

INSTITUTO MUNICIPAL DE RADIOLOGIA Y FISIOTERAPIA.

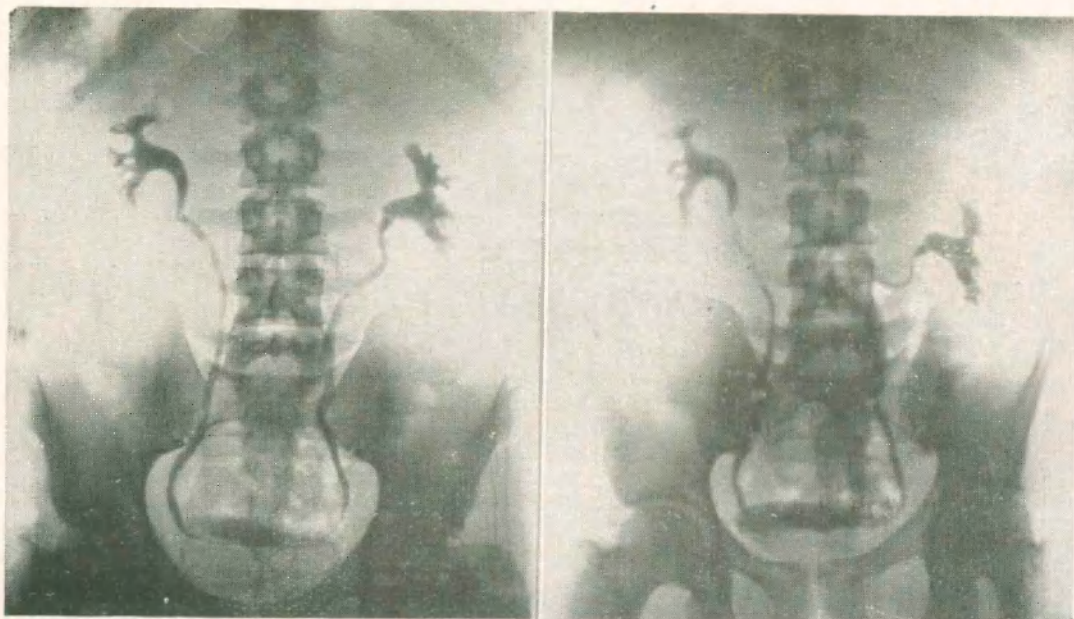
Director: Dr. HUMBERTO H. CARELLI

IMPORTANCIA DE LA PIELOGRAFIA EN POSICION DE PIE PARA EL DIAGNOSTICO DE LAS PTOSIS RENALES

Por el Dr. LEON D. ARRUES

Es indudable que las ptosis renales constituyen uno de los capítulos más interesantes de la patología urinaria tanto si tenemos en cuenta la variabilidad de los síntomas a que ella da lugar como asimismo la cantidad de enfermos que padecen esta afección. En efecto, la forma de presentarse los cuadros clínicos ponen a veces en verdadero jaque la interpretación semiológica, dando lugar en no pocas ocasiones a diagnósticos erróneos siendo así que se confunden con apendiculares, litiásicos, gástricos, etc., a enfermos que únicamente resultan afectados de ptosis renal.

Por ello es que nuevamente traemos a colación este tema que ya tratamos en otra oportunidad desde el punto de vista radiológico en un trabajo con el Dr. **Juan Salleras** y que lo actualiza el hecho de haber sido estudiado bajo el mismo aspecto por el Dr. **M. Heitz-Boyer** en una comunicación presentada a la Sociedad Francesa de Urología el mes de Enero del corriente año.

