

Por los Doctores

J. GORODNER y
JULIO DANTE

PEQUEÑA HIDRONEFROSIS MUY DOLOROSA POR VASO ANORMAL. DIAGNOSTICO CLINICO RADIOGRAFICO. CONFIRMACION OPERATORIA

LA hidronefrosis es una alteración producida por un obstáculo a la libre salida de la orina de los riñones.

Esta obstrucción puede hallarse localizada en cualquier punto entre la pelvis renal y el meato urinato externo. La obstrucción en la vejiga o por debajo de ella produce hidronefrosis doble; por encima ésta será unilateral.

Las causas más comunes son en general: 1º Cuerpos extraños en la luz del uréter. 2º Alteraciones patológicas en las paredes del uréter. 3º Presión sobre el uréter desde el exterior. 4º Desarrollo anómalo del sistema vascular en el órgano enfermo.

En este último tipo se hallan los producidos directa o indirectamente por un vaso anormal. Aquí la obstrucción se produce en la unión pielouretral o en sus cercanías próximas.

En el pasado muchos de estos casos se resolvían por el sacrificio del riñón. En la actualidad, el conocimiento de la etiología permite una terapéutica quirúrgica adecuada que salva muchos riñones, como lo prueban los casos publicados estos últimos años.

Las obstrucciones en el uréter inferior pueden ser a menudo mejoradas por maniobras intraureterales, pero las obstrucciones situadas a nivel del empalme pielouretral requieren siempre la intervención cruenta.

Sabemos que tres teorías han tratado de explicar la patogenia de las hidronefrosis en general: la teoría mecánica, la congénita y la dinámica.

La segunda y tercera teorías pueden hacerse valer en muchos casos, pero en aquellos en que se encuentra un vaso anormal que comprime bien aparentemente el uréter, se trata de un obstáculo me-

cánico bien claro y como dice Marión: "no hay que complicar las cosas simples, pues un obstáculo es un obstáculo y no hay necesidad de recurrir a argumentaciones complicadas para explicar su acción.

El hecho de que a pesar de ser congénito el vaso anormal, las alteraciones comiencen después de ciertos años, puede explicarse perfectamente por varias circunstancias. En efecto, una arteria anormal, por compresión del uréter puede producir a la manera de una ligadura floja, una disminución del calibre ureteral. Sin ser una obstrucción completa, acarrea asimismo una dificultad constante al libre pasaje de la orina. Esta disminución puede verse bien sobre una pielografía, en forma de una escotadura. El músculo piélico va a ser pues obligado a trabajar más, y así se concibe que los trastornos motores no son la causa primordial de la hidronefrosis, sino que por el contrario, al principio están destinados a luchar contra la verdadera causa, o sea el obstáculo al curso de la orina.

Como lo había entrevisto ya Bazy, si la orina no progresa en el uréter más que a causa de la gravedad, el menor obstáculo traería rápidamente la retención; pero la orina avanza por la acción de contracciones peristálticas que contorneando el obstáculo, hacen abrir la luz del uréter obstruido por la acodadura. Esta compensación explica que la hidronefrosis no se manifiesta sino al cabo de cierto tiempo, el necesario para que esta lucha constante que puede aumentar en ciertas ocasiones si el obstáculo mecánico también aumenta, fatigue el músculo piélico. Se producirá hipoquinesia y distensión por el mismo mecanismo productor de la distensión y la asistolia de un corazón que presenta estenosis orificiales.

Las causas que producen las crisis dolorosas son aquellas que hacen aumentar el trabajo de eliminación del músculo piélico, p. ej.: poliuria pasajera, aumento de la tensión del obstáculo cuando por adelgazamiento grande del enfermo se produce descenso del riñón (nuestro caso), quedando fijo el pedículo vascular con el vaso anormal, acodándose más el uréter, con lo que aumenta el obstáculo.

Antiguamente el hallazgo de un vaso aberrante en una hidronefrosis simple o complicada se consideraba mera coincidencia, pero luego comenzó a dársele el valor exacto y es así que en Enero del año 1936, en la Sociedad Francesa de Urología, Marion llamó la atención sobre el hecho de que se extirparan numerosas hidronefrosis por desconocerse su etiología y el diagnóstico preoperatorio,

siendo que en muchos casos era fácilmente diagnosticable la presencia de un vaso anormal causante de la enfermedad y poder producir su eliminación, la cura del proceso. Heitz-Boyer, Chevassu, Marsan, Bouchard, André y Fey, de acuerdo a esta manera de pensar, aportaron a la discusión datos muy útiles.

