

TRABAJO ORIGINAL

Servicio de Urología del Hosp. Alvear;
Jefe: Dr. JUAN SALLERAS

Por el Doctor
JUAN SALLERAS

PSEUDO PIONEFROSIS O PSEUDO HIDRONEFROSIS POR PEQUEÑAS DILATACIONES CONGENITAS DE LOS CALICES, PELVIS Y URETERES

LLAMAMOS nosotros, pseudo pionefrosis o pseudo hidronefrosis a un proceso renal, consistente en la dilatación simple o sea sin ninguna causa adquirida que lo justifique, de los cálices, pelvis y uréteres, ya sea aséptica, ya sea infectada.

Este proceso hasta hace poco ha sido estudiado y confundido con las hidro o pionefrosis sin etiología conocida y así la clasificábamos cuando operábamos un enfermo en tales condiciones. El examen del riñón extirpado no nos llamaba mayormente la atención y aunque encontráramos un uréter dilatado, lo considerábamos propio del proceso debido a alguna obstrucción baja.

El análisis cada día más profundo de la pielografía, nos permite ahora interpretar mejor dicho proceso y la repetición más o menos característica de los varios casos observados nos permiten catalogar esta enfermedad, como lo hacemos en el epígrafe. Llamamos pseudo hidro o pseudo pionefrosis, para diferenciar estos procesos de las verdaderas hidro o pionefrosis; diferencia que para nosotros consiste principalmente, en que, las clásicas pio o hidronefrosis, están constituidas por cavidades grandes, a veces sin tabicamiento ninguno o sólo con los propios de las columnas de Bertin, dando a cada proceso un aspecto de gran cavidad formada por la pelvis renal, los cálices primarios y secundarios; la masa renal, a veces reducida a una débil capa rechazada por debajo de la cápsula propia, enormemente distendida. Todo lo contrario sucede en el proceso que estudiamos: la dilatación es siempre discreta y se localiza siempre a las diferentes partes constitutivas de las vías excretoras superiores (cálices, pelvis y uréteres); ya sea en forma unilateral o bila-

teral. El parénquima permanece completamente ajeno al proceso, por lo menos en la parte referente a la distensión, no así en lo relativo a la infección, que frecuentemente invade a la glándula a la que agranda y la hace dolorosa a la palpación.

Se trata como se ve, de una lesión anatomopatológica, intermedia para los procesos infectados, entre las pielonefritis, o infecciones sin dilatación y las pionefrosis, o sean procesos con cavidades en gran retención. De acuerdo con el mismo criterio, llamamos

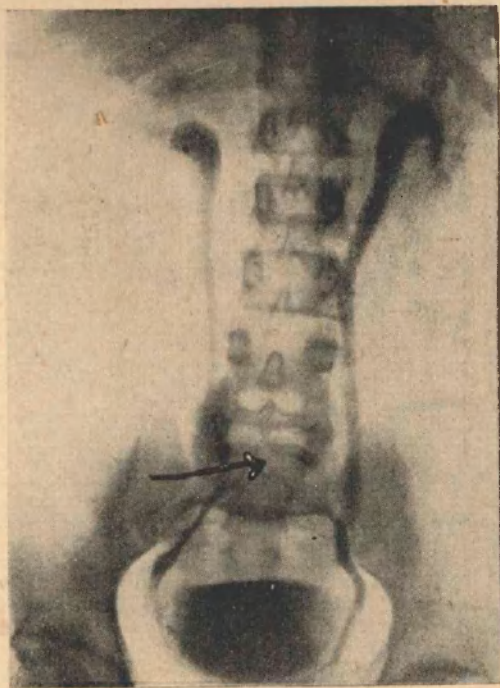


Figura 1

H. C. 1367.—Dilatación congénita de uréteres con espina bífida oculta.

pseudo hidronefrosis, para diferenciarlos de las grandes cavidades en retención aséptica y las pequeñas hidronefrosis, cuya personalidad clínica es conocida y que tiene como característica la pequeña dilatación de la pelvis renal a la que acompaña secundariamente la distensión de los cálices, para terminar en la gran hidronefrosis. La pseudohidronefrosis no llega nunca a las grandes dilataciones, porque no existiendo obstáculo mecánico, la dilatación permanece en el mismo estado congénito definitivo o se transforma en una pseudo

pionefrosis por infección secundaria. Es indudable, que si a estas lesiones congénitas se les añade una causa de obstrucción mecánica o dinámica, podrían asociarse perfectamente ambos procesos.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Del punto de vista clínico, nada autoriza a diferenciar estos procesos de los clásicos de hidro o pionefrosis. La temperatura, el dolor, la piuria, etc., para las pionefrosis o bien el dolor cólico y



