

Por el Doctor  
RICARDO ERCOLE

## PSEUDOHIDRONEFROSIS TRAUMÁTICA A PROPOSITO DE 3 OBSERVACIONES DE LA INFANCIA

Se entiende por perinefrosis traumática de Legué o colección perirrenal traumática de Cathelin o quiste paranefrítico traumático de Delbet, a una misma entidad mórbida, mejor conocida con la denominación impropia de Pseudohidronefrosis traumática, que se caracteriza por un derrame de orina, generalmente asociado con sangre, que se hace dentro de la cápsula adiposa del riñón, en íntimo contacto con este órgano, circunscripto por una cápsula fibroconjuntiva de reacción y provocado por un traumatismo externo que ha originado una solución de continuidad con las vías excretoras del riñón, pelvis, cálices o uréter, en la mayoría de las veces al través de la rotura del parénquima renal. Es necesario diferenciar este proceso de la Pseudo-hidronefrosis espontánea, de la cual hemos tenido oportunidad de publicar algún caso y que si bien desde el punto de vista anatómico es en todo semejante a la Pseudo-hidronefrosis traumática, se diferencia de la misma en que el factor etiológico es distinto, ya que ella depende exclusivamente de un proceso patológico preexistente que la determina, sin relación con un traumatismo.

La pseudohidronefrosis traumática es una complicación al parecer poco frecuente de los traumatismos del riñón, como se deduce de la escasa bibliografía existente. Lardennois en su tesis del año 1908, reunió de la bibliografía apenas 36 casos de esta complicación sobre un total de 666 traumatismos del riñón, haciendo notar este autor que no todos estos casos podían clasificarse como tales, ya que suponía que algunos de ellos podrían ser verdaderas hidro-

nefrosis, que sólo era posible despistar con un estudio histo-patológico de la pared de la colección uro-hemática.

La poca frecuencia de este proceso, cuya observación sería cada vez más excepcional, se explica para nosotros en el hecho de ser una complicación de los traumatismos graves del riñón, en que es necesaria una rotura que interese, además del parénquima, las vías excretoras o que provoque una sección del uréter, casos en los cuales el cirujano, con un concepto amplio de lo que representa la cirugía conservadora en los traumatismos del riñón, interviene precozmente, antes de hacer posible la formación de la colección uro-hemática.

Hemos tenido oportunidad de diagnosticar e intervenir tres casos de pseudohidronefrosis traumática, cuyas historias clínicas resumimos a continuación. Por rara coincidencia, estas tres observaciones corresponden a la infancia, en chicos de los cuales el mayor tiene 7 años y el menor 3, y todos ellos secundarios a un traumatismo directo del riñón.

#### OBSERVACIONES PERSONALES:

*Observación N° 1.* — Pablo S., 7 años, argentino. Ingresó el 29 de julio de 1936 a nuestra clínica privada, por gentileza del Dr. Rodeiro. Sin ningún antecedente digno de mencionar, refieren los familiares que hace 15 días cae de costado sobre un grupo de ladrillos, recibiendo el golpe a nivel de la región lumbar del lado derecho. Tiene una micción francamente hematúrica y desde entonces continúa durante tres días orinando sangre en regular cantidad. Se le hace reposo, hielo local y coagulantes, con lo que la orina se aclara. Hace 4 días inicia temperatura que llega a 39 grados, constatando su médico una tumoración que parece corresponder al riñón derecho, poco dolorosa, que es el motivo por el cual nos consulta.

*Estado actual.* — Enfermito bien constituido, de moderado panículo adiposo, fascies febril, labios secos, lengua limpia. El examen general es negativo. Abdomen: blando, depresible, no hay resistencia muscular. El hipocondrio derecho hace ligero relieve y la palpación revela a dicho nivel una tumoración redondeada, renitente, que se calcula del tamaño de una cabeza de feto, que se pierde por debajo del reborde costal y que hacia abajo descende un poco más de la horizontal del ombligo; tiene peloteo franco, contacto lumbar, es poco dolorosa y se moviliza poco con los movimientos respiratorios.

