

Instituto de Clínica Urológica "Benito Villanueva".

ECTOPIA RENAL Y PTOSIS CONSIDERACIONES CLINICAS

Por los Dres. GUILLERMO IACAPRARO y LUIS MARIO BREA

Un síndrome doloroso bilateral de tipo reno-uereteral imputable a causas etiológicas distintas —litiasis y ptosis— en una enferma con anomalía renal de posición, justifica el comentario del presente caso clínico infrecuente.

Accidentes de hidronefrosis intermitentes como manifestación clínica de una ptosis renal izquierda, fácilmente diagnosticable por el examen clínico semiológico y radiológico, se anticipa como pasado urinario a dos crisis de intenso cólico nefrítico por litiasis en un riñón derecho en ectopía pelviana.

Los síndromes acontecen en una enferma joven, de 30 años, sana hasta hace tres años a partir de entonces, dolores de intensidad distinta y de frecuencia variable en plena región lumbar izquierda, la obligan a consultar un médico que encuentra simple el diagnóstico de ptosis renal.

Dado el lado (izquierdo), infrecuente con respecto al derecho, pide el auxilio radiológico para la confirmación diagnóstica, y el examen directo permite anticipar el diagnóstico, pues en posición de pie el riñón desciende rebasando la cresta iliaca 2 traveses de dedo (ptosis de 2º grado).

Se complementan en una ocasión el estudio radiológico con la urografía excretora y es a partir de entonces que surgen una serie de interpretaciones aparentemente justificados y que sólo quedan invalidadas por accidentes dolorosos recientes de tipo litiásico.

En efecto, a los pocos días de un accidente agudo de hidronefrosis intermitente izquierdo con franca confirmación semiológica (riñón izquierdo en franca retención y doloroso con reacción lumbar llamativa) un estudio urográfico muestra la perfecta función del riñón enfermo (izquierdo) con uréteropielocaliciograma casi normal y ausencia de función con negatividad de excreción (aparente y no real como luego veremos) en el riñón derecho. Ello permite afirmar con cierta ligereza por supuesto, en una interpretación patogénica criticable pero hasta cierto punto aceptable: inhibición funcional del lado opuesto o bien reflejo reno renal considerado como afecto el riñón derecho y simulando la fenomenología dolorosa como enfermo el izquierdo.

Es así como la enferma por propia manifestación afirmaba que si bien sus molestias eran franca y exclusivamente izquierdas, los estudios realizados habían confirmado que su riñón afecto era el derecho.

A exámenes complementarios que se le insinuaron para el completo y mejor estudio, la enferma se negó rotundamente, argumentando las necesidades del hogar, que le exigían el cuidado cotidiano de sus cinco hijos chicos.

Con terapéutica ortopédica (faja de contención) y cuidados higiénicos dietéticos, la enferma vivía tolerando sus molestias únicamente llamativas e incómodas durante los periodos de oclusión renal (hidronefrosis intermitente). La sedación del dolor, desaparición de la sensación de tensión lumbar y la crisis poliúrica anunciaban la terminación del accidente obstructivo y la normalización de la enferma.

En esas condiciones, la enferma en pleno trabajo diario es sorprendida por un intenso dolor de tipo casi sincopal, iniciado exquisitamente en la región hipogástrica (como si "fuese

