

Servicio de Vías urinarias del Hosp.
Salaberry. Prof. Adj. Dr. A. ASTRALDI

Por los Doctores

ALEJANDRO ASTRALDI
y JUAN P. TORROBA

HIDRONEFROSIS POR ARTERIA POLAR

LA circunstancia de haber operado en nuestro Servicio una hidronefrosis, producida por una arteria polar inferior y con diagnóstico radiológico previo, nos ha parecido motivo suficiente para traer a esta Sociedad la observación cuya historia clínica transcribimos:

Hist. N° 245 — P. M. — 32 años, arg., soltero. Ingresó al servicio el día 20 de Agosto de 1938.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Niega venéreas. Operado de hernia inguinal izquierda hace dos años.

Enfermedad actual. — Hace aproximadamente 2 años siente un dolor de aparición brusca, localizado en el flanco derecho y sin irradiación. Se trató con láudano y todo cesó a las pocas horas. No tuvo vómitos ni trastornos miccionales. Un año después se repite el mismo episodio, con igual localización e iguales caracteres, durando 8 a 10 horas. En esta oportunidad sólo se trató con reposo. Hace dos meses, estando internado en el Hospital de Mar del Plata por un proceso infeccioso general (grippe), tuvo un nuevo episodio doloroso, igual a los anteriores y que duró tres días, siendo tratado con inyecciones endovenosas de urotropina y antiespasmódicos. A los 15 días nueva "poussé" dolorosa de corta duración y estando aún internado, le efectúan una radiografía simple del árbol urinario y una urografía excretora que el enfermo presenta a este servicio el día de ingreso. Desde el comienzo de sus padecimientos acusa orinas turbias y desde hace 2 meses polaquiuria diurna y nocturna.

Estado actual. — Orinas de emisión ligeramente turbias con grumos fibrinosos. Orinas de sedimentación con escaso depósito fibrinopurulento y líquido que sobrenada turbio. El examen bacteriológico de sedimento de orina global dió: abundante cantidad de leucocitos granulados. Glóbulos de pus Regular

cantidad de bacilos coli. Micciones cada dos o tres horas de día y tres a cuatro veces en la noche. Sin disuria.

Examen clínico general. — Nada de particular en ninguno de sus aparatos y sistemas.

EXAMEN UROLOGICO CLINICO E INSTRUMENTAL

Riñones. — No se palpan. Hay un dolor espontáneo en flanco derecho que se exacerba con la presión y las inspiraciones profundas; sin irradiación.

Examen funcional renal global: Azoemia 0,35 grs. %; Constante de Ambard 0,078; Prueba de la sulfofenoltaleína: 66 % en los 70'.

Examen funcional en orinas por separado:

	RIÑON IZQUIERDO	RIÑON DERECHO
Volumen	10 c.c.	No se obtiene orina en
Dosage de úrea	15,13 %	
Dosage de cloruros	12 %	40'
Sedimento	Abundantes hematies. Algunos leucocitos polinucleares. Regular cantidad de bacilos y diplococos lanceolados.	
Indigo-carmin.	No elimina a los 20'.	No elimina a los 20'.

Examen radiológico. — *Radiografía simple* de todo el árbol urinario: No se visualizan las siluetas renales ni los bordes del psoas por la gran cantidad de gases intestinales. No hay sombras agregadas. *Urografía excretora* con perabrodil a los 5', 15' y 30': Sólo se pone de manifiesto el sistema excretor izquierdo. Aparece a los 5' y tiene tendencia a desaparecer a los 30'. Sombra pelvicalicial en situación alta (entre XII vértebra dorsal y I lumbar), de tamaño y configuración normal. *Pielografía retrógrada derecha:* Se ha llenado el uréter por reflujo en todo su trayecto y en su extremidad superior hay una falta de relleno, que la sonda no ha franqueado. En una posición paramediana y a la altura de I y II lumbar, en forma diluida, el líquido de contraste ha llenado una serie de cavidades que deben corresponder al sistema pelvicalicial derecho. *Ureteropielografía de Chevassu derecha:* (fig. 1). Se ha llenado el uréter, que es de calibre y posición normal, hasta el extremo superior que corresponde a la apófisis de la III lumbar. A la altura de la I, II y III lumbar la substancia opaca ha llenado una gran cavidad, de borde interno redondeado y externo irregular, que corresponde a las vías pelvicaliciales dilatadas. En el punto que la pelvis desemboca en el uréter, hay una falta de relleno que concuerda exactamente con la observada en la pielografía ascendente.

