

Por los Doctores

PEDRO G. MINUZZI

y S. TORRESI

RIÑÓN DESDOBLADO COMPLETO CON HIDROPIONEFROSIS DEL BACINETE SUPERIOR CUYO URETER TERMINA EN LA VESICULA SEMINAL?

R. A., argentino, 22 años, soltero, estudiante. — Ficha N° 38. Archivo Privado.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Enfermedades propias de la infancia. Constipado crónico. Niega venéreas. Discreto fumador y bebedor.

Antecedentes enfermedad actual. — Hace tres años y medio, en plena salud y encontrándose haciendo ejercicio, sufre un ataque intensamente doloroso del hemi-abdomen derecho, acompañado de náuseas y vómitos que obliga a practicar medicación calmante en forma intensiva y continuada durante cuatro días, que sólo conseguía atenuar el dolor. Este ataque termina casi bruscamente al comenzar el quinto día.

El enfermo no recuerda si fué seguido de una crisis poliúrica y si hubo aumento de temperatura.

Posteriormente tiene un proceso infeccioso simulando un cuadro gripal pero se constató la presencia de pus y colibacilos en la orina; por lo cual se le indica vacunas anticólicas por vía bucal y laxantes para corregir su constipación. La temperatura dura 2 ó 3 días pero desde ese momento sus orinas quedan turbias casi permanentemente pero observando que en el mismo día había micciones con orinas claras y otras orinas turbias con olor fuertemente amoniacal.

Estos accidentes infecciosos se repiten una o dos veces cada mes; en vista de lo cual es atendido por un distinguido colega quien le hace practicar un estudio radiológico completo del aparato urinario, en el cual no se descubre ninguna sombra calculosa y en las urografías endovenosas puede observarse un riñón izquierdo de tamaño, posición y aparato excretor sensiblemente normal; en cambio, del lado derecho se observa el polo inferior del riñón francamente descendido y la imagen píélica que denota el aplastamiento de su cáliz superior, rechazado hacia abajo y afuera.

Este estudio fué completado con un examen uretro-cistoscópico, en el que se constató la deformidad de la uretra posterior; la existencia de los dos meatos ureterales en su situación normal, cateterizándose el del lado derecho y practicándole una pielografía ascendente, después de recoger orina, cuya imagen reproducía

exactamente la de la urografía endovenosa. El examen de esa orina dió: escasos leucocitos, algunos hematíes y presencia de colibacilos.

Al tacto rectal se encontró que el lóbulo derecho de próstata estaba ligeramente aumentado y que fué posible tocar la vesícula seminal del mismo lado y cuyo masaje daba salida a regular cantidad de pus.

