

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

Por el Doctor

UBALDO ISNARDI

RIÑÓN SUPERNUMERARIO FUSIONADO CON PIONEFROSIS DE UNO Y LITIASIS DEL OTRO. NEFRECTOMIA. CURACIÓN.

Motiva la presente comunicación la siguiente:

HISTORIA CLÍNICA

S. D. de B. 36 años. casada. yugoslava. Ingresa al Hospital el 26 de Diciembre y sale de alta el 19 de Marzo de 1934 - 1935.

Antecedentes familiares. — Padre fallecido repentinamente. ignora la causa. No da otros antecedentes.

Antecedentes personales. — Ignora enfermedades de la infancia. Regló a los 13 años. Menstruaciones normales. Casóse a los 20 años. Ha tenido dos hijos. El primero vive y es sano. El segundo murió de afección aguda. Han habido varios abortos provocados.

Enfermedad actual. — Sus primeros padecimientos datan de doce años atrás, durante su segundo embarazo, acusando polaquiuria, dolor hipogástrico, hematuria y dificultad a la micción. Durante diez años cree haber sido sana y hace dos años nota sus orinas turbias y malolientes, pero sin disuria. Hace un año empezó a notar dolores intermitentes en la región glútea de ambos lados, dolores que duraban dos o tres días y desaparecían. Hace seis meses nota sus primeros dolores lumbares leves en el lado izquierdo, particularmente si hacía esfuerzos violentos. Al mismo tiempo acusa dificultad a la micción, dificultad que ha ido acentuándose progresivamente hasta ahora, en que debe orinar gota a gota. Sus dolores lumbares también han ido en aumento, irradiándose a la fosa iliaca correspondiente y acompañándose de temperaturas hasta de 40°.

Hace tres meses le practicaron una inyección epidural (?), a raíz de la cual tuvo grandes dolores en ambos miembros inferiores, con imposibilidad para flexionarlos, no pudiendo realizar la marcha durante dos meses, al cabo de los cuales cura espontáneamente, persistiendo sus padecimientos urinarios.

Estado actual. — Concorre por su polaquiuria diurna y nocturna —micción cada dos o tres horas— disuria, orinas turbias y fétidas, dolores lumbares izquierdos irradiados a la fosa iliaca y dolores en región biliar. Fiebre hasta de 39°5, por las tardes.

Riñones. — R. D., nada de particular. R. I., se palpa grande, descendido y doloroso. Puño percusión intensamente positiva. Palpación dolorosa a lo largo del trayecto del uréter en su porción iliaca.

Vejiga. — Al examen externo N. de P. No hay retención; micción muy dificultosa, casi gota a gota. De inmediato no puede practicársele la cistoscopia por falta de calibre.

Uretra. — A dos centímetros del meato se constata una estenosis que sólo permite pasar una bujía N° 9 Ch. Se practican dilataciones y pocos días más tarde se puede efectuar la cistoscopia.

Cistoscopia. — Capacidad 250 c. c. Mucosa rosada, algo despulida. Uréter D., nada de particular. Uréter izquierdo, entreabierto, eyaculaciones turbias. Cuello deformado, irregular, por edema (¿efecto de la sonda permanente?).

Orinas. — Totalmente turbias, con gran cantidad de pus que sedimenta en el bocal.

Examen funcional. — Análisis de orinas globales:

Cantidad (24 horas)	1800 c. c.	
Densidad	1009	
Reacción	Acida débil.	
Cloruros	3,60 ‰	C.R = 6,48.
Urea	4,90 ‰	C.R = 8,82.
Albúmina	Vestigios.	
Glucosa	No.	
Sedimento	Pus. No hay b. de Koch.	

Análisis de orina separadas. — (I-7-1934):

	R. I.	R. D.
Reacción	Acida.	Acida débil.
Cloruros	2,85 ‰.	8,70 ‰.
Urea	3,57 ‰	25,62 ‰.
Sedimento	Poco pus.	Banal.

Segundo cateterismo. — (I-15-1935):

Se practica sólo del lado izquierdo.

No escurre orina por el catéter y sólo aparecen algunas gotas de pus consistente. Practicando el lavado de la pelvis, sólo se recoge parte del líquido inyectado fuertemente cargado de pus. La sonda ureteral se obstruye inmediatamente.