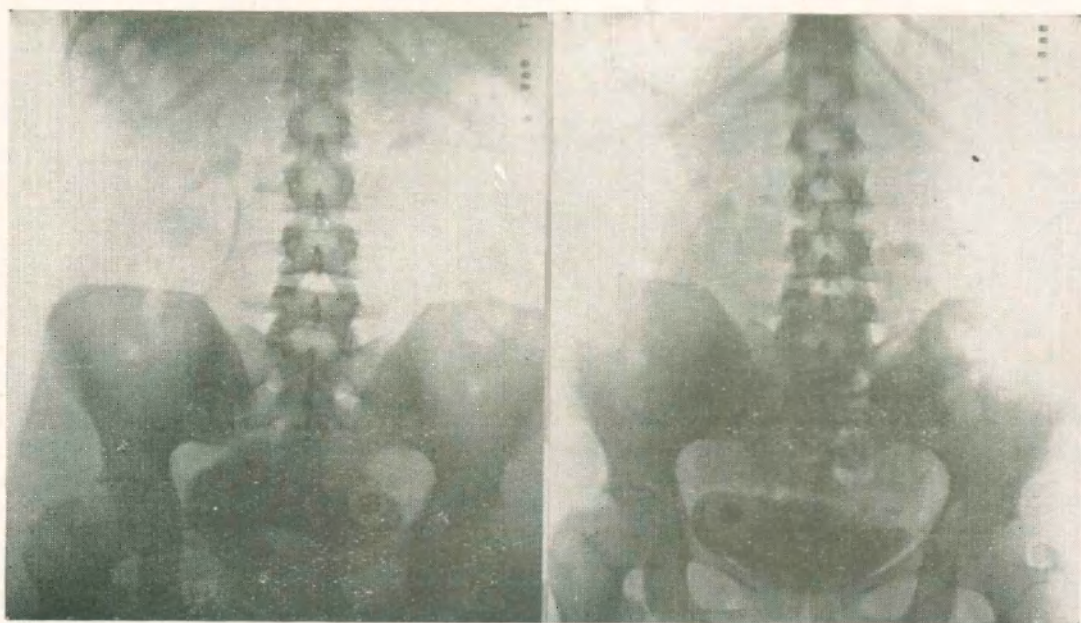


Nº 1

Nº 2

Figura Nº 1. — Pielografía en posición horizontal.

Figura Nº 2. — La misma anterior en posición vertical. Ptosis renal derecha con marcada acodadura del uréter del mismo lado.

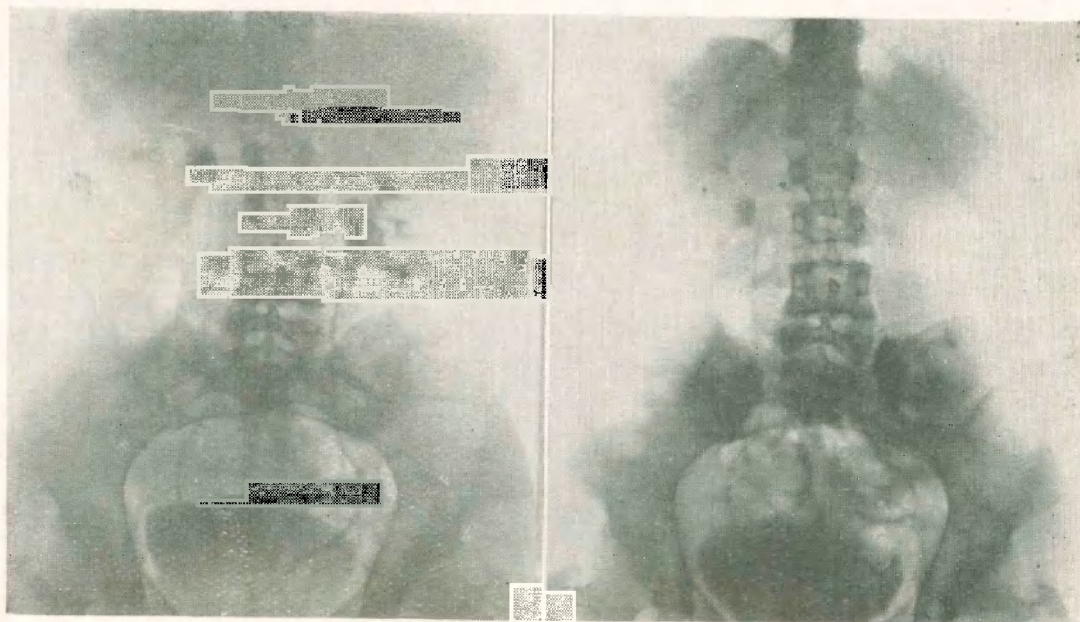


Nº 3

Nº 4

Figura Nº 3. — Pielografía descendente. Ambos riñones en posición normal.