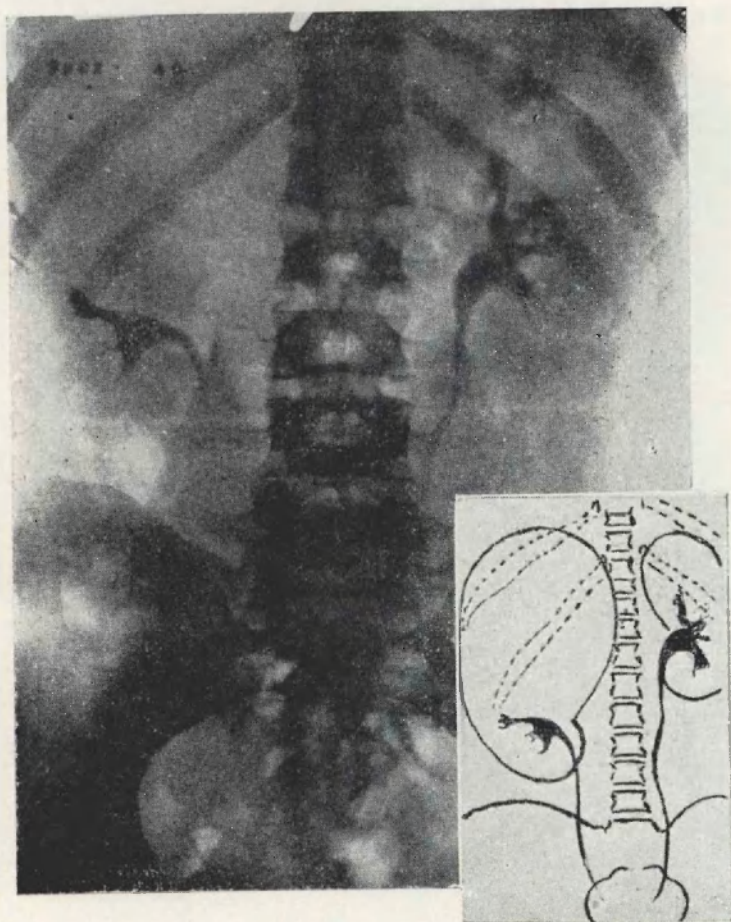


Figura 1

Urografía endovenosa: donde se observa del lado izquierdo imagen normal del parénquima y vías excretoras; en cambio, del lado derecho se vé una imagen de parénquima francamente abultada en su polo superior y además el desplazamiento de la pelvis renal con aplastamiento del cáliz superior.

Con todos estos datos se le hizo diagnóstico de ptosis renal derecha, próstato-vesiculitis derecha, con síndrome entero-renal.

Se le instituye como tratamiento, vacunas por vía bucal, autovacunas, laxantes, antisépticos urinarios por vía bucal e inyectable: lavados de pelvis renal con nitrato de plata, masajes de próstata y vesícula con vejiga llena de un líquido antiséptico.

A pesar de mantener este tratamiento durante más de dos años en forma casi ininterrumpida, el enfermo continuó con sus orinas turbias y accidentes febriles sin mayores modificaciones.

Es por dichos motivos que se nos consulta.

Debemos declarar que de los antecedentes de la enfermedad nos llamó primeramente la atención, la forma de comienzo brusco, la rebeldía del dolor a los calmantes, la duración de 4 días y su terminación casi brusca, características que nos llevaron a pensar súbitamente en la existencia de un cólico nefrítico prolongado producido por una posible hidronefrosis congénita.