Inoculaciones al cobayo. — Negativas.

Examen radiográfico. — Radiografía simple. Aparece en R. I. una sombra calcúlosa del tamaño de una almendra. La sombra renal, alargada llega hasta la cresta iliaca.

Pielografía de relleno (Ioduro de sodio al 30 ‰). En R. I. la pelvis algo agrandada y con sus cálices amputados. A siete centímetros por debajo está la sombra del cálculo.

Pielografía excretoria (Uroselectán). En R. D. aparece una silueta de caracteres normales a los 5 minutos. En R. I. no aparece el uroselectán en ningún momento. La eliminación ha sido abundante, según puede verse por la sombra vesical a los 20 minutos.

Operación. — Enero 28 de 1935. Dr. Isnardi, Dr. Bottini. Anestesia raquídea con 0,10 de novocaína, fracasada. Anestesia general con éter.

Hecha la lumbotomía, aparece la celda ocupada por gran cantidad de tejido esclero-lipomatoso que envuelve y fija fuertemente la glándula a los planos vecinos. Se incide hasta la cápsula propia y se hace la liberación sub-capsular. Se descubren dos uréteres, uno dilatado y de paredes engrosadas, que se aíslan y se seccionan y ligan por separado. Durante la liberación se encuentra un vaso polar inferior y dos polares superiores, que se ligan y seccionan. La glándula alargada, deformada y lobulada, provista de dos pelvis. Continuando la liberación se descubre que hay también dos pedículos vasculares que se aíslan y se ligan y seccionan por separado, empezando por el superior. Se hace la "toilette" de la celda y se cierra por dos planos musculares y plano cutáneo, dejando un drenaje de goma en la "loge".

Descripción de la pieza fresca. — El riñón aparece alargado, estrecho y lobulado, lo que le da un cierto aspecto de morcilla, de unos quince centímetros de largo y unos cinco de espesor. Aparecen dos pelvis, una superior mayor y otra inferior más pequeñas. Aparecen también los dos pedículos vasculares, separados entre sí por un espacio de dos centímetros.

Descripción de la pieza al corte. — Fijada por formol, la pieza es incindida transversalmente y al corte se constata: dos riñones fusionados, cuya unión es íntima solamente en la superficie por una pequeña napa de tejido capsular superficial. En la profundidad, la unión es sumamente frágil, tan frágil que al entreabrir los labios de la incisión, ambos riñones se separan involuntariamente. El riñón inferior, tiene su forma normal, tamaño algo más chico y fuertemente infiltrado de tejido escleroso. Dentro aparece una pelvis normal y en un cáliz secundario del polo inferior aparece un cálculo negruzco del tamaño de un grano de maíz. El riñón superior está cabalgando sobre el polo superior del anterior, como lo hace normalmente la cápsula supra-renal. En sus dos tercios superiores tiene también forma normal, pero le falta el polo inferior. La infiltración esclerosa es menor, pero en cambio en la pelvis aparecen restos de la supuración fijada por el formol. El uréter aparece dilatado y de paredes engrosadas (Véase el esquema adjunto).

Post-operatorio. — A las 48 horas se extrae el drenaje. A los cuatro días, por el orificio del drenaje escurre abundante cantidad de pus. Hay también abundante pus en las orinas y temperatura de 38°,5, por las tardes. Se practican curaciones diarias con líquido de Carrel por medio de una sonda introducida en la herida, profundamente hacia la fosa iliaca. Quince días después de la operación persiste la supuración y la piúria, lo cual desaparece y cura la herida al mes de operada. Permanece todavía dos semanas en el hospital y se le da de alta curada, en buen estado general y habiendo recuperado cinco kilos de peso y con sus orinas ligeramente turbias y micción normal.

