

Servicio de Urología del Hospital
Salaberry, Jefe Dr. A. ASTRALDI

Por los Doctores

A. ASTRALDI, L. M. BREA
y ABEL C. AVOGADRO

ROTACIONES RENALES UNILATERALES CONGENITAS

No hace mucho, uno de nosotros tuvo oportunidad de publicar en la *Revista Argentina de Urología*. (año 1937 N° 9 y 10) un caso de rotación renal incompleta bilateral y congénita, y que constituyó la segunda comunicación que sobre ese tema se publicó en nuestro país.

Ahora dos nuevos casos de anomalía de rotación, aunque no idénticas a la citada, por tratarse de anomalías unilaterales, nos inducen a presentarlas con el sólo objeto de contribuir a enriquecer la casuística nacional sobre este capítulo.

OBSERVACIONES:

N. N., 40 años, argentina, casada. — Hist. N° 254, Hosp. Salaberry.

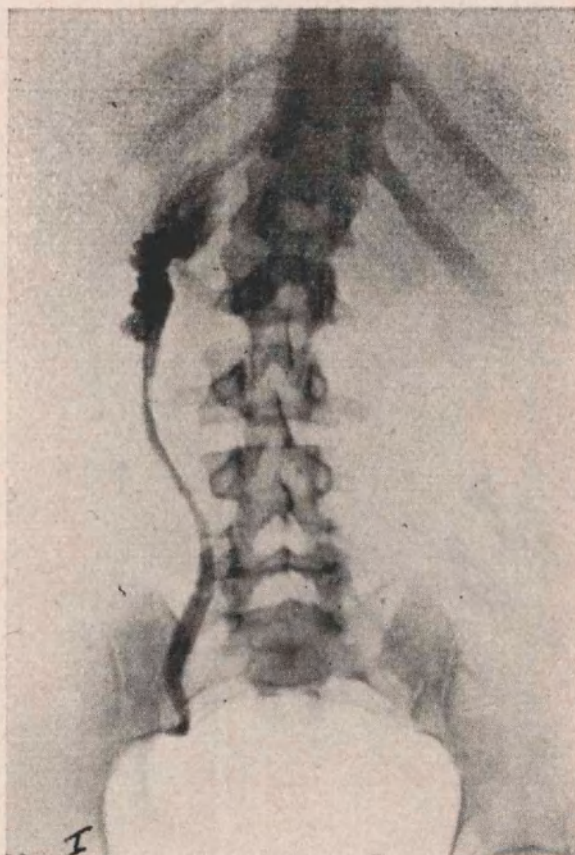
Antecedentes sin importancia. Sólo es digno de recordarse un bocio de que es portadora, que se mantiene sin afectarla con tratamiento médico. Un hijo sano, cuando nació forceps por posición viciosa.

Enfermedad actual. — Comienza hace 6 años, bruscamente con un ataque: dolor en la región renal izq., muy intenso, con irradiación a la pierna izq. y grandes labios, acompañado de vómitos y violentos escalofríos, orinas un poco "sucias". Mejoró con reposo. Este ataque se repite con las mismas características en varias oportunidades, especialmente en ocasiones de esfuerzos o trabajos muy pesados. Después de los ataques y en los intervalos de los mismos dice que las orinas son claras. Nunca ha eliminado cálculos. Durante los episodios dolorosos polaquiuria, micciones imperiosas, tenesmo vesical, discreto ardor y dolor, de escasa cantidad. En una ocasión en que le fué administrada urotropina para calmar un ataque, tuvo una hematuria terminal.

Estado actual: Orinas de emisión turbias, dejan discreto sedimento.

Sin polaquiuria ni disuria.

Examen clínico general. — Lo único digno de mencionarse es que es portadora de litiasis biliar totalmente silenciosa hasta la fecha, con excelente función hepática. Aparato genital. exocervicitis discreta.



Obs. 1ª — Pielografía retrógrada antero-posterior.

Examen urológico. — Se palpa riñón izquierdo, algo sensible y un poco aumentado de tamaño. Lado derecho no se palpa. Función renal global, K:0,092, Sulfofenftaleína 33 o/o. Orinas por separado:

IZQUIER.

