

PIONEFROSIS CALCULOSA EN UN RIÑÓN EN HERRADURA

Por los Dres. MIGUEL HOURCADE y RODOLFO I. MATHIS

Las observaciones de riñón en herradura en su variedad más frecuente, a istmo inferior, han dejado de ser una rareza; los adelantos de la técnica radiológica sobre todo, permiten hoy diagnósticos o presunciones diagnósticas que facilitan el plan operatorio a seguir. Entre nosotros ya son muchas las observaciones publicadas, lo que constituye una casuística importante.

Presentamos hoy un caso más, con algunas reflexiones sobre el diagnóstico y la conducta terapéutica seguida.

J. F. M., 27 años, argentino, toldero. Ingres a la Sala VIII, del Hospital Teodoro Alvarez (Jefe: Dr. Pedro Wallace), el 14 de octubre de 1943.

Sin antecedentes hereditarios de importancia y como personales solamente una blenorragia adquirida a los 19 años que cura sin complicaciones bajo control médico en dos meses.

Su enfermedad actual comienza ocho meses antes de su ingreso, con dolor intenso a tipo cólico en flanco y fosa iliaca derecha que se irradia al testículo del mismo lado, acompañándose de náuseas y vómitos y discreta disuria.

Calmado el dolor a las pocas horas desaparece la disuria al eliminar orinas rojizas y con arenillas, lo que sucede en varias micciones posteriores.

El 11 de agosto, repite el ataque con las mismas características, eliminando orinas lechosas que persisten hasta hoy.

Estado actual: Enfermo bien desarrollado, normo tipo, en discreto estado de nutrición.

Consignando sólo los datos positivos, tiene un mal estado de conservación dentaria, faltan múltiples piezas y las que restan con numerosas caries.

El examen de sus aparatos circulatorio, respiratorio y nervioso es negativo.

Abdomen: Paredes elásticas y depresibles, hay dolor a la palpación superficial de la fosa iliaca derecha. La palpación de la fosa lumbar es dolorosa, percibiéndose entre la mano anterior y posterior una sensación de fosa ocupada sin poder decir que haya una verdadera tumoración. Signo de Rousing negativo.

El bazo no se palpa y se percute dentro de sus límites normales. *Hígado:* Se percute su borde superior en el 5º espacio intercostal. El borde inferior no se palpa se percute en su límite costal.

Genitales sin particularidad. Tacto rectal id.

Examen urológico (oct. 1º). Orinas lechosas que no aclaran con el ácido acético. Calibre uretral conservado a un explorador Nº 22. No hay retención vesical.

Cistoscopia: El cistoscopio pasa sin dificultad. El medio aclara rápidamente. Mucosa vesical sana. Ligera congestión de trigono. Meatos ureterales bien implantados de aspecto falciformes, sanos. Eyaculación turbia con grumos en el lado derecho y clara en el izquierdo. La prueba de Voelker y Joseph revela una eliminación del colorante a los 7 minutos algo tenue en el lado izquierdo y no aparece a los 11 minutos de observación en el lado derecho.

Los exámenes practicados han revelado: orina, densidad 1.018 con glóbulos de pus. Urea en suero: 0,44 ‰.

Glucemia: 0,80 ‰.

Índice de coagulación: 7 minutos. Sangría: 3 minutos.

Se complementan las pruebas funcionales de riñón que dan:

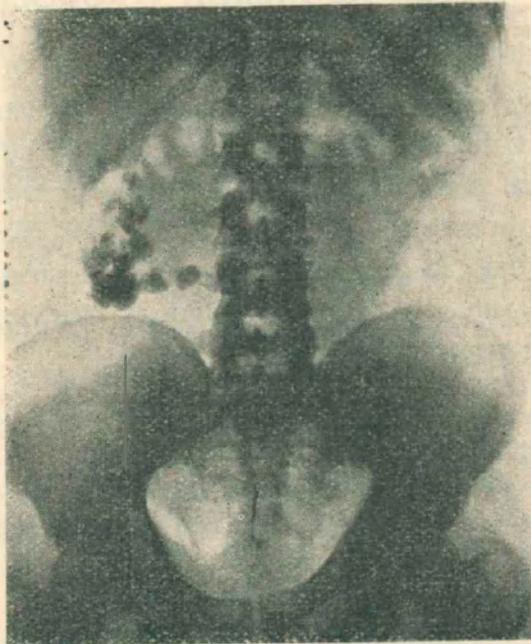


Figura 1

Fenolsulfoftaleína: aparece a los 8 minutos de la inyección endovenosa eliminando en una hora 40 ‰.

