

Por los Doctores

PEDRO G. MINUZZI y
SALVADOR TORRESI

ANOMALIAS RENO-URETERALES

SINFISIS RENALES.

RIÑONES EN HERRADURA

MALFORMACIÓN que se caracteriza por el hecho de que los dos riñones pueden estar unidos por su polo inferior, forma más común, o por su polo superior, variedad excepcional: vale decir, que en el primer caso, se trataría de riñones en herradura a concavidad superior y en el segundo de riñones en herradura a concavidad inferior.

Según la mayoría de los tratadistas se encuentran en una proporción de 1 cada 500 ó 600 autopsias; ó 1 cada 250 operaciones de riñón. (Marion).

Los riñones en herradura, aun cuando estén indemnes de procesos patológicos, pueden ocasionar molestias, sensación de peso o dolor en la región umbilical que se exageran con determinados movimientos y en especial al enderezar la columna. (Síndrome doloroso descrito por Rovsing).

Contamos con 5 casos:

26º Caso. — M. S. de C., argentina, 28 años. Ficha N° 471. Archivo Privado.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Constipada crónica.

Enfermedad actual. — Desde hace 3 meses su constipación se ha hecho más pertinaz, nota que orina más frecuentemente y con ardores al terminar la micción.

La orina es francamente turbia y tiene sensación de peso en la región del flanco derecho.

A la palpación pudo constatarse la existencia de una tumoración en el flanco derecho que se extendía hacia la línea media, con sonoridad por delante y ligeramente sensible.

El examen de orina dió: reacción ácida, abundante pus y colibacilos.

La enferma nos hace constar que había consultado por las mismas molestias a otro colega, quien le había practicado un examen urográfico envodenoso, donde sólo pudo verse la imagen atípica del riñón derecho.

Practicamos una cistoscopia y pudimos constatar la existencia de una cistitis subaguda y la implantación normal de ambos meatos. La eliminación del indigo-carmin era normal de ambos lados.

A pesar del dato consignado, practicamos un nuevo estudio urológico endovenoso, con nuestra técnica, y pudimos constatar que se trataba de un riñón en herradura que adquiría la forma de una L, pues la pelvis renal izquierda estaba francamente sobre la columna a nivel del cuerpo de la 3ª vértebra lumbar y que ambos uréteres arrancaban de la parte media de la pelvis, y cruzaban el parénquima renal por delante.

No pudimos constatar el síndrome doloroso descrito por Rovsing.

Diagnóstico: Riñón en herradura, variedad en forma de L, síndrome antero-renal y cistitis colibacilar.

Se le instituye tratamiento médico-dietético y urológico con lo que mejora notablemente.

Informándole a la enferma de la existencia de su anomalía.

27º Caso. — J. M., argentino, casado, 30 años, agricultor. Ficha Nº 418, Archivo Privado.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Blenorragia a los 20 años, fumador y bebedor moderado. Alimentación preferentemente lacto-fruto-vegetariana.

Enfermedad actual. — Desde hace un año nota sus orinas turbias y fenómenos de cistitis, que fueron interpretados como una blenorragia crónica y tratada como tal sin ningún resultado.

Desde hace un mes sus fenómenos se acentúan habiendo presentado orinas hematóricas; por lo que nos consulta.

Estado actual. — Datos positivos.

A la palpación llama la atención la sensibilidad del flanco izquierdo. Percusión de Giordano ligeramente positiva.

Orinas de olor amonacal y francamente piúricas.

Examen de orina: reacción alcalina, abundante pus y estafilococos.

Uretro-cistoscopia: lesiones de cistitis crónica con algunos incrustacios de sales fosfáticas.

Por el meato ureteral izquierdo se observa la eyaculación de orina turbia.

La eliminación del indigo-carmin fué de 3 minutos del lado derecho y de 10 minutos del lado izquierdo.

Practicamos un estudio radiológico completo: no existen sombras calculosas y en la urografía endovenosa puede verse la imagen descendida y aproximada

a la línea media de dos pelvis típicas de riñón en herradura cuyos uréteres parten aproximadamente de su porción media cruzando el parénquima por delante.

La pelvis izquierda es francamente hidronefrósica y el istmo corresponde al cuerpo de la 4ª vértebra lumbar.

En este caso no nos ha sido posible palpar el istmo; como tampoco pudimos constatar el síndrome doloroso descrito por Rovsing.