Figura 2

H. C. 697.—Dilatación congénita de uréteres.

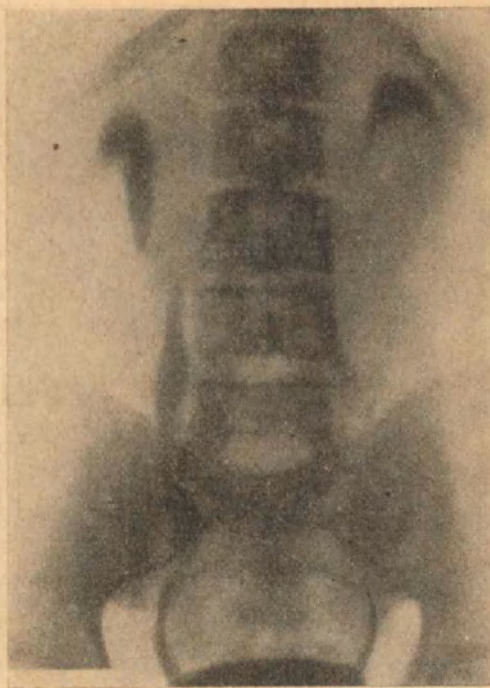


Figura 3

H. C. 698.—Dilatación congénita de uréteres.

en ambos la palpación dolorosa del tumor por distensión o por infección se confunden en forma absoluta con el proceso que estamos estudiando. Clínicamente por lo mismo se confunden.

CATETERISMO DE URÉTERES Y PIELOGRAFÍA

Ahí ya las cosas cambian, pues llama la atención de inmediato, que alguna vez a pesar del tumor palpable, se presentan en forma casi normal, las eyaculaciones rítmicas y si nosotros investigamos

la capacidad piélica, nos sorprende que no esté aumentada de acuerdo con el tumor palpable y también nos sorprende el dolor a la distensión, que encontramos casi siempre, elementos del cateterismo que no encontramos, en las clásicas dilataciones que, como sabemos, falta el ritmo, hay gran capacidad piélica y distensión indolora.

PIELOGRAFÍA ASCENDENTE O DESCENDENTE

Ambas son particularmente demostrativas, en especial la primera. Llama la atención el tipo de dilatación multicelular, perfectamente regular, perfectamente independiente un caliz de otro, dando el conjunto en algunos el aspecto grosero cerebriforme o bien el de un riñón lobulado.

El tamaño de cada dilatación caliciar es variable, aunque nunca pasa de una circunferencia mayor de 2 cm., habiendo en cambio de menor diámetro, pasando insensiblemente al tamaño de un cáliz normal. A este respecto podemos mostrar asociaciones de cálices normales con dilatación discreta de pelvis y de uréteres, así como dilataciones de estos últimos, primitivas, según demostración hecha a la Sociedad Argentina de Urología, en su sesión del 24 IX 29, en el trabajo titulado "Dilatación congénita de uréteres. Consideraciones sobre varios casos".

La dilatación de la pelvis renal varía igualmente, guardando siempre una relación de proporción con las dilataciones de los cálices, aunque en alguna observación parecería que la dilatación de la pelvis es menor o bien falta, comparado con el resto de las dilataciones, uréter y cálices.

Los uréteres se presentan también con calibres diversos, desde el calibre algo mayor que el normal hasta un tamaño de un dedo índice o aun pulgar. Son unilaterales o bilaterales y se extienden desde la pelvis hasta la vejiga, en cuya porción extramural adquiere un calibre mayor. Además de esta anomalía de calibre, dichos uréteres, congénitamente dilatados, presentan también a veces anomalías de dirección en forma de tirabuzón.

