

Hosp. Ramos Mejía. Serv. de Vías
Urinarias del Dr. G. ELIZALDE

Por los Doctores
ROBERTO A. RUBI

RIÑÓN EN HERRADURA Y LITIASIS

DESDE el primer trabajo de Salleras y von der Becke en 1929 son varios los casos de riñón en herradura presentados a nuestra Sociedad. Cames y Ercole en 1930 comentan otra observación y el mismo Salleras en 1932 presenta dos nuevos casos. Astraldi y Lanari en 1934 aprovechan su comunicación para insistir sobre la importancia de la palpación en esta anomalía. Siguen luego las comunicaciones de Comotto en 1936, de Surra en 1937, de Cacciatore, Gálvez y Pereda en 1938 y de Castaño también en 1938. Cabría agregar a esta enumeración el caso de Elizalde y Grimaldi leído en la Sociedad de Médicos del Hospital Ramos Mejía; las observaciones de Arrúes (Anales del Inst. Mun. de Radiología y Fisioterapia) y de Granara Costa (2º trab. de Adscripción).

La asociación de la malformación que nos ocupa y la litiasis es relativamente frecuente, a juzgar por la estadística de Roberto Gutiérrez, quién en sus 25 casos de riñón en herradura encuentra:

- la litiasis unilateral: en 3 casos,
- „ „ bilateral: en 1 caso,
- „ „ concomitante con otras les. (pionefrosis y cáncer):
1 caso;

es decir que la asociación se observaría en el 20 % de sus observaciones. Este por ciento aumenta considerablemente si tenemos en cuenta los casos referidos en la Sociedad ya que sobre un total de 10 casos de riñón en herradura, encontramos en 5 la litiasis asociada; lo que hace pensar que después de la infección pielorenal, es la litiasis la complicación más frecuentemente observada en esta anomalía.

En el deseo de contribuir a la casuística del riñón en herradura y hacer breves comentarios sobre la misma es que presentamos a la consideración de nuestros consocios la historia clínica de:

D. Di S. — 33 años, argentino; a quien vemos el 3 de Noviembre de 1937.

Antecedentes personales. — Ha sido siempre sano hasta los 23 años en que contrae una blenorragia, tratada con irregularidad y que recrudeció en varias oportunidades; en el intervalo quédale una gota matinal permanente exagerada con los excesos de toda índole. Hace un año y medio inicia un tratamiento a base de lavajes de permanganato de potasio, beniqués, masajes de próstata y vacunoterapia; mejora considerablemente en lo que a la gota se refiere pero sus orinas siguen turbias. Hace nueve meses sufre un episodio doloroso a localización lumbar, de uno y otro lado de la columna con polaquiuria discreta y sensación de orina ardorosa. En esas circunstancias el enfermo nos es enviado por el médico tratante.

Estado actual. — Excelente estado de nutrición. Pulso regular e igual, 72 por minuto. Tensión Mx. 13, Mn. 7½ (Vaquez-Lauby); tonos cardíacos normales. Pulmones: nada de particular. Apirexia.

Sin secreción uretral en el momento del examen (micción de 3 horas).

Orina. — 1er. vaso, turbio; 2º vaso, también turbio.

Uretra permeable a un explorador N° 22, presenta dos anillos anteriores.

Tacto rectal: próstata de tamaño, forma, superficie, consistencia y sensibilidad normales. El masaje da salida a pequeños grumitos que no empañan el líquido de relleno vesical.

Riñones: se palpa el riñón derecho en su polo inferior muy próximo a la línea media, poco móvil y con un peloteo impreciso. El riñón izquierdo no se palpa, aún en las inspiraciones profundas, ni en la posición de Israel, ni en la de Schede.

Orina alcalina, densidad 1021, úrea 28 ‰, cloruros 8,50, fosfatos 2,10. Albúm. 0,15 ‰. En el sedimento se observan abundantes piocitos, algunas células epiteliales planas, granulaciones de fosfato amorfo y cristales de fosfato amónico-magnésico.

El examen bacteriológico revela la presencia de colibacilos al estado de pureza.