Posteriormente practicamos una pneumo-uretero-pielografía solamente del lado izquierdo en la cual se observa con toda nitidez la impresión sobre el uréter de un vaso o brida (congénita) causa posible de la hidronefrosis.

Diagnóstico. — Riñón en herradura a concavidad superior, con hidronefrosis izquierda, por posible vaso anormal, con pielo-cistitis estafilocócica.

A este enfermo, además del tratamiento médico urológico, le propusimos la intervención quirúrgica con el objeto de seccionar el vaso o brida posible causa determinante de su hidronefrosis, la que no fué aceptada.

28º Caso. — Sr. J. F., argentino, 36 años, casado, empleado. Ficha Nº 975 Archivo privado.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Hemorragia a los 14 años. Paludismo a los 21 años. Constipado crónico. A los 27 años gastralgias y dolores en el hipocondrio derecho con propagación hacia atrás y hombro del mismo lado; fué interpretado como un hepático y sometido a un régimen fruto-vegetariano.

Estas molestias han persistido reagudizándose periódicamente y a veces acompañadas de temperatura.

Por dicho motivo se interna para su estudio, en un servicio de Clínica Médica; donde llegaron al diagnóstico de vesícula excluida y como también se observa una imagen sospechosa de cálculo renal, del lado derecho, es por lo que nos envían el enfermo para su estudio.

Practicamos una uretro-cistoscopia y una prueba del índigo carmín que fueron normales.

Cateterizamos ambos ureteres y practicamos una pielografía ascendente con bromuro de sodio al 20%, donde puede observarse las imágenes de dos pelvis típicas de riñón en herradura y cuyo istmo corresponde al cuerpo de la 5ª vértebra lumbar.

La imagen sospechosa correspondía a un pequeño cálculo engastado en el cálice superior de la pelvis derecha.

Investigamos el síndrome doloroso descrito por Rovsing, siendo negativo aun en la hiper-extensión de la columna.

Diagnóstico. — Riñón en herradura a concavidad superior y litiasis renal derecha.

29º Caso. — B. E., 39 años, argentino, soltero, militar. Ficha N° 19 Archivo privado.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Constipado crónico, alimentación pobre en carne. Hemorragia a los 20 años. Fumador y bebedor moderado.

Antecedentes enfermedad actual. — Desde hace 8 años sufre de hematurias totales después de andar a caballo o de algún ejercicio violento.

Fué estudiado por un colega hace 4 años, siendo en ese entonces su estudio completamente negativo.

Enfermedad actual. — Nos consulta por la persistencia de sus hematurias. El examen clínico fué negativo y a pesar de su estudio anterior, resolvemos controlarlo nuevamente.

En la radiografía directa se vió la existencia de una imagen calcúlosa del lado derecho. Practicamos una urografía endovenosa donde puede observarse las imágenes típicas de dos pelvis de un riñón en herradura con hidronefrosis de la porción derecha conteniendo el cálculo; el isto corresponde al cuerpo de la 4ª vértebra lumbar.

La uretro-cistoscopia y el cateterismo ureteral no pudimos practicarle por no permitirlo el enfermo.

Diagnóstico. — Riñón en herradura de concavidad superior con hidronefrosis y litiasis de la pelvis derecha.

El síndrome doloroso de Rovsing no lo constatamos.

Este enfermo fué intervenido; le practicamos una pielotomía anterior, que resultó muy sencilla y al mismo tiempo pudimos constatar:

- a) la bifurcación de la arteria renal derecha;
- b) la existencia de un istmo parenquimatoso.
- c) que el ureter derecho pasaba por delante del istmo.

30º Caso. — A. Ch., argentino, 20 años, soltero, estudiante. Ficha N° 20 Archivo privado.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Constipado crónico. Alimentación preferentemente lacto-fruto-vegetariano.

Antecedentes enfermedad actual. — Hace 6 años sufrió un ataque de cólico nefrítico atípico, que fué interpretado como un cólico intestinal en un primer momento y que cesó con la eliminación de un pequeño cálculo.

Con motivo de tener que presentarse al examen médico para su ingreso al servicio militar nos consulta.

El examen clínico fué negativo.

La radiografía directa demostró la existencia de un regular número de pequeñas imágenes calcúlosas, algunas de ellas casi sobre la columna vertebral; este hecho nos hizo pensar en la existencia de un posible riñón en herradura.

Practicamos una uretro-cistoscopia no encontrando nada de anormal; la eliminación del indigo carmin fué: 3' minutos para el riñón derecho y 10' minutos para el izquierdo.