La glándula renal, aunque siempre está algo disminuída a expensas de las dilataciones caliciares, conserva no obstante su espesor normal, para los procesos de hidronefrosis o pseudo hidronefrosis y un espesor regularmente aumentado para los procesos de pseudo

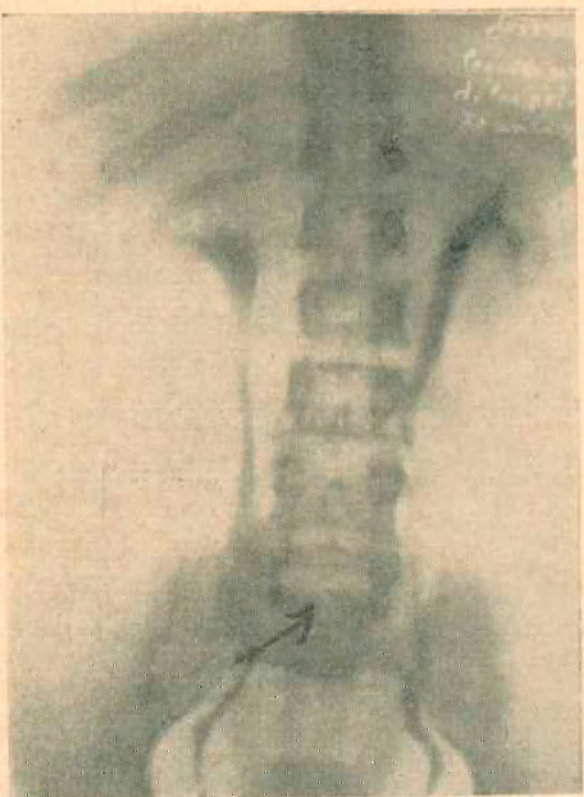


Figura 4

H. C. 1369.—Dilatación congénita de uréteres con espina bífida oculta.



Figura 5

Dilatación congénita de uréteres.



Figura 6

Dilatación congénita de uréteres

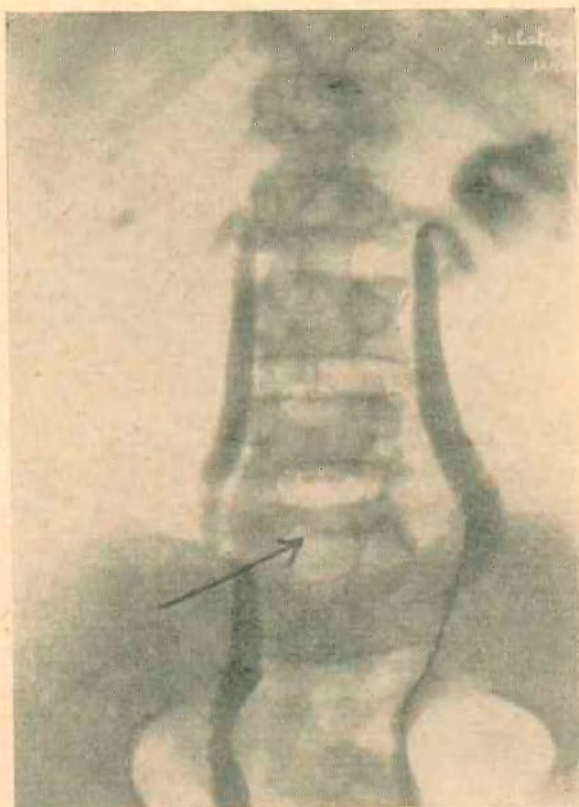


Figura 7

H. C. 1136.—Dilatación congénita de uréteres con espina bífida oculta.



Figura 8
Dilatación congénita doble de vías ex-
toras.

