

TRABAJO ORIGINAL

Por el Doctor

JUAN SALLERAS

## ANOMALIAS RENO-URETERALES

EL descubrimiento clínico-radiográfico de las anomalías reno-ureterales, ha constituido una de las principales preocupaciones de los urólogos de todo el mundo. La casuística se completa día a día por nuevas observaciones, sumando ya unos cuantos cientos los casos publicados tanto en el país, como en el extranjero. Casi puede asegurarse que todos los que trabajamos con un poco de entusiasmo hemos visto una serie más o menos abundante de casos de anomalías, que vienen a enriquecer el material en estudio que ha sido clasificado en forma bastante perfecta, por Edmundo Papin. La reciente obra de Robert Gutiérrez, sobre "The Clinical Management Horseshoe Kidney" pone al día uno de los asuntos de mayor interés en urología como es el estudio del riñón en herradura.

La clasificación hecha por Papin, de dicho material, ha quedado clásica en general, sin embargo hay algunos capítulos incompletos y también alguna confusión en determinadas denominaciones, así por ejemplo: en las anomalías de volumen del riñón, se describe la "atrofia renal congénita", término para mi criterio inadecuado que surge de la misma definición del autor, cuando dice que es un defecto de desarrollo del órgano de carácter congénito, lo que según nosotros debería llamarse "hipolasia del riñón", que lo diferencia de la "agenesia" y también de la "atrofia adquirida" o secundaria.

Los quistes serosos, hemáticos y el riñón poliquistico, no figuran para nada en dicha clasificación y entendemos nosotros, que

dado el carácter congénito y la anomalía que ellos embriológicamente representan, debieran estudiarse tal vez, entre las anomalías de desarrollo glandular, o entre las anomalías de volumen.

Las dilataciones congénitas de cáliz, pelvis y uréteres, estudiadas hoy día como una nueva entidad clínica, descubierta por la pielografía, también consideramos que debe incluirse entre las anomalías de las vías excretoras del riñón.

Otro capítulo que está por terminarse en la clasificación de Papin, es el referente a las llamadas anomalías del uréter. En efecto, no se hace referencia para nada a las denominadas "dilataciones congénitas del uréter" cuya entidad clínica y radiológica ha sido ya descrita por varios urólogos, entre ellos nosotros mismos y hace ya algunos años.

Hechas estas breves consideraciones, ampliando el horizonte a los conocimientos actuales sobre anomalías, pasamos a comentar los casos estudiados por nosotros, hasta la fecha, a los que seguramente habría que agregar una serie de observaciones cuya documentación incompleta o transapelada impide que figuren aquí.

#### OBSERVACIONES.

Vamos a proyectar cincuenta y seis casos de anomalías reno ureterales, observados por nosotros, en los servicios de Urología a mi cargo, en el Hospital Fernández y en el Hospital Alvear actualmente, clasificados así:

#### 1° Anomalías de riñón

a) Riñón en herradura, 5 sujetos. Todos a comisura inferior y situados, 2 en posición normal y tres en posición baja, uno mediano, otro lateral derecho y otro lateral izquierdo. De ellos han sido operados, tres, practicándosele a uno, la nefrectomía izquierda, con sección del pedículo mediano, y extirpación del riñón por una enorme pionefrosis. A otro enfermo, con una litiasis de la pelvis de-



Figura N° 1  
Hist. 4017. - Ectopía renal derecha.

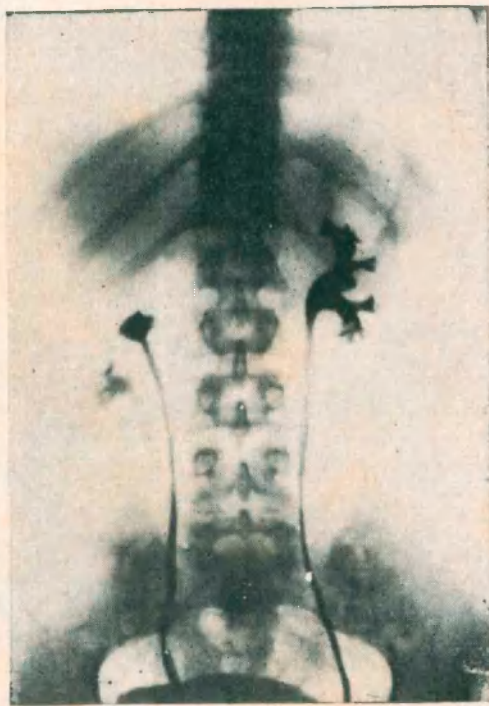


Figura N° 2  
Hist. 69208. - Ectopía renal derecha  
con uréter bifido.



Figura N° 3  
Hist. 2085. - Ectopía renal derecha  
con uropioneftosis.