Cateterizamos ambos ureteres y practicamos una pielografía ascendente al Umbrenal donde puede observarse la imagen de una pelvis derecha típica de riñón en herradura y del lado izquierdo, una gran bolsa hidronefrósica lobulada en cuyo interior se ven grupos de calculitos, unos por dentro y otros por fuera de la línea del uréter.

Ambos uréteres cruzan al paénquima por delante. El istmo corresponde al cuerpo de la 5ª vértebra lumbar.

Diagnóstico. — Riñón en herradura a concavidad superior con hidronefrosis y litiasis múltiples de la porción izquierda.

No pudimos constatar la existencia del síndrome doloroso de Rovsing; las primeras manifestaciones se produjeron al instalarse el proceso litiasico.

Le aconsejamos régimen higiénico dietético para su diátesis oxálica y curas periódicas de antisépticos urinarios para evitar la infección de la bolsa.

Con motivo de una amigdalitis aguda hace una infección de la bolsa hidronefrósica con cuadro séptico alarmante por los escalofríos y las altas temperaturas viéndonos obligados a practicar un cateterismo ureteral terapéutico a permanencia durante varios días e inyecciones de arsénico endovenoso con lo que dominamos la crisis.

En esta situación creímos conveniente advertir al ya colega, la conveniencia indiscutible de la hemi-nefrectomía, pues el factor infección lenta y progresivamente actuaría como foco séptico importante y produciendo la reacción peri-renal de tipo esclero-lipomatoso infaltable en los procesos litiasicos infectados que dificultan enormemente los actos quirúrgicos y con mayor razón cuando se trata de anomalías.

El colega, en ocasión de un viaje a Europa, consultó la opinión de los maestros Marión y Lichtenberg, quienes, con nuestra documentación no solamente confirmaron el diagnóstico sino la indicación urgente de practicar la hemi-nefrectomía como tratamiento ideal; conducta que no fué aceptada.

COMENTARIOS

1er. Caso. — Debemos hacer notar que la variedad en L del riñón en herradura es sumamente rara y a la vez más difícil su diagnóstico porque la imagen de una de las pelvis puede estar superpuesta con la de la columna vertebral y pasar desapercibida, justificando el posible error diagnóstico como sucedió en nuestro caso.

Es el único riñón en herradura en una mujer, que tenemos en nuestra casuística.

2° Caso. — Enfermo con piuria mal atribuida a un viejo proceso blenorragico, tratándose en cambio de una pielocistitis estafilococcica que se localiza del lado de la hidronefrosis.

3° Caso. — Se trata de un antiguo hepático obligado a hacer régimen pobre en carne, causante de su litiasis renal fosfática.

4° Caso. — Enfermo con hematurias proporcional a los movimientos que un primer examen insuficiente establece una discordancia entre éstos y la clínica.

4° Caso. — Enfermo con hematurias proporcional a los movimientos que un primer examen insuficiente establece una discordancia entre éstos y la clínica.

El examen posterior rehabilitó la verdad de la correcta interpretación clínica, descubriendo no solamente la litiasis, sino también una hidronefrosis concomitante.

La pielotomía en los riñones en herradura debe ser siempre anterior y en nuestro caso resultó sencilla como lo señalan todos los que la han practicado.

5° Caso. — Riñón en herradura que se manifiesta por la concomitancia de dos afecciones: gran bolsa hidronefrósica y litiasis múltiples que secundariamente se infecta.

Creemos conveniente señalar que casos semejantes deben sufrir la heminefrectomía ideal, practicándola antes de toda infección, para intervenir a estos enfermos con las mayores probabilidades de éxito.

Después de la infección la heminefrectomía debe aconsejarse a la mayor brevedad posible; antes de que se organice la reacción de los tejidos perirenales; lo que dificultará gradual y progresivamente las tentativas de intervención radical.

Sin dejar de reconocer y aceptar la existencia del síndrome doloroso descrito por Roving y observado por otros autores, debemos hacer constar que en ninguno de nuestros casos estaba presente, por

lo que creemos no sea muy frecuente, hecho también señalado por otros.

Hacemos constar que la existencia de la infección, de la litiasis o de la hidronefrosis aislada o conjuntamente que existían en nuestros casos, puedan haber enmascarado al síndrome doloroso de Rovsing y que éste pueda ser más frecuente en los casos con ausencia de todo otro proceso patológico.