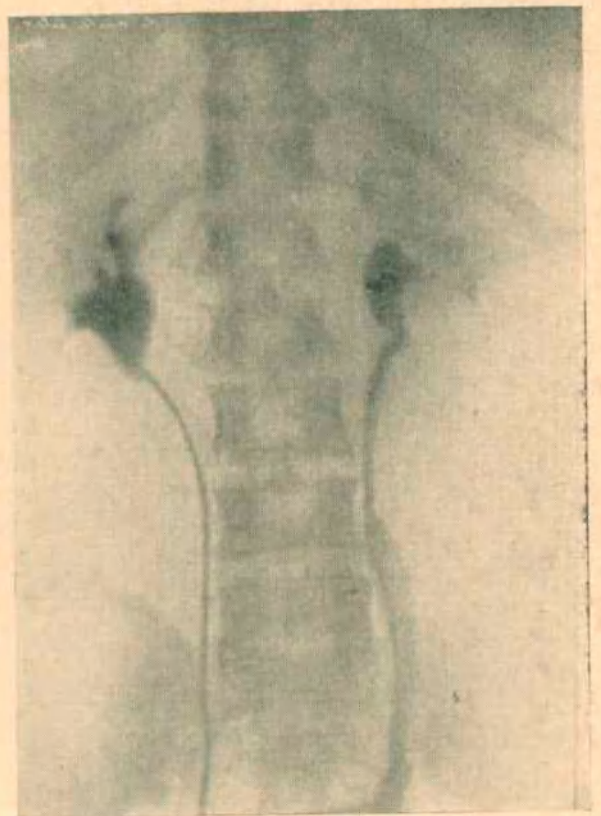


Figura 9
Dilatación congénita doble de vías ex-
toras.



Figura 10
Dilatación congénita de vías excretoras.



Figura 11
Dilatación congénita unilateral de vías
excretoras altas.

pionefrosis por el aumento inflamatorio glandular debido a la infección ascendente coexistente.

La vejiga de estos enfermos suele ser normal, salvo el caso de una infección secundaria ya sea ascendente o bien descendente, en cuyo caso se trata de una cistitis sumamente rebelde a cualquier tratamiento, lo que la hace confundir con facilidad con la tuberculosa. Se comprende que en ambas, siendo cistitis de origen renal, sólo curen con el tratamiento del riñón infectado. La cistorradiografía muestra en tales dilataciones, ausencia de participación de los esfínteres ureterales, con una vejiga sin reflujo activo o pasivo, quedando por consiguiente catalogados como lesiones primitivas, de origen congénito.

Estudiando la constitución del esqueleto, lumbo sacro, hemos podido constatar, en algunos de dichos casos, la presencia de lesiones óseas, algunas características, como ser: fisuras o faltas de la apófisis espinosa de las últimas lumbares, espinas bífidas ocultas bien visibles, exostosis o malformaciones al nivel de las láminas lumbares, de modo que parecería encontrarse una relación directa entre dichos procesos congénitos con otros procesos congénitos de origen óseo, tal como también es muy común encontrar en los procesos de incontinencia nocturna o diurna de los niños o adultos, con o sin retención, tal como lo demostró Surracco y nosotros mismos, en un trabajo del año 1930, presentado en la Sociedad Argentina de Urología, sesión del 26 de junio, denominado "Espina bífida oculta con incontinencia de orina" y en otro del 12 de julio del mismo año.

En la sesión del 15 de marzo de este año, aparecida en el "Journal D'urologie" del mes de mayo, en su relato de la Soc. Fr. d'Urologie, Darget, de Bordeaux, relata sin mayores comentarios, un caso de "Pionefrosis secundaria a dilatación congénita de cálices, pelvis y megauréter". Presenta una pielografía unilateral con una imagen idéntica a alguna de las nuestras, pero como no hay pielografía del otro lado, carecemos por lo mismo de elementos para saber si se trata de un proceso uni o bilateral y tampoco demuestra que no sea una lesión secundaria a algún obstáculo inferior, por no estar ilustrado dicho trabajo de una cistorradiografía con investigación del reflujo, etc.