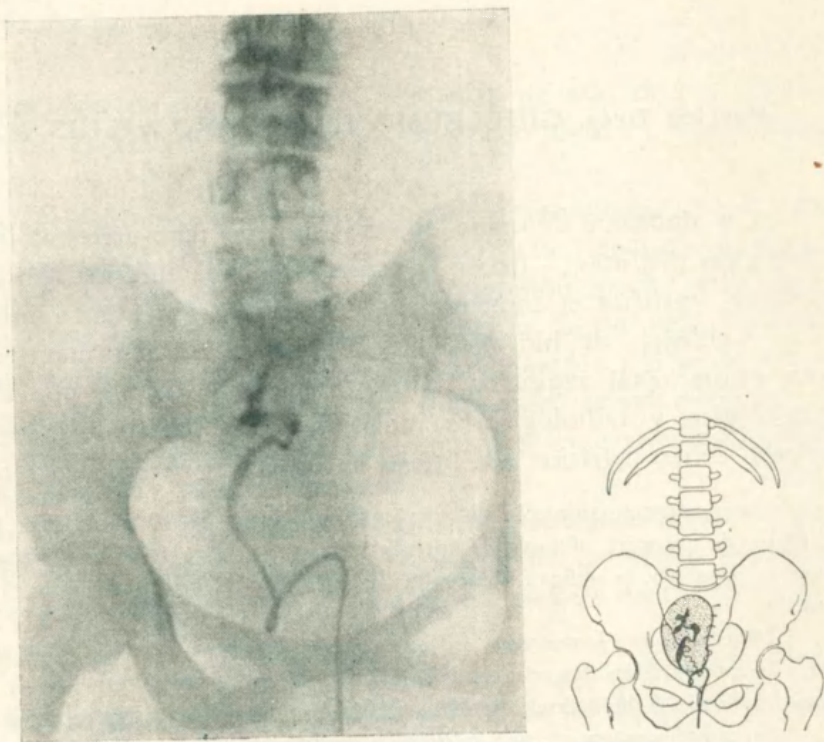


Figura 1

Ureteropiografía retrógrada. (Chevassu).
Uréter corto. Pielocalicigrama en franca posición sacroilíaca.

una puñalada" —frase de la enferma—). Dolor muy intenso, dramático, de iniciación brusca y en un principio exquisitamente localizado. Como prodromo del intenso dolor, destaca molestias inguinocrurales derechas inciertas y poco precisas, y cierto tenesmo rectal.

El dolor de intensidad creciente y con paroxismo, mantiene a la enferma inmobilizada y le arrancan quejidos llevándose ambas manos a la región hipogástrica, francamente en el bajo vientre. El dolor en poco tiempo manifiesta franca irradiación hacia atrás, región lumbar derecha, y hacia los grandes labios, observándose además micción dolorosa frecuente e imperiosa, tenesmo vesical y hematuria con la escasa cantidad de orina emitida.

Fenómenos reflejos de llamativa intensidad acompañada al dolor lancinante y agudo, cara pálida y cubierta de sudor, extremidades frías y sudorosas, vómitos biliosos que se repiten en forma persistente acompañados de hipo.

Pulso pequeño y taquicárdico. subconciencia, intensa lipotimia. Timpanismo abdominal marcado, vientre abombado de peritonismo llamativo, constipación absoluta y ligera hipotermia.

Todo el síndrome reflejo referido, más la localización del dolor, el peritonismo exagerado y la gravedad del shock doloroso, hubieran permitido afirmar el diagnóstico de oclusión intestinal aguda, si los síntomas urinarios concomitantes no hubieran obligado a sospechar la etiología reno ureteral del proceso.

El síndrome clínico, la interpretación patogénica y la indicación terapéutica de urgencia