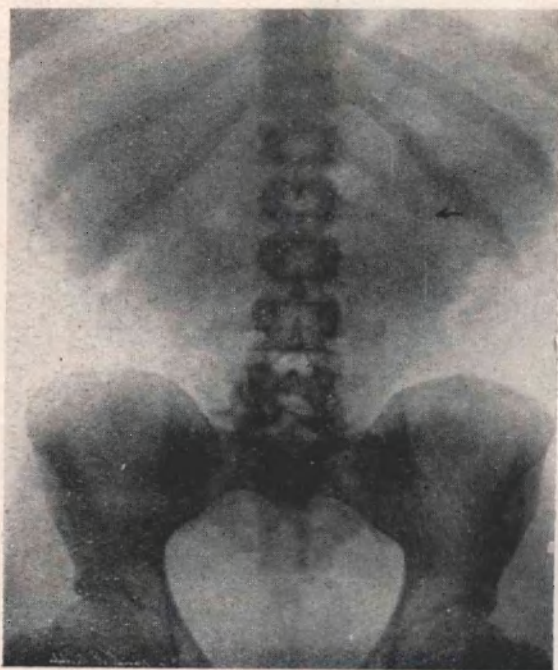
La radiografía N° 1 nos demuestra la existencia de un cálculo del tamaño de un grano de café ubicado a un buen través de dedo por fuera de la apófisis transversa de la 2ª vértebra lumbar, a la izquierda de la línea media.

Sometido a las pruebas clásicas de reactivación de su blenorragia los exámenes demuestran la presencia de gonococos de Neisser en la secreción uretroprostática, por lo que no efectuamos los exámenes endoscópicos necesarios, indicándole en cambio, el tratamiento correspondiente a su uretroprostatitis, amén de un régimen cetógeno y mandelato de amonio para su colibacilosis.

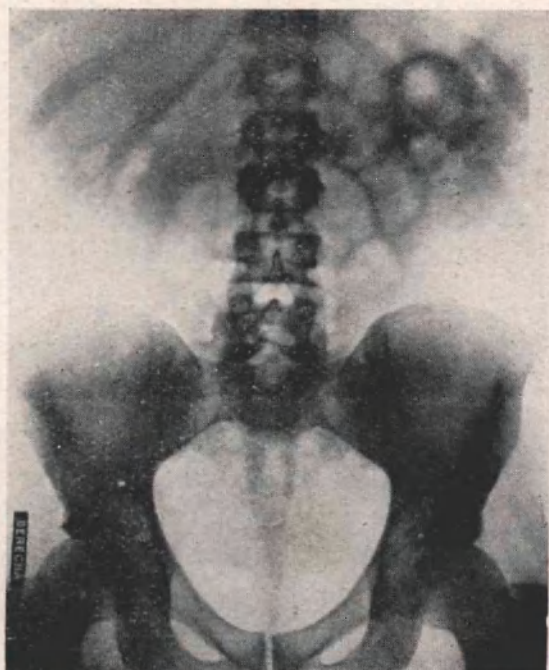
Nueve meses después nos es enviado nuevamente, ya curada su blenorragia, pero siempre con orinas turbias, aunque no en el grado de las que traía en su primer consulta.

Efectuamos una cistoscopia con 250 c.c. de capacidad, mucosa de aspecto normal, meatos bien implantados, se contraen rítmicamente y tienen eyaculaciones opalescentes, el índigo-carmin aparece a la D. a los 4 minutos y a la 1ª lo hace recién a los 14 en forma débil e interrumpida.

Las radiografías números 2 y 3 demuestran el rápido crecimiento de la pequeña concreción primitiva, que de un grano de café ha pasado a tener el tamaño de una almendra en la 2ª y de un huevo de paloma en la 3ª radiografía.



Radiografía N° 1



Radiografía N° 2.

El examen somático no revela nada nuevo, excepción hecha de un punto doloroso costo-muscular izquierdo. Signo de Rovsing negativo.

