

Hospital Alvear, Sala 6ª. Jefe:
Prof. Dr. JUAN SALLERAS

Por los Doctores

EVARISTO B. BOTTINI (h)
y JUAN JOSE RATTO

ECTOPIA RENAL CRUZADA

HACE un año ingresa a nuestro servicio un obrero que sufrió un traumatismo cayéndose de un andamio a seis metros de altura directamente sobre el pavimento, incindiendo sobre la región lumbar derecha. Se fracturó los cuerpos vertebrales de la primera y segunda vértebras lumbares, con fenómenos concomitantes de parapléjia, incontinencia de orina y materias fecales. El uso continuo de los sondajes trajo como consecuencia una piuria persistente aunque discreta, y como siguieran manifestándose los fenómenos de incontinencia fué orientado hacia el especialista, donde después de un estudio urológico completo se desprendieron observaciones interesantes en cuanto al hallazgo fortuito de una anomalía; al valor de la urografía de excreción y a la ascendente cuando éstas se complementan; y a un valor médico-legal importante teniendo en cuenta se trata de un obrero que ha sufrido un traumatismo.

HISTORIA CLINICA

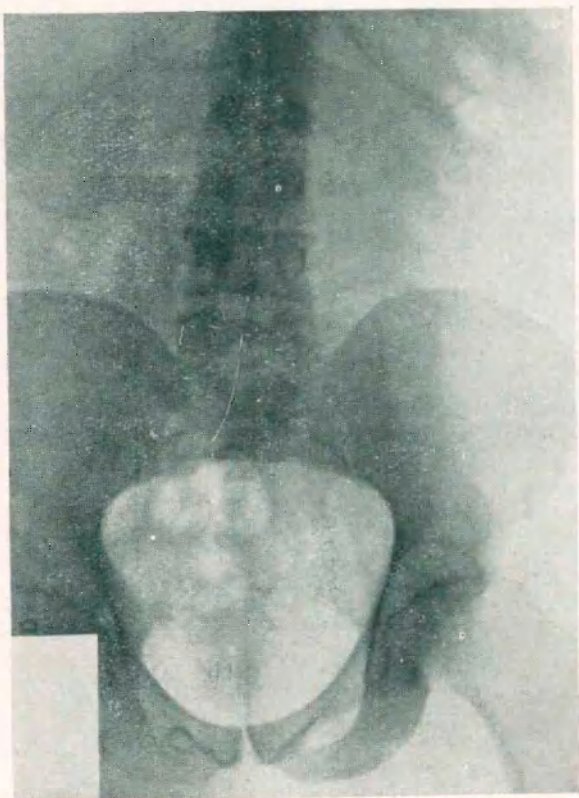
Ruggero P., 42 años, argentino, peón, Capital Federal.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Reumatismo en varias oportunidades. Chancro blando con adenitis supurada de ingle derecha a los 21 años. Blenorragia a los 18 años (cree que curó definitivamente).

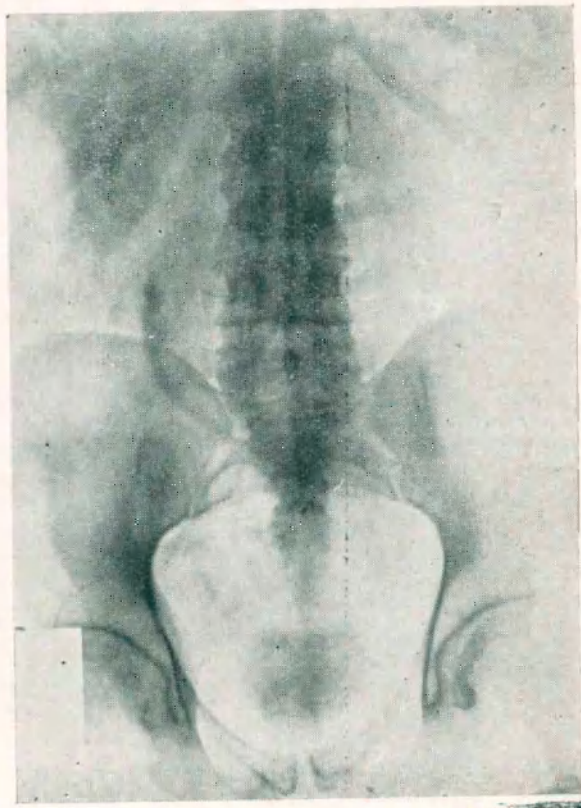
Antecedentes del traumatismo. — El día 11 de febrero de 1937 se hallaba en un andamio de 6 metros de altura colocando un caño de ventilación; sufre un desmayo y cae, primero, golpeándose con el cráneo en un tubo de gran calibre, y luego, se desploma en el suelo incindiendo con el costado derecho del cuerpo. Perdió el conocimiento, recobrándolo recién a las 24 horas. Los exámenes radiológicos efectuados comprobaron la fractura de dos cuerpos vertebrales (I y II vértebra lumbar) y luxación de la XII dorsal. Desde que sufrió el acci-

dente quedó con paraplejía de ambos miembros inferiores y retención de orina (debiendo ser sondado para la extracción y en otras oportunidades se le deja con sonda permanente durante varios días). En una de esas ocasiones el sondaje trajo consecutivamente una fuerte uretrorragia. dificultad al sondaje, circunstancias en las que estuvo tres días (falsa vía?). A los 15 días vuelve a produ-



Radiografía N° 1

Pielografía descendente a los 5'. Se observa la imagen renal del lado derecho de contornos y caracteres normales, no alcanzándose a dibujar visiblemente ni pelvis ni cálices. Por debajo se alcanza a observar un trayecto ureteral describiendo un arco cuya concavidad viene hacia arriba; en el lado izquierdo no se observa imagen renal.