*Exploración radiográfica.* — Sombra renal izquierda normal. Del lado derecho se dibuja una sombra redondeada del diámetro de unos 10 cms. Borramiento de la sombra el psoas del mismo lado. *Urograma por excreción:* Pielograma izquierdo de aspecto normal, buena eliminación. Del lado derecho parece esbozarse alguna eliminación que no alcanza a dibujar las cavidades del riñón: no se observa nefrograma. Persiste el borramiento de la sombra del psoas de este lado.

*Exámenes de laboratorio.* — Orina: albúmina y glucosa no hay. Sedimento

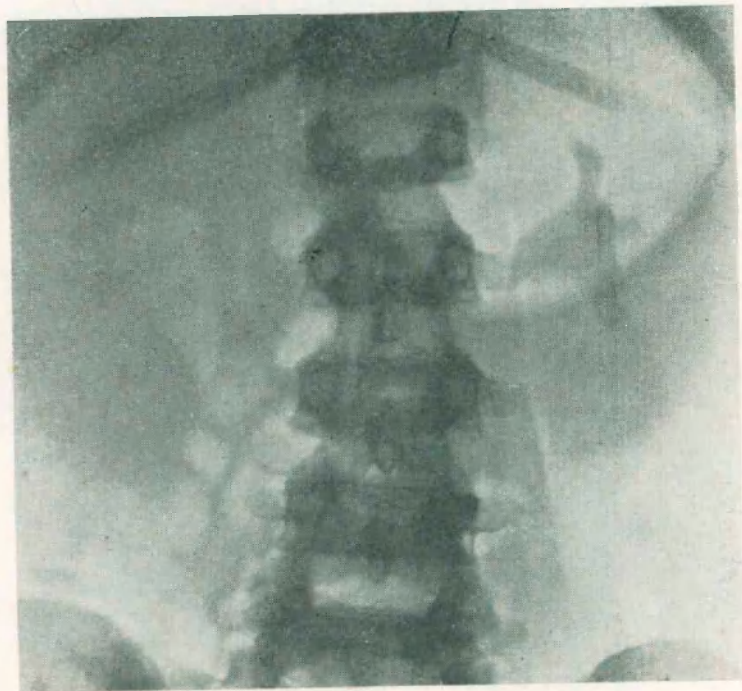


Figura 1  
Observación 1. Urograma por excreción.

nada de particular. Sangre: urea en suero: 0,27 grs. por mil. Glóbulos rojos: 4.800.000. Hemoglobina: 89 %. Glóbulos blancos: 7.200.

Con el antecedente del traumatismo renal y la precocidad de la tumoración, además de los elementos de juicio que nos proporciona el urograma, hacemos el diagnóstico de pseudohidronefrosis e intervenimos a nuestro paciente.

*Operación.* — 1 de agosto de 1936: Dr. Ercole, con la ayuda del Dr. Giagni. Lumbotomía anatómica. Abierta la fascia renal que está infiltrada y espesada, se derraman unos 3/4 litro de orina apenas teñida con sangre, la que ocupa la atmósfera perirrenal, rodeando totalmente al riñón que está algo rechazado hacia arriba. El riñón presenta una solución de continuidad a nivel de su polo inferior, mostrando una brecha franca, que separa dicho polo del resto del riñón, brecha que llega profundamente hasta el hileo, poniendo ampliamente al

descubierto las cavidades renales. Este polo inferior está apenas unido al resto del parénquima por un pedículo de 1 cm. de espesor (fig. 2). No da sangre pero hay un poco de pus en la brecha renal. Se ven restos de coágulos. Se decide la nefrectomía. Ligadura en block del pedículo; ligadura independiente del uréter. Una gasa envuelta en celofán y un tubo de drenaje. Aproximación de los planos musculares con catgut. Lino a la piel.

P. O. Temperatura de 38 grados los primeros días; luego apirético. se



Figura 2

Observación 1. Fotografía de la pieza operatoria.

saca la gasa al 6º día y el tubo al 9º. Buena cicatriz operatoria. De alta curado a los 13 días de la intervención.

