

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

Por el Doctor

JUAN SALLERAS

TUMOR DEL CALIZ SUPERIOR DEL RIÑÓN IZQUIERDO. DIAGNOSTICO PIELOGRAFICO

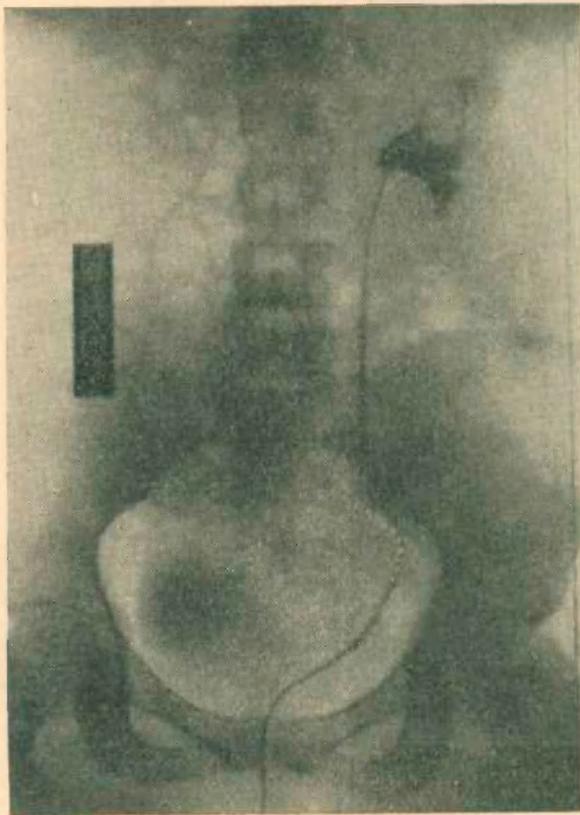
El diagnóstico pielográfico, tanto de los tumores del riñón, como de la pelvis renal es un asunto resuelto y a diario puesto en práctica por todos los urólogos. Si hoy molesto por breves momentos vuestra atención, es para mostrar un tipo de imagen, desconocida por mí y por los diferentes autores consultados a diario, lo que me induce a creer que por lo menos, si es conocida no es vulgar.

Se trata de una enferma, que viene padeciendo desde hace ya varios años y como único síntoma "hematurias del tipo total", sin modificaciones del estado general que es floreciente en una persona joven. Por este solo síntoma hematuria nos consulta y por él justifica, el examen radiográfico que voy a comentar.

Comencé, como lo hago siempre que me es posible, por la pielografía descendente con el "uroselectán b" y he aquí, las imágenes obtenidas a los 5' 20' y 45', previa la simple que es de rigor: 1º La radiografía simple, demuestra que la imagen renal derecha es normal y que en cambio la izquierda está deformada especialmente al nivel del polo superior, que aparece como estrangulado al nivel de dicho polo; 2º, a los 5', la imagen del riñón, cálices, pelvis y uréter, son normales y la eliminación del uroselectán es perfecta; en cambio el riñón izquierdo la imagen renal es visible así como su deformación, *no hay imagen alguna de cáliz superior*, y sí en cambio a ese nivel de una ligera sombra difusa: los cálices medio e inferior así como la pelvis renal y el uréter presentan una imagen visible pero mucho menos nítida que la del lado derecho, lo que se *debe a la menor eliminación* por este órgano del uroselectán; 3º, a los 20' las imágenes son iguales con mucho menos nitidez en sus detalles en ambos lados, lo que indica que las eliminaciones se han