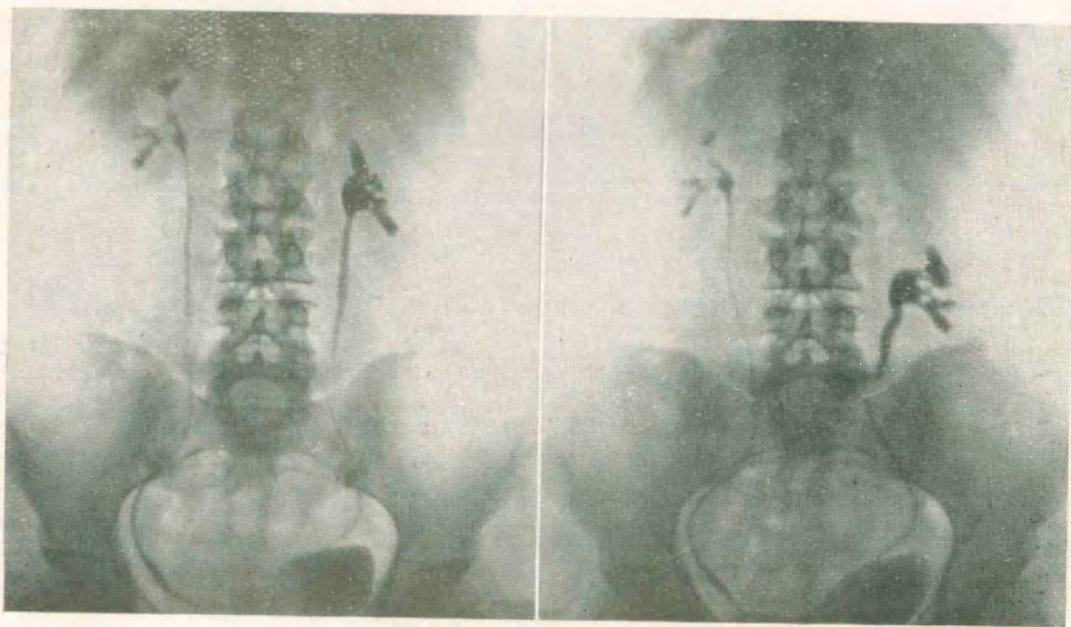
Figura Nº 4. — La misma anterior en posición vertical. El riñón ha descendido casi el espacio correspondiente a dos cuerpos vertebrales. Ptosis renal derecha. Acodadura del uréter.



Nº 5

Nº 6

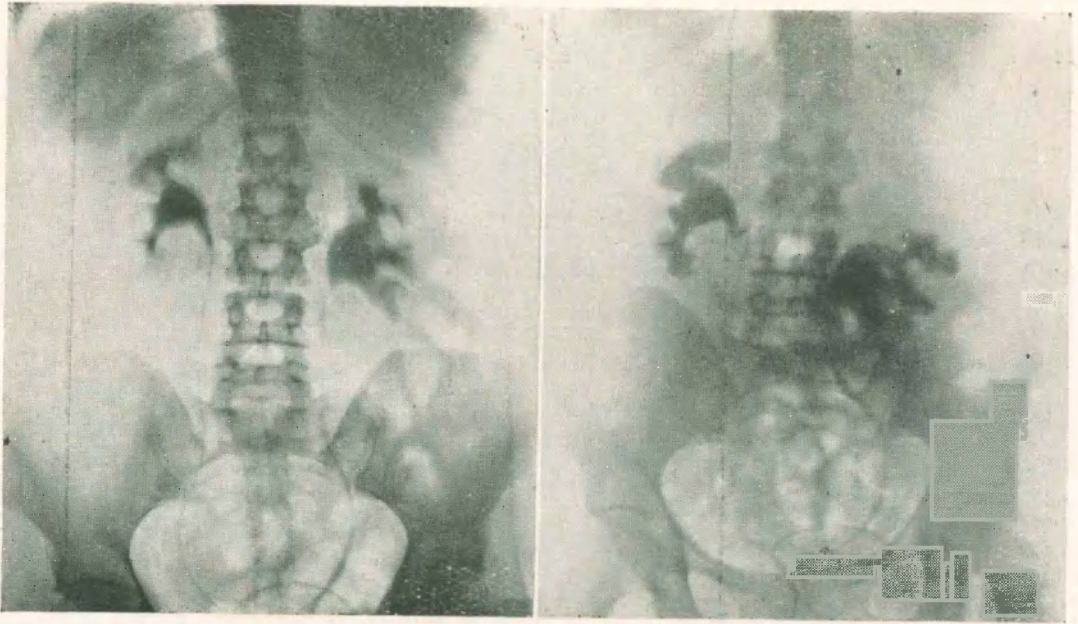
Figura Nº 5. — Pielografía en posición horizontal. Uronefrosis derecha.
 Figura Nº 6. — La misma anterior en posición vertical. El riñón derecho se ha colocado en posición intrapélvica.



