvo 2 hijos sanos.

Durante el último embarazo tuvo dolores en región lumbar derecha con eliminación de pus y temperatura. Le diagnostican pielitis y la tratan con antisépticos urinarios.

Este episodio doloroso se repite a los dos años con irradiación en cinturón.

Hace dos días se repite nuevamente acompañándose de hematuria total que se exacerba con los movimientos. No se acompañó de reflejos urinarios ni gástricos.

**Enfermedad actual:** Comienza con los antecedentes anteriormente descritos.

**Estado actual:** Buen aspecto. Mucosas rosadas; lengua húmeda.

**Riñones y ureteres:** Examen físico. Únicamente el punto pieloureteral es positivo. Examen radiográfico 10/2/933. Radiografía simple lado derecho. Sombra de tamaño de un poroto grande a la altura de la 2ª vértebra lumbar. Lado izquierdo. Sombra del tamaño de una nuez entre la 2ª y 3ª vértebras lumbares.

13/3/933. Pielografía doble, ioduro de sodio al 30 % lado derecho. Uréter enclavado en unión de pelvis y uréter que permite el paso de algunas gotas que se diluyen en contenido de cavidades en polo superior. Lado izquierdo. Pelvis y cálices entre la 3ª y 4ª vértebras lumbares.

**Examen funcional: 21/2/933.**

Orina recogida por el cateterismo.

Riñón derecho:

Cantidad .....	13.50 c.c.
Urea .....	grs. 3.40 ‰
Cloruros .....	„ 6.10 ‰
Sedimento: campo cubierto de hematies.	

Riñón izquierdo:

Cantidad .....	20 c.c.
Urea .....	grs. 15.37 ‰
Cloruros .....	„ 13.85 ‰

Sedimento: se observan algunos leucocitos granulados.

Este examen se repite a los siete días con el mismo resultado.

Operación 20/9/33. Dres. Salleras, Abelira, Albornoz. Anestesia general: éter. Lumbotomía derecha en la forma clásica. Exteriorizado el riñón con cierta dificultad, por el tamaño y algunas adherencias del polo superior, se encuentra lleno de abolladuras y saliencias que corresponden a cavidades. Se liga pedículo y uréter en bloc por ser imposible liberar el último, oculto bajo adherencias. Tubo en la loge. Cierre de la pared a tres planos.

**Post operatorio:** Diuresis 450-550-750. 1300. Se mantiene alrededor de esta cantidad. Apirética, se quita tubo a los dos días.

Alta, el 11 de Abril.