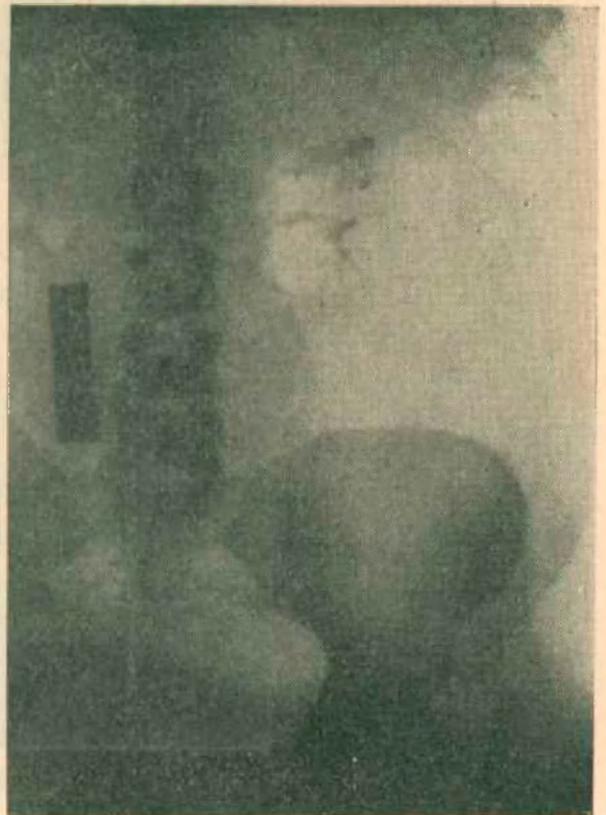
hecho casi en su mayor cantidad y finalmente, 4", a los 40' sólo se observan la imagen del derecho y casi nada del izquierdo sin aportar mayores datos que los ya comentados.

De todo lo que antecede concluimos nosotros que: el riñón derecho es normal, tanto en su forma, como en sus imágenes de eliminación y que, en cambio, el riñón izquierdo, era irregular en



Pielografía N° 1

Toda la altura del cáliz superior izquierdo se halla ocupado por un tumor - las papilas rechazadas - resto normal.

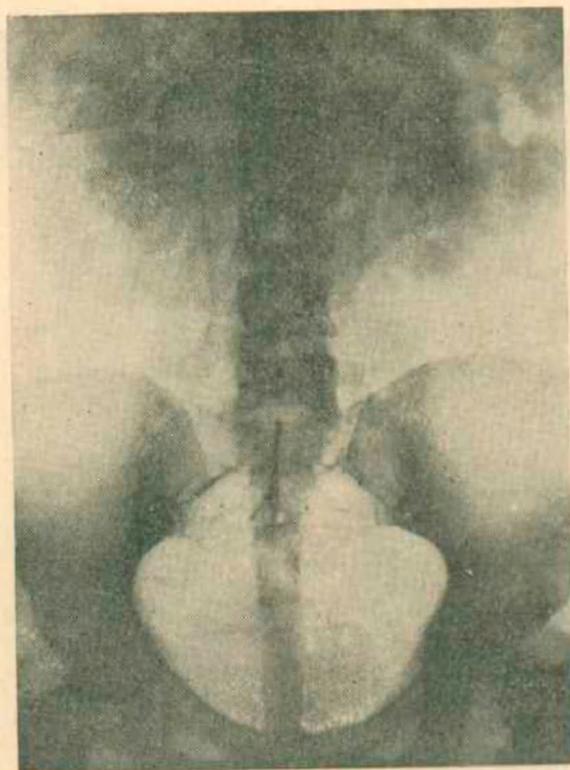


Pielografía N° 2

A los 10' se observa la evacuación parcial del líquido opaco, permaneciendo distantes el cáliz amputado y las papilas. Imagen del tumor impregnado.

su imagen, tardío en su eliminación, y especialmente, sin imagen de eliminación en el cáliz superior, lo que nos induce a creer que allí en el territorio del cual depende dicho cáliz, existe alguna lesión patológica causante en primer lugar de la "hematuria único síntoma" y en segundo lugar, de la falta de "imagen de eliminación" que nosotros hemos comprobado. Con todos estos elementos nosotros no creemos que todavía se pueda afirmar la existencia, aunque si lo sospechamos en forma vehemente, de un tipo determinado de

lesión. Una anomalía renal, con falta o escasez de desarrollo del polo superior y su cáliz podría ser su explicación en este caso todavía más posible por la forma del contorno renal, bastante disminuído a ese nivel. *La pielografía descendente* en el presente caso, *no es suficientemente demostrativa* es la conclusión a que arribamos, imponiéndose como condición indispensable controlarla y rectificarla



Pielografía N° 3

Descendente con uroselectán. Falta el relleno del cáliz superior (no aclara diagnóstico como la ascendente).

con la pielografía ascendente que es lo que hicimos y cuyos resultados vamos a mostrar.

