

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

Por el Doctor  
FRANCISCO E. GRIMALDI

## CIRUGIA CONSERVADORA EN RIÑÓN EN HERRADURA

VAMOS a comentar el caso de la enferma C. A., española, de 33 años, cuya historia clínica sintetizamos:  
Sus antecedentes carecen de importancia.

La *enfermedad actual* comienza hace 7 años con cólicos renales típicos del lado izquierdo con propagación hacia el ombligo e ingle, después de los cuales las orinas permanecen turbias; esa turbiedad alterna con algunos episodios de hematuria de tipo total. No se registran trastornos vesicales.

A causa de estos malestares ingresa a un Servicio de Vías Urinarias donde se le interviene practicándosele una lumbotomía izquierda. A los familiares se les comunica que en el acto quirúrgico ha sido hallada una tuberculosis renal inoperable.

Después de esta intervención continúa en la misma forma pero ya con crisis dolorosas que se repiten con mayor frecuencia, por lo que el Dr. Enrique Lynch la envía a nuestro Servicio para su estudio.

Se levanta el siguiente *estado actual*: Buen estado general. Apirética. Se queja de dolores lumbares del lado izquierdo casi continuos, con propagación hacia abajo y a la línea media por debajo del ombligo; no calman con el reposo y se exacerban con el decúbito dorsal en extensión.

Orinas ligeramente turbias con olor a coli; ligera disuria inicial y termina.

*Riñones*: En el flanco izquierdo se palpa riñón muy descendido, pareciendo continuarse en la línea media con el del lado opuesto. En la región infra-umbilical existe una sensibilidad muy exquisita.

Una radiografía simple muestra una sombra calculosa instalada probablemente en una pelvis correspondiente a un riñón en herradura.

La urografía excretoria ratifica en forma absoluta el diagnóstico.

La enferma ingresa al Servicio el 29 de marzo de 1937.

Su azotemia 041 por mil. La F. S. T. aparece a los 4' y elimina en una hora el 40 %. (15 días más tarde la eliminación fué de 45 %).

*Cistoscopia*: Capacidad 120 c. c. Gran congestión de la mucosa en su totalidad.

*Meatos*: Derecho, pequeño, con eyaculaciones claras. Izquierdo, ligeramente entreabierto con eyaculaciones ligeramente turbias.

*Indigo-carmin*: D. a los 4'; I. a los 10'.

*Primera intervención quirúrgica*: 24-IV-37. Op. Dr. Grimaldi. Ayudantes, doctores Mackintosh y Rubí.

Resección de la cicatriz anterior. Decorticación renal muy difícil por las

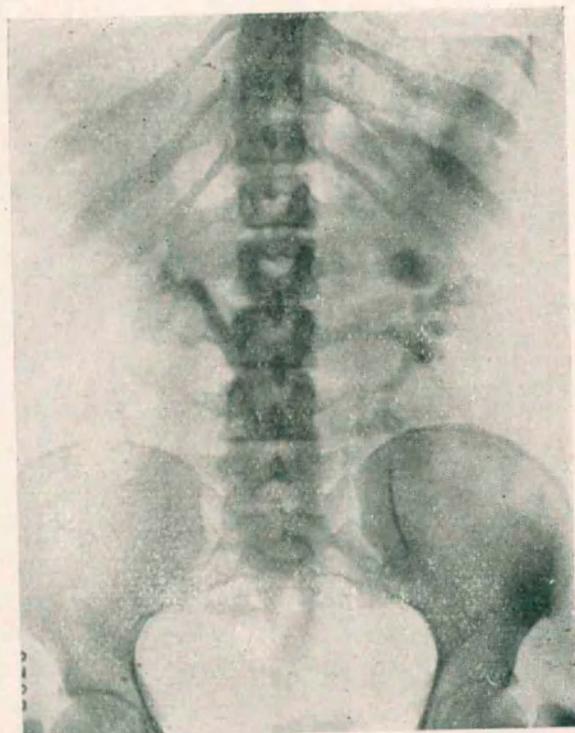
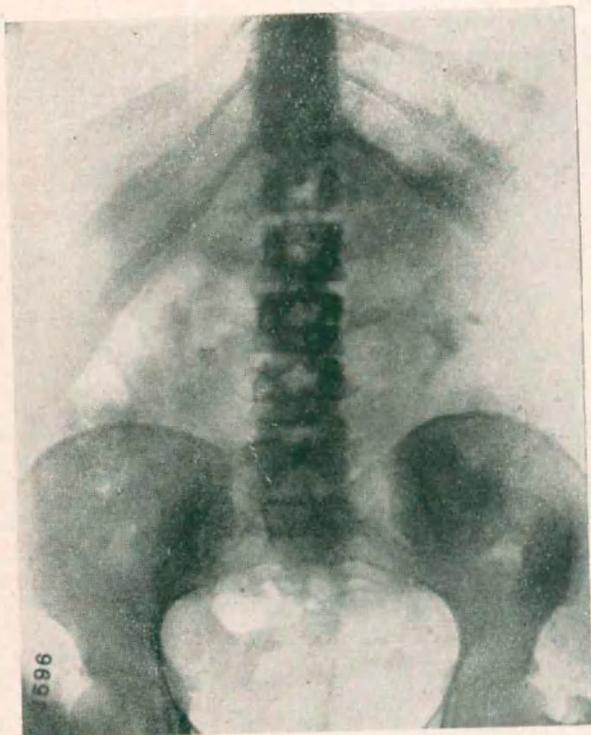


Figura N° 1  
*Radiografía simple.* — Se ven los cálculos de pelvis y cáliz medio.