En el servicio del Hospital Alvear a mi cargo, conocemos y

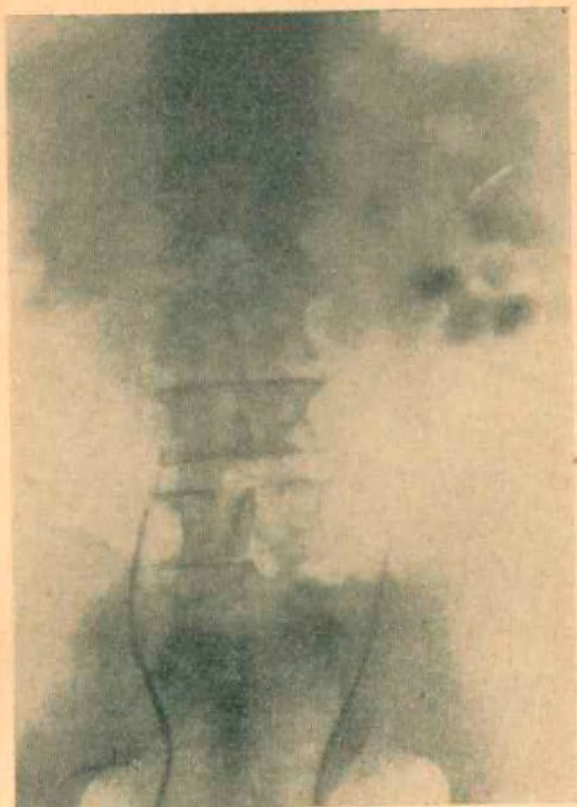


Figura 12

H. C. 1566.—Dilatación congénita a predominio izquierdo de vías excretoras.

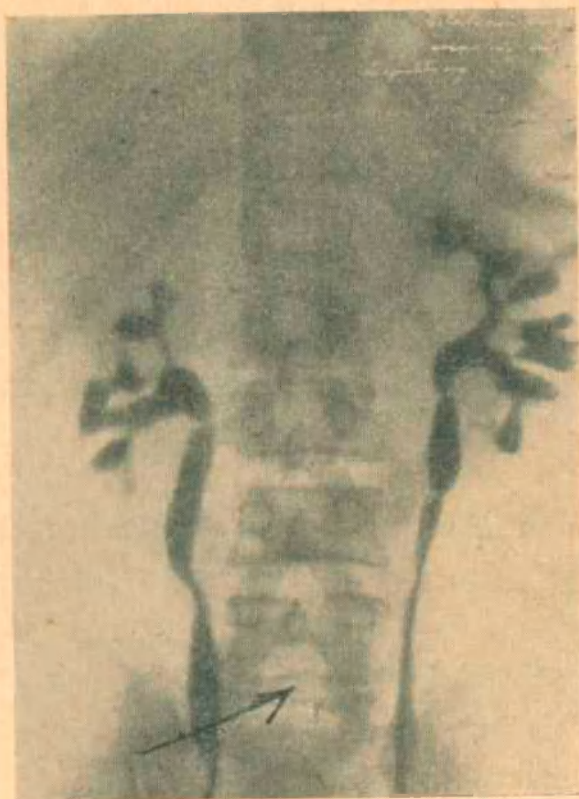


Figura 13

Dilatación congénita de vías excretoras doble. Espina bífida oculta.

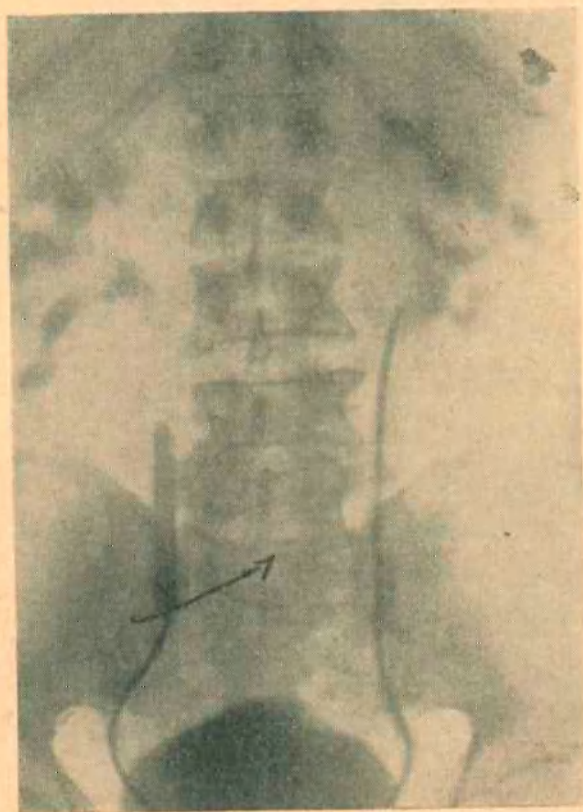


Figura 14

Dilatación congénita doble de vías excretoras con espina bífida oculta.