La pielografía ascendente, se hizo con torotrast y se sacó como nosotros lo hacemos siempre, una por repleción, y otra a los 10', investigando el tiempo de evacuación. La primera, cuya imagen pueden ver, muestra, la pelvis, el uréter y los cálices medio e inferior, normales y en cambio todo el cáliz superior se encuentra ocupado por una masa redondeada, alargada según la dirección del cáliz y del tamaño aproximado de un huevo de polla, llamando especialmente la atención, que hay tres papilas rechazadas, compri-

midas y anormalmente alejadas, formando un casquete a la imagen que ocupa dicho cáliz. Dicha imagen se encuentra impregnada del torotrast, dando la impresión atigrada. La otra pielografía tomada a los 10', muestra con mayor nitidez, la sombra atigrada que ocupa el cáliz superior, y ahora las tres papilas se han distribuído, una arriba y otra a cada lado. La imagen simula y es comparable a la de los tumores de vejiga impregnados con umbrator o con yoduro de sodio.

Con la pielografía ascendente, ya tenemos elementos mucho más exactos que con la pielografía descendente, la que sólo nos sirvió como orientación diagnóstica y en cambio ahora ya podemos hablar de una *seguridad diagnóstica*, porque hemos visto la causa de la hematuria y todavía más: hemos visto la imagen impregnada de torotrast, en un todo comparable a los tumores de la vejiga. Llegamos después de estos exámenes demostrativos al diagnóstico de: *tumor de cáliz superior, del riñón izquierdo, probablemente papilar, de carácter probablemente benigno o de malignidad escasa*. Su larga evolución con un muy buen estado general así lo hacen sospechar, contribuyendo también a dicha sospecha, la imagen tan bien circunscripta con rechazo, *sin invasión* de las varias papilas que hemos descripto.

Esta observación ha puesto a prueba, ambas pielografías ascendente y descendente, comprobándose una vez más, que la pielografía ascendente, es insustituible cuando se trata de un diagnóstico fino, como sucede en los tumores al comienzo o cuando la insuficiencia renal, *no da imágenes de eliminación*. Ahora bien, teniendo en cuenta que las imágenes de eliminación son tanto mejores cuanto mejor es el parénquima renal, cuando faltan dichas imágenes hay que aceptar en principio que *“las imágenes disminuyen progresivamente de nitidez hasta desaparecer totalmente en razón directa de la insuficiencia del órgano”*. Yo ya sé que hay factores extra-renales y aun renales, como lo han demostrado Chabanier y Lobo-Onell, en el 33º Congreso Francés de Urología, que pueden perturbar la eliminación de las sustancias extrañas al organismo como el uroselectán, abrodil, etc., pero, en general, como recuerdo a tener presente en la vida práctica, las cosas pasan tal como lo exponemos, con algunas salvedades que también existen en los demás métodos de investigación del funcionalismo renal, global o separado.

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

Por el Doctor
UBALDO ISNARDI

ADENOMA DE PROSTATA PEDICULADO EN LA URETRA POSTERIOR

Motiva la presente comunicación la siguiente:

HISTORIA CLÍNICA

A. M., 60 años, ruso, agricultor, casado.

Antecedentes: Operado de hemorroides a los 45 años.

Enfermedad actual. — Comienza hace dos años con trastornos urinarios: Disuria inicial y nicturia. Hace cinco días hematuria total y retención completa. Evacuada su vejiga de los coágulos que la ocupaban se reproduce la hematuria.

Estado actual. — Vejiga. Gran globo vesical que llega a media distancia entre pubis y ombligo. Se extrae gran cantidad de coágulos. Próstata. Discretamente agrandada, elástica, regular, lisa, mucosa rectal libre. Otros órganos y aparatos: nada de particular.

Se coloca una sonda permanente, con lo cual cesa la hemorragia en una semana. Cistoscopia. Mucosa difusamente roja. Cuello fuertemente convexo en su segmento posterior. Sobre el lado derecho, edematoso, irregular, festoneado, aparece una zona recubierta por una falsa membrana blanca aflecada (¿ulceración?).

A los diez días de su ingreso al hospital, estando con sonda permanente, hace un infarto pulmonar que pasa sin mayor gravedad.

Operación. — Prof. Dr. Salleras, Dr. Isnardi, Dr. Di Lella. Anestesia raquídea con 0,10 ctg. de novocaína. Cistostomía amplia. Se observa el cuello levantado por un pequeño lóbulo medio. El orificio del cuello aparece ocupado por un tumor del tamaño de un higo, que emerge de la uretra donde está implantado, hacia la vejiga. Una sonda introducida en la uretra por delante del tumor pasa libremente, mientras que colocada por detrás del mismo se detiene a dos centímetros, en el punto que corresponde a la implantación, en la pared posterior de la uretra. Se toma con una pinza de corazón, tironeándolo hacia arriba, mientras con el dedo índice introducido en la uretra se secciona el pedículo y se extrae. No se produce hemorragia apreciable.