Revisamos el estudio radiológico practicado en aquella oportunidad (2

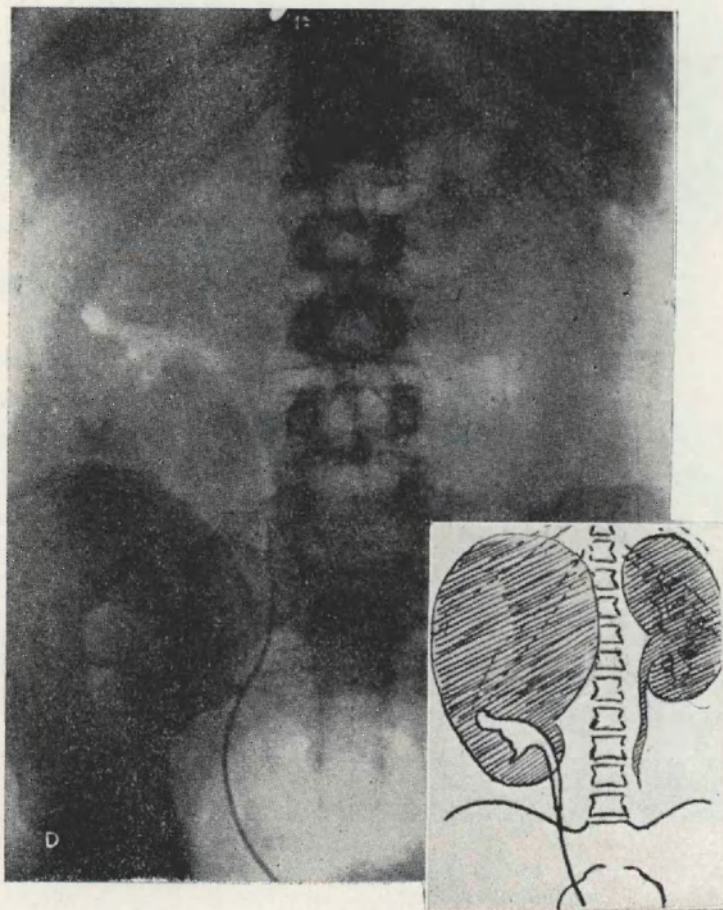


Figura 2

Pneumopyelografía: no se observan sombras calcúlosas y la imagen de pelvis y uréter es sensiblemente equivalente a la de la urografía endovenosa.

años antes); en la radiografía directa confirmamos la ausencia de imágenes calcúlosas pero nos llama la atención el aumento considerable de la imagen del parénquima renal derecho; y en la urografía endovenosa (Fig. 1) constatamos la normalidad en el lado izquierdo, llamándonos en cambio, poderosamente la atención la deformidad de la pelvis renal derecha con el aplastamiento de su cálice superior, debido seguramente a la existencia de una masa de polo superior.

Esta masa, con el antecedente del cólico prolongado de tipo hidronefrosis aguda, por las características radiológicas del ensanchamiento gradual y progresivo del riñón, a medida que nos acercamos al polo superior; el antecedente de

la intermitencia de la piuria y del olor fuertemente amoniacal; nos llevó a pensar en primer término en la existencia de un riñón desdoblado con una hidronefrosis infectada de su bacinete superior, anomalía relativamente frecuente y que explicaba, a nuestro entender, todas las características de la enfermedad y el fracaso de la prueba terapéutica, que consideramos fundamental. Solamente nos restaba confirmar el punto de implantación del tercer meato cuyo cateterismo nos llevaría a complementar en forma irrefutable nuestro diagnóstico.



Figura 3

Riñón desdoblado - cara anterior (reducción 1/5): de 1 a 2, la bolsa hidronefrótica retraída por acción del lijador, que en 3 desemboca en un uréter 5, muy engrosado. En 4, se vé una arteria renal que acompaña la pelvis superior. En 6, el riñón inferior con el uréter correspondiente 7, muy delgado.

Pieza preparada y estudiada por el Prof. Dr. Brachetto Brián.

Practicamos el examen de nuestro enfermo, constatamos como datos positivos: Percusión de Giordano ligeramente positiva del lado derecho y además la existencia de un meato hipospádico balánico, anomalía exterior visible que venía a reforzar nuestra presunción diagnóstica de la anomalía renal. Piuria Total.

Practicamos una meatotomía para poder introducir el uretro-cistoscopio constatando una franca anomalía de la uretra posterior donde era absolutamen-

te imposible distinguir el verum, el utrículo, los orificios de los conductos eyaculadores; dando la impresión de la superficie de un panal de abejas. En la cistoscopia encontramos ambos meatos ureterales que cateterizamos recogiendo orinas claras.

Fué infructuosa la búsqueda del supuesto tercer meato, pues por la pielografía ascendentes (Fig. 2) quedaba descartada la posibilidad de un uréter bifido. Debemos confesar que en la vecindad del meato ureteral derecho encontramos una foseta puntiforme que creíamos pudiese ser la llegada del supuesto tercer uréter pero que fué absolutamente imposible hacer progresar la sonda, ni tampoco pudimos sorprender eyaculación de orina purulenta; es decir, fracasamos