Orina global: Opalescente con escaso sedimento; de reacción alcalina; densidad: 1022; Urea: 21,50; Cloruros: 12,10; Fosfatos: 2,20.

Albúmina: 0,20 ‰; hemoglobina: vestigios.

Abundantes piocitos en el sedimento, escasa células epiteliales planas algunos hematíes, cristales de fosfato amónico-magnésico.

Urea en suero: 0,35 ‰.

Recuento globular: hematíes: 4.950.000. Leucocitos: 7.500.

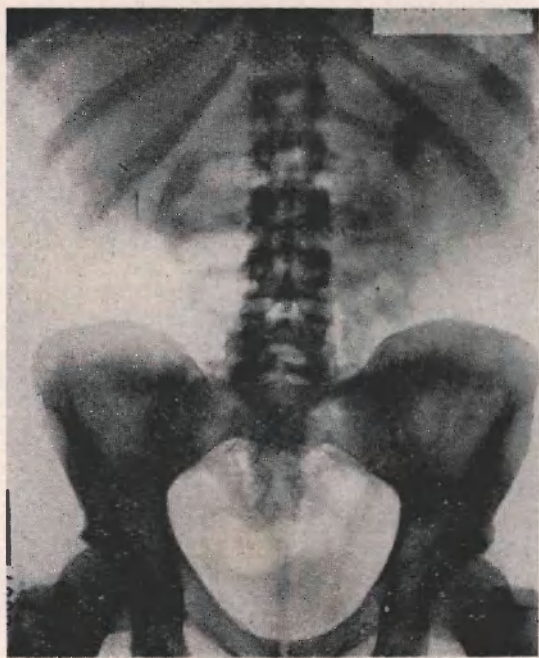
Hemoglobina: 90 %.

Sulfofenoltaleína: Aparece el colorante a los 6 minutos de su inyección endovenosa y elimina un 50 % en la 1ª media hora y un 20 % en la media hora siguiente.

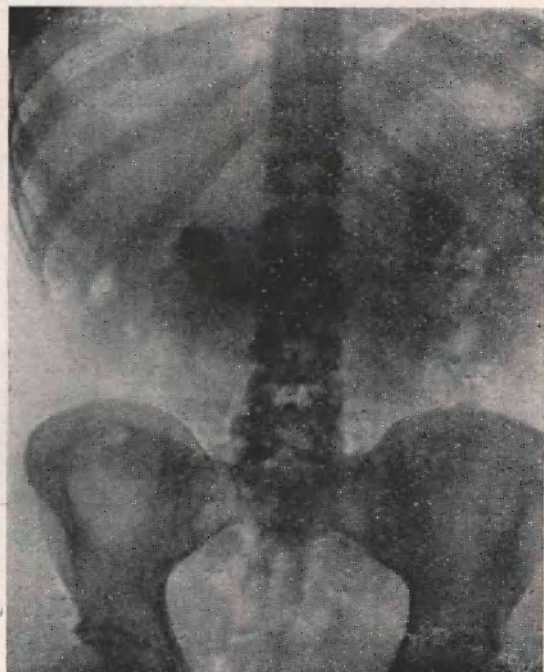
Urografía excretora:

La radiografía es mala, no se observa el contorno de la sombra renal ni el borde del psoas.

Riñón derecho: la sombra de la pelvis está proyectada en el espacio que se extiende entre el borde superior del cuerpo de la segunda vértebra lumbar y apófisis transversa de la tercera; en conjunto muy próxima a la línea media. Por su forma se aprecia cierto grado de rotación y basculación renal que deforma



Radiografía N° 3



Radiografía N° 4

considerablemente la imagen con sus cálices abocados en la cara anterior y dos prolongaciones del polo inferior que se extienden hacia abajo y hacia la línea media, llegando a cabalgar sobre la apófisis transversa derecha de la 3ª vértebra lumbar.

Riñón izquierdo: la imagen pielográfica se extiende desde el borde inferior de la 1ª V. L. al borde inferior de la 2ª; imagen muy irregular por el abocamiento interno y anterior de los cálices a una pelvis globulosa en cuyo interior se aloja el cálculo.