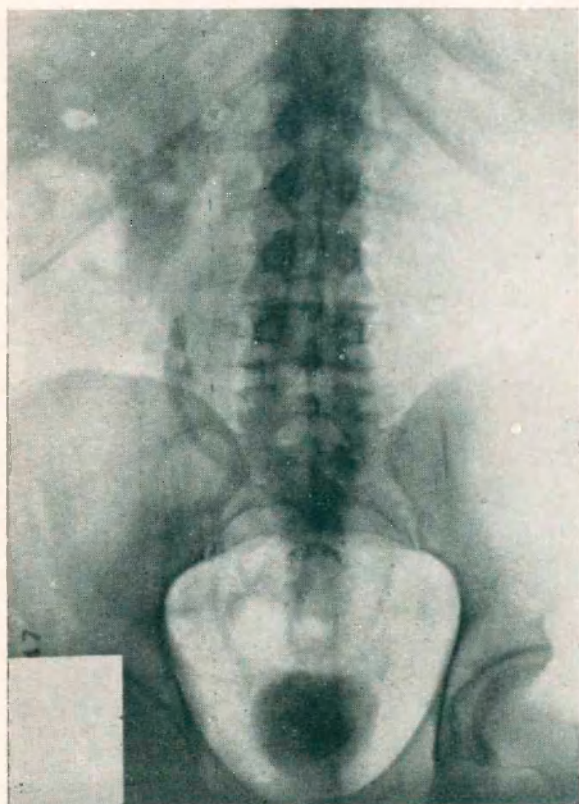
Radiografía N° 2

Uroselectán a los 20'. El riñón derecho aparece bien evidente agrandado con pelvis y cálices dilatados. Por debajo se observa la misma sombra al parecer correspondiente al uréter con los caracteres anteriormente descritos, percibiéndose algunas irregularidades en sus bordes.

cirse nuevamente una fuerte uretrorragia que duró tres días, cediendo con coagulantes y lavajes calientes. Consecutivamente sufre un cuadro de bronconeumonía que dura un mes, llegando a un estado de intensa anemia que fuera tratado clínicamente. Como tratamiento de su afección de la columna se lo coloca en un lecho de yeso en el cual estuvo casi cinco meses, llegando a una buena consolidación ósea, según los médicos tratantes. A raíz de un cuadro de anuria que se

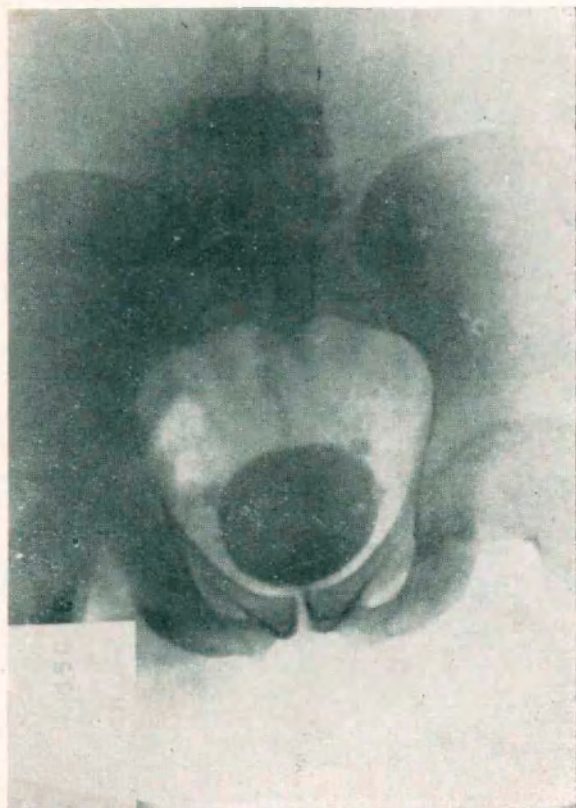
prolongó casi 48 horas seguido de una intensa poliuria que se mantuvo durante una semana, y como persistieran fenómenos de retención y orinas turbias se lo remite al Servicio de la sala VI del hospital Alvear, en donde se constata el siguiente:

Estado actual. — Estado orgánico general: buen estado de nutrición. 81 kilogramos de peso, no hay edemas, pupilas y reflejos normales, hipereflexia de



Radiografía N° 3

Uroselectán a los 45'. Se observa la dilatación de las vías excretoras izquierdas y uréter. Se observa un lleno de la cavidad vesical, cuya opacidad demuestra una buena eliminación de sustancia opaca.



Radiografía N° 4

Cistografía en posición de frente. Imagen vesical de aspecto normal; tres pequeños divertículos.

ambos miembros inferiores, afebril, pulso regular, de buena tensión. 80 por minuto, P. A. al V. L. P. Mx. 15, P. Mn. $7\frac{1}{2}$; abdomen, globuloso por abundante panículo adiposo, riñones no se palpan. No hay puntos dolorosos renales ni uretrales, la puño-percusión es negativa de ambos lados; la presión sobre los primeros cuerpos vertebrales lumbares provoca dolor, imprimiendo movimientos al cuerpo que ponen en juego la flexibilidad de la columna lumbar demuestra una rigidez de la misma.

