

Hosp. Ramos Mejia. Serv. de Vías
Urinarias del Dr. G. ELIZALDE

Por el Doctor

F. E. GRIMALDI

UN NUEVO CASO DE RIÑÓN SUPERNUMERARIO

REFIRIÉNDONOS a la "Cirugía conservadora en el riñón supernumerario", presentamos con el doctor Mathis al Vº Congreso Nacional de Medicina, un caso en el que pudimos felizmente realizar una cirugía de esa naturaleza.

En el que se relatará ahora, a pesar de nuestra intención inicial, debimos terminar con un intervención radical. Sin intentar justificarnos, consideramos que si hubiéramos hallado a nuestro enfermo sin la intervención inicial que se le practicara por error de diagnóstico, las posibilidades del temperamento conservador hubieran sido mayores.

Se trata de D. P., argentino de 20 años, que ingresa al Servicio el 14 de Mayo de 1938, ocupando la cama 44.

Como antecedente, refiere que a los 16 años, a raíz de un intenso esfuerzo, sufre un dolor agudo en el costado derecho y región renal, con abundantes vómitos, que le obliga a guardar cama durante un tiempo.

Su enfermedad actual comienza el 30 de Marzo del corriente año. Espontáneamente siente un fuerte dolor fijo en la región renal derecha, sin temperatura, con abundantes vómitos que se mitigan con rapidez. Al levantarse, cuatro días después, nota una tumoración en dicha zona. Un médico de su pueblo diagnóstica quiste hidático y lo interviene por vía pararectal derecha. Se le extrae de una bolsa, previa fijación de la misma a la pared, un líquido hemático, aconsejando dirigir al enfermo a la Capital.

El examen revela un muchacho en mal estado de nutrición (20 kilos de pérdida de peso), mucosas pálidas y piel y lengua secas; temperatura axilar 38,5 y 120 de pulso hipotenso.

Aparato urinario. Se encuentran orinas hemo-purulentas en los dos vasos; uretra y tacto rectal normales.

A la inspección del abdomen, se observa en flanco e hipocondrio derechos, una tumoración del tamaño de una cabeza de adulto, poco movable con la respiración y que aboveda la pared abdominal anterior, hasta la línea media. En la parte más saliente se observa la cicatriz de unos 8 cm. en la línea paramediana derecha.

A la palpación se percibe una tumoración dolorosa del tamaño antes descrito, bien limitada, libre, salvo a nivel de la cicatriz, renitente y lisa.

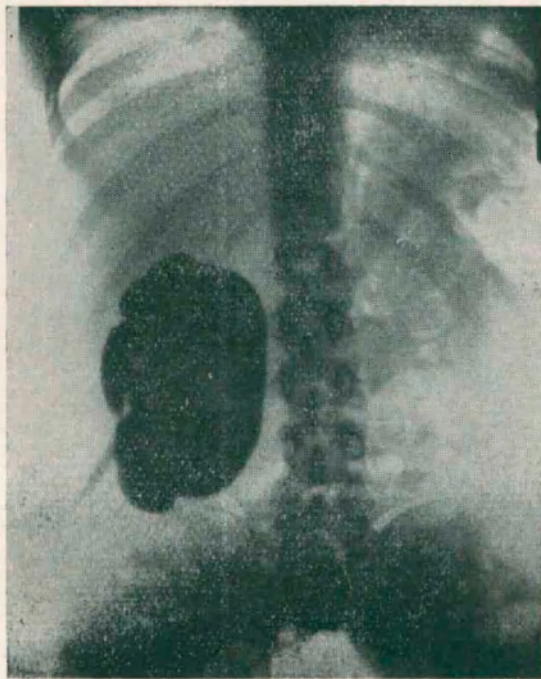


Figura N° 1.

La percusión del timpanismo en su parte mediana; existe amplio contacto tanto anterior como posterior.

Un dosaje de úrea, revela 0,65 grs. por mil.

Operación. — Dr. Grimaldi. Se interviene de urgencia bajo anestesia local. Incisión oblicua lumbar derecha. Abierto el plano muscular se llega a la celda renal y, rechazado el peritóneo, sin mayor exploración por la gravedad del caso, se aborda una bolsa única uro-pionefrítica, que al abrirse da salida a dos litros de líquido hemático-purulento. Drenaje con tubo. Cierre. Curación.

