

Hospital Teodoro Alvarez. Sala VIII.
Vías Urinarias Jefe: Dr. Pedro Wallace

HIDRONEFROSIS EN UN RIÑÓN EN ECTOPIA ILIO- PELVIANA. SU ABORDAJE POR VIA INTRAPERITONEAL

Por el Dr. RODOLFO I. MATHIS

Presentamos a la consideración de los señores consocios, una observación en la cual la vía transperitoneal en el abordaje del riñón nos permitió salir airosos, ante la imposibilidad de hacerlo por la vía de elección: la extraperitoneal.

H. A., de 36 años, argentino, soltero, peón de profesión. Entra a la sala VIII del Hospital Teodoro Alvarez el 26 de febrero de 1944.

Sus antecedentes revelan que nuestro enfermo sufre desde hace unos 10 años de dolores tipo cólico, que aparecen sin causa manifiesta periódicamente, duraban media o una hora y desaparecían espontáneamente a veces, y otras después de la defecación. Estos dolores localizados en fosa iliaca izquierda se hacen de más en más frecuentes.

Desde hace un año se localiza en la parte media de la región hipogástrica con propagación a la parte media de la región sacra, acompañado de polaquiuria (micción cada 15 minutos) y a veces eliminación de gases por el intestino, notando en los momentos álgidos la aparición de una tumoración fácilmente perceptible por la palpación. Estas molestias duraban uno o dos días y desaparecían sin dejar secuelas.

Tres días antes de su ingreso a la sala tiene una abundante hematuria que acompaña al síndrome doloroso.

El estado actual levantado a su ingreso revela un enfermo en decúbito indiferente, con buen estado general, afebril. Mucosas rosadas y húmedas sin ofrecer nada de particular el examen de sus sistemas osteo-muscular, respiratorio y circulatorio.

El abdomen permite una palpación superficial y profunda indolora, teniendo buena movilidad con los movimientos respiratorios. No es palpa hígado ni bazo, lo mismo que ambas fosas lumbares que están libres. La puño percusión es negativa.

El examen del aparato genital no revela nada de particular. El tacto rectal es negativo. Lo mismo puede decirse del sistema nervioso.

El examen urológico revela: orinas ambar. Calibre uretral conservado a un explorador Nº 22 Charriere.

El 24 de febrero se practica una cistoscopia que demuestra: no hay retención vesical. Capacidad 300 c.c. Mucosa vesical sana. Cuello cóncavo. Meatos ureterales puntiformes bien implantados. Las eyaculaciones en el lado derecho es hacen rítmicamente. En el lado izquierdo la eyaculación es babeante. Se efectúa una prueba de indigo carmín que aparece a los 4 minutos en el lado derecho, con intensidad. En el lado izquierdo no hay eliminación después de 15 minutos de observación.

El 28-II-944 se obtiene una radiografía simple de árbol urinario que es negativa. Una

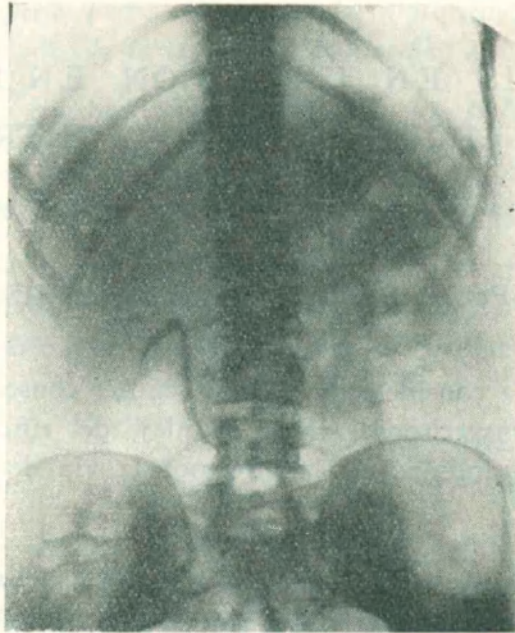


Figura 1
Radiografía simple de árbol urinario. Ausencia de imagen en el lado izquierdo. Buena eliminación en el derecho.