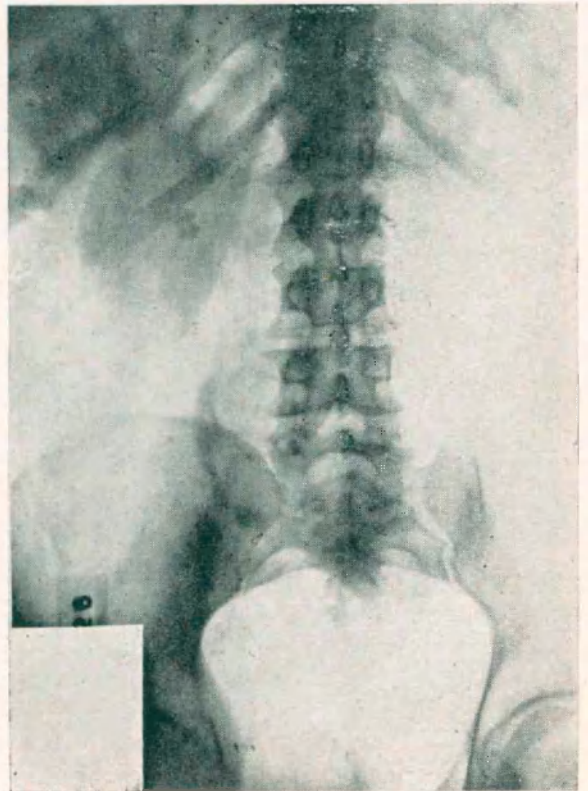
Uretra: Meato normal, sin secreción. calibre N° 22. La exploración revela irregularidades al nivel del ángulo peno-escrotal. Orinas globales ligeramente turbias en todos los vasos.

Vejiga: No se constata retención. Capacidad 200 c. c. Sensibilidad a la distensión conservada.

Próstata: Al tacto rectal. caracteres normales.



Radiografía N° 5
Uretrocistorradiografía en posición lateral. Nada de particular.



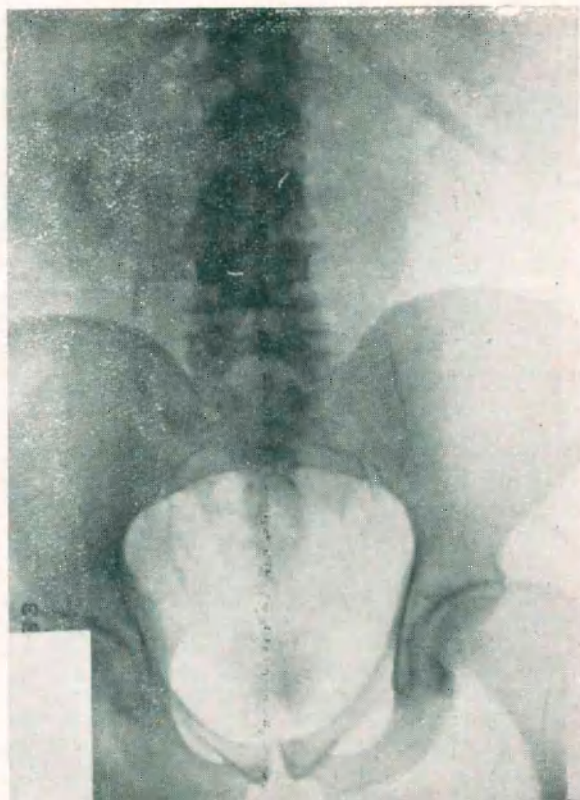
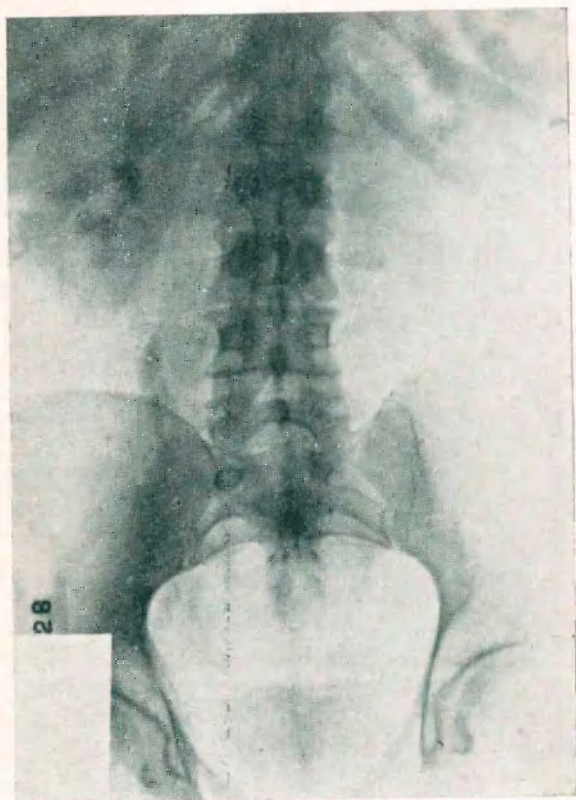
Radiografía N° 6
Pielografía descendente a los 5'. Un mes después de su internación en el servicio. Iguales caracteres que los descritos en la anterior urografía.