*Observación N° 2.* — Irineo Z. 4 años, argentino. Enfermo que nos recomienda el Dr. Curutchet. Ingresa el 5 de julio de 1936 a nuestra clínica privada. Sus antecedentes no tienen importancia. *Enfermedad actual:* Hace un mes es atropellado por un carro, cuyas ruedas le rozan el flanco izquierdo produciéndole una equimosis a su nivel. No pierde el conocimiento y es visto en seguida por médico, quien constata una franca resistencia en el hemiabdomen izquierdo y un estado de palidez acentuada que le hace pensar en una hemorragia interna. Sin embargo, este cuadro desaparece a las pocas horas, por lo que se le considera curado. Al cabo de un mes la familia nota que el chico tuerce su columna al

caminar y además que hacia el flanco izquierdo hace relieve una tumoración, por cuyo motivo se nos envía al enfermito para su tratamiento.

*Estado actual.* — Enfermito bien constituido, de aspecto sano. Llama la atención que en la marcha el niño se inclina hacia el lado de la lesión por una escoliosis a concavidad izquierda. Piel y mucosas bien rosadas. *Tórax:* nada de particular. *Abdomen:* ocupando el flanco y fosa iliaca izquierda hace relieve una tumoración, que a la palpación se demuestra es lisa, regular, francamente

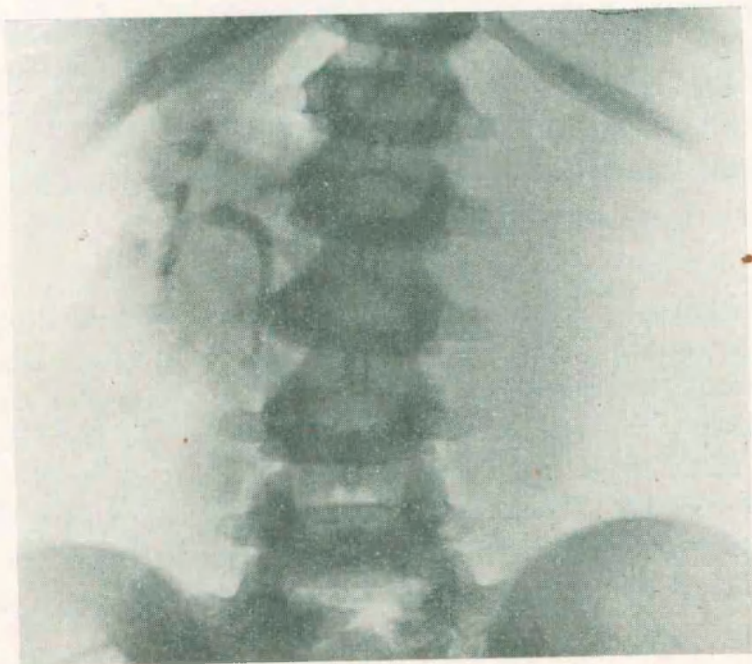


Figura 3  
Observación 2. Urograma por excreción.

renitente, que se calcula del tamaño de una cabeza de feto, poco móvil, que hace contacto lumbar y que pelotea.

*Exploración radiográfica.* — Radiografía directa: no se visualiza la sombra del psoas del lado izquierdo. Urograma por excreción: Pielograma del lado derecho de conformación normal; buena eliminación. Del lado izquierdo no hay eliminación del líquido de contraste. No se visualiza nefrograma.

*Exámenes de laboratorio.* — Orina: albúmina: vestigios. Glucosa: no hay. Sedimento: escasos leucocitos granulados. *Sangre:* Urea en suero: 0,55 grs. por mil. Glóbulos rojos: 3.970.000. Glóbulos blancos: 7.500. Hemoglobina: 79 %.

En estas condiciones hacemos el diagnóstico de pseudo-hidronefrosis traumática, basados en el antecedente del traumatismo y en la falta de eliminación del líquido de contraste por el riñón afecto, decidiendo por este motivo la intervención.

*Operación.* — 8 de julio de 1936: Dr. Ercole, con la ayuda de los doctores Giagni y Nosti. Eternarcosis. Incisión de Pean económica. Al cortar el plano muscular se abre la tumoración evacuándose 2 y 1/2 litros de un líquido claro de aspecto de orina. Pensando que se trata de una hidronefrosis, se intenta el decolamiento de la pared que está internamente adherida a los planos vecinos, que es delgada y que se desgarra con facilidad. Explorando mejor se observa que hacia la parte superior y anterior de la cavidad está el riñón completamente decolado en su cara posterior, pero fijo hacia adelante al peritoneo. No es posible visualizar el uréter porque el todo está englobado en un magma fibroso. Hacemos el diagnóstico de pseudo-hidronefrosis por probable sección del uréter y decidimos la nefrectomía. Se hace nefrectomía subcapsular con ligadura en block del pedículo y del uréter. Un tubo y dos gasas de drenaje. Cierre de la pared por planos con catgut. Lino a la piel.