Nº 7

Nº 8

Figura Nº 7. — Pielografía en posición horizontal. Ligera ectopia de riñón derecho.
 Figura Nº 8. — La misma anterior en posición vertical. Ptosis renal derecha de riñón ectópico.

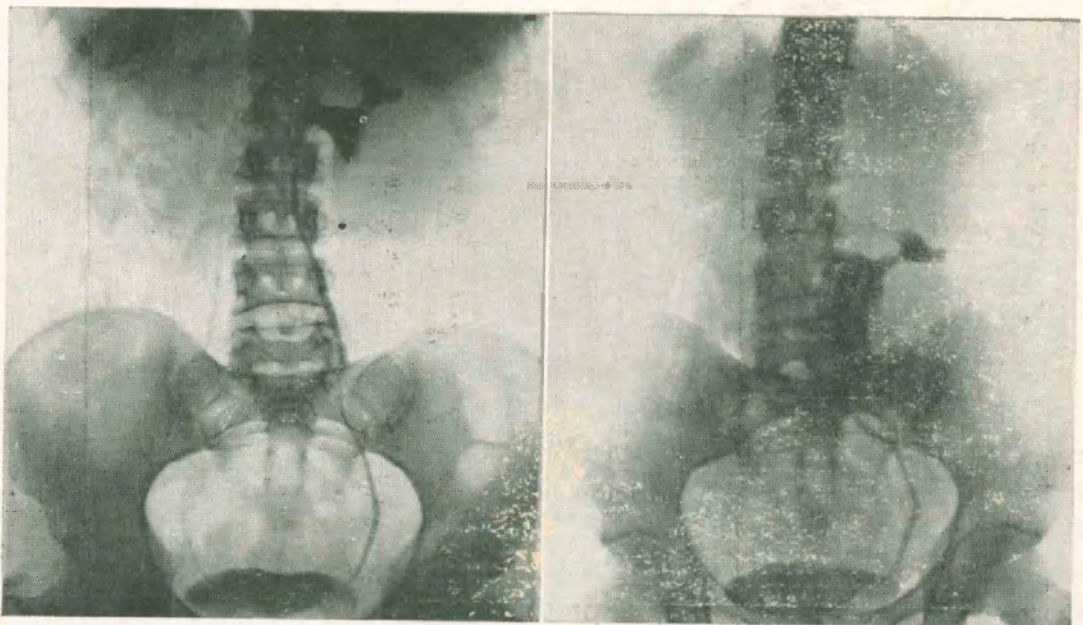


Nº 9

Nº 10

Figura Nº 9. — Pielografía en posición horizontal. Uronefrosis doble.

Figura Nº 10. — Pielografía en posición vertical. Ptosis renal doble y uronefrosis bilateral.



Nº 11

Nº 12

Figura Nº 11. — Pielografía en posición horizontal. Tumor de riñón derecho. (Quiste, comprobado por la intervención).

Figura Nº 12. — La misma anterior en posición vertical. Tumor de riñón y ptosis secundaria.