Cistoscopia: Con 200 c. c. de líquido, el medio aclara rápidamente. Mucosa pálida, casi sin brillo; vasos bien dibujados. Algunas celdas y columnas (mucosa vesical de aspecto paralítico). Los orificios ureterales se hallan situados ambos en sus zonas correspondientes, hallándose algo entreabiertos pero de aspectos normales, cuello sin particularidades.

Estudio radiológico. — La cistorradiografía con yoduro de sodio al 10 % en posición de frente y de perfil, con vejiga en activo sólo permite observar dos pequeñas manchas de reflujó a nivel de ambas extremidades ureterales; el contorno y aspecto vesical son normales.

Radiografía simple: Difícilmente se alcanzan a observar ambas imágenes renales, percibiéndose los contornos algo más netos del lado derecho. No se observa ninguna sombra anormal sobreagregada.

La urografía de excreción muestra a los 5' una eliminación del riñón derecho, haciendo aparecer la imagen renal derecha de contornos netos con el as-



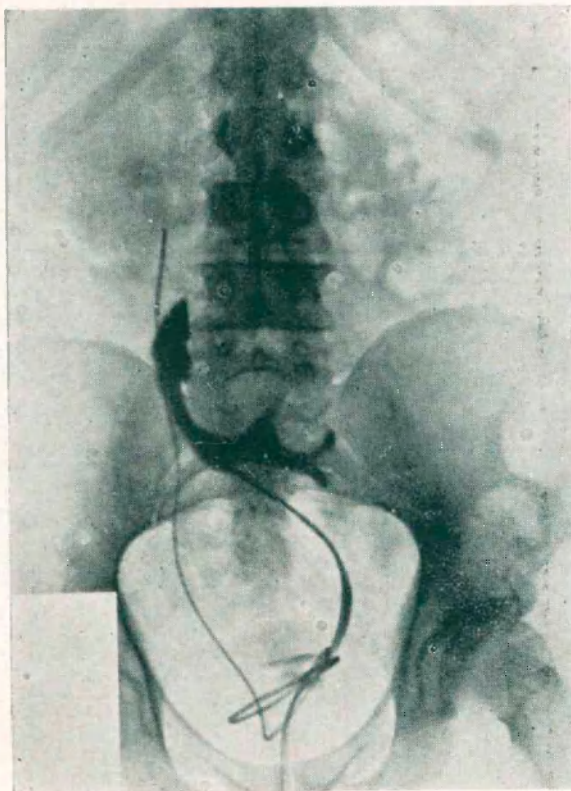
Radiografía N° 7
Pielografía descendente a los 15'. Dilatación de las vías excretoras del riñón derecho.

Radiografía N° 8
Pielografía descendente a los 45'.

pecto de un riñón agrandado y en su interior una serie de cavidades caliciales en donde comienza la eliminación, por debajo se percibe el uréter que dibuja un arco de concavidad superior. Del lado izquierdo no se observa absolutamente ninguna sombra de imagen renal. A los 20' el riñón derecho aparece bien evidente, agrandado, con pélvis y cálices dilatados, por debajo se observa la misma sombra al parecer correspondiente al uréter con los caracteres anteriormente descritos, percibiéndose algunas irregularidades en sus bordes. A los 45' se observa una marcada dilatación de las vías excretoras izquierdas y uréter, el lleno de la cavidad vesical se hace en buenas condiciones, demostrando su opacidad una buena eliminación de sustancia opaca.

Al mes de internado en el Servicio y como su polaquiuria fuera mejorando paulatinamente tolerando hasta 2 ó 3 horas de micción en posición de pie, se decide un nuevo estudio de pielografía excretoria que arroja idénticos caracteres que los constatados en la anterior oportunidad.

Con el objeto de aclarar la falta de imagen renal de lado izquierdo se efec-

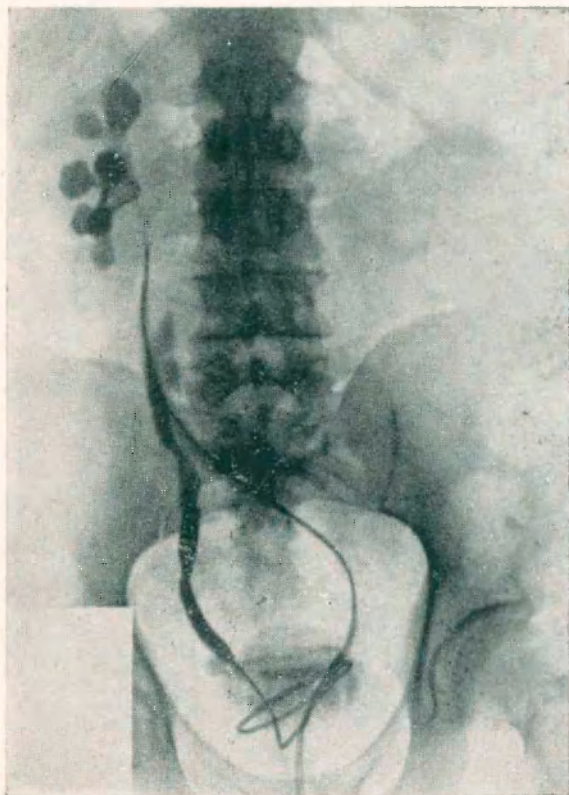


Radiografía N° 9

Pielografía ascendente. Se observa el catéter uretral izquierdo a los 3 ó 4 centímetros de su desembocadura en el uréter izquierdo, que éste cambia de rumbo, dirigiéndose hacia el lado derecho. Observándose una pelvis alargada, aplanada, describiendo un arco de concavidad que mira hacia arriba, teniendo dos porciones, una superior vertical y una rama inferior horizontal, proyectada en la concavidad del saco; sombra interpretada anteriormente como un uréter dilatado y flexuoso de riñón derecho.