P. O. Temperatura de 38 grados el primer día. Se extraen las gasas al 4º día y el tubo al 9º. De alta curado el 24 de julio.

*Observación N° 3.* — Se trata de un enfermito, Ventura E. R., de 3 años de edad, que ingresa al Servicio del Prof. Cames, en el Hospital Centenario, el 2 de febrero de 1940, enviado por el Dr. Filomena Zeno de Calchaqui. Este caso dará motivo a una comunicación especial, ya que se trata de una sección traumática del uréter, en el cual fué posible una intervención conservadora con un buen resultado inmediato. Actualmente se encuentra bajo nuestra observación y esperamos presentarlo con urogramas periódicos con el objeto de establecer el futuro de su riñón. Aunque no disponemos en este momento de la documentación gráfica, referiré suscintamente su historia clínica.

Un mes y medio antes de su ingreso cae desde una jardinera, de un metro y medio de alto y parece ser que una rueda le pasó por su abdomen. Pierde el conocimiento por unos minutos y es llevado a un hospital, donde se interna. Al segundo día del accidente tiene dos micciones discretamente hematóricas, para luego continuar con orinas claras hasta el momento de su ingreso a nuestro hospital. Es dado de alta a los pocos días como curado, pero 8 días más tarde le constatan una tumoración en el hemiabdomen izquierdo, por cuyo motivo y como no mejorara con el reposo, se nos lo envía para su tratamiento.

Al examen del chico constatamos como único dato positivo dicha tumoración que se calcula del tamaño de un huevo de avestruz, regular, renitente, que pelotea, da contacto lumbar y tiene cierta movilidad con los movimientos respiratorios. Como en los casos anteriores, la exploración radiográfica es negativa en el sentido de no revelar el urograma eliminación del lado de la lesión.

Con el diagnóstico probable de pseudo-hidronefrosis traumática lo intervinimos, constatando en el acto operatorio una gran colección perirrenal de orina con un riñón de aspecto normal rechazado hacia arriba. Explorando mejor constatamos una sección total del uréter a nivel de su unión con la pelvis, siendo necesario hacer una investigación cuidadosa en la pared posterior de la cavidad quística, para descubrir bien retraído el cabo inferior del uréter. Previo avivamiento

de ambos cabos se hace una sutura término-terminal con cuatro puntos en corona y además una nefrotomía al través de un cáliz inferior con el pasaje de una sonda que drena la pelvis y de otra más delgada, que penetra unos centímetros en el uréter.

El P. O. fué muy bueno. Las pielografías de control revelan un buen resultado funcional y anatómico hasta pocos meses después de la intervención.

Parece estar demostrado que para que exista una pseudo-hidronefrosis traumática, es fundamental una rotura de las vías excretoras del riñón en comunicación con la atmósfera perirrenal, ya sea directamente, como en el caso de una lesión del uréter o al través de la rotura del parénquima renal. Una rotura del riñón, sin solución de la continuidad con las vías excretoras, no puede originar por sí sola, como lo ha establecido Tuffier, un derrame de orina en la atmósfera perirrenal. A esta rotura de las vías excretoras debe agregarse, al menos en los casos en que la misma no es muy amplia, algún obstáculo mecánico a nivel del uréter, como puede ser un coágulo o una estenosis cicatricial, para que la colección perirrenal se produzca. Parece ser al través de nuestra búsqueda bibliográfica que la pseudo-hidronefrosis traumática es, en general, secundaria a una rotura del parénquima renal y concomitantemente de los cálices o de la pelvis, como es el caso de nuestra observación número 1 y en cambio la que se produce como consecuencia de la sección traumática del uréter (obs. N° 3) sería de observación mucho más rara.