Constante de Ambard: 0,11.

Índice de depuración ureica (standard): 35 ‰.

El estudio radiológico muestra:

Radiografía simple de árbol urinario: numerosas sombras de intensa opacidad que abarcan una extensa zona, siendo más grandes las inferiores las que se proyectan las más internas al lado de la columna vertebral a nivel de la cuarta lumbar.

Urografía excretoria: revela una eliminación recién a los 35 minutos en el lado derecho donde existen unas cavidades sumamente dilatadas en cuyos límites están dispuestas todas las sombras anormales de la radiografía simple. En el lado izquierdo existe eliminación discreta, dibujándose una marcada hidronefrosis con una forma irregular de esas vías excretorias.

Schering

ALBUCID

sulfanilacetilamida

atóxica,

para la quimioterapia de la

Gonococcia

Coli y Coco infecciones

Meningitis epidémica

Siendo inofensivo y, por lo tanto, de excelente tolerancia, se administra una elevada dosis inicial, logrando con ello una rápida e intensa acción curativa.

ALBUCID

Tubo con 20 Tabletas de 0,5 gr.

ALBUCID INYECTABLE

Caja con 5 ampollas de 5 c. c. de solución al 30 % (1,5 gr.)

Por Muestras y Literatura

QUIMICA SCHERING S. A.

MONROE 1378 · BUENOS AIRES

URILITINA

SERONO

Granulada y Comprimidos

**DIURETICO
ANTIURICO
Y DESINFECTANTE
DE LAS VIAS
URINARIAS**



HIJOS DE ATILIO MASSONE

Córdoba 2088/92 • Bs. Aires

Hormonoterapia sexual masculina

por la vía sublingual

PERANDREN - LINGÜETAS

Nueva adquisición en el uso terapéutico de los andrógenos

Actividad intensa. Comodidad en el uso.

1-3 lingüetas por día, para administración por vía sublingual

Fascos conteniendo 20 lingüetas (comprimidos de 5 mg. de metiltestosterona)