Post-operatorio. — Dos semanas después de la intervención reaparece una hematuria abundante y con coágulos que dura dos días. Pasado este incidente el

post-operatorio continúa sin novedad y es dado de alta con micción normal, sin retención y orinas ligeramente turbias.

Una semana después de ser dado de alta, el enfermo es súbitamente acometido de fuertes dolores lumbares derechos, extendidos a todo el abdomen superior e hipogastrio, acompañados de temperatura alta, escalofríos y sudación profusa. Varios días más tarde el acceso doloroso se repite, acompañado entonces de dificultad a la micción y seguido de polaquiuria diurna y nocturna (diurna cada



Figura 1

Uretrocistorradiografía.

A. - Cálculo ureteral derecho.

B. - Trayecto para-ureteral.

media hora y nocturna cinco o seis veces en la noche) tenesmo vesical y, por fin, retención completa que obliga al sondaje. Como el enfermo se encontraba lejos de esta Capital, continúa con sus padecimientos durante tres meses, al cabo de los cuales reingresa al Servicio de Urología del Hospital Alvear, donde constatamos: Retención intermitente que alcanza a veces a 150 c. c.

Próstata. — Ligeramente agrandada, surco mediano borrado, lisa, regular, elástica, bien delimitada, no adherida.

Uretra-Cistoscopia (MacCarty). A la altura del verumontanum, sobre la vertiente izquierda de la uretra, aparece implantado un pequeño tumor que asciende hacia el cuello vesical.

Una semana después de su reingreso al Servicio, sufre un violento cólico renal derecho que dura dos días. La uretro-cístoradiografía (Fig. 1), nos mostró: 1º, deformación de la uretra posterior inmediatamente por debajo del cuello vesical, donde aparece un ensanchamiento y un trayecto para-uretral rellenos por el ioduro de sodio; 2º, ligera deformación de la sombra vesical; 3º, cálculo ureteral derecho, yuxtamural. La pielografía excretoria con Uroselectán nos mostró siluetas reno-ureterales normales y buena eliminación de ambos lados. El examen funcional dió: F. S. T. aparece a los 15 minutos. Eliminación, 36 % en 60 minutos.

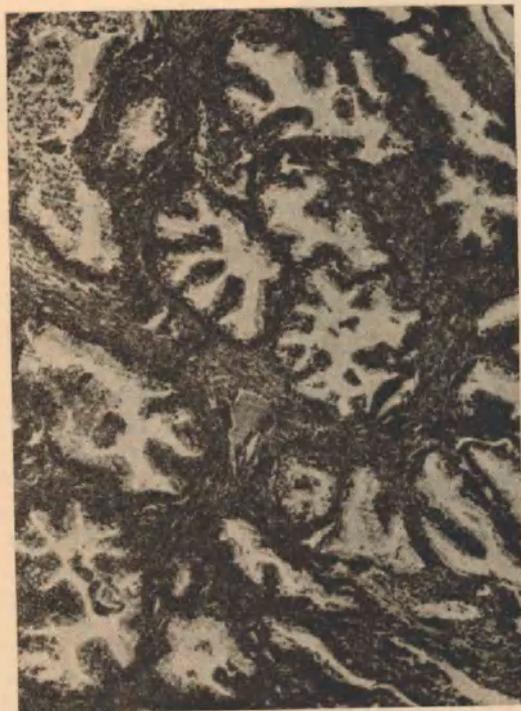


Figura 2
Adenoma con escaso estroma conjuntivo.



Figura 3
Acinus adenomatosos conteniendo detritus y células descamadas y degeneradas.

Constante de Ambard 0.090, con una azoemia de 0,29 %. La prueba de concentración y dilución de Volhard nos dió diuresis que llegó a 360 c. c. en media hora, o sea una cifra doce veces mayor que la diuresis media normal del sujeto con variaciones de densidad entre 1.004 y 1.016.

Durante los días que el enfermo estaba en estudio, hace nuevamente un intenso cólico renal que dura dos días, al cabo de los cuales cesa bruscamente. La radiografía hecha al día siguiente mostró el cálculo en la vejiga. Con estos datos funcionales y un excelente estado general decidimos la intervención.