Según Razzaboni, que ha estudiado en un trabajo muy documentado, de orden experimental, a este proceso, la colección perirrenal de orina provoca una reacción de proliferación conjuntiva en base del tejido peri y para renal, que originaría la pared del pseudoquistes. Además, ha demostrado dicho autor que como consecuencia de la colección perirrenal se producen en el riñón lesiones de tipo regresivo semejantes a las que se observan en las hidronefrosis verdaderas y caracterizadas por alteraciones regresivas de los tubos epiteliales con hiperplasia del tejido conjuntivo, que son capaces de originar a la larga la atrofia del riñón. Es necesario distinguir, como lo hace Gerard en su documentado relato sobre traumatismos del riñón en el año 1930, la pseudo-hidronefrosis traumática de la colección de orina traumática subcapsular, llamada impro-

piamente pseudohidronefrosis subcapsular, forma descrita en el año 1899 por Kirmisson, y que por definición es la colección de orina que se forma por debajo de la cápsula del riñón, la que por lógica, dada la poca extensibilidad de dicha cápsula, es de volumen muy limitado.

Legué ha definido el cuadro clínico de la pseudo-hidronefrosis traumática, diciendo que se caracteriza por aparecer relativamente tarde después de la rotura del riñón, en general a los 15 ó 20 días que siguen al traumatismo, en un momento en que podría creerse que el proceso ha terminado y además por su evolución insidiosa, sin síntomas generales y con escasos signos locales.

Esa es, por otra parte, la forma cómo se ha exteriorizado clínicamente este proceso en un gran número de las observaciones publicadas y ha sido ella también la evolución en nuestros casos.

Después de un traumatismo del riñón, que origina una hematuria de intensidad variable, existe un período libre de pocos días en unos casos, de 2 a 3 semanas en los más, al cabo de los cuales el enfermo acusa algunas molestias en su fosa lumbar, generalmente discretas, revelando el examen la existencia de una tumoración con los caracteres semiológicos de un tumor líquido retroperitoneal. El diagnóstico que se plantea en estos casos es el de una hidronefrosis o el de una pseudo-hidronefrosis traumática. La solución de este problema diagnóstico no siempre es fácil, ya que el médico dispone de pocos elementos de juicio para establecer la naturaleza exacta de la colección líquida. Es natural que el tiempo relativamente breve transcurrido desde el traumatismo, sea un elemento de juicio en favor del diagnóstico de pseudo-hidronefrosis, ya que las hidronefrosis de evolución aguda como consecuencia de un traumatismo son siempre muy discutidas. Los caracteres semiológicos de la tumoración no son, en general, útiles para el diagnóstico y en cuanto al cateterismo de uréteres, en la esperanza de vaciar una bolsa hidronefrótica y que pareciera fuera de valor en estos casos, tampoco tiene interés, pues como ya lo ha establecido Legué, él es en ambos casos negativo. La sonda ureteral encontrará un obstáculo que la detiene en algún punto de su trayecto, no evacuando en ambos casos la colección líquida. La pielografía por relleno, que puede fracasar por el mismo motivo, es en otros casos de valor al rellenar las cavi-



dades y revelar el sitio de la rotura del riñón. Finalmente el urograma por excreción podría brindar elementos de juicio suficientes para el diagnóstico, cuando, como en el caso de la observación N° 1, se dibujan las cavidades del riñón no dilatadas y se puede por ello descartar el diagnóstico de hidronefrosis verdadera. La existencia de un intervalo libre entre el traumatismo y la formación de la colección nos lleva a descartar la posibilidad de un hematoma perirrenal, faltando, además, en este caso los síntomas locales y generales que le acompañan.

Queremos hacer notar un signo radiográfico sobre el cual, al parecer, no se ha llamado la atención hasta la fecha y que para nosotros, al través de nuestra experiencia, tendría un gran valor para establecer, en la duda, el diagnóstico de pseudo-hidronefrosis. Nos referimos al borramiento de la sombra del músculo psoas, signo que Alexander ha descrito en el flemón perinefrítico y que no lo hemos visto faltar en ninguna de nuestras observaciones de pseudo-hidronefrosis traumática, como tampoco en los casos de pseudo-hidronefrosis espontánea, que hemos tenido oportunidad de tratar.

