

## A PROPOSITO DE UNA OBSERVACION DE ECTOPIA RENAL UNILATERAL CRUZADA. ¿CON SINFISIS? SU DIAGNOSTICO CLINICO

---

La influencia de esta anomalía y la circunstancia de ser la 4ª observación en la literatura Argentina, constituye el motivo de su publicación.

**Cathelin** en 1906, fué quien la describió como hallazgo de autopsia en un niño y la designó con el nombre que lleva aun, pues con las tres palabras se explica ampliamente la disposición anatómica de esta anomalía congénita.

**Albarrán** la describe clínicamente por primera vez en 1908, basándose en la disposición que presentaban a la radiografía simple, las sondas ureterales con que se habían cateterizado los uréteres. Hasta 1927, sólo se conocían según **Gottlieb** 14 observaciones diagnosticadas clínicamente. Entre nosotros figuran tres observaciones: los casos publicados, en 1924 por **Astraldi, Lanari y Egues**, la de **Puchulu y Iacapraro** en el año 1932 y la de **García-Cacciatore**.

Debido a circunstancia que esta ectopia puede o no encontrarse fusionada con el riñón y dar motivo a confusiones, creemos conveniente esbozar en forma rápida ciertos datos embriológicos que servirán para aclarar más tarde algunas denominaciones sinónimas a

la par que evitarán confusiones en las interpretaciones de las películas radiográficas.

En base a lo que antecede recordaremos que en el desarrollo ontogénico, en el instante en que ambos brotes ureterales llegan a destino, se unen también con los blastemas de tipo nefrógenos para dar el tipo definitivo de riñones normales.

A veces, por razones que escapan a nuestros conocimientos actuales, se instala una desviación sinérgica de ambos brotes ureterales hacia la línea media, con o sin participación de los blastemas nefrógenos, originándose así los riñones en herradura o en galleta según que la fusión de ambos bordes sea parcial o total. En este caso, existe una desviación simétrica y sinérgica. Otras veces, en el ascenso de los brotes ureterales, uno de ellos llega a destino mientras que el otro brote, también por una causa que escapa a nuestros conocimientos, atraviesa la línea media y va a desarrollarse por debajo del otro blastema, originándose de esta suerte la ectopia renal unilateral cruzada. Esta última denominación se debe a la circunstancia de atravesar el uréter la columna vertebral, lo que se hace casi siempre a nivel del promontorio. En este otro caso, la desviación es asimétrica y asinérgica, y ambos brotes se desarrollan con o sin participación de *simultáneas desviaciones de los blastemas nefrógenos*.

Al realizarse este tipo de ectopia puede o no haber fusión de ambos órganos. En caso de que exista fusión, ésta puede hacerse en forma normal, es decir sin que haya rotación del riñón, cosa que es *muy rara*, puesto que en la inmensa mayoría de los casos la fusión se realiza de borde interno dando lugar a un tipo llamado en galleta que puede ser total o parcial, como acontece en la observación de **Larose**. Otras veces la fusión se hace en forma tal que recuerda al riñón sigmoideo en L según el ensayo de clasificación de **Papin et Eisendrath**.

Sintetizando diremos que las anomalías renales constituyen el riñón en herradura y su variedad el riñón en galleta son anomalías

de sínfisis renales centrales o medianas de desviación sincrónicas y simétricas; mientras que las anomalías que constituyen el riñón en ectopia unilateral cruzadas es lateral, simétricas y de desviación asincrónicas.

En ambos casos los ureteres son en número de dos y se abren en la vejiga en su lugar correspondiente. Es digno de hacer notar que en la ectopia renal cruzada ambos riñones guardan estricta-