Vol. 9 cc.
Urea 3 ‰
Clor. 3 ‰

No gérmenes, no pus
Indigo Carmin. a los 20' no
hay eliminación

DERECHO

22 cc.
15 ‰
13 ‰

Algunos leucocitos
Algunos gérmenes No Kcch
A los 4' elimina.

Uréter. — Punto inferior doloroso. lado izq. (tacto).

Vejiga. — Nada de particular. Cistoscopia, normal. meato D eyacula con ritmo acelerado. Izq. no se vé eyacular. Cateterismo fácil total bilateral. Por la sonda izquierda no sale orina después de 30'.

Examen radiológico. — Simple. no se visualizan las siluetas renales, del lado izquierdo una mancha que por sus características debe corresponder a un cálculo



Obs. 1ª — Pielografía retrógrada lateral. izq.

situado en la pelvis. Lado D sombras de cálculos biliares. (Antero-posterior). Perfil sobre el lado izq. se vé la sombra sospechosa proyectarse sobre columna a la altura de la tercera vértebra lumbar. por detrás del cuerpo de la vértebra. Urografía excretora. Del lado izq. no hay eliminación, nefrograma marcado. Del lado D nada de particular. Pielografía ascendente: D imagen pelvi-calicial normal. Izq. Dilatación pelvi-calicial. cavidades en pleno parénquima, gran hidronefrosis. Además se puede apreciar que el bacinete y la porción superior del uréter se hallan alejados de la línea media, dando la impresión de estar situados sobre la cara anterior del órgano. La nefrectomía confirma la lesión.

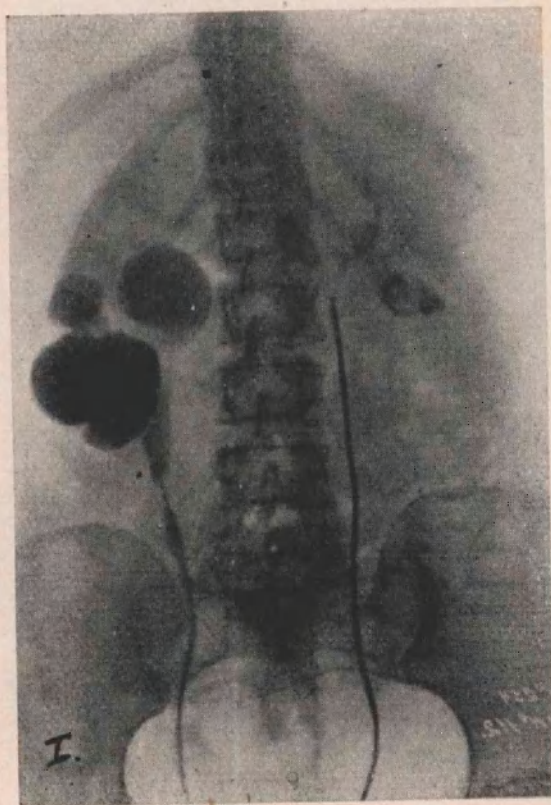
2ª OBSERVACIÓN

N. N., 24 años, arg., soltero. Hist. No. 251, Hosp. Salaberry.

Aantec. hereditarios y familiares. — Sin importancia.

Antec. personales. — Reumatismo desde los 18 años.

Enfermedad actual. — El 28 de Septiembre de 1935 sufre un accidente; al ser despedido de un ómnibus choca violentamente contra un carro, recibiendo el



Obs. 2ª — Pielografía retrógrada antero-posterior. Izq.

golpe en la región lumbo-costal izquierda. Es transportado al Hosp. Alvear, acusando gran dificultad para respirar, fatiga, no pudiendo realizar inspiraciones profundas. Inmediatamente al accidente, desde la primera micción hematuria total sin coágulos, indolora, a veces un poco de ardor al final de la micción. A los quince días del accidente la hematuria cedió completamente. Durante los primeros días tuvo temperatura. A las 24 hs. de internado se le practicó una transfusión de sangre de 500 cc. El tratamiento fué expectante. Fué dado de alta después de 75 días.

A los 25 días de haber salido del hospital, a raíz de un esfuerzo tiene una nueva hematuria, total, indolora, de poca intensidad, que desapareció con reposo en cama. Pasa un año perfectamente bien, pudiendo realizar toda clase de ejercicios sin acusar ninguna molestia.