¿Puede diagnosticarse la existencia de un vaso anómalo, verdadero causante de la hidronefrosis? En gran número de casos, sí; en otros, no.

Clínicamente, la existencia de crisis dolorosas muy intensas, largas y reiteradas, con escasa o ninguna alteración de las orinas, y riñón apenas palpable o no palpable, son signos que hacen sospechar la pequeña hidronefrosis por vaso anormal, en su período de comienzo. Si a estos dolores se agregan datos radiográficos especiales, el diagnóstico está hecho.

El procedimiento que nos permitirá este diagnóstico, es la urétero pielografía, tal como lo estudió Marion. Según este autor, en las hidronefrosis por vasos anormales se observa una dilatación piélica más o menos grande, según el tiempo de iniciación de los trastornos; sobre el límite inferior o látero inferior de la pelvis viene a abocar un uréter de calibre absolutamente normal", es decir, de calibre delgado. En las hidronefrosis de *origen congénito* se encuentra la pelvis dispuesta en "infundíbulum" que disminuye poco a poco hacia el uréter dilatado, más o menos acodado y desembocando en la pelvis por una abertura amplia. Por consiguiente se halla en esos casos una verdadera uréterohidronefrosis.

Suele encontrarse en los casos de vaso anómalo, al estudiar atentamente las radiografías, una escotadura más o menos nítida que borra la regularidad del contorno ureteral, hacia el ángulo de la pelvis con el uréter o muy próximo al mismo. Esta escotadura en la sombra de contraste, corresponde al punto de unión entre el uréter y el vaso.

La urografía excretora o de von Lichtenberg, que reproduce el aspecto fisiológico del riñón y de sus cavidades, suele presentar en algunos casos las mismas características encontradas en la urétero pielografía ascendente, pero a pesar de que algunos autores le dan la preferencia, nosotros no somos de igual parecer, y en nuestro caso en que un método nada nos explicó, obtuvimos con el antiguo la clave del diagnóstico.

TRATAMIENTO

Decíamos que antes, muchos de estos riñones se extirpaban; más adelante una reacción saludable se operó contra esta manera de pensar y actuar, y, aún bolsas grandes y supuradas, fueron objeto por Marion y su discípulo Bouchard, de un tratamiento conservador, con excelentes resultados.

Actualmente se emplean diferentes tipos de intervenciones. Sección y ligadura del vaso anómalo únicamente, como lo sostiene A. B. Cecil para los casos simples. Sección del vaso y fijación alta del riñón aunque aparentemente el órgano no esté descendido, como opina Marion. Sección del vaso y enervación del pedículo.

En los casos con gran dilatación e infectados, se han practicado resecciones parciales de la bolsa, reimplantaciones del uréter en la parte baja de la pelvis, sección longitudinal y sutura transversal de la válvula urétero-piélica. Marion se opone a las resecciones de la pelvis. Prefiere limpiar bien el pedículo y luego drenar la cavidad infectada durante un tiempo prudencial, con lo que ha obtenido buenos resultados funcionales. Si al extraer el drenaje, la fístula persistiera, no habría entonces otro remedio que la nefrectomía.

Sobre todo y queremos hacer notar este hecho, al operar casos de esta índole, debe buscarse sistemáticamente el vaso, que en muchas circunstancias se halla oculto en medio de un magma fibroso que ocupa toda la región e invade el seno renal, de no investigarlo, la simple fijación del riñón o cualquier otro procedimiento, sería de resultados nulos.

Conceptuamos de interés nuestro caso y nos decide a presentarlo, la coincidencia en el mismo de varios factores importantes.

