

Cátedra de Clínica Quirúrgica
del Profesor PEDRO CHUTRO

Por el Doctor
R. DE SURRA CANARD

RIÑÓN EN HERRADURA

LAS anomalías congénitas del aparato urinario, son siempre hallazgos fortuitos; se trata de investigaciones clínicas o post-mortem. La que hoy agrego a nuestra casuística, ha sido descubierta por haber sufrido el enfermo un discreto dolor en la fosa iliaca derecha, que en el comienzo hizo pensar en un proceso apendicular. Una piuria persistente, aunque discreta, lo orientó luego hacia el especialista. La historia clínica del paciente se resume a continuación:

HISTORIA CLINICA

Bernabé B., 28 años, argentino, empleado. Capital Federal.

Enfermedad actual. — Se inicia hace siete años fecha en que, durante la marcha, fué sorprendido por un ligero dolor en la mitad derecha del abdomen. Lo examinó un estudiante de medicina quien le aconsejó que se internara en un servicio hospitalario, haciéndolo así el enfermo, a las cuarenta y ocho horas, en el Hospital Pirovano.

El dolor aquejado duró de seis a siete horas, desapareciendo espontáneamente; no fué acompañado de ningún otro trastorno.

A la semana de su ingreso en el hospital, iba a ser intervenido como un apendicular; pero por estar febricitante la operación fué postergada. Nuevos exámenes clínicos comprobaron la presencia de un tumor en el hemiabdomen derecho; entonces le aconsejaron se trasladara a un servicio quirúrgico del Hospital Ramos Mejía, donde se le hizo diagnóstico de "Riñón doble" (?) —ignora con exactitud—; mas, como tratamiento, se le indicó simplemente el uso de una faja. El enfermo no sintió ninguna molestia más, hasta hace cinco días. En esta fecha aqueja escalofríos, dolor de espalda, hipertermia y dolor en el hemiabdomen derecho. Por ello concurre al C. E. de este Servicio.

Antecedentes clínicos. — Sin importancia.

Estado actual. — Sujeto bien desarrollado, que exterioriza todos los atributos de la salud. El examen somático general da resultado negativo.

Abdomen. — Ligeramente globoso: respiración abdominal inferior. En el

flanco derecho, a mitad distancia de la línea media y del borde de dicho flanco, llama la atención una saliencia que se hace visible con la espiración y que se borra en la inspiración. El movimiento respiratorio, que alternadamente la exterioriza y la oculta, no le imprime cambios de posición. La línea media no se halla desviada. Además se observa, a nivel del hueco epigástrico, un latido, el cual se extiende más allá de los límites de esa región, hacia el flanco derecho, sitio

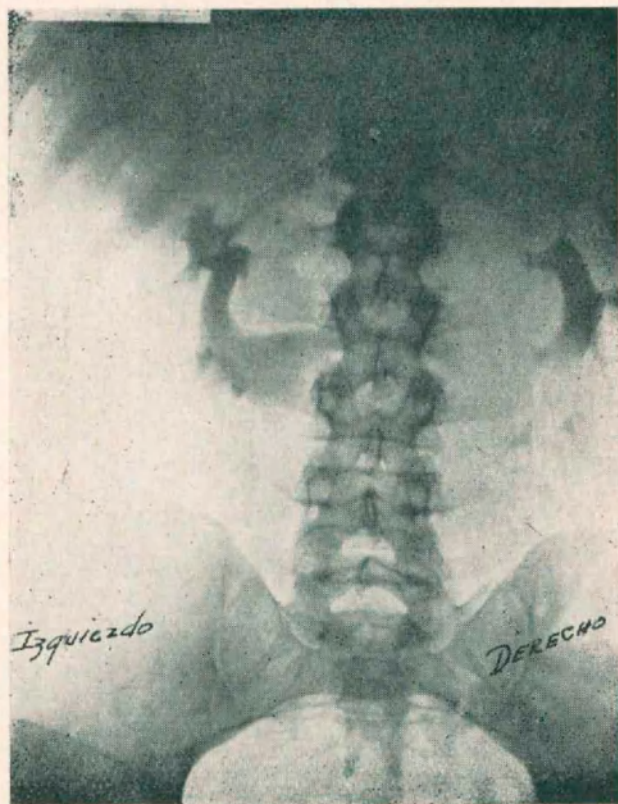


Figura 1
Pielografía excretora a los 25'.

donde se asienta la saliencia señalada. Dicha saliencia está animada de un movimiento breve de proyección, de atrás hacia adelante, sincrónico con el pulso y el latido epigástrico, y más visible aún cuando se le pide al paciente que detenga la respiración en espiración.

La palpación demuestra que el abdomen es blando, depresible, indoloro. Inmediatamente se percibe un tumor que coincide con la saliencia ya descrita y que ocupa el flanco derecho, principalmente. El tumor, solitario, implantado en pleno flanco es sesil y tiene por límites: hacia afuera, la prolongación de la línea del pezón, hacia abajo, un través de dedo por debajo de la línea umbilical; hacia arriba, la horizontal que enfrenta la décima costilla, y por dentro, un límite aparentemente preciso, justo sobre la línea media. Explorando

detenidamente el límite interno, nótase que, a nivel de la cicatriz umbilical, la base del tumor, más amplia, se continúa con una lengüeta de unos 3 a 4 centímetros, que cruza la línea media.