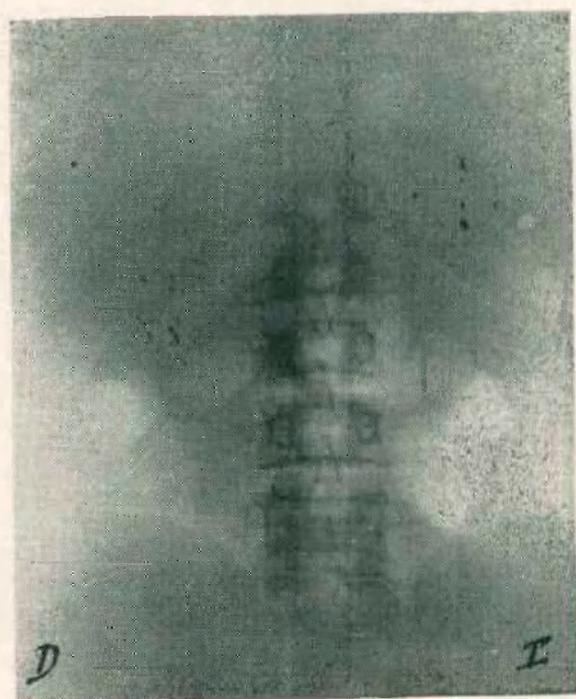


Fig. 1



Fig. 2

mente su individualidad o independencia fisiológica funcional (**Morel**). En ningún momento una pelvis se comunica con la del otro riñón, aunque una observación de **Willax** y **Poulation** pareciera afirmar lo contrario, observación ésta que **Papin** ha puesto en duda. En cuanto a la frecuencia de ubicación puede decirse que en el 95 % de los casos el riñón se encuentra por debajo y por dentro del que conserva su propio lugar y tan sólo en un 5 % se encuentra por arriba. También es interesante señalar que en la inmensa mayoría de los casos es el riñón izquierdo el que se encuentra cruzado tal como sucede en el presente caso, mientras que en las anteriores

topía el comportamiento del sistema vascular en lo que se refiere al número y trayectoria de los vasos arteriales y venosos desde el punto de vista de su nacimiento hasta el sitio en que penetran en el órgano, dado que su distribución en el interior del órgano no sufre modificación alguna.

De lo que antecede, se desprenden ciertos hechos que son generales para todos los anómalos, entre los que priman las deficiencias desde el punto de vista funcional y desde el punto de vista defensivo contra las infecciones. Esta diferencia se halla aún más justificada por el hecho de que el parénquima se halla atrofiado (según algunos) por la mala irrigación consecutiva a la anormal vascularización y al mal drenaje por disposición defectuosa del sistema de excreción.

Según **Merel**, el riñón ectópico cruzado, se presenta clínicamente bajo dos formas, o bien se hace patológico por el hecho de ser un órgano anormal o bien traduce la sintomatología de la afección secundaria que lo ataca. De ahí que pueda pasar desapercibido durante toda la vida y que pueda ser un hallazgo con motivo de una operación cualquiera o de autopsia.

Cuando se evidencia por lesión propia, lo que hace casi siempre con un cortejo sintomático constituido por dolores, trastornos gastro-intestinales o por síntomas nerviosos. Todos estos síntomas dificultan la realización de un diagnóstico de presunción clínica, dado que son muchas las afecciones de origen y localización diferentes que pueden presentarlos y tan sólo teniendo presente a esta afección se posible orientarse. Para ello se impondría el estudio sistemático del aparato urinario de todo enfermo con fenómenos dolorosos del lado derecho del abdomen, lo que en realidad es casi imposible, pero que en nuestro caso tiene una significativa importancia dado que la sintomatología gástrica presentada por enfermos, puede muy bien ser originada por una peri-duodenitis de origen renal.

### Historia clínica.

Se trata de un hombre de 42 años, italiano, que a la edad de 23 años, es presa de un dolor agudo en el epigastrio, que dura de 2 a 3 minutos y que no tenía irradiación de ningún género. Este dolor, que se volvió a repetir con cierta frecuencia, calmaba con la ingestión de "granolia" apareciendo nuevamente 4 a 5 horas después. La aparición diaria del dolor tenía un horario fijo, que eran las cuatro de la mañana. Esta sintomatología dura por espacio de cinco años con intervalos regulares de acalmia que duraban días, semanas y meses. A veces eran seguidas de regurgitaciones ácidas mucosas incoloras o ligeramente amarillas que calmaban su dolor, razón por la cual en enfermo trataba de provocarlas.