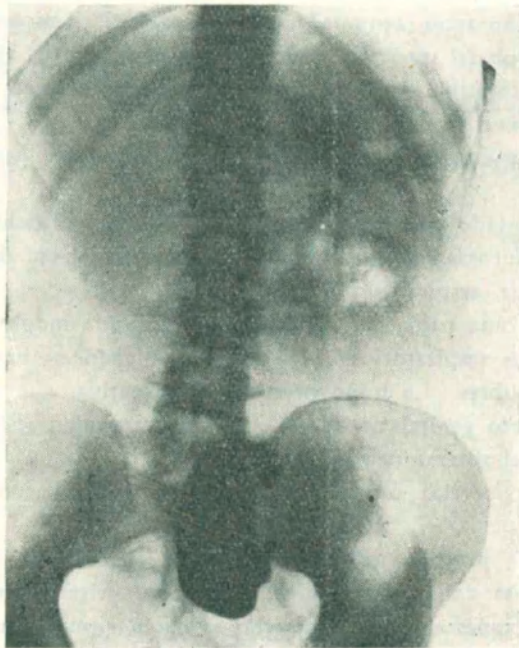


Figura 2
Pielografía ascendente con ioduro de sodio al 30 %. Se observa la ubicación ectópica ilio-pelviana del riñón izquierdo, con amplia dilatación uronefrótica.

urografía de excreción muestra una morfología normal con buena eliminación del riñón derecho, y ausencia de imagen en el lado izquierdo (Fig. 1).

El 3-III-944 es practica una pielografía ascendente en el lado izquierdo. Al colocar el catéter se recogen 10 c.c. de orina casi incolora. El catéter penetra 12 centímetros. El análisis de esta orina revela: densidad 1.010; urea = 12‰; cloruros 2,12‰.

Bajo los rayos se inyecta 60 c.c. de solución de yoduro de sodio al 30 ‰, quejándose el enfermo de un dolor análogo al que sentía en sus episodios anteriores.

El pielograma demuestra (Fig. 2) la presencia de un riñón en ectopia ilio-pelviana, con buena dilatación hidronefrótica.

Al día siguiente el enfermo está muy dolorido pudiéndose apreciar al examen del abdomen, la presencia de una tumoración en fosa iliaca izquierda que llega a hipogastrio del tamaño de un pomelo chico, muy dolorosa y fija a los planos profundos, que el enfermo refiere ser idéntica a la que aparecía en episodios anteriores. Se indica bolsa de hielo y reposo.

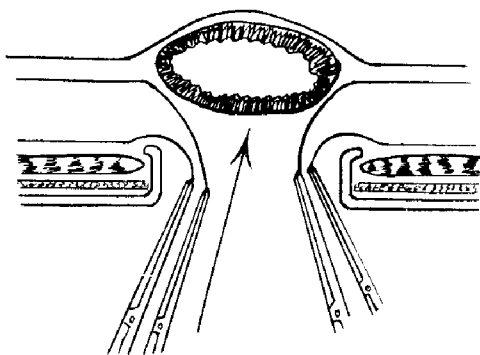


Figura N° 3

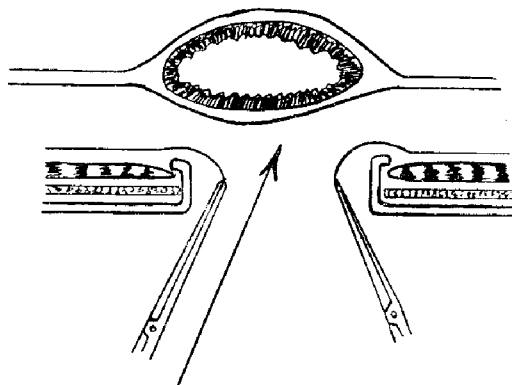


Figura N° 4

8-III-944. Urea en suero = 0,30‰. Tiempo de coagulación = 6 minutos. Tiempo de sangría = 3 minutos. Análisis químico de orina: presencia de pus y sangre.

9-III-944. Intervención. Anestesia: Raqui-percaina 0,07 grs.