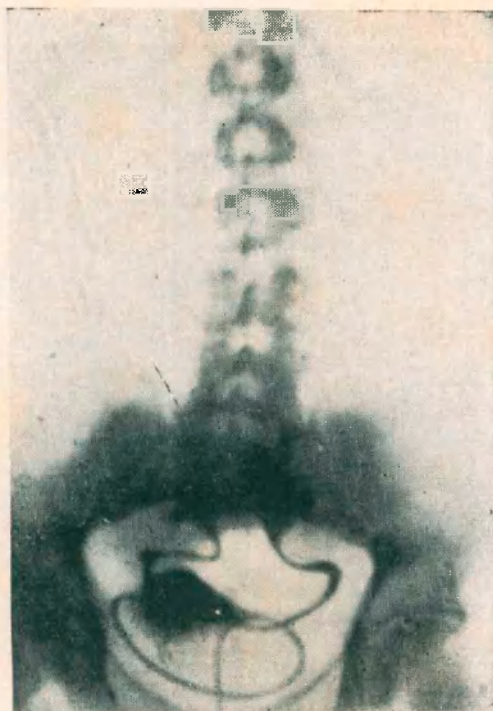


Figura N° 4  
Hist. 6434. - Ectopía renal doble  
pelviana.

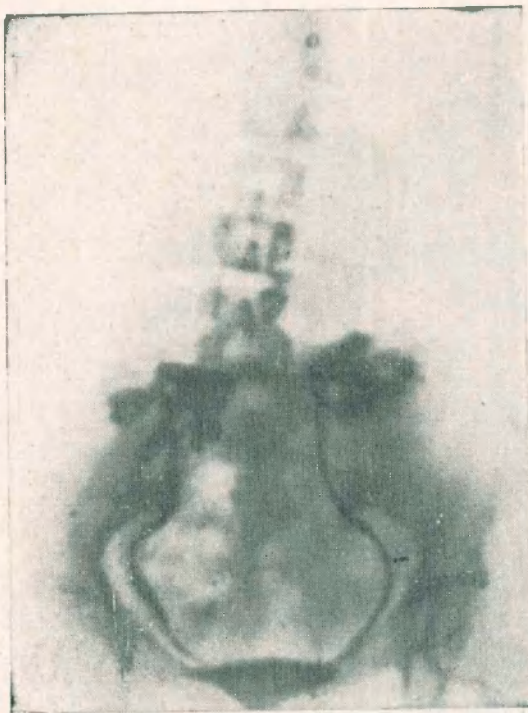


Figura N° 5  
Hist. 4497. - Ectopía renal doble  
lumbar baja.

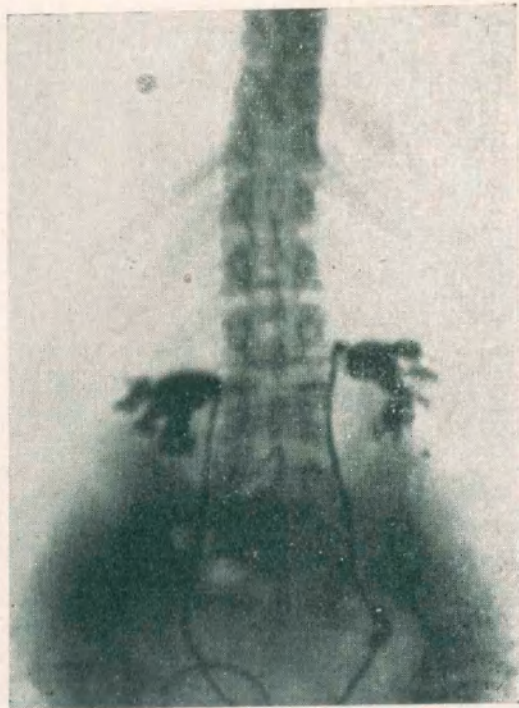


Figura N° 6  
Hist. 7126. - Ectopía doble lumbar  
baja.

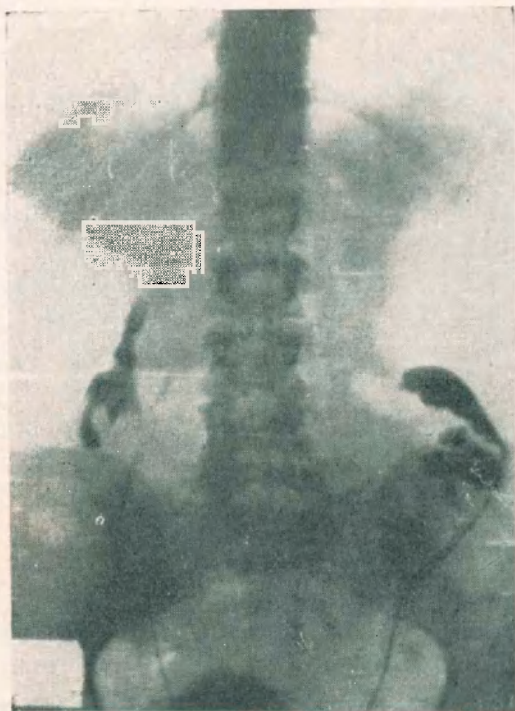


Figura N° 7  
Hist. 1343. - Ectopía lumbar doble  
con inversión glandular.



Figura N° 8  
Hist. 297. - Ectopía lumbar doble  
con inversión glandular derecha.



Figura N° 9  
Hist. 6265. - Ectopía lumbar con in-  
versión izquierda.