Por lo que se refiere al tratamiento, la conducta terapéutica que se impone es la intervención quirúrgica, dependiendo del grado y de la importancia de la rotura del riñón y de sus vías excretoras, la conducta del cirujano, aunque en principio él debe tender a hacer una operación conservadora. Sin embargo, en un elevado número de casos las circunstancias locales llevan a la nefrectomía. En una de nuestras observaciones pudimos hacer cirugía conservadora, efectuando la sutura del uréter, seccionado por el traumatismo, pero sobre los resultados de esta intervención no queremos abrir un juicio definitivo hasta tanto nuevos controles pielográficos certifiquen la autenticidad del resultado anatómico y funcional obtenido hasta pocos meses después de la intervención.

## Sociedad Argentina de Urología

### SESION DEL 25 DE SETIEMBRE

—Siendo las 22 y 50 dice el

Sr. Presidente Dr. Castaño. — *Queda abierta la sesión.*

*Por Secretaría se va a dar lectura de una nota del Dr. Díaz Castro, de Montevideo, acusando recibo de su designación de miembro corresponsal extranjero de la Sociedad Argentina de Urología.*

—Se lee.

—Sin observación, se aprueba el acta de la sesión anterior.

Sr. Presidente Dr. Castaño. — *Están en discusión los trabajos de la sesión anterior.*

*Si nadie hace uso de la palabra, se va a seguir con el orden del día.*

**Diurético . Antiúrico  
y desinfectante de las vías urinarias**

GRANULADA

# URILITINA SERONO

COMPRIMIDOS

*Fórmula:* Ioduros de potasio y rubidio, carbonato, salicilato y benzoato de litio y hexametilentetramina; mezcla efervescente.

HIJOS DE ATILIO MASSONE = Córdoba 2088/92, Bs. As.



# UROMIL

MOVILIZA

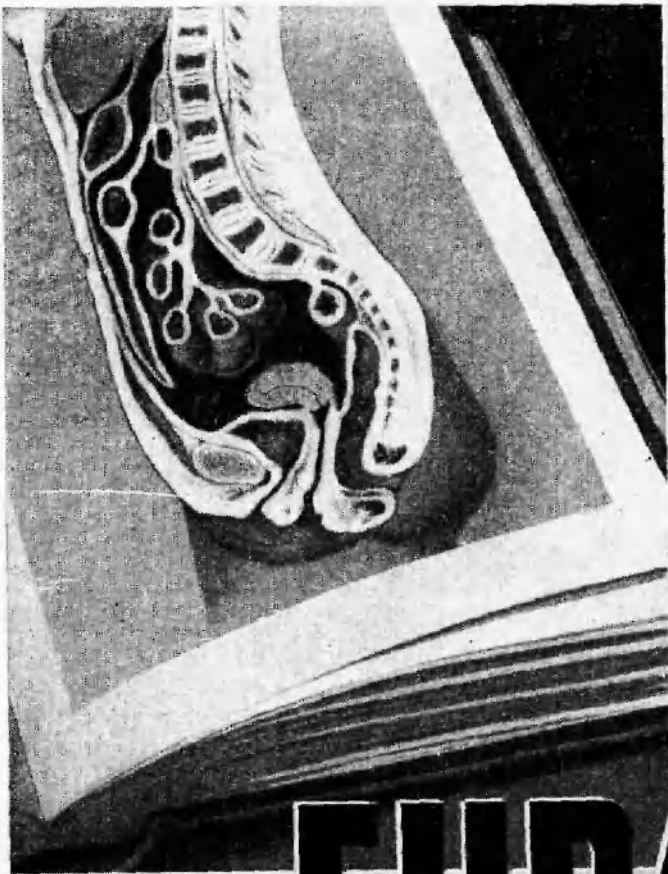
DISUELVE

ELIMINA el

## ACIDO URICO

E IMPIDE SU NUEVA FORMACION

GERARDO RAMON & Cía. Ltda.  
476-MEDRANO-476 BUENOS AIRES



# EUPACO

Merck



Líquido    Tabletetas    Supositorios    Supositorios para criaturas    Ampollas

**Antiespasmódico de efectos seguros**  
en todos los  
espasmos de la musculatura lisa

**E. MERCK - DARMSTADT**

Merck Química Argentina S. A.  
Casilla Correo 1442      Buenos Aires

"Eupaco": marca reg.