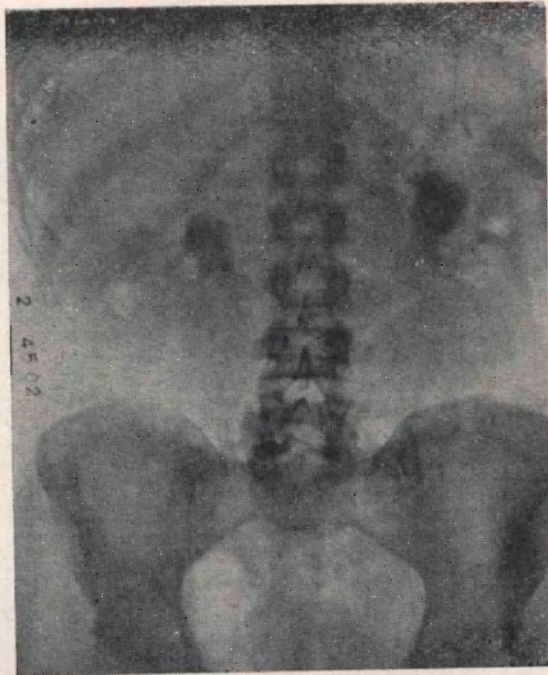
Con el diagnóstico de riñón en herradura, observamos la columna que según Tchoudnovky (citado por Astraldi y Lanari) presentaría frecuentemente anomalías en las vértebras y en efecto nos es dado observar la existencia de una 6ª vértebra lumbar aplanada y con falta de soldadura del arco vertebral posterior.

Aprovechamos la imagen pielográfica para trazar sobre ella el triángulo

que R. Gutiérrez considera como patognomónico de esta anomalía y obtenemos en la misma la imagen característica descrita por el autor.

Preparación pre-operatoria. — Durante 8 días ponemos al enfermo en reposo. Dieta cetógena.

Una amp. endovenosa de leucotropina diaria, amphi-vacuna urinaria por



Radiografía N° 5

vía bucal (2 amp.) y Mandecal (12 grs., diarios); el intestino se mantiene libre, a pesar de la dieta y del reposo en cama.

Transcurrida la semana, el enfermo presenta orinas transparentes y en esas condiciones decidimos intervenirlo.

22/9/38. Anestesia etérea.

Cirujano: Dr. Rubí. Ayudante: Dr. Landi.

Lumbotomía izquierda: incisión de Israel, seccionanse los planos musculares y se llega a la celda renal, se separa la glándula de la grasa perirrenal, se libera de las adherencias que presenta en el polo inferior y se comprueba la unión con el riñón del lado opuesto por un grueso istmo, que fija la glándula y casi la inmoviliza. Se separa el tejido esclero-lipomatoso pre-piélico, dejando al descubierto la cara anterior de la pelvis, bordeada por dos gruesos vasos que con los separadores de Farabeuf se reclinan hacia arriba uno, hacia abajo el otro.

Pielotomía anterior amplia que permite la fácil basculación y luego extracción del cálculo de unos 4 ctms. de longitud. Sutura de la brecha piélica con puntos no perforantes. Se deja un rubberdraig, se reconstruye la pared en un

doble plano músculo-aponeurótico; se afronta el tejido celular con catgut y se sutura la piel con agrffes.

Suero glucosado isotónico: 1.000 c.c. en dermoclisis; rechloración endovenosa: coramina, 1 amp. cada 6 horas y leucotropina endovenosa: 1 amp. dada 12 horas.

23/9/38. Post-operatorio excelente, buen estado general, pulso 80'. regular y tenso. temperatura máxima 37,4, diuresis 900 c.c., orina bien concentrada. Herida operatoria seca, se retira el drenaje; se insiste con el suero clorurado hipertónico endovenoso (30 c.c.), el suero glucosado isotónico subcutáneo (1.000 c.c.), coramina mañana y noche y leucotropina 2 amp.