Obs. 2^a — Pieza anatómica.

El 29 de Agosto de 1938 empezó a sentir un dolor que comienza en forma lenta en la región renal izquierda, tuvo un escalofrío de corta duración y no muy intenso. Al día siguiente se levantó por sentirse mejor, pero el dolor se presentó más violento, sin irradiación, no se repitieron los chuchos de frío.

En estas condiciones ingresa al servicio.

Estado actual. — Orinas de emisión claras, sin sedimento.

Sin polaquiria ni disuria, chorro normal.

Examen clínico general. — No acusa nada de interés para retener. Sólo es digno de mencionarse la presencia de una marcada escoliosis a concavidad superior izquierda.

Examen urológico. — Riñones no se palpan. no hay puntos dolorosos.

Examen funcional. — Por separado:

IZQUIERDO

DERECHO

Vol. 6 cc.

24 cc.

Urea 17,65 ‰

17,65 ‰

Clor. 10 ‰

10 ‰

No hay gérmenes ni pus

No gérmenes. no pus

Abundantes hematias

Abundantes hematias

Indígo Carmin. a los 20' no
hay eliminación

a los 4'

Resto de examen semiológico nada de particular.

Examen endoscópico. — Meatos. en posición normal, el izquierdo no eyacula. vejiga de aspecto normal. Cateterismo bilateral. fácil derecho, difícil el izquierdo por haber un obstáculo a unos 4 cms., franqueable con sonda fina.

Examen radiológico. — Simple antero-posterior. no se observan sombras sospechosas. escoliosis a convexidad izquierda. Urografía excretora. aparece en ambos lados. más neto a la derecha donde la eliminación es buena, aunque retiene algo a nivel del cálice superior. Del lado izquierdo la eliminación es algo deficiente no llegando a visualizarse nítidamente el sistema pelvi-calicial.

Pielografía ascendente: D. dilatación del cálice superior. menos de la pelvis, triple sistema calicial. Izq. antero-posterior. imagen pelvi-calicial alargada, no pudiendo observarse bien los cálices por estar el bacinete situado en la cara anterior del órgano. lo mismo la porción superior del ureter. La pielografía lateral confirma el abocamiento anterior del ureter y la situación anómala del bacinete en la cara anterior del riñón.

CONSIDERACIONES

En ambos casos ha sido el examen radiológico quien ha puesto en evidencia la posición anómala del bacinete con respecto al órgano y es suficientemente demostrativo como para poder excluir cualquier factor extra renal que la justificase.

Graham dice en forma axiomática que es siempre una complicación quien pone en descubierto la anomalía y así ha ocurrido en nuestras dos observaciones.

En la segunda, la existencia de un traumatismo sobre la región lumbo-costal izquierda abre un paréntesis sobre la naturaleza con-

génita de la lesión, pero nosotros nos inclinamos hacia ella en virtud de que nos cuesta aceptar que un trauma capaz de dislocar el riñón, no haya traído aparejada una deficiencia funcional que el examen de orinas por separado no muestra. Por otra parte, los numerosos trabajos hechos sobre traumatismo de riñón no han podido justificar la situación anormal del bacinete, sinó que se refieren más que nada a las torsiones renales, que no se deben confundir con estas faltas de rotación.

La dislocación del órgano como debiera haberse producido en este caso, fatalmente hubiera ocasionado una elongación del íleo vascular que lógicamente es factor de perturbaciones en la irrigación del riñón, cosas que en este caso dudamos que existan. Además existe una mal formación en el raquis que no es adquirida.

Por todo lo expuesto, volvemos a repetir, creemos en la congenitalidad de la lesión, es decir que se trata de una ausencia de la rotación que normalmente sufre el bacinete en el curso del desarrollo.

En la primera observación, la enferma fué a la nefrectomía y con la pieza en la mano se pudo confirmar lo que radiológicamente se había sospechado. El bacinete ocupaba lo mismo que la porción superior del uréter, la cara anterior del órgano y el sistema arteriovenoso cruzaba el borde interno para ir a desembocar en el íleo.

En síntesis, de acuerdo a la clasificación de Papin y Eisendrath se trata de dos casos de Rotaciones incompletas totales y congénitas unilaterales.