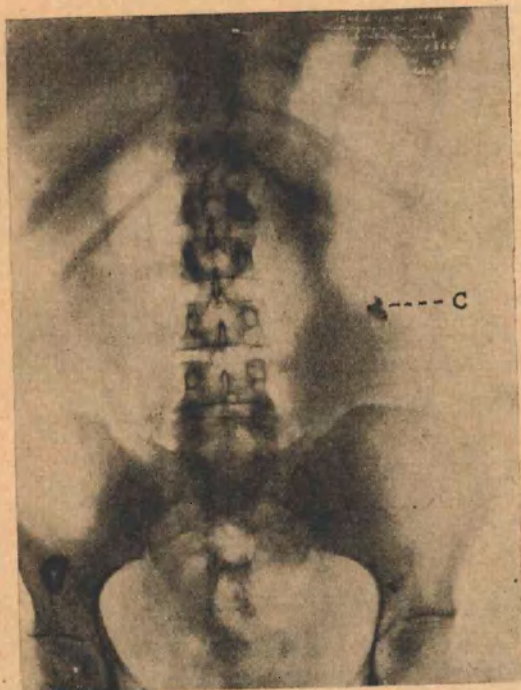


Figura 1
Radiografía simple.
C. Cálculo.

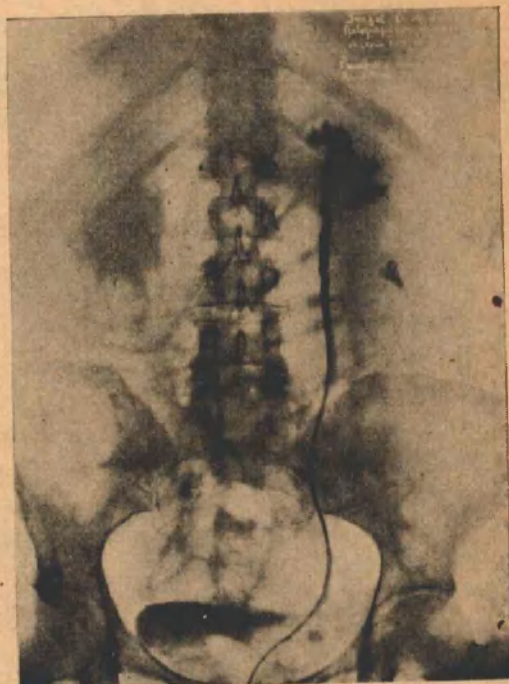


Figura 2
Pielografía de relleno.

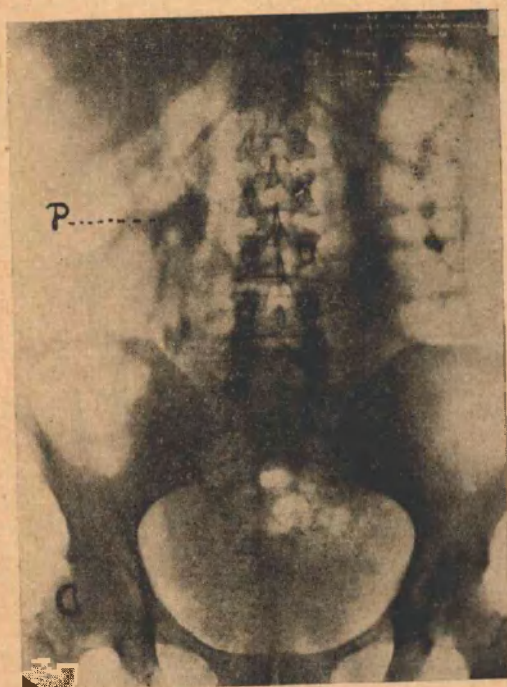


Figura 3
Pielografía excretoria (Uroselectán).
P. Pelvis del riñón derecho. (5 minutos).



Figura 4
Pielografía excretoria. (Uroselectán).
(20 minutos).
V. Sombra vesical.

CONSIDERACIONES:

Ante todo quiero llamar la atención sobre dos signos del examen de esta enferma, que le permitieron al profesor Salleras diagnosticar la duplicidad de vías de excreción, aún antes de haber