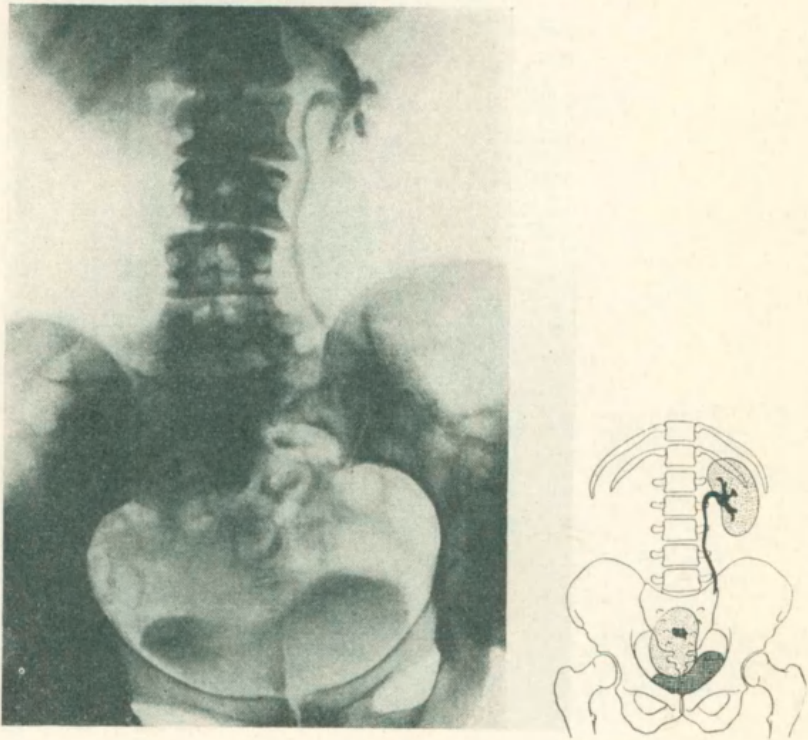


Figura 2

Urografía de excreción Nitason 15'.

Decúbito dorsal. Urograma izquierdo: normal; situación normal.

Urograma derecho visible en zona sacra. Polo inferior deprime la hemivejiga derecha. (cistograma).

se aclaran de inmediato con el despeño calculoso que al coincidir con la atenuación de todas las molestias, permitió referir el síndrome agudo a su real etiología.

En efecto, la crisis dolorosa se prolongó durante 5 horas, mejorando con opiáceos y balneaciones calientes, al cabo de lo cual la expulsión de un pequeño cálculo del tamaño de un grano de trigo chico, de urato de sodio terminó con el síndrome y permitió a posteriori el estudio completo de la enferma y el diagnóstico de litiasis renal y cólico nefrítico en riñón ectópico.

Con intervalo de 15 días el síndrome doloroso se repitió con iguales características y el agente causal (nuevamente un cálculo) exigió maniobras instrumentales de cateterismo para facilitar su eliminación, pues su enclavamiento en la porción intramural prolongaba el cuadro agudo y la enferma estaba en oliguria extrema.

Terminado el proceso agudo, el prolijo estudio radiológico permitió afirmar el diagnóstico de nuestra enferma considerando un doble proceso bilateral.

1º) Ptosis renal izquierda de 2º grado, con accidentes agudos de hidronefrosis intermitentes.

2º) Cólicos nefríticos derechos por litiasis en riñón en ectopia (anomalía renal de posición).

Ambos diagnósticos fáciles de afirmar, tienen en nuestra enferma interes especial por las reflexiones que sugieren los siguientes hechos:

1º) La interpretación dada al estudio urográfico obtenido en ocasión de los accidentes

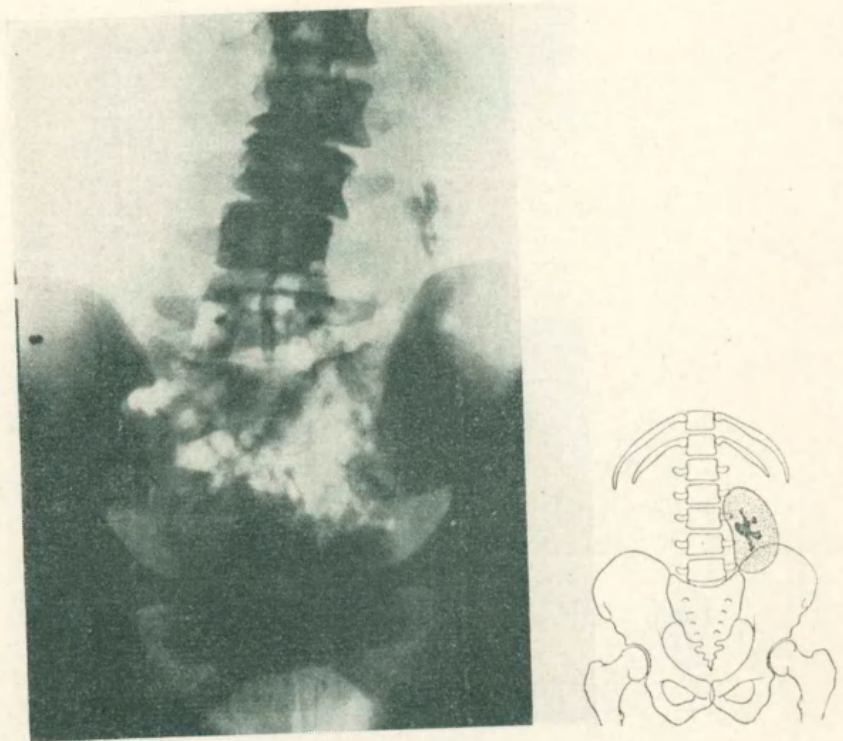


Figura 3

Urografía de excreción. Nitason 20'.