Más allá de la línea xifo-umbilico-pubiana, y en la profundidad, percíbase otro tumor, menos evidente que el anteriormente mencionado, cuyos límites son: por fuera, el borde externo del recto anterior izquierdo; por debajo,

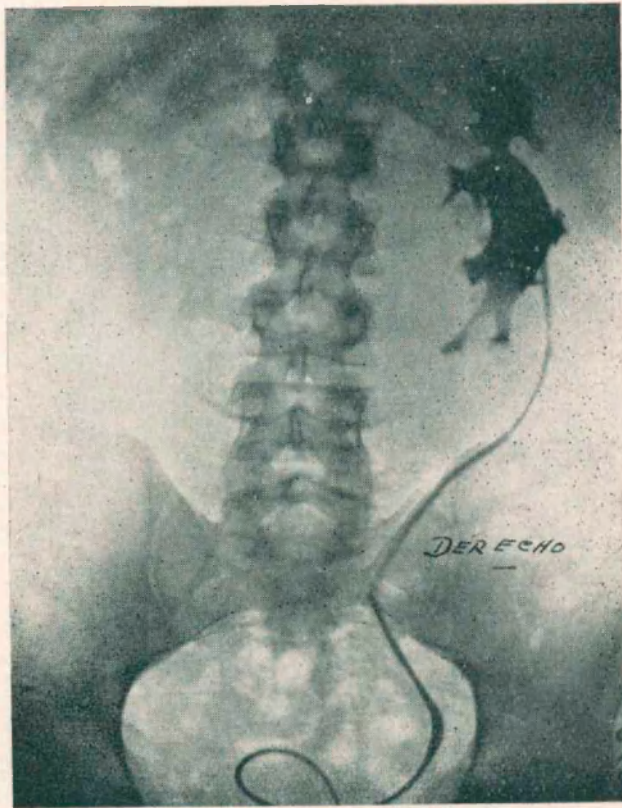


Figura 2
Pielografía de relleno del lado derecho.

a dos traveses de dedo de la horizontal umbilical; por arriba, se lo toca en la extensión de unos cuatro traveses de dedo, por encima de la línea umbilical; pero su límite preciso se pierde por debajo del estómago; por dentro, el límite interno se afila y se confunde con la lengüeta antes descrita, que cruza la línea media partiendo de la masa tumoral del lado derecho.

El tumor derecho, indoloro y de superficie lisa, da la sensación táctil neta del parénquima renal: presenta alguna lobulación muy poco marcada. El tumor izquierdo es más profundo, cubierto, y menos accesible para poder detallar su superficie.

El ciego se halla en su sitio normal: el colon ascendente, bien: por fuera del tumor; el ángulo hepático, elevado; la primera porción del transversal sitúa

por encima del tumor derecho; la porción izquierda del transversal se encuentra en su sitio habitual y cubre el tumor del lado izquierdo; el colon descendente y el asa sigmoidea están bien situados. En resumen: las relaciones entre los tumores y el colon son las siguientes: del lado derecho el tumor hace saliencia en el marco colónico; en cambio, del lado izquierdo el tumor es retrocólico.

Como exámenes complementarios se llevan a cabo, en primer término: una cistoscopia, cuyo resultado es:



Figura 3
Pielografía de relleno del lado izquierdo.

Orina opalescente, sin residuo. Buena capacidad vesical; indolora a la distensión. Mucosa sana en toda su extensión, salvo en el trígono, donde existen lesiones típicas de infección colibacilar. Meatoscopia manual: eyaculación de orina ligeramente turbia en ambos lados.

Prueba de Indigo-Carmín:

5' para el riñón izquierdo.

5' ½ " " " derecho.

Como la eliminación renal de ambos lados es satisfactoria, se resuelve hacer una pielografía excretora, que da los siguientes resultados: buena elimi-

nación del líquido de contraste, ya que a los 10 minutos se visualiza el aparato excretor. Analizando la película N° 3, obsérvase, de ambos lados, sombras piélicas aberrantes; la del lado derecho, muy extendida en el sentido vertical, con sus cálices implantados a derecha e izquierda, a semejanza de las patas de un insecto, y el canal del uréter externo en relación a la pelvis, que describe una curvatura, cóncava hacia dentro. La del lado izquierdo, en cambio, muestra una pelvis en escuadra, siendo vertical su mitad superior y transversal la mitad inferior; esta última parte asienta sobre las apófisis transversas y sus prolongaciones caliciales se superponen sobre la sombra de los cuerpos vertebrales. El sistema calicial también es caprichoso y el uréter está implantado en el borde inferior, en el ángulo de la escuadra piélica antes descrita.

Para tener una noción más exacta de la realidad anatómica, se lleva a cabo una pielografía de relleno, de ambos lados por separado, como aconseja la prudencia. En su conjunto, las deformaciones son semejantes. La pelvis derecha está algo distendida y tiene una capacidad de 14 c. c., y los cálices se pueden visualizar mejor.

Del lado derecho ocurre algo análogo. En ella se señala mejor la prolongación hacia la línea media de la pelvis, que parece bifurcarse en forma de una V horizontal.

Además del examen radiográfico, se busca la etiología infecciosa, en un examen de orina, y se ve que el colibacilo es el agente causal. P. H. urinario: 7.2.

Confirmando el diagnóstico de *riñón en herradura*, con discreta infección bilateral a colibacilo, se instituye al paciente la terapéutica habitual, anticolibacilar, evitando toda maniobra instrumental para respetar un órgano en el cual las posibilidades quirúrgicas son siempre enigmáticas.

Clasificación: La anomalía que presento, responde a la nomenclatura siguiente: Riñón en herradura, de concavidad superior, de acuerdo con la clasificación de Papin y Eisendath.