HISTORIA CLINICA

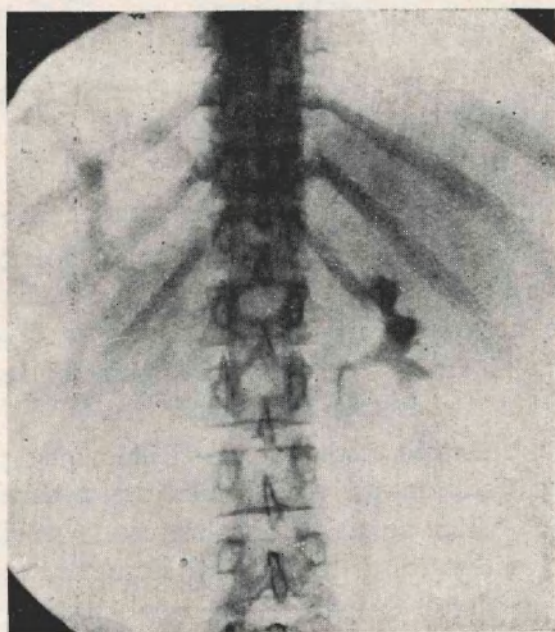
Nº 21. Serie CLXXVII. Año 1939. Servicio del Prof. Maraini. Sala XIII. Hospital Rawson. Cama 52.

Se trata de la Sra. María T. de R., argentina, casada, de 30 años de edad. Ingresó en septiembre 2 de 1939.

Antecedentes hereditarios. — Multimortalidad infantil.

Antecedentes personales. — Coqueluche a los 6 años. Menarquía a los 15, siempre regular. Un hijo sano y otro fallecido al nacer. *Apendicectomía* de urgencia hace 11 años. *Crisis de colecistitis* aguda con ictericia que duró 2 meses, hace 8 años. Ha persistido siempre cierta sensibilidad vesicular.

Enfermedad actual. — Desde hace casi dos años comienza a sufrir crisis dolorosas de tipo renoureteral derechas, acompañadas de vómitos y trastornos vesicales como polaquiuria y ardores miccionales. Estas crisis separadas inicialmente por períodos más o menos prolongados de acalmia, se hacen cada vez más próximas e intensas, de manera tal, que al ser vista por uno de nosotros llevaba 72 días de crisis continua, con exacerbaciones, vómitos, fenómenos estos que no calmaban totalmente ni con los opiáceos ni con los antiespasmódicos. Sobre todo los vómi-



Urétéro-pielografía derecha ascendente: Riñón algo descendido. Los cálices y la pelvis muy ligeramente dilatados, muestran la imagen de una pequeña hidronefrosis sobre todo a expensas del sistema calicial. El uréter es de calibre normal y empalma con la pelvis formando un codo en ángulo recto. En la unión pieloureteral se observa una escotadura, más allá de la cual comienza el ensanchamiento.

tos se han hecho últimamente casi incoercibles. El estado general muy alterado y el adelgazamiento notable. No ha presentado en el curso de su enfermedad, ni hematurias ni expulsión de cálculos o arenillas. Sus orinas a veces turbias y la temperatura de tipo subfebril intermitente. Ha estado internada en varios servicios en los cuales se trató de hacer terapéutica sintomatológica, sin resultado alguno.

Estado actual. — Facies terrosa, adelgazamiento pronunciado. Temperatura 37,6. Estreñimiento y ligero meteorismo. Punto vesicular algo sensible, no palpándose la vesícula.

Aparato circulatorio: Tensión máxima 9. Mínima $5\frac{1}{2}$ al Riva-Rocci. Tonos algo apagados. corazón normal.

Aparato respiratorio: Pequeña tos seca. Ligeros rales congestivos en pulmón izquierdo.

Sistema nervioso: Normal.

Aparato urinario. — Riñones: *Izquierdo*: no se palpa, indoloro. *Derecho*: Se logra palpar el polo inferior muy sensible. Punto costolumbar muy doloroso. *Uréteres*: *Izquierdo*: Puntos indoloros. *Derecho*: Puntos subcostal y paraumbilical dolorosos. *Uretra y vejiga*: Normales.

Exámenes funcionales. — Cromocistoscopia: Riñón izquierdo a los $3\frac{1}{2}$ minutos y riñón derecho a los 4 minutos, eliminan el colorante intensamente y con ritmo normal.

Examen de orinas. — Quimismo normal. Bacteriológico: Células descamativas, glóbulos de pus y enterococos.

Azohemia, 0.38%. Cloruremia: 5.60 grs. ‰.

Tiempo de coagulación: 10'. Tiempo de sangría: 3%.