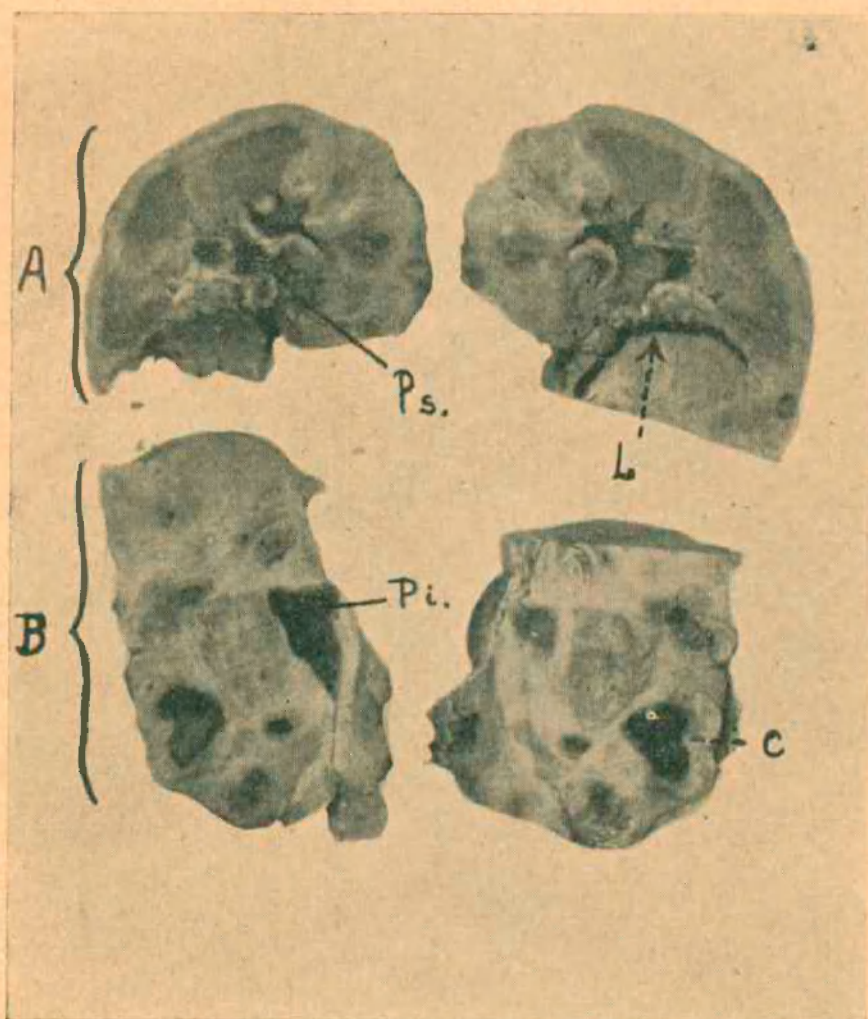


Figura 5

Corte de la pieza anatómica.

- | | |
|------------------------------|-------------------------|
| A. Riñón supernumerario. | Ps. Pelvis superior. |
| B. Riñón. | Pi. Pelvis inferior. |
| L. Surco límite entre A y B. | C. Cálculo en un cáliz. |

visto la enferma. El primero de tales signos nos lo dió el cateterismo ureteral. En efecto, la enferma presentaba una intensa piuria global y eyaculaciones turbias constatadas al cistoscopio, y no obstante eso, el cateterismo ureteral doble nos dió orinas límpidas de ambos lados. Es este un signo de gran valor en el diagnóstico de la ano-

El segundo signo corresponde a la exploración radiográfica. En efecto; la radiografía nos mostró una sombra renal extraordinariamente alargada hacia abajo, llegando hasta a nivel de la cresta iliaca, con una pelvis ubicada en su extremo superior, vista por pielografía. Era lógico pensar que hubieran otra pelvis y cálices que sirvieran esa larga masa de glándula que quedaba sin rellenar, por debajo de la pelvis visualizada. Ayudaba todavía esa presunción, la existencia de un cálculo completamente alejado de la pelvis visible, y que verosímilmente debía encontrarse en un punto de otras vías de excreción no ocupadas por el yoduro de sodio, tal como lo constatamos al hacer el corte de la pieza extraída.

La operación y la observación anátomo-patológica mostraron que el caso relatado corresponde a un riñón supernumerario fusionado, a cuyo respecto haré un brevísimo comentario general.