Operación. — Prostatectomía. Prof. Dr. Salleras, Dres. Isnardi y Berli. Anestesia raquídea con 0,08 de novocaína. Se hace la cistoscopia amplia y me-

diante el especulum vaginal se observa el cuello. Sobre su vertiente posterior aparece un pequeño lóbulo medio, del tamaño de una media almendra, haciendo prominencia en la cavidad vesical. Se hace enucleación resultando un lóbulo de unos $2\frac{1}{2}$ cms. de diámetro, contenido mitad en la "loge" prostática y mitad en la cavidad vesical. Taponamiento. Achicamiento de la cistostomía y drenaje como es de práctica.

Post-operatorio. — Sin incidencias. Cierre de la vejiga a los 25 días.

Anatomía Patológica. — El tumor pediculado extraído en la primera intervención lo remitimos al Dr. Domingo Colillas, quien procedió a su examen



Figura 4

Corte de un espolón intra-acinoso, mostrando su revestimiento de células cilíndricas.

histológico y cuya colaboración agradecemos. El Dr. Colillas nos informó tratarse de un adenoma, según puede verse en las microfotografías que nos remitió. La primera de ellas (Fig. 3) muestra el aspecto típico de esos tumores, a predominio glandular, o sea la forma más típicamente adenomatosa. En ella se aprecia el gran desarrollo de ácinos glandulares, en medio de un estroma conjuntivo relativamente escaso. La segunda microfotografía (Fig. 3), a mayor aumento, nos muestra más claramente la estructura de los ácinos, en cuya luz se encuentran células descamadas y degeneradas. La tercera (Fig. 4), a gran aumento nos muestra los tubos glandulares con su característico revestimiento de células cilíndricas a protoplasma claro o finamente granuloso.

COMENTARIO

Nos hemos decidido a comunicar este caso, en vista de la forma rara en que se nos presentó. El aspecto cistoscópico del cuello vesical, en forma de un tumor que hacia franca prociencia dentro mismo de la cavidad vesical; el edema y la existencia de una zona recubierta por una falsa membrana, nos hizo pensar en un cáncer implantado al nivel del cuello. Por eso al realizar la primera intervención, nos disponíamos a efectuar una electro-coagulación a cielo abierto y a ello respondió la cistostomía amplia. Al encontrarnos con ese tumor que aparecía implantado en la uretra posterior, perfectamente pediculado y haciendo emergencia en la cavidad vesical como un hongo, quedamos con la duda sobre su verdadera naturaleza: dudamos de si se trataba de un adenoma de próstata pediculado en la uretra posterior o de un pólipo de la uretra. Su forma, su color, su consistencia blanda, y su implantación, motivaban nuestra duda. El examen histológico demostró lo primero según se ha visto.

Interpretamos el caso como un adenoma de forma bi-ocular, con una porción situada en la celda prostática y otra haciendo emergencia en la luz de la uretra por intermedio de un pedículo. En la primera intervención nosotros extrajimos únicamente la parte que aparecía obstruyendo la luz del cuello vesical y pensamos que ella sería la única causante de los fenómenos de retención, lo que no fué así, por cuanto nos vimos posteriormente obligados a re-intervenir para extraer un pequeño lóbulo medio, según hemos dicho. En nuestra práctica urológica habíamos encontrado adenomas de próstata de las más variadas formas, pero nunca habíamos visto un tumor pediculado como el descripto.

Sala VI, Hospital Alvear;
Serv. del Prof. JUAN SALLERAS

Por los Doctores

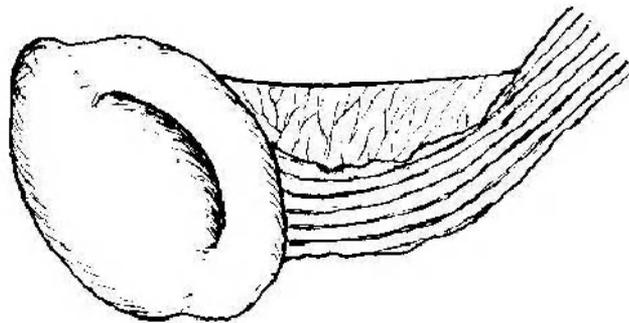
GERARDO VILAR
y A. REBELLO

VOLVULUS DOBLE DE LOS TESTICULOS

HISTORIA CLÍNICA

Nuestro enfermo, de 21 años de edad, sin antecedentes venéreos, jugador de foot-ball. Presenta bruscamente dolor y gran tumefacción en bolsa izquierda, dolor que no calma con el reposo. Concorre al Consultorio Externo; se le diagnostica epididimitis aguda, le ordenan reposo en cama. El dolor persiste y dos días después aparece dolor y tumefacción del contenido de la bolsa derecha.