Productos Químicos Ciba S. A.
Santa Fe 1072
Buenos Aires



Figura 2



Figura 3

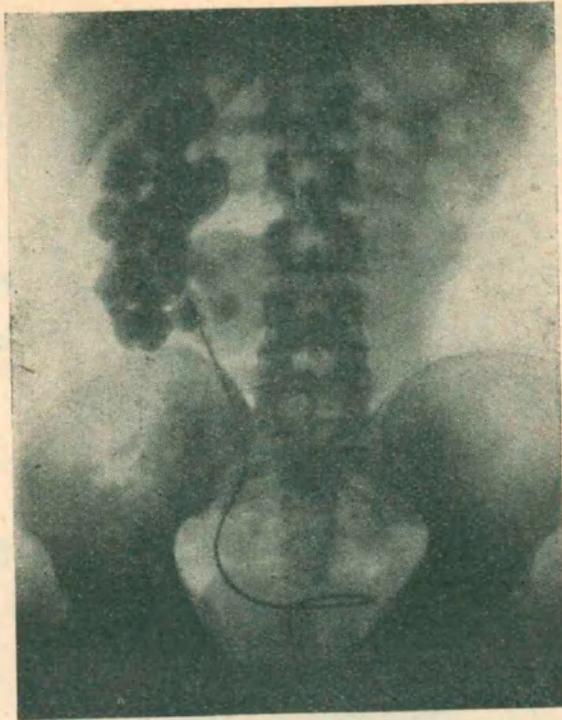


Figura 4

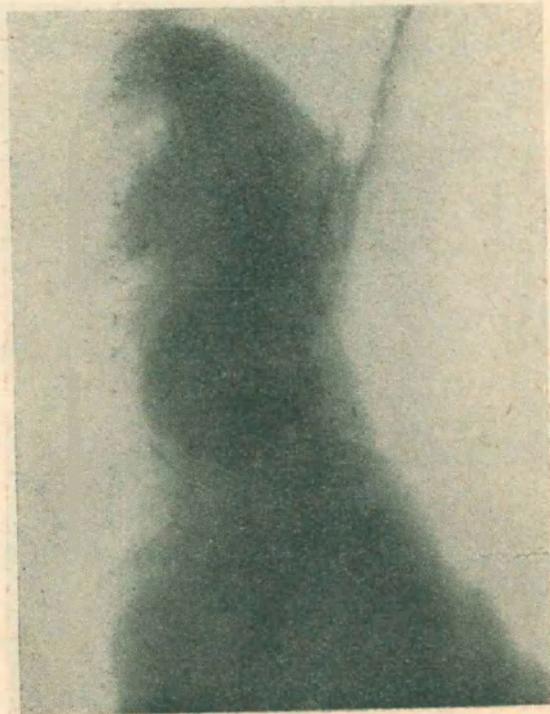


Figura 5

Se ha practicado una pielografía ascendente del lado derecho cuyo informe dice: (Instituto Municipal de Radiología) Marcada dilatación de la pelvis renal y de los cálices. Los cálculos se hallan situados en vías excretorias superiores. (Firma: L. Arrúes).

Radiografía con relleno en posición lateral: Existe una marcada curva a concavidad posterior del uréter hasta su abordaje a la bolsa.

En una nueva urografía excretoria obtenida el 9-X-1943, se consigue visualizar el contorno renal sobre todo en el lado izquierdo el que se pierde en la línea media. Por otra parte se observa como las cavidades excretorias dilatadas del lado izquierdo están muy extendidas hacia la columna.

Angulo basal del triángulo de Robert Gutiérrez. 50°.

Con el diagnóstico de pionefrosis calculosa derecha en riñón en herradura con regular uronofrosis del lado izquierdo, con función discreto de este lado, intervínimos al enfermo el 2 de noviembre de 1943.

Cirujano Dr. Mathis. Ayudantes Dres. Hourcade y Clein. Anestesia general al éter.

Incisión lumbar de Israel lado derecho. Se aborda sin dificultad la celda renal. Se libera riñón voluminoso, lo que se realiza fácilmente en su cara posterior y borde externo. Se comprueba que el órgano se prolonga a nivel del polo inferior con un istmo carnososo que se dirige al lado opuesto.

Se aísla con mucho cuidado de la grasa peri-renal y se comprueba un triple pedículo vascular: uno superior que se introduce en un seno renal que se extiende hasta la línea media, del que emerge la pelvis renal del tamaño de una pelota de tenis, la que se divide en sus cálices completamente por fuera del seno, de tal manera que éstos son en gran parte extrarrenales. El uréter transcurre acoplado a la bolsa hasta una zona alta, pasando luego por delante del istmo, que es prevascular. Existe otro pedículo medio constituido por una gruesa vena que viene de la cava, y un tercer pedículo muy grueso que se introduce en la parte más inferior del seno el que es, podríamos decir, ístmico en este lugar.

Se aíslan, ligan y seccionan sucesivamente los tres pedículos vasculares lo mismo que el uréter. El riñón sólo queda vinculado por su istmo, en el que existen cálices con cálculos. Se observa entonces un marcado cambio de coloración de todo el riñón sin su fuente de vascularización (azulado pizarra) en comparación del parénquima irrigado por el lado opuesto, permitiendo hacer la sección del istmo sin previa ligadura, sólo sostenido por dos pequeños clamps que tienen por función evitar que el riñón opuesto se sumerja en la "loge" del otro lado. La sección es exangüe, pero es necesario reseca un trozo más amplio del istmo que contiene algunos cálices con pequeños cálculos, lo que obliga a colocar algunas ligaduras aisladas en la superficie de sección y dos puntos en U de catgut. Se extirpa así el riñón enfermo. Toilete de la "loge"; Drenaje con gasa hasta la zona ístmica. Cierre por planos con catgut. Piel con crin. Curación.