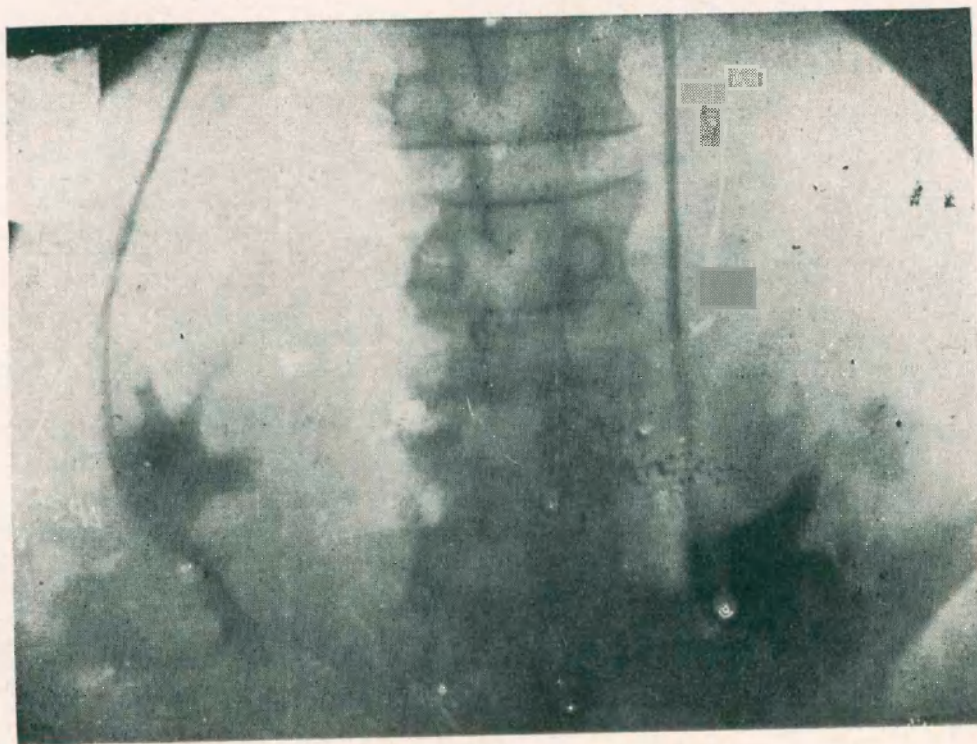


Figura N° 10  
Hist. 58. - Inversión glandular iz quierda completa.

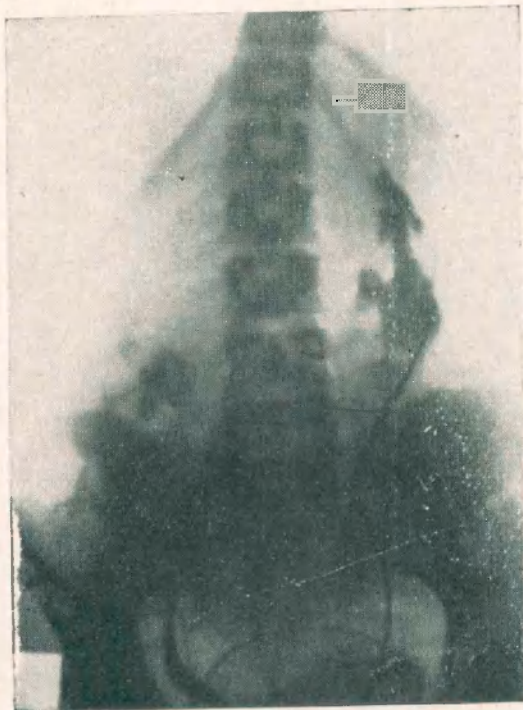


Figura N° 11  
Hist. 1220. - Riñón en herradura a  
comisura inferior. Litiasis en pelvis  
derecha. Pielotomía.

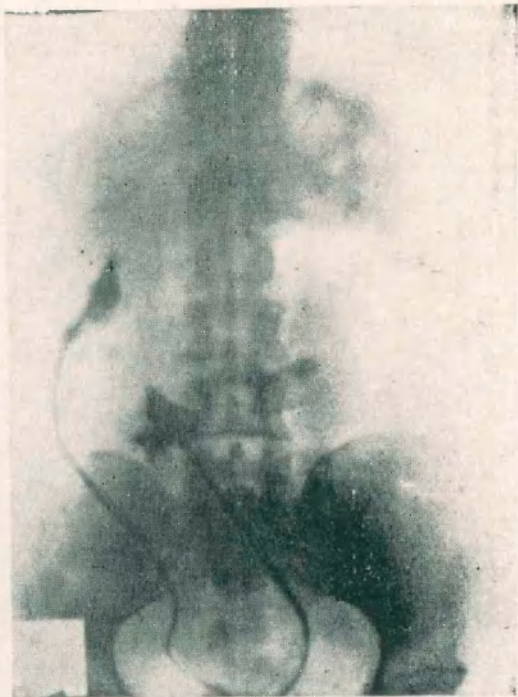


Figura N° 12  
Hist. 303. - Riñón en herradura.  
Doloroso. Nefropexia.