Posición de pie. Riñón izquierdo desciende visiblemente rebasando el polo inferior la cresta iliaca.

dolorosos izquierdos, los cuales mostraban en un examen superficial aparente ausencia de función del riñón derecho.

2º) La importancia de los síntomas urinarios concomitantes al dolor agudo, para sospechar la posibilidad de un proceso de tipo urinario.

3º) La perfecta tolerancia de una ectopia pelviana en una multipara.

Analizando los tres puntos obtenemos como reflexiones de interés lo siguiente:

La urografía excretora sólo aparentaba ser negativa del lado derecho, pues un examen atento de los clisés permitía observar: 1º, aumento de la opacidad

en la zona del sacro con respecto a las radiografías directas y contorno ureteral de corto recorrido a partir de la zona del sacro. Si a ello se agrega la franca deformación de la vejiga en el mismo lado, eran todos indicios que permitían sospechar por lo menos la existencia de una posible ectopía.

Con respecto al 2º punto es indudable que las características de localización del algia francamente hipogástrico y el ileus abdominal de tipo paralítico

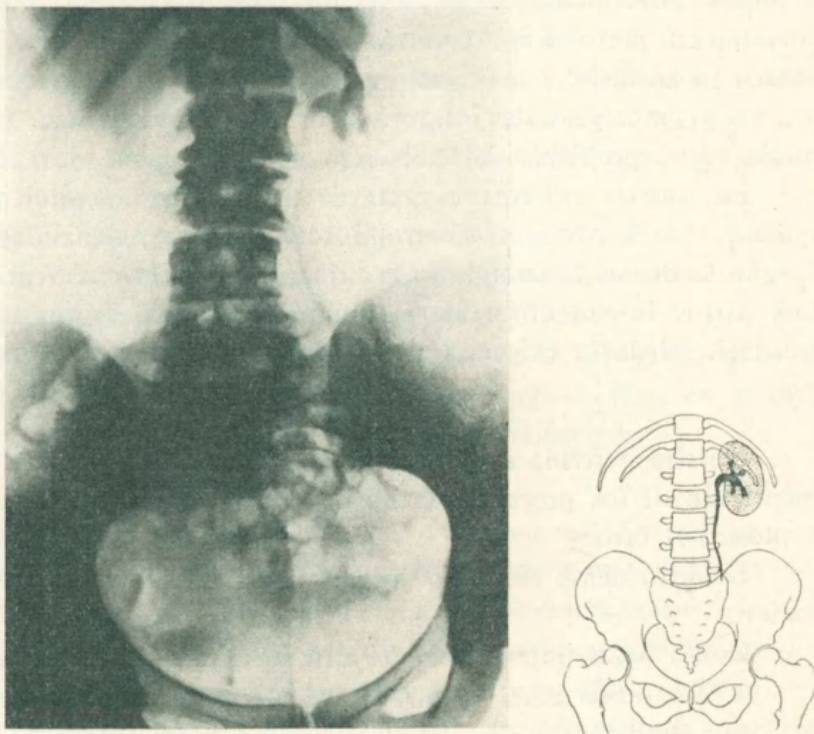


Figura 4

Urograma de excreción Nitason 5'.
Decúbito dorsal. Urograma izquierdo: normal; situación normal.
Urograma derecho: no se visualiza.

con vómitos y lipotimia hubieran exigido sospechar una obstrucción intestinal y aconsejar de inmediato una laparotomía.

Es así como Legueu en su documentado Trabajo de Tesis, y Quenú, insisten sobre la similitud que existe a veces en el síndrome doloroso y reflejo de un cólico nefrítico y de un ocluído intestinal.

Los síntomas urinarios llamativos y elocuentes (micción imperiosa y dolorosa, hematuria terminal y tenesmo) si bien no permitían sospechar la existencia de una ectopía, sí, obligaban a referir el síndrome a un obstáculo ureteral yuxta vesical.