Incisión mediana umbilico-púbica. Abierta la vaina de los rectos, se rechaza peritoneo en el lado izquierdo, palpándose sobre la línea innominada la bolsa hidronefrótica del tamaño de un pomelo, a la que la serosa adhiere íntimamente. Se resuelve proseguir por vía intraperitoneal. Se abre el peritoneo en la línea media y después de rechazar el intestino se incide la serosa parietal posterior sobre la bolsa a la derecha y arriba del meso-sigma. Se libera con relativa facilidad la bolsa de la serosa que lo recubre, lo que se aprovecha para extraperitonizar en toda la periferia. El riñón está fijo, muy adherente al plano profundo, donde toma íntimo contacto con los vasos. Con sumo cuidado se va procediendo a la liberación lo que se facilita al encontrar un plano subcapsular de clivaje. Se comprueba un pedículo vascular que va a los vasos ilíacos y otro superior que se dirige a la cava y aorta. Se isla y secciona el uréter previa ligadura y lo mismo se hace con los dos pedículos vasculares. En las maniobras de liberación se rompe la bolsa, consiguiéndose no obstante una buena "toilette" de la "loge". Stopton Sulfamida en peritoneo y "loge". Se consigue colocar un buen drenaje de gasa para-peritoneal. Cierre cuidadoso del peritoneo parietal primero el posterior y luego el cierre de la gran cavidad.

Pared músculo-aponeurótica con catgut crómico. Celular con catgut. Piel con crin. Curación. Bolsa de hielo.

9 de marzo. Muy buen estado general. Ligera defensa hipogástrica. Temperatura 37°8.

11 de marzo. Se indica aceite de ricino.

13 de marzo. Buena movilidad respiratoria de abdomen. El enfermo ha tenido dos abundantes deyecciones.

15 de marzo. Se retiran los puntos de piel.

22 de marzo. Después de dos días de movilización se retira el drenaje de gasa dando salida a unos 50 c.c. de secreción achocolatada inodora.

25 de marzo. Herida casi cicatrizada.

27 de marzo. Alta.

CONSIDERACIONES.

No es nuestro objeto al presentar esta observación, publicar un caso más de ectopia renal, cuya bibliografía es abundante. Tampoco vamos a renovar la vieja controversia entre los partidarios de la vía retroperitoneal o intraperitoneal en las intervenciones sobre niñón. Esta controversia está terminada. La vía extraperitoneal tiene ventajas tales, que la hacen la vía de elección. Quien relea las magistrales páginas de Albarrán en su obra "Medecine operateire des voies urinaires" publicada en 1909, verá que poco podemos agregar con los adelantos técnicos actuales a las adquisiciones de principio de siglo.

Los inconvenientes de la vía transperitoneal:

a-peligro de infección.

b-el mayor shock operatorio.

c-la mayor dificultad técnica.

y d-la mayor dificultad de drenaje.

han hecho la preferencia de la vía retroperitoneal. Pero no debemos olvidar que en algunos neoplasmas voluminosos y en los traumatismos renales con lesiones asociadas a otros órganos, hacen la vía intraperitoneal insustituible.

Recordemos también que algunos de los inconvenientes de esta vía se subsanan efectuando la intervención a la manera de Terrier, es decir, extraperitonizando secundariamente ya sea provisoriamente como hicimos en nuestro caso, o bien definitivamente suturando ambas hojas de peritoneo posterior abierto, al peritóneo parietal anterior como muestran los esquemas adjuntos (Figs. 3 y 4).

Aún en casos de grandes neoplasias en riñones normalmente alojados, Young reseca el peritóneo parietal posterior primitivo junto con el tumor, después del decolamiento del meso correspondiente. En nuestro enfermo, como hemos referido, esta vía nos ha permitido una intervención relativamente sencilla que de otra manera estamos seguros de su imposibilidad.

DISCUSIÓN

Dr. Schiappapietra. — *Por razones especiales en una oportunidad he tenido que hacer el abordaje renal por una vía extra-peritoneal por artificio, que es semejante a la vía trans-peritoneal ejecutada por el doctor Mathis.*