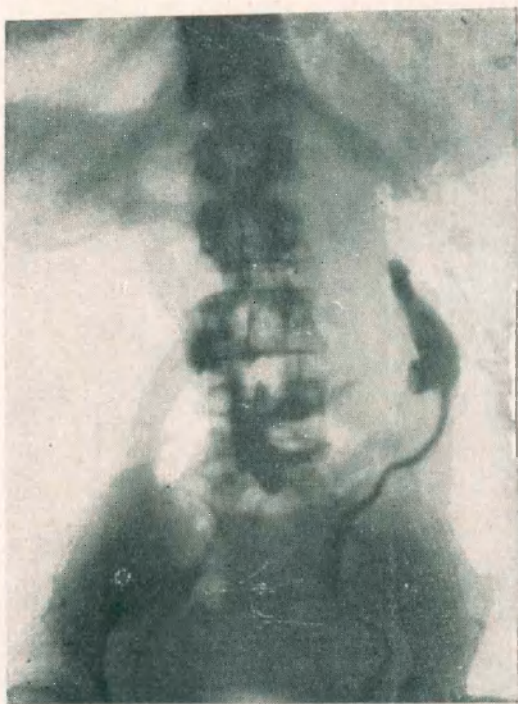


Figura N° 13  
Hist. 607. - Riñón en herradura a  
comisura inferior (no operado).



Figura N° 14  
Hist. 1521. - Riñón en herradura  
con litiasis derecha (no operado).



Figura N° 15  
Hist. 1222. - Riñón en herradura  
con piodrosis del izquierdo. Nefrec-  
tomía con sección del istmo.



Figura N° 16  
Hist. 87652. - Riñón poliquístico  
con ectopía lumbar baja doble.



Figura N° 17  
Hist. 876. - Riñón poliquístico  
doble.



Figura N° 18  
Hist. 914. - Riñón poliquístico  
doble.



Figura N° 19  
Hist. 1412. - Riñón poliquístico  
doble.



Figura N° 20  
Hist. 63526. - Riñón poliquístico  
doble.



Figura N° 21  
Hist. 3623. - Riñón poliquístico  
doble.



Figura N° 22  
Hist. 4756. - Riñón poliquístico con  
litiasis izquierda.



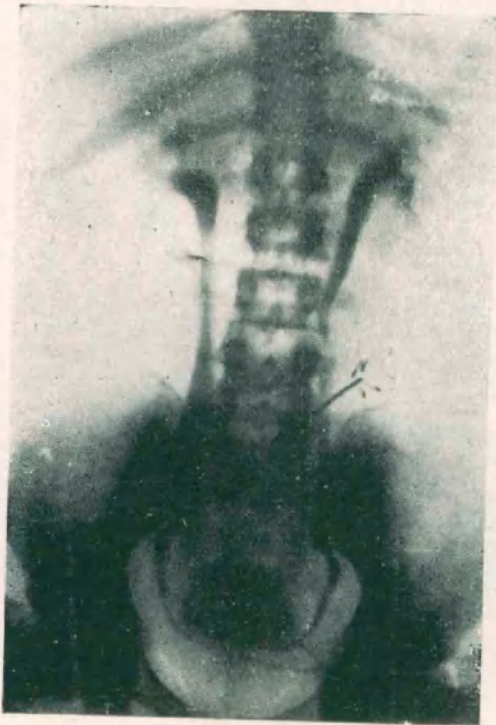


Figura N° 23  
Hist. 1367. - Dilatación congénita  
de uréteres con espina bífida oculta.



Figura N° 24  
Hist. 3499. - Dilatación congénita  
de uréteres.



Figura N° 25  
Hist. 697. - Dilatación congénita de  
uréteres.



Figura N° 26  
Hist. 688. - Dilatación congénita de  
uréteres.



Figura N° 27  
Hist. 7081. - Dilatación congénita de  
uréteres.



Figura N° 28  
Hist. 1367. - Dilatación congénita de  
uréteres. Espina bifida oculta.

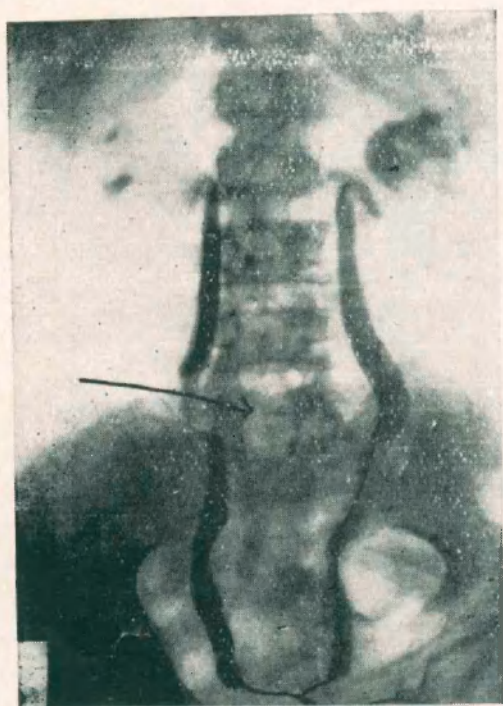


Figura N° 29  
Hist. 1136. - Dilatación congénita de  
uréteres. Espina bifida oculta.



Figura N° 30  
Hist. 4034. - Pelvis bifida unilateral.

