

Servicio de Clínica Génito - Urinaria del  
Hospital Alvear; Prof.: JUAN SALLERAS

Por el Doctor

JUAN SALLERAS

## URONEFROSIS DE ESFUERZO Ó FUNCIONAL. SU TRATAMIENTO POR LA ENERVACION DEL PEDICULO RENAL Y NEFROPEXIA

**S**E presentan frecuentemente a la consulta del urólogo, pacientes que nos relatan minuciosamente la forma de aparición de una serie a veces larga de cólicos nefríticos típicos, con su dolor irradiado, sus reflejos motores vesicales, sus reflejos secretores, sus reflejos gastro intestinales, etc., que nos permiten hacer por el interrogatorio un diagnóstico diferencial, entre una afección urinaria o de vecindad. Los exámenes clínicos, funcionales y radiográficos, son completamente negativos, quedando sólo en pie los cólicos a repetición y como única causa evidente sobre la cual insiste el enfermo, un movimiento brusco activo y a veces violento. A este tipo clínico, denominamos uronefrosis funcional o de esfuerzo, para significar con dicho diagnóstico, que sólo hay evidente en estos enfermos el esfuerzo, como única causal.

Con ello queremos dejar sentado, que se trata de un tipo de uronefrosis, independiente del de las ptosis renales; de las afecciones purulentas del riñón; de la litiásis; de los tumores; de las grandes uronefrosis; de las anomalías vasculares, etc., cuya sintomatología y especialmente, los exámenes de orina, radiográficos, etc., nos ponen enseguida sobre la etiología de dichas uronefrosis. La misma intervención quirúrgica en las uronefrosis de esfuerzo, deja sin aclarar la etiología de la misma, ya que generalmente no permite reconocer la causa generadora del cólico o por lo menos dicha causa no es muy clara. En efecto: la investigación más cuidadosa, sobre el riñón, la pelvis, el uréter o sobre los vasos anormales, es completamente negativa, encontrándonos en algunos casos con situaciones

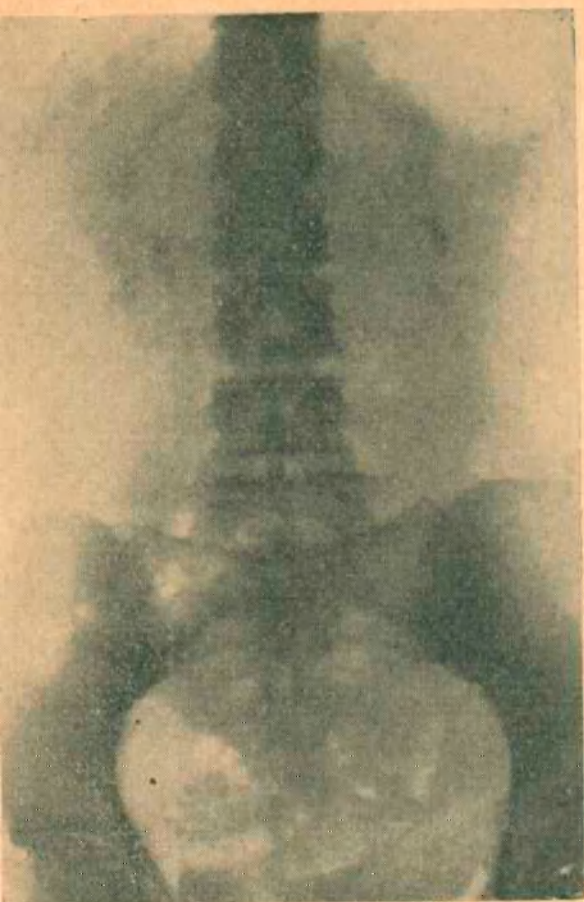


Figura 1

Uronerfosis de esfuerzo o funcional. Enervación y nefropexia derecha. Curada. (Tiempo evacuación normal).



Figura 2

Hist. 1069.—Uronerfosis de esfuerzo o funcional. Enervación y nefropexia. Curación.