Llamábamos entonces, hace cinco años, la atención sobre un caso en que clínicamente teníamos una duda sobre si se trataba de un tumor de la cara inferior del hígado o un riñón descendido y en el cual a pesar de haber efectuado una pielografía observamos ambas glándulas habitando sus correspondientes loges. Fué entonces

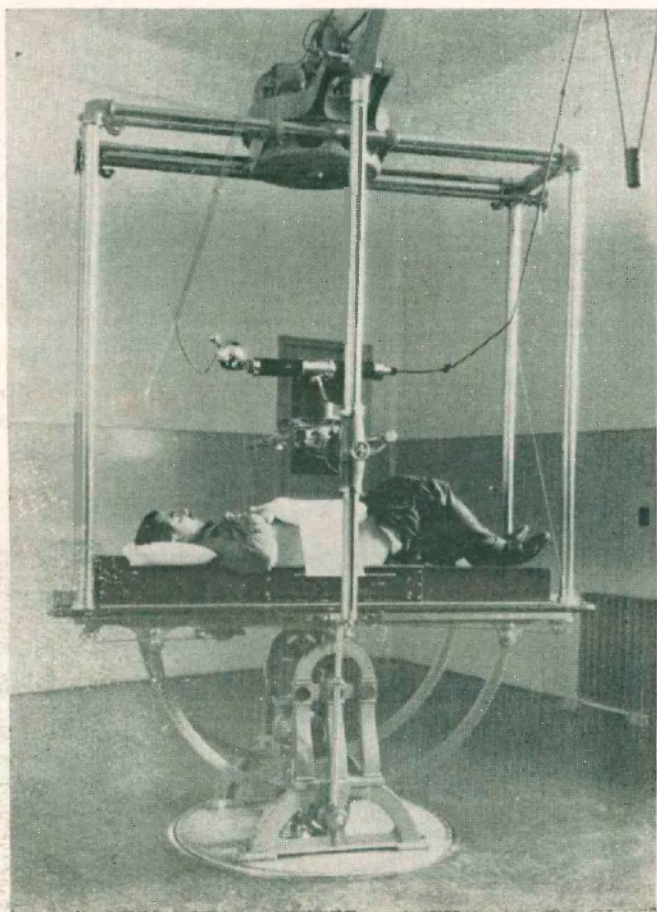


Figura N° 13. — Mesa radiológica. Modelo del Dr. Humberto H. Carelli. En posición horizontal.

que comenzamos a efectuar la pielografía en posición de pie, la cual nos despejó la duda pues el riñón al descender casi el espacio de tres cuerpos vertebrales nos mostraba con toda claridad el estado de dilatación de sus vías de excreción como asimismo las acodaduras que seguían los uréteres.

Por ello es que hoy cuando clínicamente sospechamos un descenso de las glándulas efectuamos sistemáticamente la pielografía en esas dos posiciones.

Indudablemente se nos podría objetar que tal examen no siempre es practicable por los pequeños trastornos que la pielografía

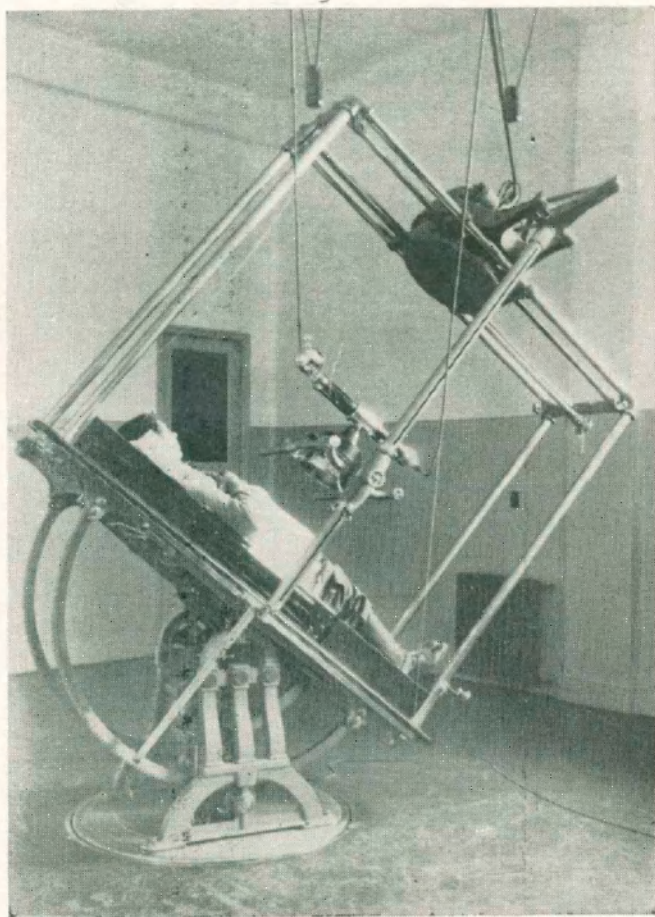


Figura N° 14. — En posición semivertical.