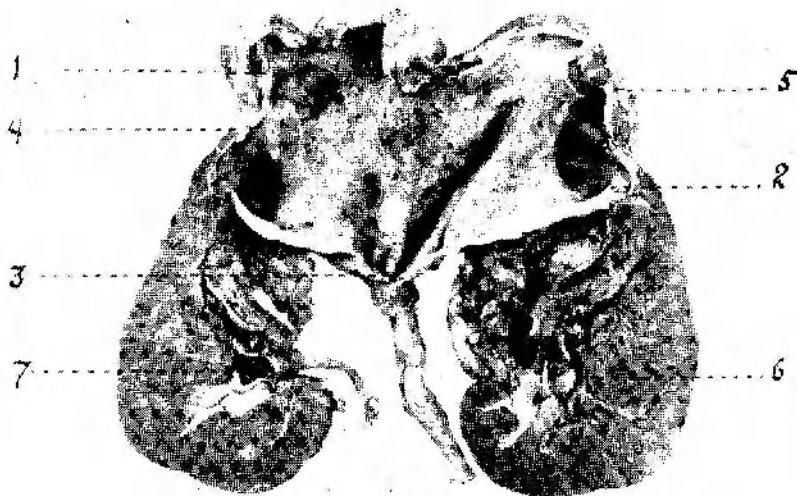


Figura 4

Riñón desdoblado — Sección medio - sagital: (reducción 1/3). En el riñón superior se vé la gran hidronefrosis, en cuya cavidad desembocan algunos cálices 1 y 2, que en 3 se continúa con su uréter. Rodea a la hidronefrosis una faja estrecha de parénquima renal, que en las zonas de fusión con el riñón inferior está sustituido por tejido conjuntivo 4 y 5. El riñón inferior 6, la pelvis y el uréter correspondientes.

Pieza preparada y estudiada por el Prof. Dr. Brachetto Brián.

por lo tanto, en nuestro intento de documentar gráficamente la existencia del tercer uréter que debía corresponder a la bolsa hidronefrósica y lógicamente comenzamos a sospechar que su terminación se encontrara en un sitio anormal inaccesible a nuestra búsqueda y pensamos que pudiese ser en la vesícula seminal correspondiente.

Al tacto rectal encontramos: lóbulo derecho de próstata aumentado de tamaño y la vesícula seminal del mismo lado palpable,

Se le practicaron: examen citológico completo que fué normal y las reacciones de Weinberg - Ghedini y Casseni que fueron negativas.

Nuestro diagnóstico a pesar de estar fundado en datos semiológicos fundamentales, en constataciones radiológicas de alto valor, en la negatividad de las reacciones biológicas para quistes, en la existencia de una anomalía exterior (hipospadias) y el fracaso de toda la amplia y enérgica terapéutica instituida hasta ese momento no fué aceptado por distinguidísimos colegas con quienes tuvimos oportunidad de comentar y discutir el caso.

Tres meses después de dar nuestro diagnóstico, como el enfermo seguía en las mismas condiciones repitiendo sus accidentes infecciosos periódicos, se resuelve aceptar nuestra indicación de una lumbotomía exploradora. Se la practica uno de nosotros (Minuzzi) ayudado por el Prof. Ricardo Spurr y el Dr. García. Anestesia por gases: Dr. Ortega.

Practicamos la lumbotomía exploradora, llegamos a la celda renal, donde existía una discreta perinefritis esclero-lipomatosa que nos dificultó la liberación del riñón, la que una vez obtenida, pudimos constatar la existencia de la gran bolsa hidronefrosica superior con un uréter del tamaño de un intestino delgado y la existencia del riñón inferior: existían algunas anomalías arteriales. Lo que venía a demostrar en forma terminante e indiscutible el acierto de nuestro diagnóstico en todos sus aspectos.

Con el Prof. Spurr convinimos que no era el caso apropiado para practicar una heminefrectomía que hubiese sido la conducta quirúrgica ideal y, por lo tanto, practicamos una nefrectomía total, cuya pieza fué prolijamente estudiada y preparada por el Prof. Domingo Brachetto Brian (Figs. 3 y 4) quien ratificó en última instancia nuestro diagnóstico sobre la variedad de anomalía.