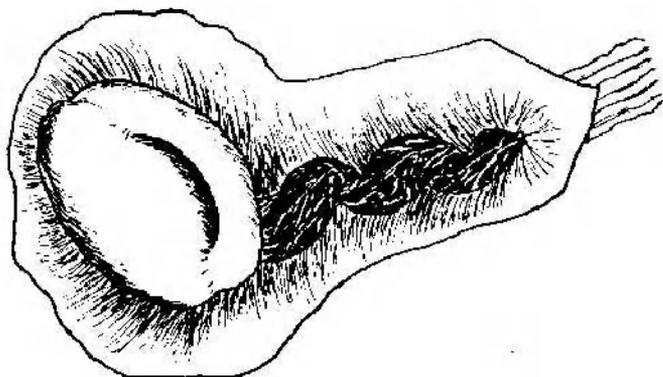
Concorre a la Sala VI, nos llama la atención que el enfermo no puede ca-



minar ni pararse, está en abducción forzada de ambos muslos. Buen estado general, se palpan en ambas bolsas tumoraciones muy dolorosas, no adheridas a piel, que parecen de mayor consistencia en la parte posterior (correspondiendo a epididimo), ingles indoloras, sin signos abdominales. Orinas límpidas. La persistencia del dolor, la posición en abducción forzada de ambos muslos en que se mantenía invariablemente el enfermo, posición que nunca adoptan los que padecen epididimitis aguda nos hizo decidir por la intervención quirúrgica aunque confesamos que no pensamos en volvulus.

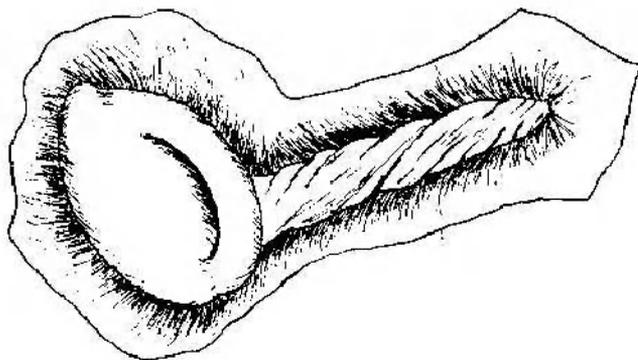
En ambos lados encontramos los testículos y epididimos turgentes y violá-

ceos con dos vueltas de la porción intravaginal del cordón, en el sentido del reloj. Sin gubernaculum testis. Al practicar la detorsión disminuyó bastante la turgencia, examinando detenidamente el cordón hallamos bridas desde el cordón a la vaginal parietal que formaban el punto de apoyo, a nuestro juicio, necesario,



para que al rotar el cordón determine la extrangulación de éste y el consiguiente volvulus.

En el lado izquierdo en que la lesión databa de más tiempo la parte extrangulada del cordón había quedado reducida a la más mínima expresión. Liberamos



las bridas, reducimos los testículos a sus respectivas bolsas, el derecho con cierta dificultad, por estar más ingurgitado, sutura del escroto.

Del lado izquierdo se ha obtenido cierre *per prima*, del derecho se ha esfacelado algo el escroto. No ha habido gangrena del testículo en ningún lado.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

El volvulus se observa preferentemente en la niñez (el caso de Lugones tenía cuatro meses de edad) y juventud, en todos ellos se ha constatado anomalías de desarrollo: la que nunca falta es la ausencia de gubernaculum testis que es condición indispensable para que el volvulus se produzca.

El volvulus es relativamente más frecuente en el testículo ectópico; en éstos se observa el llamado volvulus a repetición.

Considero que no basta la movilidad del testículo para que el volvulus se produzca al girar éste. creo necesario el punto de apoyo, la adherencia o brida, la que determina la extrangulación del cordón al girar éste alrededor de su eje.