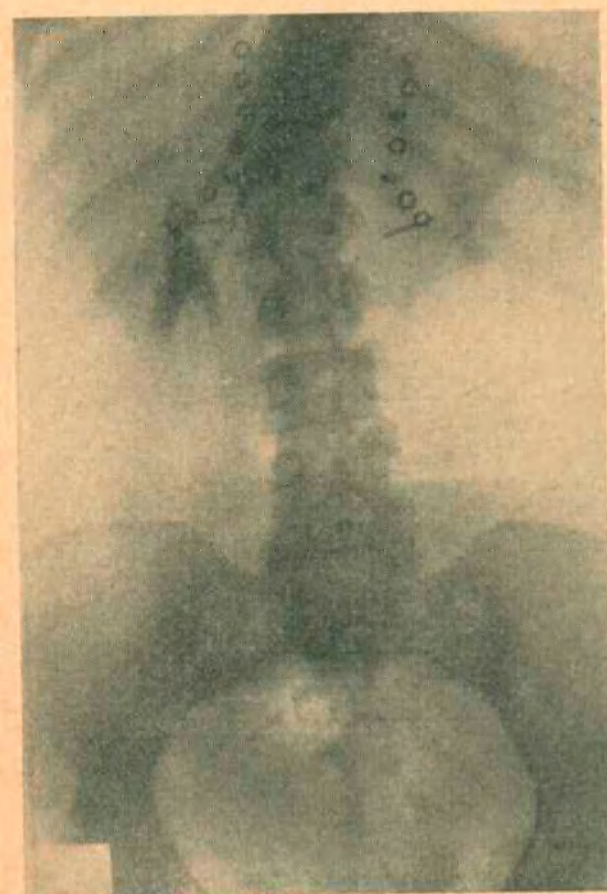


Figura 3

Hist. 1069.—Mismo caso anterior.



Figura 4

Hist. 1069.—Mismo caso anterior. (Control radiográfico alejado)





Figura 5

Hist. 842.—Uronefrosis de esfuerzo o funcional. Enervación y nefropexia derecha. Curación. (Tiempo de evacuación normal).



Figura 6

Hist. 842.—Uronefrosis de esfuerzo o funcional. Enervación y nefropexia derecha. (Control alejado 1½ años).



Figura 7

Hist. 743.—Uronefrosis de esfuerzo o funcional. Enervación y nefropexia derecha. Curada.



Figura 8

Hist. 1898.—Uronefrosis de esfuerzo o funcional. Enervación y nefropexia izquierda.



ambiguas, como ser: algunas ligeras bridas o adherencias, vasos próximos a los uréteres, pero de ningún modo convincentes, como causa real de fijación ureteral. Faltan, por consiguiente, elementos para pensar en la teoría mecánica de la uronefrosis y tampoco, hay elementos suficientes para admitir la teoría dinámica sostenida por Legueu. Constituye, por consiguiente, un tipo de afección renal, cuyo

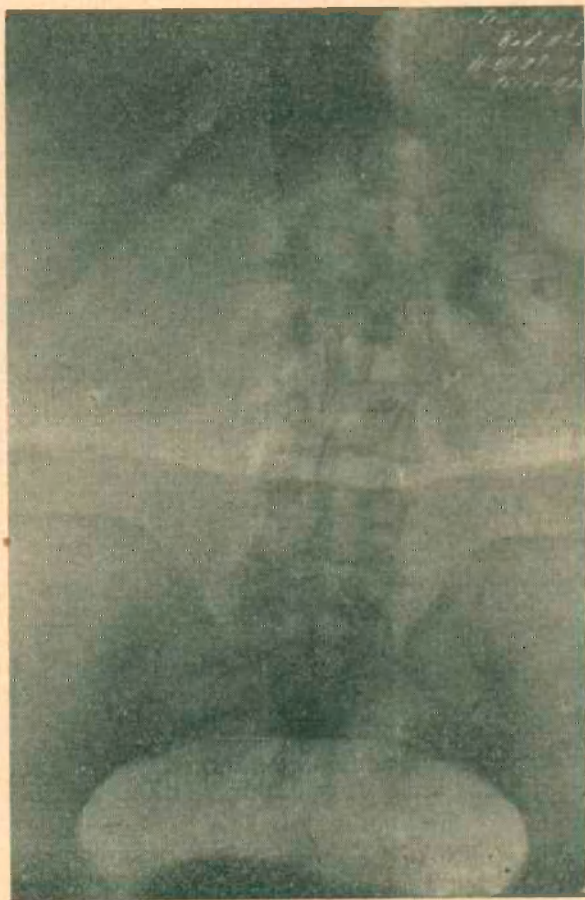


Figura 9

Hist. 1898.—Uronefrosis. (Mismo caso anterior, evacuación ligeramente retardada).