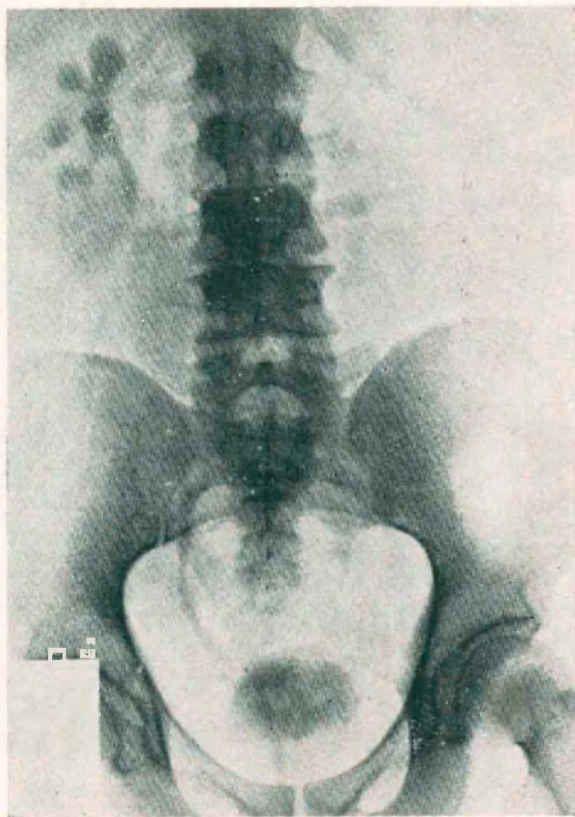
túa un examen de orinas por separado, el cual conduce a resultados perfectamente normales. Aprovechando el cateterismo se decide una pielografía ascendente por separado, inyectando primeramente el del lado izquierdo, observándose que el catéter ureteral izquierdo a los 3 o 4 cm. de su desembocadura en vejiga cambia de rumbo dirigiéndose hacia el lado derecho, percibiéndose una pelvis alargada,

aplanada, describiendo un arco de concavidad que mira hacia arriba, teniendo dos porciones una superior vertical y una rama inferior horizontal proyectada en la concavidad del sacro; sombra interpretada anteriormente como un uréter dilatado y flexuoso de riñón derecho. La inyección de riñón derecho permite observar una pelvis y cálices dilatados de caracteres ya observados en la pielografía excretora.



Radiografía N° 10

La inyección de riñón derecho permite observar una pelvis y cálices dilatados, de caracteres ya observados en la pielografía excretora.



Radiografía N° 11

Persiste parte del relleno en ambas pelvis.

CONCLUSIONES

Queremos hacer resaltar la importancia de la pielografía ascendente, en los casos de imágenes dudosas sostenidas con la urografía excretora.

La importancia del estudio radiológico, en este caso, bajo el punto de vista médico-legal, por que antes del hallazgo de la anomalía no podíamos explicar bien la falta de eliminación del lado izquierdo, y que acción habría tenido el traumatismo.

Además el hallazgo de la anomalía que hoy agregamos a nuestra casuística.

Por los Doctores
ISIDORO GALVEZ y
F. OSCAR GARATE

DILATACION URETERAL. CONSIDERACIONES SOBRE DOS CASOS

EL concepto patológico de "sistema" que enunciara entre nosotros el Prof. Lichtenberg, haciendo de todo el sistema excretor de la orina una sola entidad patológica con repercusión indudable sobre la parte secretora, encuentra todos los días su comprobación clínica, y hoy es una verdad demostrada que un simple meato puntiforme, al acarrear constantemente dificultad para la libre emisión de la orina, puede ocasionar los más graves trastornos de todo el árbol urinario, con peligro del funcionamiento de la glándula renal y consecutivamente, de su función depuradora. La uretra, la vejiga, el uréter, luchan contra el obstáculo puesto a su funcionamiento, respondiendo según las leyes de patología general con una hipertrofia de su parte activa, muscular, hasta que vencida esa resistencia, perdido su tonismo, se deja dilatar hasta llegar a extremos que muchas veces, cuesta trabajo concebir. Llegado a este punto, si una causa intercurrente no lo acelera, interviene el factor temido de la infección, que complica y agrava la dilatación, dando lugar a cuadros de una extrema severidad.

Los dos casos que pasamos a narrar suscintamente son ejemplos estilizados de lo que acabamos de enunciar.

Nº 1. — D. B., de 27 años. soltera, argentina.

Es vista por nosotros el día 14 de diciembre de 1935, con la sintomatología de una cistitis rebelde, que la viene aquejando desde hace más de 2 años. Refiere la enferma que sus molestias de disuria, polaquiuria y ardores durante la micción se han ido intensificando últimamente al punto de hacerle imposible la vida, pues debe orinar cada quince o veinte minutos, con "gran esfuerzo miccional" para emitir en ocasiones escasas gotas de orina, o, cuando más, algún pequeño chorrillo de ella. Acompaña al cuadro una intensa sed, cefaleas, inapetencia completa y sensación indefinida de malestar general.