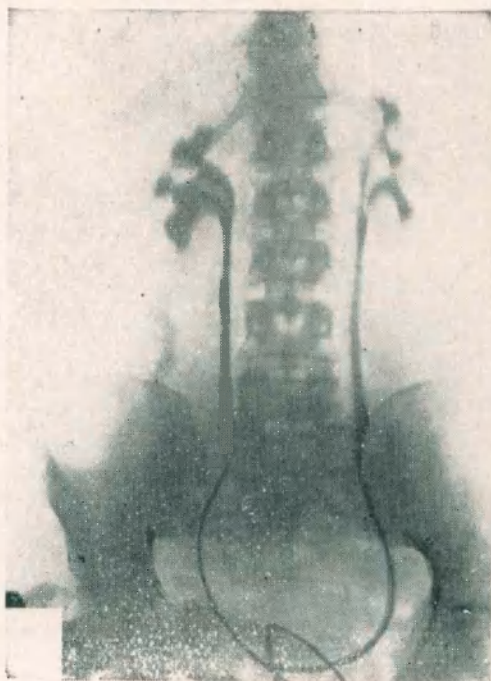


Figura N° 31  
Hist. 5441. - Pelvis bífida bilateral.

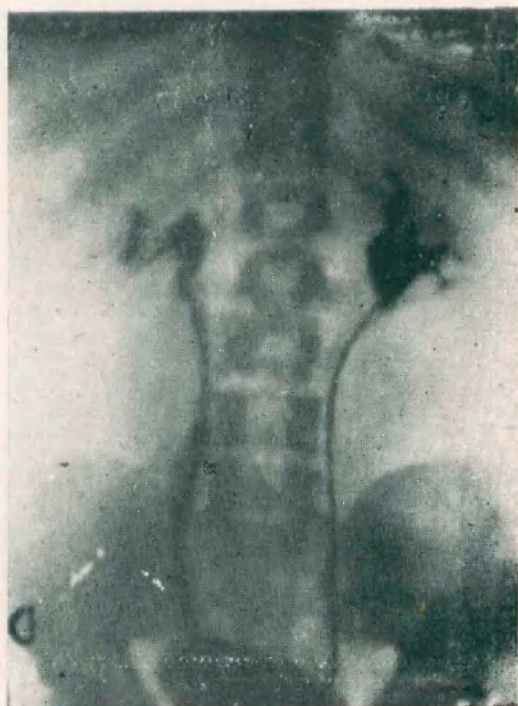


Figura N° 32  
Hist. 1600. - Dilatación congénita  
discreta de vías excretoras.



Figura N° 33  
Hist. 6831. - Dilatación discreta con-  
génita de vías excretoras.



Figura N° 34  
Hist. 2741. - Dilatación congénita  
mediana de vías excretoras.



Figura N° 35  
Hist. 7130. - Dilatación congénita  
de vías excretoras mediana.

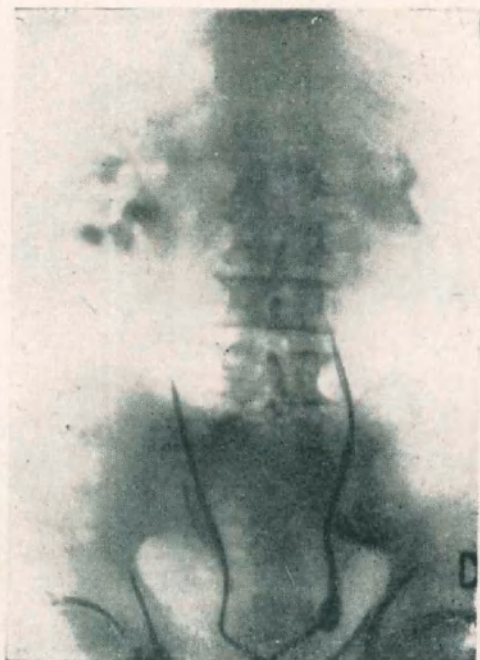


Figura N° 36  
Hist. 1566. - Dilatación congénita  
de vías excretoras mediana unilateral.



Figura N° 37  
Hist. 1739. - Dilatación congénita  
doble de vías excretoras.



Figura N° 38  
Hist. 1566 - Dilatación congénita de  
vías excretoras.

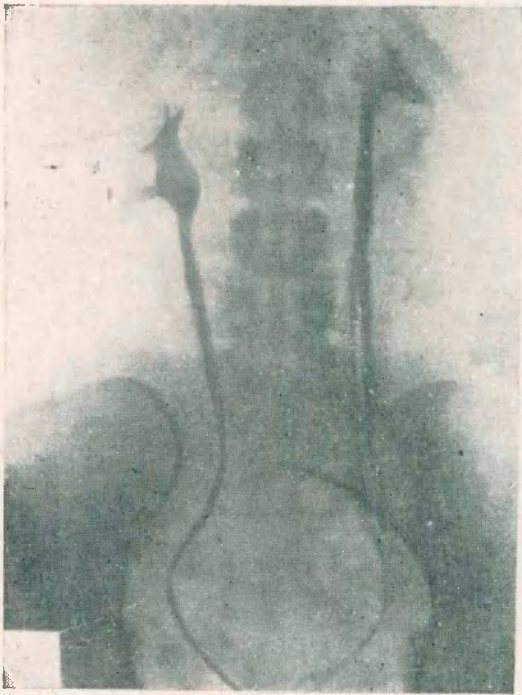


Figura N° 39  
Hist. 5911. - Uréter doble izquierdo  
con doble entrecruzamiento.