conocimiento es de la mayor importancia para procurar al paciente una curación inmediata de su enfermedad y especialmente, para evitar su evolución hacia la retención y las grandes uronefrosis, cuya curación exigirá más o menos tardíamente la nefrectomía.

El dolor en este tipo de uronefrosis, se explica con alguna dificultad, pero teniendo en cuenta la movilidad a veces extraordinaria que presenta el riñón, creemos nosotros que cuando el esfuerzo obliga

al riñón a descender más que su máxima tolerancia, se produzca un acodamiento del uréter, con un ataque agudo de retención. El cólico que es su consecuencia, descubre el ataque de uronefrosis aguda que sólo lo justifica, el dolor. Cualquier examen radiológico o pielográfico es negativo de modo que resulta imposible demostrarlo con ningún procedimiento actual, porque pasado el dolor, tanto la forma, como la capacidad, así como el tiempo de la evacuación de la pelvis renal, son normales y aquí resulta precisamente el interés del diagnóstico precoz. Una pielografía descendente o ascendente durante el ataque tal vez sería la solución del problema diagnóstico.

#### OBSERVACIONES:

Debo hacer notar que sólo figuran en este trabajo, los enfermos diagnosticados y operados por la enervación del pedículo renal y la nefropexia correspondiente. Han sido excluidos los no operados y también aquellos cuya intervención encontró la causa de la uronefrosis, especialmente los correspondientes a vasos polares anormales. En todos ellos, se investiga, la pielografía horizontal y de pie, para descubrir, las ptosis renales ocultas; el tiempo de evacuación para hacer el diagnóstico diferencial, con las pequeñas uronefrosis que hoy constituyen una entidad bien conocida y a la cual conduce a la larga las uronefrosis de esfuerzo o funcionales, además el retardo en el tiempo de evacuación de la pelvis renal nos obliga a considerar la intervención como de urgencia o de apuro, para evitar la evolución hacia las grandes uronefrosis.

Las cinco observaciones, coinciden en cuanto al síntoma dolor en relación con el esfuerzo, en las cinco ha habido los reflejos, motores, secretores o gastro intestinales y en las cinco se ha practicado el mismo tratamiento operatorio: enervación y nefropexia del tipo Marión, tratando en la primera de ser lo más cuidadosos posible en la extirpación de los nervios perivenosos y periarteriales por delante, por detrás, arriba y abajo del pedículo vascular, sirviéndonos para ello de unos ganchos de estravismo que son muy útiles. En la nefropexia, seguimos fieles a nuestro anterior criterio de hacer una hipercorrección, levantando el riñón lo más alto posible, valiéndonos para ello de la fijación de los hilos capsulares inferiores al undécimo espacio intercostal, debiendo previamente al pasaje de los

hilos, hacer una liberación muy cuidadosa, del riñón, pelvis renal y del uréter, sin cuyo requisito, no creemos posible realizar una pexia correcta (ver figuras. Nos. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, y 9 con sus leyendas correspondientes).

#### DISCUSIÓN

*Dr. Rebaudi.*

Ruego al Dr. Salleras, dada su mayor experiencia, tenga a bien comunicarme si no ha pensado como yo en los casos observados que la etiología del dolor pudiera ser debido a la tracción sobre los nervios y los vasos renales dado que la hidronefrosis por acodadura no lo ha podido comprobar ni en el acto quirúrgico.

*Dr. Salleras.*

No pienso que el dolor sea debido a torsión del pedículo renal y lesión nerviosa correspondiente. La intensidad del cólico nefrítico con las llamadas por nosotros "uronefrosis de esfuerzos" nos induce a creer que se trata de un ataque agudo de retención.

---