Con respecto al tercer punto cabe destacar, que la ectopía pelviana de

cierta frecuencia en la mujer, constituye siempre un inconveniente para el embarazo y un serio obstáculo para el parto.

Papin y Gerard, al respecto afirman que: habiendo observado en 110 embarazos de riñón ectópico, en 5 se produjo el aborto, en 13 fué necesario la intervención quirúrgica y en 1 (señalado por Albers y Schönberg) se produjo la ruptura del riñón y la del útero.

Ello se explica lógicamente sabiendo que el riñón pélvico está situado más o menos profundamente en la pelvis, menos a menudo delante del sacro o lateralmente junto al recto, detrás de la vejiga en el hombre, del útero y de los anexos en la mujer y mantiene por lógica posición situación de íntimo contacto con los órganos genitales intrapelvianos. Lógico es suponer pues, su seria repercusión en el problema del embarazo y especialmente durante el parto.

En nuestra enferma a pesar de tratarse de una múltipara (5 hijos) el embarazo y el parto se desarrolló con absoluta normalidad a tal punto que ningún síndrome ni complicación urinaria exigió la intervención del especialista. Los partos fueron normales y en uno se recurrió al auxilio del forceps para acelerarlo, dada la exigencia de un discreto sufrimiento fetal.

COMENTARIOS

Nuestra enferma sólo ha requerido el estudio del caso clínico y la documentación de los procesos renales de distinta etiología, en riñón ectópico uno y ptósico el otro.

Evidentemente sólo ello justificaría el interés casuístico de nuestra observación.

Como datos importantes del estudio clínico debemos afirmar:

1º La ptosis renal izquierda fué afirmada: a) Síndrome clínico (hidronefrosis intermitente). b) Exploración semiológica (riñón palpable; maniobra de Glenard positiva). c) Estudio radiológico (descenso pronunciado del riñón en posición de pie).

2º La ectopía renal derecha fué afirmada: a) La urografía excretora. b) La pielografía ascendente: al mostrar uréter corto (8 cm.), pielograma normal en la excavación del sacro y contorno renal intrapelviano deformando y deprimiendo la mitad derecha de la vejiga.

Las crisis de cólicos nefríticos no exigen con respecto al riñón ectópico ninguna solución terapéutica quirúrgica pues el riñón está sano, funcionalmente normal y las orinas limpiadas.

Con respecto al tacto vaginal, importante en nuestra enferma, debemos agregar que permitió la palpación de una tumoración alta vinculada con el útero, lisa, dura, pero que en ningún momento permitió referir su verdadera naturaleza.

Como recuerdos de orden didáctico diremos con respecto a la ectopía: Es una anomalía renal de posición.

Según Lejars y Rubens Duval, puede ser: 1º) Lumbar en posición baja. 2º) Lumbar en posición alta. 3º) Ilíaca. 4º) Pélvica. 5º) Cruzada.

Con respecto al estudio clínico pueden según Papin y Gerard, considerarse: 1º) Riñón ectópico sano y fijo. 2º) Riñón ectópico sano y móvil. 3º) Riñón ectópico enfermo.

Nuestra enferma tiene ectopía renal derecha tipo pelviano y litiasis (3er. grupo de la clasificación de Papin y Gerard).

Con respecto a la ptosis: La ptosis renal o riñón móvil, lesión adquirida, que representa la exageración de la movilidad renal normal.

Más frecuente en la mujer que en el hombre, es en la primera de predilección en el lado derecho.

Tres grados de ptosis pueden observarse: Nuestra enferma aqueja el 2º grado (sobrepasa el límite de la cresta ilíaca).

Con respecto al estudio clínico el riñón normal puede ser: 1º) Latente y no se traduce por ningún sintoma. 2º) Doloroso, dolor continuo y por crisis, estas últimas imputables a la hidronefrosis intermitente.

Nuestra enferma tiene una ptosis renal izquierda de 2º grado dolorosa.

Ambas alteraciones renales —congénita y adquirida— tiene en el documentado estudio radiológico adjunto, su perfecta confirmación.