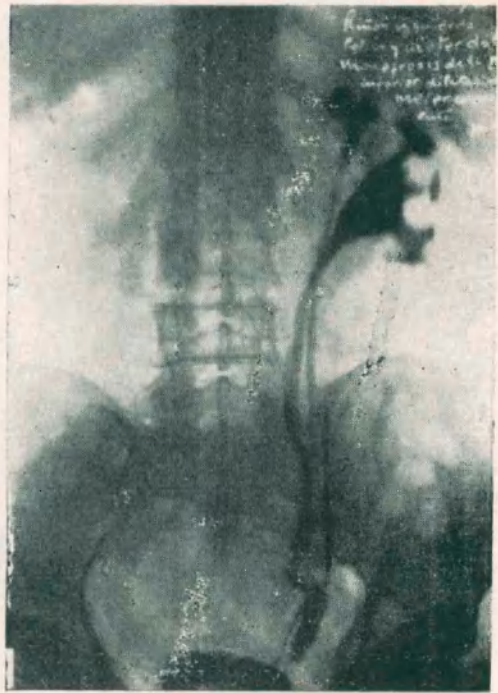


Figura N° 40  
Hist. 6944. - Uréter izquierdo doble  
con doble entrecruzamiento.



Figura N° 41  
Hist. 5385. - Uréter izquierdo doble  
con doble entrecruzamiento,

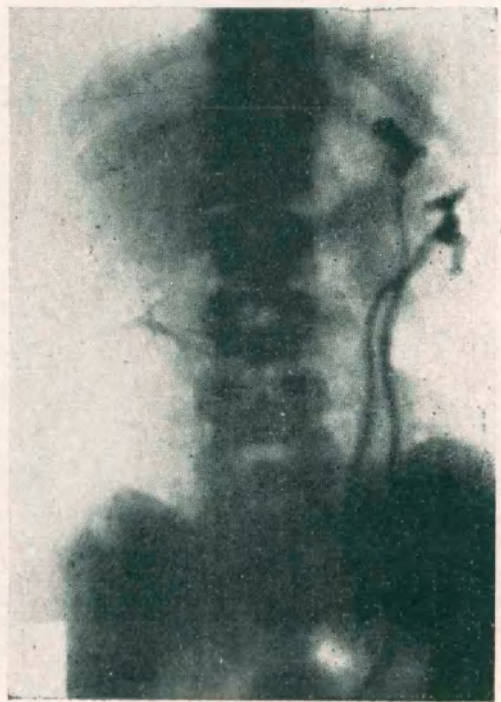


Figura N° 42  
Hist. 4469. - Uréter doble con doble  
entrecruzamiento.

recha, se practicó una pielotomía posterior y finalmente a otro con un riñón muy móvil y doloroso, le hicimos una nefropexia baja. El resultado en los tres, ha sido la curación. Los dos restantes, no han sido operados, aunque uno de ellos presenta una litiasis aséptica muy dolorosa por no haber aceptado la operación propuesta.

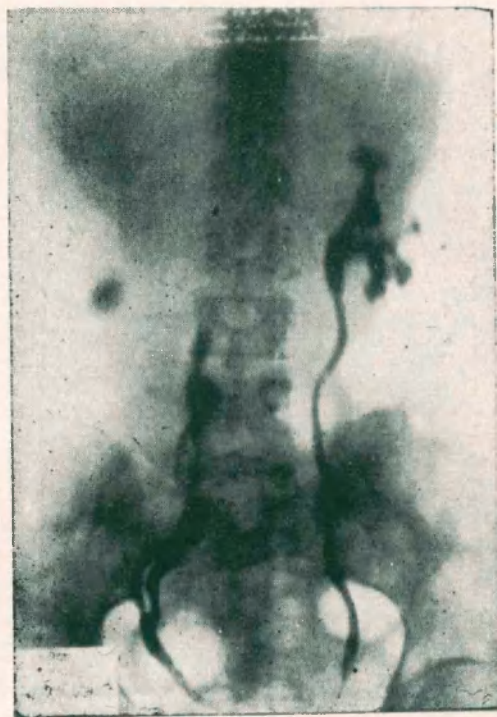


Figura N° 43

Hist. 636. - Uréter bifido derecho con pionesfrosis del inferior. Nefrectomía.

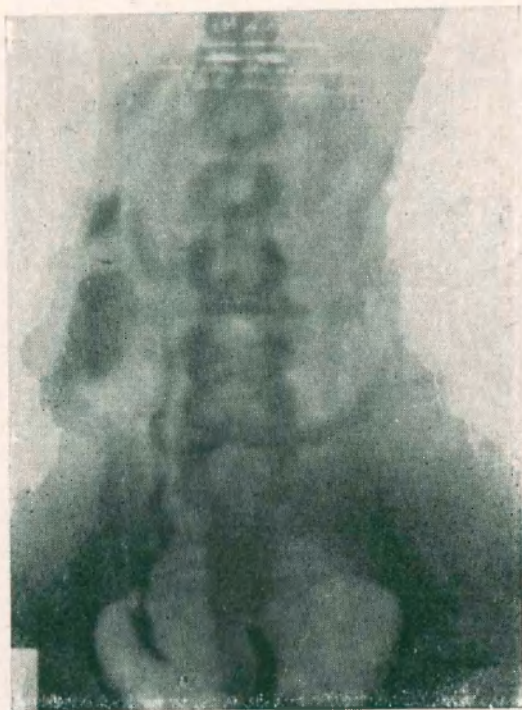


Figura N° 44

Hist. 633. - Uréter bifido derecho con pionesfrosis del inferior. Nefrectomía.