Ureteres. — Nada de particular.

Uretra. — Presenta una fimosis poco acentuada. Pasa un explorador N° 22 que no recoge datos dignos de mención. Examen uretroscópico y uretrográfico no se realizaron.

Vejiga. — Semiología normal. Sonda: Insensible al contacto. No hay retención. 250 c.c. de capacidad. Contractibilidad conservada. *Cistoscopia:* Buena capacidad. Mucosa de caracteres normales. Meatos ureterales de situación y forma normal. Se cateterizan ambos uréteres 20 cm. cada uno con facilidad. Del lado derecho sale orina turbia, purulenta, gota a gota, unos 10 c.c. y una vez elimi-

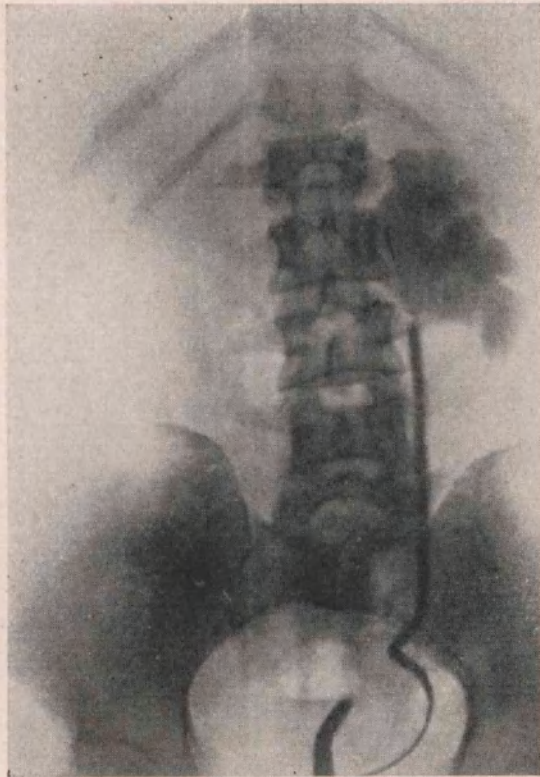


Figura N° 1
Ureteropielograma derecho con sonda de Chevassu.

nados éstos no se obtiene más orina, a pesar de esperar 40'. Del lado izquierdo se obtiene orina por eyaculación.

Próstata. — Nada de particular.

Vesículas seminales. — No se tactan.

Bolsas. — Continente y contenido normal, fuera de un discreto varicócele izquierdo.

Marcha de la enfermedad. — 29 de Agosto: Cólico renal derecho que requiere la aplicación de una ampolla de morfina.

13 de Septiembre: Pielografía retrógrada.

16 de Septiembre: 20 c.c. de suero clorurado al 20 ‰, 500 c.c. de suero glucosado isotónico con V Un. insulina.

17 de Septiembre: Igual al día anterior. *Operación:* Anestesia general con éter. Incisión de Israel. Se reseca la XII costilla. La exteriorización del órgano,