Profundizando en la anamnesis, nos manifiesta que sus molestias se han agudizado durante los últimos años, pero que en general tienen una data mucho más anterior, recordando que "siempre ha tenido dificultad para orinar" haciéndose este acto en ocasiones, un verdadero suplicio. Lo que la lleva al médico es su cistitis, que lógicamente no mejora con los tratamientos instituidos por espacio de un año.

Nada de particular en sus ascendientes y colaterales que son sanos y fuertes.



Figura N° 1
Cistografía con Umbrathor
(Se ha evacuado el líquido de contraste de la vejiga inyectando aire).

Ella no recuerda enfermedades infecciosas durante la infancia, dato sobre el cual insistimos especialmente.

Estado actual. — Mujer joven, bien constituida, en discreto estado de conservación general. Llama la atención la intensa palidez de su piel y mucosas. Lengua seca, saburral. Ligerio edema palpebral. Eczema de cara interna de muslo y pared anterior de abdomen.

Riñones, no se palpan, pero las maniobras son dolorosas. En cambio, duele francamente la región hipogástrica, despertando vehementes deseos de orinar así como ambas fosas ilíacas.

Al examinar la región vulvar, llama la atención los grandes labios ligeramente edematosos, rojizos. Himen conservado. No se encuentra el orificio uretral, hallándose en cambio una formación papilar, que impresiona como un pólipo, pero que un examen más detallado nos muestra cómo un gran ectropión de la mucosa uretral, del tamaño no menor de un poroto grande. Como no encontramos el orificio uretral, hacemos resección de la tumoración con gálvano-



Figura N° 2
Pielografía directa
(No se visualizan las pelvis a pesar
de la inyección de 50 c. c. en cada
una).

cauterio, y, despejada la zona intentamos con todo optimismo pasar una sonda Nélaton N° 16 y luego varias béquille de numeración cada vez menor, consiguiendo pasar con dificultad una filiforme. La estrechez principal se encuentra a un centímetro más o menos del meato.

Las orinas de la enferma son grandemente piúricas, sin olor fétido. Su análisis nos reveló 0.40 grs. de albúmina, pus y sangre. Bacteriológicamente, ausencia de gonococos, ausencia de bacilos de Koch, observándose únicamente gran cantidad de estreptococos. La repetición de este examen nos dió siempre el mismo resultado.

Hecho el diagnóstico de estrechez uretral como primera faz de su afección, instituímos el tratamiento adecuado, pudiendo llegar a colocar una sonda de Pezzer N° 16, que dejamos a permanencia. Tres días después, el estado de la enferma comienza a cambiar notablemente, confesándonos que hacía años que no dormía en esa forma.

Al alcanzar un calibre suficiente para una cistoscopia, practicamos ésta que nos muestra: paredes congestivas, rojizas, cubiertas en su bajo fondo de mucosidades adherentes; gran cantidad de columnas limitando celdas de distintos tama-

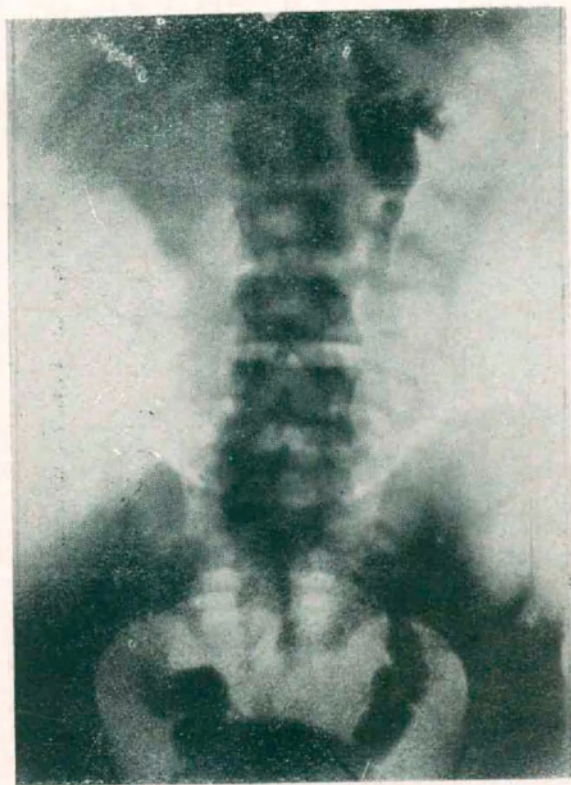


Figura N° 3
Pielografía directa
(2½ después).

ños: cuello congestionado, movilidad disminuída. Orificios ureterales "amplios los dos, no observándose eyaculaciones, a pesar de que el medio vesical se enturbia con facilidad.

Una cistografía (Fig. 1), con Umbrathor, nos muestra un franco reflujo vésico urétero-renal con relleno de la pelvis, así como una enorme dilatación de los uréteres. Una pielografía directa (Fig. 2), doble, nos confirma esto, con la particularidad de que a pesar de haber inyectado 80 c. c. no conseguimos relleno de la pelvis.

Desde el punto de vista del estado funcional de sus riñones, es una urémica crónica, oscilando la cantidad de urea entre 1.45 grs. ‰ y 1.30 grs. ‰, con una

reserva alcalina de 43.8 y un dosaje de cloro de 3.79 (plasmático) y 1.73 (globular). Relación 0.456.