Figura N° 2  
*Urografía excretoria.* — Confirma el diagnóstico de riñón en herradura a concavidad superior.

adherencias. Se descubre la cara anterior de la pelvis renal en la que se practica una incisión longitudinal por la cual se extraen los cálculos. Sutura de la pelvis con catgut dejándose un drenaje intrapiélico (sonda Pezzer). Sutura de los planos musculares, piel, etc.

Se hacen lavados de la pelvis por 2 semanas al cabo de las cuales se retira la sonda.

El 8-VII-37 es dada de alta.

Reingresa a los 4 meses por haber aparecido otro episodio doloroso. Una nueva radiografía simple permite ver dos nuevas sombras calculosas.

Segunda intervención: 14-XII-37. Op. Dr. Grimaldi. Ays. Dres. Mackintosh y Rubi.

Resección de la cicatriz. La decorticación renal es muchísimo más laboriosa que en la intervención anterior. El proceso peripiélico y periureteral es tan intenso que hace penosa la búsqueda de un plano de clivaje. En una de las incisiones tendientes a esa finalidad se cae sobre el uréter, al que se le hace una sección longitudinal (ligeramente oblicua de afuera adentro) de unos 6 centímetros. No obstante, ello se aprovecha para entrar en la pelvis muy vecina y

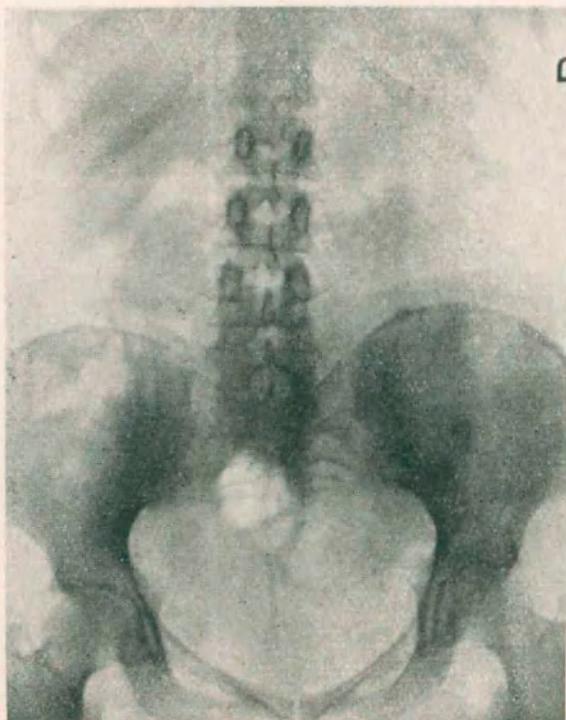


Figura N° 3  
*Radiografía simple.* — Se observan sobre la cresta iliaca izquierda dos sombras calcúlosas.

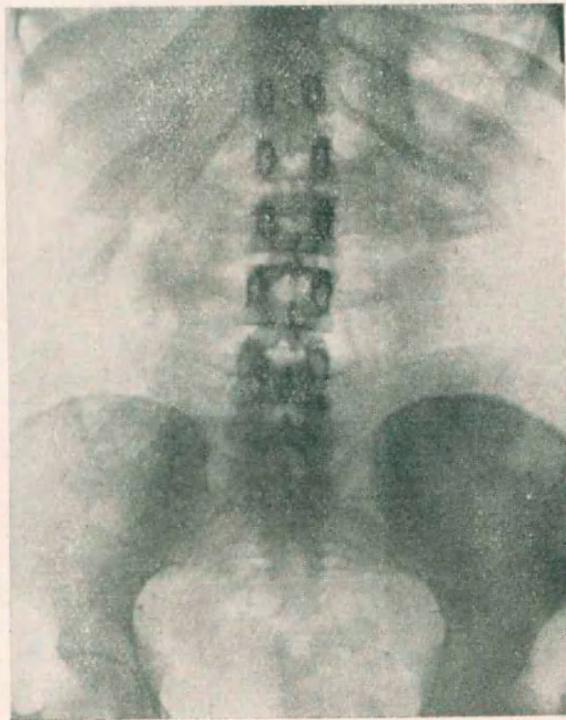


Figura N° 4  
*Radiografía simple.* — Ausencia de sombras, litiasis (después de la 2ª intervención).

extraer los cálculos. A continuación se coloca una sonda ureteral y sobre ella se sutura el uréter con catgut.

El postoperatorio fué normal. Se retira la sonda al 5º día.

Un cateterismo realizado a las 3 semanas permite comprobar la permeabilidad del conducto.

Una cromocistoscopia practicada a los 2 meses de la intervención, muestra que el índigo-carmín, que aparece a los 7' del lado izquierdo, no lo hace en el derecho en los 17' que dura la observación.

Actualmente, la eliminación del colorante se hace a los 3' del lado izquierdo y a los 8' del lado derecho. Una urografía de excreción confirma el funcionamiento de las dos zonas renales. (Han transcurrido 7 meses de la intervención).

#### COMENTARIOS

Creemos que puede justificarse esta presentación a nuestra sociedad por varios motivos:

1° — Por tratarse de un riñón en herradura a concavidad inferior, anomalía renal digna de ser anotada.

2° — Por ser la anomalía asiento de la afección más comúnmente registrada en ella, la litiasis (32 casos en 118 de Rathbun).

3° — Por haberse comprobado una recidiva que nos animamos a calificar de falsa.

Ello nos permite abogar una vez más por la necesidad de la práctica sistemática de la radiografía en el acto quirúrgico. Sólo así conseguiremos evitar estas pseudorecidivas.

4° — Por el accidente operatorio que pudo ser remediado con una intervención conservadora a pesar de tratarse de un terreno poco apto dada las 2 intervenciones anteriores sufridas por la enferma.

5° — Por la restitución funcional lenta en aparecer pero evidente e importante, a los 7 meses de la intervención.