El enfermo mejora visiblemente día a día, bajando la temperatura desde el día siguiente al de la intervención.

A los 20 días, ya mejorado el paciente, se completa la exploración:

Urea en suero: 0,42 por mil.

Cistoscopia: capacidad vesical conservada. Mucosa sana, cuello normal. Meatos ureterales bien implantados, eyaculando normalmente orinas claras. El índigo carmín aparece a los 4 minutos por ambos meatos. Por fuera y arriba del maeto del lado derecho, se observa un tercer meato, por el que de tarde en tarde se ve eyacular un líquido hemático-purulento. Est meato tiene caracteres normales y el índigo carmín no aparece después de 10 minutos de observación.

Se obtiene una radiografía simple, que no revela nada de particular y una

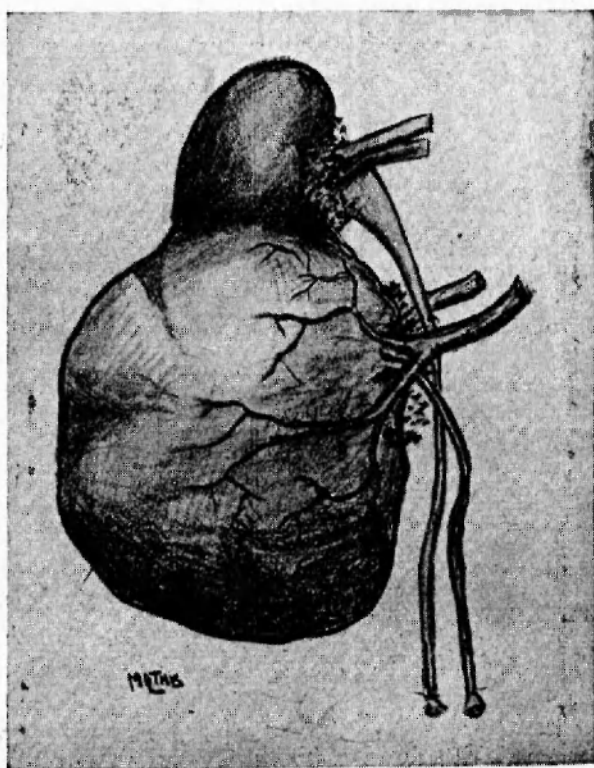


Figura N° 2.

prueba de urografía excretoria, en que se observa una eliminación y morfología normales en el lado izquierdo y, la aparición en el lado derecho de una imagen pielográfica que indudablemente está rechazada por la gran tumoración.

Se toma además otra radiografía con repleción de la gran bolsa hidronefrótica con ioduro de sodio al 15%. (Fig. N° 1).

II. Intervención. — Dr. Grimaldi. 23-VIII-1938. Bajo anestesia etérea.

Resección de la cicatriz lumbar anterior. Con dificultad se va aislando la gran bolsa inferior, la que tiene un pedículo vascular perfectamente independiente. Las dificultades del aislamiento aumentan a medida que se avanza. Se comprueba la existencia de fuertes adherencias a la vena cava, que hacen proceder con cautela. El aislamiento del parénquima superior muestra otro pedículo

vascular, pero la liberación se hace imposible sin desgarro del tejido noble, lo que obliga a la exéresis total.

Cierre por planos al catgut. Drenaje de tubo y gasa. Cierre de la piel con crin.

Post-operatorio sin incidentes. Es dado de alta curado, el 18-VIII-1938.

El esquema representado en la Fig. N° 2, permite formarse clara idea de la anomalía.

En este caso, a pesar de haber intentado conservar el parénquima superior, ya que se presentaba en las condiciones ideales para ello por la distribución anatómica de los vasos y la enfermedad en sí, fué del todo imposible, por las contingencias operatorias anotadas.

Quizá en una primera intervención, sin los inconvenientes de las adherencias de operaciones anteriores y con buen estado general, se podría haber conseguido el resultado que deseábamos.