Examen radiológico. — Radiografías simples del aparato urinario: Nada de particular. Urograma excretorio: A los 5 minutos: Se observan dos riñones de tamaño y situación normales. Pelvis, cálices y uréteres de ambos lados: no se observan dilataciones ni acodaduras. A los 20 minutos: las imágenes son normales. Los uréteres finos y de tonismo normal.

Ureteropielografía derecha ascendente. — Riñón muy poco descendido. Los cálices dilatados muy discretamente, muestran la imagen de una pequeña hidronefrosis. El uréter es de calibre normal y empalma con la pelvis formando un codo o ángulo recto. A 4 milímetros de la unión pieloureteral se observa, en la sombra de contraste del conducto, una *escotadura*, más allá de la cual comienza a ensancharse.

Tratamiento. — Para combatir el estado de desnutrición, se instituye una terapéutica a base de inyecciones de suero glucosado isotónico con insulina y extracto hepático. Se logra mejorar los vómitos con bromuros, citrato de sodio y agua cloroformada.

Operación. — Agosto 10 de 1939: Anestesia general con éter.

Incisión clásica de Guyon. Se llega a la celda renal, encontrándose el órgano muy adherido a la cápsula adiposa por un intenso proceso de perinefritis esclerosa. Se logra liberar el riñón, el cual es algo menor de lo normal, pero de buen aspecto. Se le exterioriza y se continúa liberando el uréter de un magma fibroso que lo rodea (periureteritis). A pesar de liberar bien alto el conducto, no hallamos, de primera intención, el vaso previamente diagnosticado, pero yendo en su búsqueda deliberadamente, lo hallamos bien alto, casi en pleno seno renal. Se trata de una arteriola de $1\frac{1}{2}$ a 2 milímetros de grosor, sobre el cual se acoda el uréter que presenta una depresión a su nivel. Inmediatamente más allá del vaso, el uréter duplica su calibre, continuándose con una pequeña pelvis. Se disecciona proflijamente el vaso y se le secciona entre dos ligaduras. A continuación se limpia bien el seno renal del tejido fibroso, poniendo de manifiesto el pedículo vascular. Sobre la cara anterior de la arteria se encuentran y se aíslan dos gruesos fi-

letes nerviosos que se resecan. Se termina la acción sobre el pedículo fenolizándolo con una solución al 5%. De inmediato se procede a la nefropexia capsular según la técnica de Marion, fijando el órgano por encima de la 11ª costilla. Cierre de todos los planos, dejando drenaje de la celda renal.

Agosto 11: 24 horas después de operada, los vómitos y los dolores han desaparecido. Sólo tiene dolores de la zona operatoria de índole quirúrgico.

Agosto 12: Mejor de sus dolores, se le coloca en ligera posición de Trendelenburg.

Agosto 18: Se extraen los puntos de sutura cutáneos.

Agosto 23: Se retira el drenaje.

Alta. — Septiembre 2 de 1939. Sin dolores, con orinas claras y asépticas.

Vista por última vez, en octubre 20, es decir, a los 70 días de operada, la observación indica que los dolores han desaparecido totalmente. Sus orinas son claras y asépticas y la mejoría de su estado general se refleja en el aumento de 8 kilogramos de peso.

CONCLUSIONES

1º En esta enferma hemos diagnosticado la afección y su etiología, antes del acto quirúrgico. 2º Al no hallar de primera suerte el vaso anómalo, lo hemos ido a investigar deliberadamente hasta hallarlo. De no haber procedido así, la operación hubiera fracasado, y este hecho nos indica que debemos esmerarnos en despistar siempre, un vaso que no demuestre una radiografía característica y que puede hallarse muy alto, en medio de un tejido fibroso. 3º Como el pedículo se hallaba englobado por el tejido inflamatorio, lo hemos liberado bien, y al hallar gruesos filetes nerviosos, los hemos extirpado para evitar una posible causa de dolores. 4º Como el riñón se hallaba ligeramente descendido, seguimos el consejo de Marion de levantar lo más alto posible el órgano aunque el descenso sea pequeño, con lo cual se evitarán posteriores complicaciones.

Creemos haber obrado por consiguiente con toda lógica, y el resultado lo confirma hasta ahora, suprimiendo todas las causas susceptibles de producir en nuestra enferma, la vuelta de sus atroces sufrimientos.