El funcionamiento separado de ambos riñones, acusa cifras bajas para las concentraciones y semejantes: Derecho: Urea 5.04; cloruros 3.95; albúmina 0.25 grs. ‰. Izquierdo: Urea 3.16; cloruros 3.90; albúmina 0.10 grs. ‰.

¿Qué conducta terapéutica seguir ante ésta enferma? Fuera de la antiseptia urinaria y la desinfección local, alta y baja, pensamos que poco tendríamos que hacer. Y optamos por la más sencilla. Sonda permanente uretral. La enferma, evoluciona favorablemente, mejorando su estado general y clarificando bastante sus orinas, sin llegar nunca a ser limpias.

Pero se nos presentaba el problema de la sonda permanente, en una mujer joven con las molestias que acarrea ella. Sin embargo, la enferma se adapta a ella, negándose a que se le quite, en las dos o tres veces en que, sin mucho entusiasmo, se lo propusimos.

En junio de 1938, dos años y medio después, volvemos a realizar una pielografía doble (fig. 3) que nos muestra un cuadro semejante al descripto. La azotemia ha descendido hasta 0.77 grs. ‰, tolerando la enferma perfectamente su sonda y no sintiendo prácticamente ninguna molestia de sus vías urinarias.

Caso 2° — A. F. A. de 53 años, española, casada; sin antecedentes personales ni hereditarios de importancia.

Refiere que hace 8 años a raíz de un cuadro renal agudo, del lado izquierdo (uréteropionefrosis?), se le practica una nefrectomía con extirpación del uréter. Es dada de alta en perfectas condiciones y con sus orinas limpias.

Desde hace dos meses, aparecen dolores lumbares derechos que se van acentuando paulatinamente, así como temperaturas de 38° a 39°, orinas turbias. Acompaña este cuadro, trastornos de orden vesical —disuria, polaquiuria— que se agudizan notablemente hasta producir incontinencia de orina.

El riñón derecho no se palpa, pues se nota resistencia muscular lumbar, ocasionando el examen dolor sordo y profundo.

Se realizan curas locales y desinfección parenteral, que llegan a calmar la cistitis, permitiéndonos realizar una cistoscopia.

Al practicar ésta, nos llama la atención el obstáculo del cuello vesical acusado por su disminución de calibre y falta de elasticidad, así como por la posición del cistoscopio, lo que nos orienta hacia el diagnóstico de estrechez del cuello vesical. La vejiga se deja distender rápidamente, aclarándose el medio con facilidad. Encontrando la pared con las características típicas de la hipertrofia muscular, columnas y celdas acentuadas. Aparece en la zona de su uréter derecho un

orificio amplio, que impresionaba como la entrada de un gran divertículo, pero, al no encontrar el meato ureteral, se sospecha que pudiese estar oculto en él, lo que confirmamos con una sonda ureteral.

No obstante, para despistar un divertículo vesical, compañero casi obligado de las estrecheces del cuello, practicamos una cistografía con Umbrathor (Figuras 4 y 5). La vejiga toleró 400 c. c. de líquido de contraste y observamos con sorpresa que rellena todo el árbol urinario superior, poniendo en evidencia una

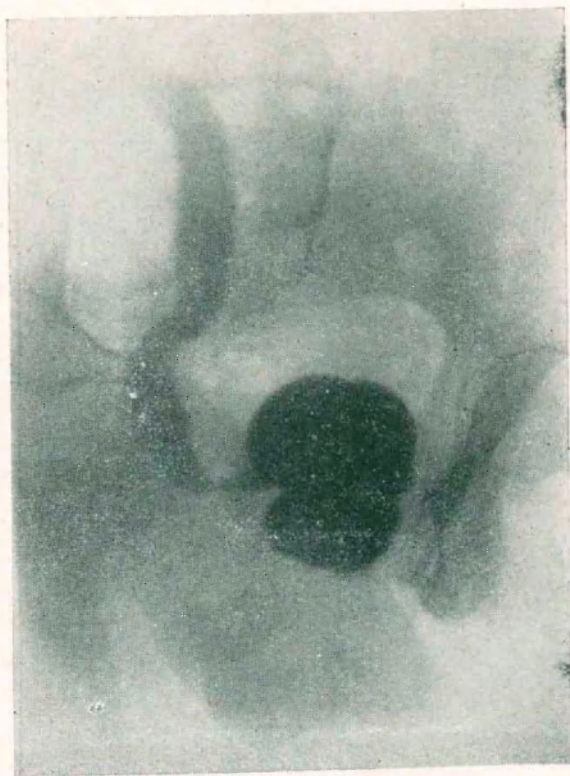


Figura N° 4
Caso II. — Cistografía.

enorme dilatación pieloureteral. El uréter es irregular, retorcido sobre sí mismo a nivel de su tercio superior, haciéndose en el riñón la dilatación mucho más acentuada a expensas de la cavidad piélica que de los cálices, que no obstante la dilatación, conservan un esbozo de forma anatómica.

La enferma es tratada con desinfección urinaria (sulfanilamida), que limpia bastante sus orinas, siendo dada de alta.

Si en el primer caso nos concretamos a interpretar la sucesión de los procesos ocurridos, y recordamos que un obstáculo tal como una fimosis muy cerrada, como los casos citados entre otros por Urofino y el mortal de Frédet, tras dilatación, infección y uremia,

no obstante, al analizarlos con mayor detención, se nos presentan una serie de problemas.