Como el examen somático del enfermo revelara la existencia de un tumor pulsátil, sincrónico con el pulso radial, situado a la derecha del ombligo y del tamaño de una naranja, creímos conveniente practicar además del estudio de su aparato digestivo, el estudio de su aparato urinario que nos permitió comprobar lo siguiente:

No existía ningún antecedente urinario. Las micciones no denotaban nada de anormal. El enfermo no acusa *síntoma* alguno que haga sospechar lesión alguna de su aparato urinario. El examen somático permite palpar en el flanco derecho por el método de **Guyon** "algo" que parece ser el polo inferior del riñón derecho. Los ureteres no denotan nada de particular a la palpación. La uretra tampoco. El examen cistoscópico permite comprobar que los meatos ureterales se abren en su lugar normal.

El examen radiológico nos ha permitido obtener una serie de radiografías que detallamos a continuación:

La radiografía N° 1 es una radiografía simple del árbol urinario, faltándole el área de los ureteres pelvianos y la región vesical. Sobre el lado derecho, llama la atención el estrecho espacio costo-ilíaco y sobre el mismo no es posible distinguir rastro de silueta renal alguna. En la extremidad de la duodécima costilla correspondiente, se observa la confluencia de dos líneas, una que corresponde a ese segmento del hígado y la otra que se dirige hacia abajo y adentro en forma curva, de convexidad externa que es posible que pueda corresponder a la silueta renal o a cualquier cosa. En el área renal derecha no hay sombra renal alguna que despierte la sospecha de una litiasis. En el izquierdo, a pesar de la cantidad de gas que hay, no es visible silueta alguna ni sombra sospechosa.

La radiografía N° 2 presenta al árbol urinario con inyección de per-abrodil y fué obtenida a los 15' del final de la inyección. Dado la circunstancia de

tener pielografías ascendentes que contradicen en parte la interpretación que pudiere darse a esta radiografía, describiremos a ésta en forma sucinta, sacándole el provecho que corresponda. Llama la atención, en ésta como en las anteriores, obtenidas a los 5 y 10', que no incluimos por carecer de valor, un hecho importante constituido por la falta absoluta en el lado izquierdo de restos de sombras dentro del área renal que haga sospechar la existencia de alguna vía de excreción. En el lado derecho hay dos sombras interesantes, una arriba y afuera, justo a nivel del trayecto de la última costilla que ocupa



Fig. 5



Fig. 6

casi la mitad de su extensión que no es sino un sistema de excreción, y su disposición anatómica no es la normal. De su extremidad inferior parte una sombra de tipo tubular cuyo trayecto, si bien en parte, se pierde frente al hueso ilíaco, para continuar por debajo de éste e ir a terminar en la vejiga sobre el lado derecho. Es el uréter derecho que va al sistema pielo-calicial derecho; es largo y flexuoso.

La otra sombra se halla por debajo y adentro del sistema de excreción arriba citado y ocupa una zona comprendida entre tercera y cuarta vértebra lumbar, sobre la apófisis costiforme. La capacidad es igual a la anterior y corresponde lógicamente a otro sistema de excreción renal. Es de disposición anatómica anómala, no se le ve prolongación o trayecto alguno que haga sospechar la existencia de un uréter.

La radiografía N° 3 es una pielografía ascendente realizada con yoduro de sodio al 7 por mil. En el lado derecho podemos observar el uréter corres-

pendiente que se encuentra desembocando como normalmente en el lado derecho vesical. Sobre el trayecto de la duodécima costilla, entre ésta y el borde superior del iliaco correspondiente y entre la apófisis costiforme de la primera lumbar hasta la misma de la cuarta, se observa la imagen nítida del pielograma derecho, llamando la atención su disposición inversa, pues las digitaciones miran hacia adentro, habiendo en realidad dos cálices, uno superior y otro inferior, ambos enormemente dilatados.

Sobre el borde externo del pielograma y por debajo del mismo sale el uréter que siguiendo un trayecto más o menos de concavidad hacia arriba y adentro se dirige hasta la inter-línea sacra-iliaca y por debajo de la misma en un pequeño espacio, una doble acodadura para ir directamente a destino. Hay una ligera dilatación ureteral en su huso iliaco que debe interpretarse como normal. El hecho más interesante, es la falta de nudos o torsiones del uréter.