En nuestro caso había brida en ambos lados y en ese lado exacto existía la extrangulación: por debajo de ella la rotación del cordón y volvulus.

Las bridas pueden ser congénitas y adquiridas. Nuestro enfermo juega al fútbol y los llamados golpes bajos podrían no ser ajenos a la formación de estas bridas.

En el caso que comunicó Finochietto había una brida en la vaginal visceral que al formar cuerda favoreció la rotación del cordón a su alrededor, la extrangulación se formó en el extremo proximal de la brida y cordón.

En el caso de Descomps la extrangulación radicaba en el orificio profundo del canal inguinal, era un cordón absolutamente libre en su porción intra-inguinal lo cual le permitió girar alrededor de su eje determinándose la extrangulación en el punto fijado del cordón.

DIAGNÓSTICO

No es fácil: Lapointe de 34 observaciones que refiere, sólo en cuatro hubo diagnóstico previo a la intervención. No obstante Grimaldi halla entre nosotros que sobre 19 casos, 13 veces hubo diagnóstico previo.

El diagnóstico diferencial hay que hacerlo con la hernia extrangulada, cosa casi imposible en el niño y menos si esta es congénita, o hay ectopía o ambas cosas, es decir, hernia y ectopía.

En el adulto la confusión con hernia extrangulada es común y aún disculpable cuando la extrangulación es alta.

Cuando la extrangulación es intra-vaginal la confusión es con la epididimitis aguda, tanto más que en el volvulus el epididimo se pone turgente y duro, tal ocurrió en nuestro caso.

La aparición brusca, el dolor intenso que no cede con el reposo y la imposibilidad de tenerse en pie, de caminar, la abducción forzada de los muslos, la tumefacción blanda del contenido de la bolsa harán pensar en volvulus.

Síntomatología igual produce la torsión de hidátide, observación comunicada por Lagos García y Cucullú.

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

El volvulus lleva a la destrucción de la glándula por falta de irrigación.

En los testículos ectópicos se han observado volvulus a repetición, por lo tanto la detorsión se ha producido espontáneamente. Pero hay que considerar que el volvulus pone siempre a la glándula en camino de destrucción total.

TRATAMIENTO

Sólo el quirúrgico y de gran urgencia.

La intervención precoz permitirá salvar la glándula, preconizamos la detorsión y no la extirpación de la glándula, es difícil establecer en la intervención hasta qué punto es posible restablecer la irrigación de la glándula, por lo tanto debe siempre procurarse la conservación del órgano con la simple detorsión. Es necesario además liberar las adherencias que fijan y determinaron la extrangulación a fin de que la circulación se restablezca.

CONCLUSIÓN:

Nuestro caso es una enseñanza que demuestra cuán prudente es la cirugía conservadora, el volvulus fué sucesivamente bilateral y no debe pensarse jamás en una castración total.

Como tratamiento preventivo sería muy conveniente fijar el testículo del lado opuesto cada vez que se interviene por volvulus unilateral a manera de gubernáculo.

Doctor Isnardi. —

La patogenia de la torsión del testículo ha sido explicada por diversos mecanismos, y ninguno de ellos parece suficientemente satisfactorio. La observación del caso que acaba de comunicar el doctor Vilar y el recuerdo de otros similares, que también presentaban las bridas fibrosas que él ha mencionado y la ausencia del gubernaculum testis, me han sugerido una explicación teórica de este accidente.

Es sabido que los tubos elásticos sometidos a una fuerte presión interior, sufren un alargamiento y tienden a torcerse sobre sí mismos. Supongamos que por cualquier circunstancia, una brida

fibrosa, o una contracción del dartos ocasionan un obstáculo a la circulación de retorno del testículo. En tal caso las venas van a ingurgitarse de sangre; su presión interior crecerá violentamente y, siendo tubos elásticos y tenues han de tender a alargarse. Pero estando el testículo retenido por las arterias, de paredes más gruesas e inextensibles, y otros elementos igualmente fuertes, no podrá alejarse del anillo inguinal más de lo que tales elementos lo permitan. En estas condiciones, las venas harán su alargamiento torciéndose alrededor de tales elementos, su extremo distal tenderá a girar y, en ausencia del gubernaculum testis, arrastrarán al testículo en su torsión. Según esto, la rotación del testículo sería secundaria a la torsión del cordón y ésta a su vez sería la consecuencia de la ingurgitación venosa ocasionada por un obstáculo a la circulación de retorno.