El post-operatorio se hizo sin accidente, retirándose los puntos de piel a los 8 días y dándose de alta al enfermo el 4 de enero del corriente año, se demoró el alta con el objeto de continuar la observación de la función renal que fué mejorando un tanto.

COMENTARIOS

Nos ha parecido de interés traer al seno de esta Sociedad el caso relatado en primer lugar como nuestro aporte a la casuística nacional, pero indudablemente en esta observación es posible desglosar algunos hechos de importancia.

La sintomatología que como sucede siempre no es patognomónica ni

mucho menos de esta enfermedad, pudiéndose exteriorizar por un polimorfismo ya entrevisto por los primeros observadores, no presenta nada de particular en nuestro enfermo. Los síntomas deben ser atribuidos a la complicación y no a la malformación.

El diagnóstico en cambio no ofrece en general dificultades en los casos comunes, desde el aporte de la radiología y urografía sobre todo. En la monografía de Robert Gutiérrez puede verse el valor que le corresponde a cada uno de los elementos de diagnóstico, que todos conocemos. Sin embargo se le ha dado poca importancia a un signo que creemos de valor: nos referimos a la curva que hace el uréter en las radiografías de perfil, curva que está condicionada por la presencia del istmo que obliga a este órgano a desviarse por delante de él (en los casos de uréter pre-ístmico como es la regla en esta anomalía) y le hace efectuar una curva a pequeña abertura de concavidad posterior como puede observarse nítidamente en el estudio llevado a cabo en nuestro enfermo. En realidad es una variedad del signo denominado de "florero" (flower vase) de Gutiérrez.

Otro hecho que queremos consignar es la importancia de la alteración circulatoria una vez efectuada la ligadura de los vasos del riñón correspondiente lo cual permite efectuar la sección del istmo en forma exangüe prácticamente sin ligaduras y sobre todo con la seguridad de no perjudicar la circulación del otro riñón, que sabemos puede llevar a serias complicaciones. El cambio de coloración es tan aparente que permite hacer esta sección ístmica con toda facilidad. Naturalmente nos referimos a los casos de sinfisiotomía con nefrectomía.

Por último la mejoría de la función del riñón residual, que seguimos controlando, nos hace apoyar la conducta que preconiza la sinfisiotomía precoz en todo riñón en herradura por poco que ocasiona alteraciones de constipación urinaria.

En esta eventualidad, cuando debe efectuarse la sección del istmo, se nos ocurre, con la experiencia recogida en este enfermo, que es factible la suspensión momentánea de la circulación del lado operado para demarcar la zona de sección, que se llevará a cabo naturalmente sobre este lado, único en el que se hará la ligadura del istmo, pues la otra superficie de sección quedará así axangüe.

DISCUSIÓN

Sr. Presidente Dr. García., — *A raíz de este caso, quiero agregar un comentario.*

Casi simultáneamente, me tocó intervenir un caso de una pionefrosis en un riñón en herradura. Durante el acto quirúrgico, semejante en toda su realización al presentado por los Dres. Hourcade y Mathis, comprobamos que era muy difícil localizar el sitio del istmo, por cuanto en el exterior no había

ningún estrechamiento que indicara la ubicación o el límite de ambos territorios vasculares.

Procedimos, entonces, a la ligadura y sección de los tres o cuatro pedículos vasculares que tenía el riñón anómalo y al vaciamiento —diré así— de la sangre contenida dentro del riñón ya ligado, en el que se había seccionado los vasos para favorecer más aún el cambio de coloración. Fué tan evidente el límite entre los dos territorios, el vascular y el avascular restante, que se pudo proceder a la sección sin que se produzca ningún punto hemostático.

Ulteriormente, la evolución fué muy buena, como en la más simple y común de las nefrectomías.

Creo que éste es un recurso de interés cuando no existe ningún estrechamiento que indique el sitio que separa los dos territorios vasculares.

Dr. Mathis. — Agradezco al Dr. García su interesante contribución. Por otra parte, debo manifestar que con anterioridad a esta reunión, había conversado con él acerca del caso que nos ha expuesto.