La radiografía Nº 4 es una uretero-pielografía ascendente tipo CHEVASSU, lateral derecha, en la cual puede verse por fuera y por delante de la cuarta y quinta lumbar, la proyección del pielograma anterior. Está en relación con aquél en lo que se refiere a altura y profundidad. El uréter aboca en proyección por fuera y su trayecto está exento en este sentido de acodaduras o nudos. El sistema pielocalicial está afecto de hidronefrosis.

La Radiografía Nº 5 representa un uretero-pielograma retrogrado de CHEVASSU, del lado izquierdo, permitiendo comprobar que el meato ureteral se abre en su lugar correspondiente vesical. Además, desde el borde inferior de la tercera vértebra lumbar hasta el borde inferior de la quinta vértebra también lumbar en altura, y desde la línea media lumbar por dentro, hasta la línea media cotiloidea por fuera, en ancho, se extiende sobre el lado derecho, el pielograma renal izquierdo.

Las digitaciones caliciales se dirigen hacia arriba, en realidad presentaría un tipo de hidronefrosis a predominio pélvico con tres cálices, superior, medio e inferior; este último muy largo y fundamentalmente dilatado en su extremidad. Llama la atención los tipos de digitaciones caliciales que, apesar de estar dilatados, no corresponden a lo que normalmente se observa de las lesiones adquiridas. En la parte declive e inferior desemboca el uréter que siguiendo un trayecto descendente y paralelo al borde superior del estrecho inferior desciende luego bruscamente para ir a destino. En conjunto describe la forma de una S iliaca, de calibre normal, sin nudos ni acodaduras. El área renal izquierda, ésta exenta de toda mancha sospechosa.

La radiografía Nº 6, es un uretero-pielograma lateral ascendente de tipo **Chevassu** apoyando el enfermo sobre el lado derecho, pero tratándose del que correspondería al riñón izquierdo, es decir del ectópico. Este pielograma permite valorar únicamente la proyección lateral del pielograma anterior y nos muestra las digitaciones en sentido antero-posterior, es decir su profundidad.

El detallado estudio radiográfico que acabamos de realizar nos permite manifestar en forma sucinta la radiografía N° 2 esboza la existencia de una ectopia renal unilateral cruzada, mientras que la N° 3 señala la rotación exagerada del riñón derecho, puesto que su borde convexo está hacia la línea media. Además se encuentra afecto de hidronefrosis. Creemos que esta misma pielografía por la disposición del ureter, demuestra la etiología congénita y no adquirida, pues el uréter no ha rotado, como le hubiera correspondido en el supuesto de ser adquirida, como lo pone de manifiesto la radiografía N° 4. La uretero-pielografía 5 confirm la presunción de la N° 2, de la existencia de una ectopia cruzada. Muestra que el riñón está colocado por su pielograma en forma tal, que su borde superior es el convexo, el inferior es el liliar y los polos son lógicamente interno y externo. Está afecto de una hidronefrosis y el uréter que es de calibre normal no presenta acodaduras, no torsiones, a pesar de que la pielografía lateral correspondiente no lo puede demostrar por no encontrarse en el mismo trayecto.

### Conclusiones:

1° La sintomatología gastro-duodenal presentada por el enfermo hicieron orientar al principio, el estudio del enfermo en ese sentido, pero la comprobación del tumor pulsátil para-umbilical derecho obligaron a un prolijo estudio de su aparato urinario.

2° El examen radiológico es absolutamente demostrativo para asegurar la lesión. Se trata de una ectopia renal unilateral cruzada, con independencia de ambos sistemas de excreción. El riñón ectópico se encuentra por debajo y por dentro del otro, siendo el ectópico el izquierdo y existiendo rotación de ambos riñones.

3° No es posible asegurar si están o no fusionados por la imposibilidad de ejecutar el enfisema peri-renal de **Rosenstein-Carelli** o la pieloscopia a la manera de **Gottlieb**, debido a la oposición existente por parte del enfermo, razón ésta que ha imposibilitado conocer además el examen funcional de orinas por separado.

4° No dudamos de la congenitalidad de la lesión, pero debido al hallazgo de una distocia renal cruzada adquirida, por **Cifuentes y Antanon**, muy diferente por cierto a nuestra observación, creímos conveniente tratar de realizar el pneumo-peritoneo, que no añadió nada a lo ya obtenido.