trae aparejados y que indudablemente los detractores a este método critican exageradamente, pero a nuestro criterio se hallan provechosamente compensados pues él nos conduce casi sin excepción a un diagnóstico certero, con la ventaja además de poder indicar con menor urgencia una fijación superior del riñón en los casos en que las fajas o aparatos ortopédicos no nos dieran el resultado apetecido,

teniendo en cuenta el estado patológico de las vías de excreción y que bien sabemos repercuten sobre las glándulas renales con todas sus consecuencias graves: grandes uronefrosis, hidronefrosis, pionefrosis, etc.

También tiene gran valor el método que comentamos, cuando después de un tiempo prudencial queremos comprobar el resultado de las nefropexias, favorable por cierto cuando al obtener el pielograma en posición de pie observamos que la fijación del riñón no es vencida por la acción de la gravedad.

Cuando hablamos de pielografías, nos referimos tanto a las ascendentes como a las descendentes, pues ambas pueden obtenerse en las dos posiciones, con la diferencia que estas últimas sobre todo las efectuadas de pie dan sombras pielo-ureterales menos nítidas pero que tienen la ventaja de presentar todo el árbol urinario superior sin las deformaciones artificiosas (acodaduras de reteres) que las sondas suelen producir por su presencia.

En el Instituto Municipal de Radiología y Fisioterapia aprovechamos para efectuar las pielografías de las ventajas que ofrece la mesa radiológica modelo del Dr. Carelli, la cual mediante un dispositivo eléctrico permite variar la posición del enfermo sin que el tubo emisor de rayos varíe su situación, obviando así el inconveniente que puede ofrecer el cambio de dirección de los rayos y que en algunas oportunidades pueden dar lugar a proyecciones falsas de las glándulas renales en relación al punto que se toma por referencia: últimas vértebras lumbares, cresta ilíaca etc.

En estas condiciones hemos obtenido las radiografías que a continuación comentamos:

DIVERTICULOS VESICALES Y CUELLO DE VEJIGA

Por el Dr. A. TRABUCCO

En los dos casos que pasaremos a relatar, trataremos de demostrar la importancia que tiene la obstrucción vesical, debida a modificaciones patológicas del cuello, en el mantenimiento de los trastornos infecciosos diverticulares y vesicales así como de los signos de intoxicación general.

S. L.; Fecha de entrada, Febrero 14 de 1925; salida, Agosto 20 de 1925; Edad, 32 años; Domicilio, Quilines; Manuel Quintana 480.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS. — Padre y madre viven sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES. — Niega enfermedades en la infancia. A los 12 años dice haber tenido reumatismo. Ha tenido blenorragia hace alrededor de 16 años, tratándola con lavajes de permanganato durante 3 meses, no curando bien según el enfermo, pues hasta hace 5 años notaba turbidés en la orina. Hace 2 años durante 2 días orinó con sangre (mezclada a la orina en la totalidad de la micción), haciéndole en el Hospital Rawson unas cuantas instilaciones de N03 Ag y lavajes de permanganato; como el enfermo mejorara pronto, suspendió el tratamiento.

Principio de la enfermedad. — En los primeros días del cte. año, relata el enfermo, que al querer orinar no pudo hacerlo, hasta que al lograrlo observó que con la orina, que salía difícilmente y en muy poca cantidad, emitía coágulos sanguíneos y grumos purulentos. El final de la micción se caracterizaba por un ardor intensísimo. Orinaba con mucha frecuencia, cada 5 o 10 minutos, tanto de día como de noche. Continuó en esta forma durante unos diez días, siendo tratado exclusivamente con medicación interna, hasta que decide ingresar a este Servicio (Hospital de Clínicas).

Estado actual. — Micción: orina 4 o 5 veces al día, por la noche 2 o 3 veces, orina turbia con abundante sedimento. No es influenciada dicha frecuencia ni por el movimiento ni por el reposo.