b) *Riñón poliquístico*. — Presentamos siete casos, a saber: cuatro en posición normal, dos en posición baja y uno en doble ectopía, baja. Uno tiene una litiasis con pequeño cálculo del cáliz inferior. Otro ha presentado hematurias muy prolongadas con coágulos y el resto con dolores del tipo cólico o dolores persistentes. Como tratamiento, se hizo en todos los casos un método expectante, sin necesidad de llegar al quirúrgico al que sólo debemos ocurrir, cuando alguna complicación ponga en peligro la vida, por hemorragia o infección.

c) *Ectopias unilaterales*. — Vamos a proyectar once casos de

ectopias unilaterales, con posiciones que varían desde la altura de la fosa ilíaca, hasta una posición normal. De ellas, hay dos con inversión glandular completa, una con uréter bífido, del lado de la ectopia, otro con uréter bífido del lado opuesto, dos con ptosis concomitante, dos complicados con hidropionefrosis. Sobre dichas ec-



Figura Nº 45

Hist. 76499. - Uréter izquierdo doble sin entrecruzamiento de los conductos. (Caso muy raro).

topias unilaterales, se han practicado: dos nefrectomías, tres nefropexias cuando hay ptosis en una ectopia.

d) *Ectopias bilaterales*. — Vamos a mostrar ocho ectopias bilaterales, con posiciones glandulares desde la excavación pelviana, ilíaca, lumbar baja y media. En una de ellas hay inversión glandular doble, en otra normal de un lado e inversión del otro, hay dos, con una franca ptosis dolorosa.

Sobre las ocho ectopias, hemos practicado tres nefropexias, en las formas dolorosas de ptosis.

## 2º Anomalías de pelvis renal.

e) *Anomalías de la pelvis renal.* — Sólo presentamos un caso de pelvis bífida, aunque se trata de una anomalía relativamente frecuente y que para no alargar demasiado este trabajo no las mostramos.

## 3º Anomalías de uréter.

f) *Anomalías de uréter. Uréteres bífidos.* — Presentamos cuatro casos, dos de ellos con una pionefrosis del inferior, con entrecruzamiento de los conductos. En los dos casos de pionefrosis, complicando la anomalía, practicamos la nefrectomía.

g) *Uréteres dobles.* — Los cuatro casos que presentamos, son dobles de un solo lado, de ellos tres presentan el entrecruzamiento doble, de acuerdo con la ley de Weigard y uno solo como caso sumamente raro, sin entrecruzarse.

h) *Uréteres dilatados.* — Presentamos nueve casos de dilatación congénitas dobles de uréter, que presentan al mismo tiempo que anomalías de calibre, anomalías también de dirección, como puede verse la forma retorcida característica.

Como anomalía concomitante, llama poderosamente la atención otra anomalía de columna, caracterizada por la presencia de tres casos de dichos nueve que presentamos de espina bífida oculta, lo que es una verdadera enfermedad. Nosotros hace ya varios años en algunos trabajos hemos insistido sobre la importancia que tiene dicha anomalía de columna como explicación de una serie de trastornos urinarios congénitos, y en este mismo Congreso, los médicos de mi Servicio Dres. Berri y Di Lella, presentaran una serie de observaciones, complementarias de las presentadas en este momento.

Estas anomalías ureterales sólo suelen ser descubiertas cuando se infectan, dando entonces la sintomatología más variada (dolores, poliurea turbia, hematurias, fiebre alta) y también cistitis muy rebelde).

Como tratamiento, hemos practicado con buen resultado los lavados con nitrato de plata, de la pelvis y del uréter.



4° *Dilatación congénita de todas las vías excretoras.* — De las seis observaciones que presentamos, dos son unilaterales y cuatro bilaterales. Las dos unilaterales y las cuatro bilaterales han sido puestas en evidencia sólo cuando se han infectado, como sucede también, como lo acabamos de ver, en las dilataciones congénitas del uréter. Han presentado todas, la sintomatología de la pielonefritis o de la pionefrosis.

En cuanto al tratamiento, hay que considerar la frecuencia en que la lesión es unilateral o bilateral y de acuerdo con este criterio sostenemos, que las unilaterales, si hay grandes cavidades, se podrá practicar la nefrectomía. Para las bilaterales, deberá ser, siempre que sea posible, el tratamiento médico por cateterismo ureteral e instilación de sustancias modificadores (nitrato de plata, mercurio cromo, oxicianuro de Hg. argirol, etc.). También estará indicado el cateterismo ureteral permanente y lavajes de la pelvis, cálices y uréteres.

En todos los casos, hay que prevenirse contra la aparente indicación de la nefrectomía por confusión con la pionefrosis clásica, de la que se diferencia por el aspecto multicelular, en oposición a la gran cavidad distendida por el pus. La pielografía doble tiene una indicación más.