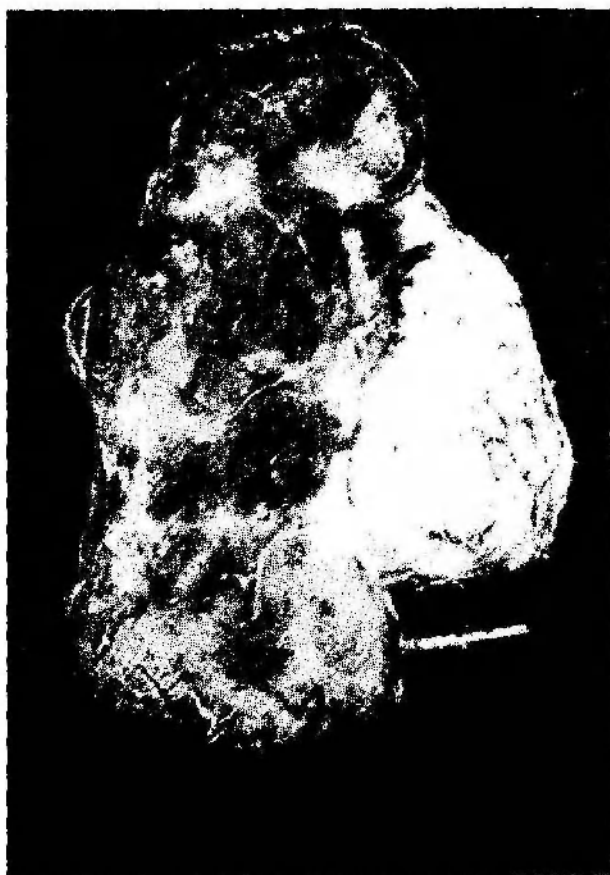


Figura N° 2

Fotografía de la pieza anatómica vista por la cara anterior.

que se presenta atrófico, es imposible por la presencia de un pedículo renal corto y un vaso polar que va a polo inferior de riñón y que al tacto parece provenir de la aorta. Cruza el uréter por la parte posterior del mismo. Teniendo en cuenta que la zona parenquimatosa renal ha quedado reducida a una delgada cáscara, se resuelve la intervención por la nefrectomía. Se liga y secciona el uréter, el pedículo y el vaso polar por separado. Cierre de pared en tres planos y drenaje de loge con gasa. Examinada la pieza anatómica, cuya fotografía acompañamos (fig. 2) se presenta un riñón atrófico, con una hidronefrosis mediana a expensas

de la pelvis y del sistema calicial, tipo mixta de Papin. El uréter dilatado y de paredes delgadas, sin periureteritis. Inmediatamente a la intervención 20 c.c. de suero clorurado y a la tarde 500 c.c. de suero glucosado isotónico con V Un. insulina.

18 de Septiembre: 40 c.c. de suero clorurado al 20 % y 1000 c.c. de suero glucosado isotónico con V. Un. insulina. Bolsa de hielo en vientre. La diuresis de las últimas 24 horas ha sido de 800 c.c.; 39° de temperatura.

19 de Septiembre: 1800 c.c. de diuresis; 38° de temperatura. 20 c.c. de suero clorurado al 20 % y 500 c.c. de suero clorurado isotónico c/V. Un. insulina.

20 de Septiembre: Sigue con buena diuresis; 37½° de temperatura. 20 c.c. de suero clorurado al 20 %. Purgante aceitoso.

21 de Septiembre: Presenta una faringitis. Tópicos.

22 de Septiembre: Se retira el drenaje de gasa y se comprueba una secreción de loge serosanguinolenta. Se pone tubo de goma fenestrado.

24 de Septiembre: Escasa secreción serosanguinolenta. Se acorta el tubo de drenaje.

29 de Septiembre: Cura plana. Comienza a deambular.

3 de Octubre: Alta con pequeño trayecto subcutáneo lumbar que da salida a escasa secreción serosa.

Visto el enfermo dos meses después de ser dado de alta, se presenta con absoluto buen estado general.

Nuestra pretensión al presentar este trabajo es agregar una observación más a la bibliografía nacional y en la cual, el diagnóstico preoperatorio se pudo realizar, merced a un prolijo examen radiológico.

También debemos agregar unas líneas con el objeto de justificar la intervención llevada a cabo. Si bien es cierto que la cirugía conservadora en las distintas formas de hidronefrosis, es una tendencia que va ganando adeptos muy justificadamente, debemos declarar que en nuestro enfermo se presentaban condiciones muy especiales, que nos obligaron necesariamente a la nefrectomía. Las pruebas funcionales previas traducían un órgano con escaso o ningún valor funcional, hecho que pudimos corroborar durante la intervención, al presentársenos un riñón atrófico y donde el parénquima renal había quedado reducido a una delgada lámina, que rodeaba a una enorme hidronefrosis y que la fotografía adjunta

(fig. 2) no traduce exactamente, por la retracción que ha sufrido después de la intervención

DISCUSIÓN:

Dr. García. — *Relata un caso operado en el Servicio de Urología del Hospital Español, de gran hidronefrosis por vaso polar, encontrándose en la intervención un vaso anormal, con el consiguiente proceso de ureteritis, fué provocada la hidronefrosis. Pudo liberarse el uréter y hacer una resección de la pelvis.*