1°—El origen de la estrechez uretral. Sabemos que en la mujer estas lesiones obedecen a una serie de factores de los cuales los más frecuentes son los procesos infecciosos, en particular la blenorragia, y lesiones traumáticas bien producidas durante el parto o durante el coito. (Von der Becke).

No existiendo estas causas en nuestra enferma, y descartando también como origen, aunque menos frecuente, las infecciones producidas durante la infancia, que los familiares de la enferma descartan, nos inclinamos ante la idea de que se tratara de una estrechez congénita. Y si discutimos seriamente ese diagnóstico y dimos largo rodeo para llegar a él, fué en razón de la rareza grande de esa afección, pues ya sabemos que al presentarse, por alteraciones embriológicas del tractus urogenital, lo hace muchas veces acompañada de otras lesiones congénitas concomitantes — imperforación del ano, imperforación del meato uretral, lesiones genitales o de la columna sacra — que pueden hacer imposible la sobrevivencia del enfermo o provocar su muerte precoz ya por accidentes infecciosos o tóxicos.

Otras veces las malformaciones son más moderadas. Lógicamente un examen ginecológico completo de la enferma, quizás nos hubiese demostrado la existencia de algunas de ellas, ya sea un útero bicorne, una ausencia de trompas, etc.; como también la presencia de lesiones en la columna vertebral, del tipo de la espina bífida.

En ausencia de estos datos de certeza, recurrimos para sentar nuestro diagnóstico a los que podía proporcionarnos la lógica. La anamnesis detallada de la enferma que nos habla con toda claridad de la precocidad de la aparición de sus trastornos, recordándolos desde niña, y como las molestias, además, han ido siempre en aumento, hasta transformarse en una tortura moral y física. El sitio de la lesión ocupando el meato y escasos milímetros por detrás de él, así como el ectropión de la mucosa uretral, nos han parecido, todos reunidos, elementos dignos de tener en cuenta para sentar el diagnóstico de congenitalidad.

No obstante lo cual, no nos hemos atrevido a rotular nuestro trabajo como estrechez congénita de la uretra, agradeciendo desde

ya el criterio de nuestros distinguidos consocios, bien para rectificar o ratificar nuestro diagnóstico.

Un segundo problema nos hemos planteado: ¿coexiste congénitamente, la dilatación de sus vías de excreción superiores, o es una consecuencia de la estenosis uretral?

El examen semiológico puede orientarnos. Hemos observado como la vejiga, ha luchado contra la barrera uretral, hipertrofiando su capa muscular, delimitando celdas con sus gruesas columnas, hemos visto también como las válvulas ureterales han sido vencidas, seguramente por la distensión vesical y la retención crónica de la orina.

Farman, publica recientemente una observación, en la cual una válvula uretral casi infranqueable, provoca una enorme dilatación de vejiga, uréteres y pelvis renal, y atribuye, sin discusión, las lesiones altas al obstáculo uretral. Y si bien es cierto que es un concepto ya sentado que cualquier obstáculo a la libre emisión de la orina, de la naturaleza que sea, es capaz de provocar por fenómenos mecánicos, al cual se agrega casi siempre el factor infeccioso como coadyuvante para producir la dilatación, en ocasiones enorme, también es lógico pensar que puede contribuir a ello la existencia de lo que Wilboldz llama atonías congénitas o debilidad congénita de la musculatura del uréter.

Por eso creemos, tratándose de lesiones congénitas, que la patogenia es algo más complicada de dilucidar, estando quizás la verdad en que, para la producción de estas grandes dilataciones contribuyan los tres factores enunciados: la estrechez, la infección y la predisposición congénita.

Análogas consideraciones creemos, merece el segundo caso, salvo la situación de la estrechez un escalón más alto —cuello de la vejiga— y el hecho de que, según los conceptos de Murray, pueda haber contribuido a la dilatación exagerada, los cambios que las modificaciones de foliculina en algunas enfermas, sea capaz de imprimir a la musculatura ureteral, facilitando las ectasias del aparato excretor de la orina.

Poco diremos del tratamiento. Lesiones desapercibidas muchas veces hasta que un cuadro infeccioso de la voz de alarma, hemos de cuidar el libre drene de la orina y su desinfección —lavados vesicales, sonda ureteral permanente, lavados urétero-pélvicos— hasta que

un accidente serio nos obligue a una intervención mayor, que puede ser, como en el segundo caso, una nefrectomía.

Recalcaremos únicamente, que en la primer enferma, la sonda uretral permanente, como único tratamiento, fué capaz de modificar fundamentalmente el cuadro, tanto infeccioso como tóxico, con la consiguiente repercusión para el estado general.

BIBLIOGRAFIA (Citas en el texto únicamente)

- 1º *Von Lichtenberg*: "Importancia conceptual de la patología del sistema en Clínica Urológica". Conferencias. Buenos Aires, 1935.
- 2º *Urofino*: "Insuffisance Rénale par phimosis". Journal d'Urologie. Tomo 27. página 306.
- 3º *Frédet*: "Accidents urémiques mortels déterminés par un phimosis serré". Journal d'Urologie. Tomo 28. página 30.
- 4º *Farman*: "Clinical course of congenital Bladder neck obstruction". (The Urologic and cutaneous Review). Julio 1938, página 498.
- 5º *Von der Becke*: "La estrechez uretral en la mujer". Revista Argentina de Urología. Año V, página 113.
- 6º *Murray*.