5° *Anomalías vasculares.* — Aunque hemos tenido oportunidad de encontrar con mucha frecuencia diferentes tipos de anomalías vasculares en el riñón (polar inferior, superior, doble, etc.), sólo presentamos una observación muy característica. Se trata de un vaso polar inferior visible a la pielografía, por una pequeña muestra, en la inserción pelo ureteral. La uronefrosis secundaria, lo puso en evidencia y la nefrectomía confirmó nuestro diagnóstico radiográfico. Tenemos otra observación igual que ha sido presentada en el trabajo "Pequeñas uronefrosis dolorosas. Su tratamiento por la enervación renal y nefropexia". En dicho trabajo, dejamos constancia del diagnóstico antes de la intervención, así como del tratamiento conservador empleado con resultado muy bueno.

CONCLUSIONES.

De acuerdo con el estudio que acabamos de hacer, de los casos personales comentados en este trabajo, podemos llegar a las conclusiones siguientes:

1º Que la denominación de "atrofia renal congénita" es inadecuada para explicar su verdadero alcance, proponiendo nosotros en cambio, denominarla "Hipolasia renal congénita".

2º Deben estudiarse, entre las anomalías congénitas, al riñón políquístico, quiste seroso y quiste hemático.

3º En el grupo de las "ectopias" uni o bilaterales, deben estudiarse las ptosis secundarias, y tratarlas con la nefropexia cuando hay indicación quirúrgica.

4º en el grupo de anomalías de uréter, debe estudiarse la "dilatación congénita, no sólo de uréter, sino también las dilataciones de uréter, cálices y pelvis. Esta última entidad se confunde clínicamente con la hidronefrosis o pionefrosis sintomática y sin embargo, su proceso anatomopatológico es congénito. Se ponen en evidencia cuando se infectan o se obstruyen. Se caracterizan por la frecuente bilateralidad o por la falta de causas que justifiquen dicho proceso.

5º Dada la imposibilidad de estudiar aisladamente las anomalías del riñón, de la pelvis y del uréter, nosotros nos hemos permitido presentar este trabajo con la denominación de anomalías reno ureterales, dada la asociación casi absoluta que existe entre dichos procesos.

# ASOCIACION MÉDICA ARGENTINA

## Sociedad Argentina de Urología

---

### COMISION DIRECTIVA, 1936

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

---

5ª. Sesión científica — 27 de Agosto de 1936

Trabajos científicos presentados:

**Guillermo Iacapraro:**

“Tumor renal a forma infecciosa”.

**F. E. Grimaldi y R. A. Rubí:**

“El fracaso de los procedimientos de Steinach en el tratamiento de la hipertrofia de la próstata”.

**ASISTENCIA:**

*Miembros Titulares:* Isnardi Ubaldo, Llanos Miguel A., Serantes Arturo, Vilar Gerardo, Alvarez Colodrero Jorge W., von der Becke Alfonso, López Adolfo M., Schiappapietra Tomás, Grimaldi Francisco, García Alberto E., Surra Canard Rodolfo de, Iacapraro Guillermo, Monserrat José L., Arrues León, Astraldi Alejandro y Figueroa Alcorta Luis.

*Socios Adherentes:* Albornoz Ignacio, Cartelli Natalio, Martín R., Berri Héctor Diego, Fallet F. J., Bottini Enrique B. y Granata Costa A.

---

6ª Sesión científica — 24 de Septiembre de 1936

Trabajos científicos presentados:

**Isidoro Gálvez y R. O. Tettamanti:**

“III. La gono-reacción de Muller-Oppenheim. Su técnica”.

**León D. Arrues y Evaristo B. Bottini (h):**

“Quistes serosos del riñón. Su estudio radiológico”.

*A la vuelta.*

**León D. Arrues:**

“Tuberculosis renal y traumatismo”.

**Arturo Serantes y J. W. Alvarez Colodrero:**

“Sobre un caso de induración plástica de los cuerpos cavernosos de origen específico”.

**Ignacio V. Albornoz:**

“Desplazamiento contra-lateral en un riñón en herradura”.

**Guillermo Iacapraro y Jorge S. Fernández:**

“Fibromioma vesical”.

**Héctor Berri, Evaristo B. Bottini (h) y H. Torres:**

“Mejoramiento funcional y anatómico del riñón después de la eliminación de un cálculo ureteral”.

**Ubaldo Isnardi:**

“Punción previa y posición de Trendelenburg en el sondeo de los prostáticos”.

**Constante Comotto y José V. Gómez:**

“Sobre un caso de litiasis uretral”.

**Constante Comotto y Juan José Ratto:**

“Quiste hidático de riñón abierto en vías urinarias”.

**ASISTENCIA:**

*Miembros Titulares:* Alvatez Colodrero, J. W.; Arrues, León; Castaño, Enrique; Gaudino, Nicolás M.; Gazzolo, Juan José; García, Alberto E.; Gálvez, Isidoro; Isnardi, Ubaldo; Iacapraro, Guillermo; Llanos, Miguel; Rebaudi, Leonidas; Serantes Lasserre, A. E.; Schiappapietra, Tomás A.; Surra Canard, Rodolfo de; Serantes, Arturo.

*Socios Adherentes:* Albornoz, I. V.; Comotto, C.; Berri, H. D.; Fablet, J.; Bottini, E. B.; Pujol, E.; Torres; Cartelli, N.