Nuestro enfermo después de operado vió desaparecer definitivamente sus emisiones de orinas francamente amoniacales, pero en cambio le quedó una piuria residual intermitente a gran reforzamiento terminal como sucede habitualmente en las vesiculitis banales; nosotros explicamos y justificamos dicho proceso por la existencia de un enorme muñón ureteral como pocas veces se vé y que evidentemente tardaría más de lo común en el proceso natural de retracción de cuyas paredes evidentemente infectadas y no teniendo una normal terminación en un meato vesical, nos imposibilitaba practicar el recurso de cauterizar y desinfectar dicho muñón. Esta piuria que simulaba una vesiculitis que seguramente también existía, es la mejor contraprueba de nuestra sospecha del abocamiento anormal de dicho uréter y que indiscutiblemente en definitiva también venía a ser cierta la hipótesis emitida de su terminación en la vesícula seminal.

A este enfermo el Prof. Spurr le practicó una serie de masajes con vejiga llena para favorecer el drenaje urétero-vesicular con lo cual la piuria fué gradualmente desapareciendo en virtud también de la retracción de ese muñón que seguramente debe estar convertido en un cordón fibroso.

La piuria en la actualidad ha desaparecido totalmente, encontrándose el enfermo, en muy buenas condiciones generales, debiendo únicamente cuidar, con un régimen apropiado, el buen funcionamiento del intestino para combatir su antigua constipación.

COMENTARIOS

Creemos oportuno hacer resaltar que el cuadro doloroso de tipo cólico prolongado que no obedece a la medicación calmante habitual con el que nuestro enfermo inicia subjetivamente su proceso, no llamara la atención de distinguidos colegas, algunos de ellos especialistas, para hacerles pensar en la posibilidad de la existencia de una hidronefrosis aguda; que constituyó para nosotros el primer fundamento para orientarnos en el diagnóstico.

Desde el punto de vista radiológico, es conveniente señalar la diferencia entre un quiste de un polo y la hidronefrosis de un riñón desdoblado, que si bien ambos pueden producir la deformidad de la otra pelvis aplastando y desviando uno de sus cálices, el comportamiento del borde renal es absolutamente diferente; en el riñón desdoblado con hidronefrosis de uno de los bacinetes se tiene la impresión de una masa única, cuyo borde va gradual y progresivamente ensanchándose; mientras que en los quistes se tiene la impresión de dos masas, de las cuales una (quiste) de forma casi regularmente redondeada intercepta al borde de la otra (parénquima) formando un ángulo cuya abertura es variable.

En cuanto a la terapéutica quirúrgica, si bien reconocemos que el ideal sería la heminefrectomía, tanto en el caso presente, como en el del riñón desdoblado con hidropionefrosis del bacinete inferior que resultó ser el primer caso argentino de esta variedad y que uno de nosotros (Minuzzi) presentó a la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires, (Bol. y trabajos, pág. 67, año 1929); nos vimos obligados a practicar la nefrectomía:

- a) Por la infección causa de la perinefritis.
- b) Por la existencia de anomalías arteriales.
- c) Porque en ninguno de los dos casos existía demarcación neta de ambos parénquimas como en los comunicados por Grimaldi y Mathis (V Congreso Nacional de Medicina, Tomo VI, pág. 167 y en el de Trabucco y Sandro (Revista Argentina de Urología, año 1939, pág. 600) en los cuales no existía la hidronefrosis y la demarcación exterior entre ambos parénquimas era nítida, lo que les permitió practicar una heminefrectomía con éxito.

DISCUSION

Dr. De Surra Canard. — Yo presenté, hace 5 años más o menos, un riñón doble con uréter doble, uno de cuyos cabos desembocaba en la uretra posterior, justo sobre el "veru-montanum". Comprendo que el doctor Minuzzi haya tenido dificultades de diagnóstico en la uretra posterior, porque la piuria modifica mucho la uretra posterior, pero sería interesante, ahora que el enfermo ha modificado su cuadro inflamatorio agudo, procurar hacer una vesiculotomía endoscópica para comprobar la existencia de la desembocadura del uréter en la vesícula seminal, porque siendo el uréter una formación de origen wolfiano, es más fácil que desemboque en un elemento de la vía urinaria, que en un elemento que derive de una formación embrionaria distinta.