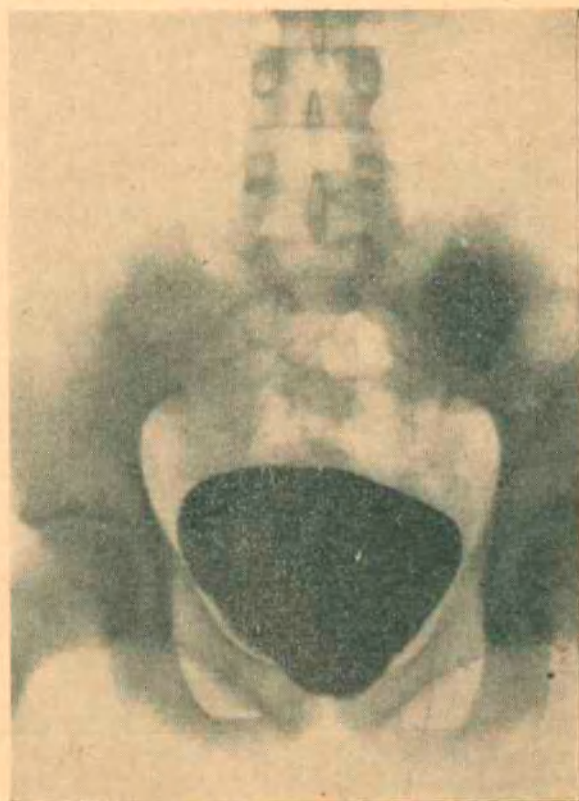


Figura 15

Cistorradiografía de la figura 11. (No hay reflujo).

hemos comentado el proceso anteriormente a la publicación de Darget y también en la Sociedad Argentina de Urología, con motivo de nuestra comunicación sobre "Diagnóstico diferencial entre las dilataciones pequeñas de los cálices y las tuberculosis", en su sesión del 28 de junio de este año.

Para terminar, vamos a mostrar varias dilataciones de uréteres primitivas y puras; algunas, con dilataciones simultáneas, con dilataciones de la pelvis y cálices normales; y otras con dilataciones de los tres elementos: cálices, pelvis y uréteres, simples o dobles; todas ellas encontradas por una sintomatología variable (cólicos nefríticos: dolores sordos y constantes; hematurias puras o asociados a piurias: cistitis muy rebeldes, confundidas con las tuberculosas, etc.).

CONCLUSIÓN

Existen además de la dilatación congénita de uréteres, clásicamente conocida, dilataciones también congénitas de cálices, pelvis y uréteres, sin otras lesiones urinarias, asociadas como las primeras, a lesiones de columna (fisuras de láminas, espinas bífidas, exostosis, etc.) con trastornos idénticos a la hidronefrosis o píonefrosis, de las que se distinguen por el cateterismo ureteral y especialmente por la pielografía cuya imagen es característica. Del punto de vista anatomopatológico, son lesiones intermedias, entre la pielonefritis y la píonefrosis clásica o bien entre la pequeña hidronefrosis y la gran hidronefrosis.

Del punto de vista del tratamiento, si son lesiones bilaterales, no hay más recurso que el tratamiento médico, con antisépticos urinarios y régimen hipotóxico. Si hay sólo lesiones unilaterales, sólo curan con la nefrectomía, la que sólo está justificada en los casos de cólicos a repetición frecuente o bien a fenómenos infecciosos persistentes. El tratamiento por cateterismo ureteral permanente acompañado de modificantes a base de sales de plata (nitrato, colargol, etc.) están indicados antes de recurrir a la nefrectomía. También puede intentarse, antes de recurrir a la nefrectomía, a la *enervación del pedículo renal* y decapsulación glandular, unilateral o bilateral.

Sociedad Argentina de Urología

COMISION DIRECTIVA, 1935

<i>Presidente</i> . . .	Dr. BERNARDINO MARAINI
<i>Vice-Presidente</i> .	Dr. UBALDO ISNARDI
<i>Secretario</i> . . .	Dr. ALBERTO E. GARCIA
<i>Tesorero</i>	Dr. ALFONSO VON DER BECKE

2ª. Sesión científica — 31 de Mayo de 1935.

Trabajos científicos presentados:

Miguel A. Llanos :

"Un caso de hidro-pionefrosis en un riñón ectópico pelviano".

Alejandro Astraldi y H. J. Mollard :

"Calculosis múltiple pelvi-calicial. Pielotomía inferior alargada.

Mariano R. Castex y Alejandro Astraldi :

"Proceso testículo-epididimario a forma clínica indeterminada; tuberculosis testículo-epididimaria a forma hipertrófica".

León D. Arrues :

"Quiste hidático del polo superior del riñón. Imagen atípica.

L. Pagliere y T. Schlappapetra :

"Resultado alejado de una uretrectomía y uretrorrafia circular por estrechez traumática".

ASISTENCIA:

Miembros Titulares: Astraldi, Arrues, Cacciatore, Gaudino, Grimaldi, García, Galvez, Isnardi, Iacapraro, Llanos, Maraini y Schiappapietra.