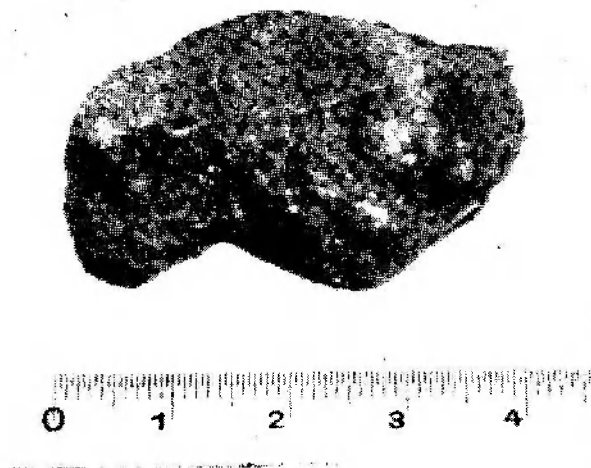


Figura N° 6

25/9/38. El enfermo sigue en muy buen estado, habiendo aumentado la diuresis a 1.750 c.c., apirético; la herida limpia, no se ha mojado en ningún momento; enema evacuante.

30/9/38. Se retiran los agraffes, cierre por primera.

4/10/38. El enfermo se levanta y es dado de alta al día siguiente, con orinas transparentes.

En nuestro caso no hemos encontrado completa la tríada de Gutiérrez, ya que si bien el enfermo presentó en una oportunidad una crisis dolorosa imprecisa y tenía una pequeña albuminuria (pus?), faltaba en cambio para completar el cuadro la constipación.

Creemos, por ahora, que en la inmensa mayoría de los casos el portador de esta curiosa anomalía consulta al médico por las lesiones asociadas a las que está más predispuesta que la glándula normal y que muy raras veces lo hará por la malformación en sí, como sostienen algunos autores, entre ellos el mismo Gutiérrez que

describe un cuadro clínico debido a la existencia del riñón en herradura, en contradicción, quizás con su misma estadística en la que sobre 21 observaciones de orden clínico (las restantes son hallazgos de autopsias en 19 casos se llegó al diagnóstico a través de los exámenes a que obligó la presencia de una lesión asociada.

Por otra parte el post-operatorio de nuestro enfermo ha sido excelente porque la preparación previa nos ha permitido yugular la infección colibacilar, con el ácido mandélico en primer lugar y secundariamente con la leucotropina y la amphi-vacuna. Sin duda ha contribuído a ello más que la sutura la situación anterior de la incisión piélica.

DISCUSION

Dr. Trabucco. — *Hace unos dos meses, aproximadamente, tuvimos también en el Hospital Rawson un caso similar al citado por el doctor Rubí, en el cual, en lugar de estar el cálculo a la izquierda, estaba a la derecha, también con riñón infectado del lado del cálculo con estafilococos, especialmente. Luego, intervenimos y sacamos el cálculo. Costó mucho trabajo cerrar esa fístula; aproximadamente unos 20 días, pero lo más grave fué esto: que este enfermo después de cerrada su fístula y aparentemente sano hizo una pielo-nefritis sobreaguda gravísima. Quisimos controlarla con la sulfanilamida, pero lo que hizo la sulfanilamida fué matar al enfermo. Se hizo una erupción exantemática de piel, de mucosas, pero no hubo modo de salvarlo, postblemente debido a la intolerancia de la sulfanilamida.*

Dr. Rubí. — *Quisiera preguntarle al doctor Trabucco, si pudieron llevar al enfermo a un estado de asepsia suficiente como para garantizar el éxito de la operación.*

Dr. Trabucco. — *La sulfanilamida se la dimos después.*

Dr. Rubí. — *Insisto en la ventaja de realizar el examen bacteriológico previo y colocar al enfermo en condiciones ideales para brindarle el máximo de garantía en la intervención y en el post-operatorio por consiguiente.*

Dr. Surra Canard. — *Como contribución al tema quiero citar un caso de riñón en herradura, de la sala del doctor Chutro, en el año 1934, caso que no se operó, porque la familia del enfermo se negó a ello.*