En esas condiciones, es posible que el enfermo tenga un uréter que está desembocando en la uretra posterior y que da una sintomatología próstato-vesicular en el período agudo, cuando hay pus, porque el enfermo que tuve estuvo constituido durante 6 años, como un cuadro genital. En cuanto al muñón del uréter, en los 5 años, no se ha transformado en cordón fibroso. Ha mantenido su fondo de saco ureteral en las mismas condiciones que después de la operación. Suele haber un reflujo séptico y ese enfermo, de vez en cuando, tiene fenómenos dolorosos por infección de su muñón y es necesario hacerle un sondaje de esa orina séptica que ha refluído, de vez en cuando, cada seis u ocho meses y un lavaje con nitrato de plata, por ejemplo.

Con esto, este enfermo mantiene ese muñón en estado más o menos séptico hasta que un nuevo despeño coli-bacilar lo recontamina.

Dr. Berri. — El caso que presenta el doctor Minuzzi lo conozco porque he visto al enfermo. Es un enfermo que había visto varios especialistas en Buenos Aires y que me fué enviado por un clínico para que lo estudiara. Le hice una pielografía de relleno con sonda de Chevassu buscando una bifurcación del uréter; no la encontré. Hice uretroscopia inferior para ver la desembocadura del probable meato ureteral y tampoco la encontré. Aconsejé entonces, una lumbotomía exploradora y conozco las alternativas de la infección del enfermo con posterioridad a su intervención quirúrgica.

Dr. Monserrat. — Lo que voy a hacer notar es un pequeño detalle de terminología, quizá poco importante dentro del interés extraordinario que tiene la comunicación que nos ha dado el doctor Minuzzi.

Dice: "Riñón desdoblado completo con hidronefrosis del bacinete superior". A mí me parece que vista la pieza, se trata de un riñón con un doble sistema de excreción, porque no hay limitación de parénquima, no hay aislamiento de esas dos masas del blastema renal. Hay un sólo blastema renal y hay dos brotes que dan origen a un sólo sistema de excreción. En mi concepto, debería decirse: hidro-nefrosis del bacinete superior en un riñón con doble sistema de excreción.

Dr. Minuzzi. — En cuanto a la observación del doctor de Surra Canard, debo declararle además de lo que ya nos ha dicho el doctor Berri, que posteriormente a la intervención seguimos atendiendo al enfermo con el profesor Ezcurra, quien planteó lo mismo que el doctor de Surra Canard. En una consulta que tuvimos en Córdoba, el profesor Ezcurra me dijo: Yo quiero hacerle a este enfermo una uretroscopía posterior lo más prolija posible y quiero hacer cateterismo de los conductos eyaculadores; pero eso fué imposible. Quisimos seguir la indicación del profesor Ezcurra, pero todos hemos fracasado.

El enfermo en su evolución ya lleva más de 6 meses y su piuria ha desaparecido totalmente ayudado por los masajes de la vesícula y de la próstata con vejiga llena. Las pruebas terapéuticas para mí, son de un altísimo valor, aunque muchas veces no se puede hacer la prueba gráfica, como de graciamamente, ha sucedido en este caso. Pero creo que con la historia del caso, con la pieza en la mano y con la evolución posterior, me parece muy difícil dudar de que efectivamente ese uréter desembocaba en la vesícula. Por lo menos, esa es mi íntima convicción. Desgraciadamente, aun después de desaparecido, persiste la anomalía de uretra posterior. Uno tiene la impresión de ver un panal de abejas, una serie de pequeños agujeros, donde es imposible introducir una sonda.

Sr. Presidente, Dr. Von Der Becke. — Considero muy interesante la contribución del doctor Minuzzi, sobre todo por el calor con que la ha defendido.