DISCUSIÓN

Dr. Trabucco. — *Creo que el punto más interesante de este caso es justamente, el de tratarse de una múltipara, porque riñones ectópicos en el promontorio en una múltipara, y que ha soportado bien sus embarazos, sin trastornos de ninguna especie, es verdaderamente extraordinario, porque una de las razones que inducen a la intervención en una mujer con un riñón ectópico en el promontorio son los trastornos que puede traer el embarazo sobre el riñón, que produciría la pérdida del feto.*

Dr. Mathis. — *Hace un año, más o menos, presenté a esta Sociedad, con motivo de la técnica seguida, un caso de ectopía renal pelviana. Llamaba la atención en el sentido de que era un enfermo que había estado durante bastante tiempo en varios servicios hospitalarios de mucho prestigio, con un sintomatología que podía haber inducido al diagnóstico exacto y sin embargo, había pasado por todos esos servicios sin ningún diagnóstico. Ese enfermo presentaba sus crisis dolorosas, y su tumor que desaparecía cuando venía una crisis de poliuria.*

El caso que presentan los doctores Iacapraro y Brea llama la atención que haya estado en manos de urólogos o por lo menos, de médicos especializados, como lo dice él, y que no se le haya hecho un diagnóstico con más anticipación, para haber tenido que llegar, al fin, a sus manos, para hacerse el diagnós-

tico exacto. Digo que llama la atención, porque cuando se hace el examen urológico completo, creo que no es difícil llegar al diagnóstico exacto de esta afección la que debe estar presente en la mente de todo médico.

Dr. Iacapraro. --- Encuentro muy atinadas las reflexiones del doctor Trabucco; a mí no me dejó de sorprender lo mismo dadas las características de la ectopia y lo que todos sabemos al respecto, tratándose de una mujer joven múltipara y madre de 5 criaturas. Ese dato fué confirmado y tan bien confirmado fué, que esta mujer de escasos recursos, ni siquiera había recurrido para la solución de su problema obstétrico a los médicos parteros. Había resuelto todos sus partos en su casa. Esta mujer de escasos recursos, como digo, del barrio de San Telmo, no había sufrido alteraciones de tipo urinario que justificasen la intervención del urólogo.

En cuanto a lo que manifestaste el doctor Mathis, el problema tiene su fácil explicación. Esta enferma aceptó el estudio radiológico primero, cuando empezaron sus molestias izquierdas, en una mutualidad del sud ---no sé cuál--- y allí empezaron y terminaron las investigaciones de tipo urológico, porque la enferma, dadas las características de su padecimiento, no aceptaba las maniobras de tipo instrumental si no hubieran sido con finalidad terapéutica para resolver la expulsión del segundo cálculo enclavado. Es posible que si a cualquiera de nosotros nos hubiera ocurrido tener que interpretar, desde el punto de vista urológico, los estudios urográficos que tuvieron que interpretar los urólogos en ese entonces, con toda seguridad que pudimos haber caído en el mismo error, dado que la interpretación que uno hace en el aumento de la opacidad del sacro la hace cuando tiene elementos de juicio suficientes como para tratar de despistar que se trata de la sustancia opaca excretora y que no se trata de un aumento de la calcificación ósea.

No ha sido mi intención el criticar a los médicos que antes asistieron a esta enferma, sino que deseo destacar lo interesante del caso clínico que permitía interpretaciones especiales, dado que todos los hechos inducen, debido a la ausencia de antecedentes urinarios importantes del lado derecho, a sospechar sino la inhibición renal y la ausencia congénita del órgano. Es posible que si esta enferma no hubiera tenido el accidente de cólico que agregó a su riñón ectópico, la litiasis, cosa que si no es frecuente, es fácil observarla, esta enferma hubiera ignorado la ubicación baja de su riñón, que desde el punto de vista ginecológico tiene de interés que el tacto vaginal permitía su perfecta constatación y palpación.

Hay que tener presente que se trata de enfermas que aceptan la intervención del médico en forma muy limitada. Cuando le han resuelto el problema de orden terapéutico, no aceptan maniobras instrumentales, lo que, para cierto tipo de enfermos, es muy lógico.