Los riñones supernumerarios se clasifican en dos variedades anatómicas: el riñón supernumerario libre y el riñón supernumerario fusionado. La primera de estas variedades es con mucho la más rara y en ella deben ser admitidos los casos en que aparecen dos riñones absolutamente separados de un lado, con existencia de riñón del lado opuesto. En ellos, los uréteres correspondientes pueden continuar separados en todo su trayecto o fusionarse a una altura cualquiera de los mismos. El riñón supernumerario fusionado es más frecuente. Se le encuentra comúnmente con pelvis y uréter dobles. El conjunto biglandular, de forma alargada, suele aparecer más o menos netamente dividido por un surco transversal, que unas veces es tan profundo que sólo deja un pequeño puente de unión entre ambas glándulas y otras está sólo esbozado o aún ausente. Como en la variedad anterior, los uréteres pueden quedar fusionados o separarse.

El estudio anatómico demuestra que ambas variedades corresponden a la misma anomalía de desarrollo, no existiendo entre ellas sino una diferencia de grado.

La confusión podría existir entre el riñón supernumerario fusionado y el riñón simple con pelvis dobles, pero la existencia o no de dos pedículos vasculares independientes, es una guía preciosa para la clasificación. La observación del corte de la pieza que nosotros presentamos, probaría, asimismo, que la fusión no es tan íntima como para no poder individualizar a cada una de las glán-

dulas. En efecto, dicha pieza, no obstante aparecer exteriormente como un cuerpo único, sin ninguna demarcación limitante, muestra al corte que interiormente sólo ha habido entre ambas glándulas una relación de contigüidad, no existiendo continuidad más que de la cápsula y un delgado manguito de substancia cortical superficial. Nuestro caso corresponde bien a la clasificación que de él hemos hecho, ya que nos ofrece dos glándulas contiguas pero perfectamente individualizables, con doble pedículo vascular, doble pelvis y dos uréteres fusionados en un punto bajo, próximo a la vejiga. A mayor abundamiento, a esa duplicidad anatómica y funcional correspondía una duplicidad patológica, puesto que uno de los riñones —el superior— aparecía afectado de un proceso infeccioso (pio-nefrosis), mientras el otro, libre de infección ofrecía una litiásis.

El diagnóstico de riñón supernumerario, es con frecuencia un hallazgo de autopsia o de operatoria. La pielografía, tanto ascendente como descendente contribuye a que pueda ser posible el diagnóstico previo. Sin embargo siempre resultará difícil poder diferenciar que se trate de un riñón supernumerario, o de duplicidad de vías de excreción. En el riñón supernumerario libre, los rayos Roetgen pueden resolvernos el problema, cuando haya una separación grande entre una y otra glándula, pero en el riñón supernumerario fusionado, cuya diferenciación habrá de fundarse en la existencia de dos pedículos vasculares, no nos parece que llegue a ser posible mientras no tengamos a la mano un adecuado procedimiento de angiografía.

En nuestro caso, antes de la operación no era posible hacer más diagnóstico que el de dobles vías de excreción con pio-nefrosis en una y litiásis en la otra.

Clínicamente el riñón supernumerario es una anomalía silenciosa. Sólo cuando viene a agregarse una afección concurrente, se hace presente su existencia. Depage, citado por Jung, relata el caso de un riñón supernumerario con grandes dolores del hipogastrio, que fué tomado por un ganglio tuberculoso del mesenterio; la fecha de esa publicación —1893— excusa el error.

El tratamiento quirúrgico de un riñón supernumerario estará condicionado por el tipo anatómico. En los casos en que haya de recurrirse a la nefrectomía, podrá plantearse la cuestión de nefrectomía total o parcial. Esta segunda será posible en la variedad libre, pero cuando se trate de riñones fusionados, las posibilidades han de

verse considerablemente disminuídas. En primer lugar, la existencia de vasos anormales y las alteraciones anatómicas concomitantes al proceso patológico —como sucedía en nuestro caso— dificultan grandemente una buena disección. En segundo lugar, los riesgos operatorios y post-operatorios serán considerablemente mayores. La ventaja de una operación conservadora —que en el mejor de los casos ha de salvar un riñón congénitamente inferior y sobre el cual puede haber repercutido el proceso patológico de su gemelo— no compensa sus dificultades y riesgos. Por eso la operación radical ha de ser considerada el procedimiento de elección, siempre, claro está, que el riñón del lado opuesto haya demostrado ser suficiente.

Para terminar, diré que el tipo de anomalía motivo de esta comunicación, no ha sido hasta hoy relatado entre nosotros, siendo este el primer trabajo publicado al respecto.