

HIDRONEFROSIS INFECTADA EN RIÑÓN EN HERRADURA

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Por los Dres. E. CASTAÑO, A. B. ORTIZ y J. GRIMBERG

Desde el caso descrito por Beranger de Carpi en 1552, numerosas han sido las observaciones de este género que registra la literatura médica; los trabajos de conjunto y casuística, su estudio fisiopatológico, clínico, radiográfico, y la terapéutica quirúrgica han agotado, por decir así, el tema.

Por lo tanto, nuestra observación no tiene otra pretensión que la de agregar otro caso más a la estadística.

Se trata de un enfermo transferido a nuestro Servicio desde el Instituto de Medicina Experimental y registrado bajo la historia siguiente: H. C. CCCIII-15. Marzo de 1946.

R. Y. Argentino. 30 años. casado. comerciante. Procedente de Villa Mercedes (San Luis).

CONMEMORATIVOS

A. H. Sin importancia.

A. P. Hace 4 años operado de peritonitis apendicular. Constipado habitual. Estado actual: Su enfermedad se inicia hace 2 años con pequeñas puntadas en la región lumbar izquierda que van aumentando de intensidad paulatinamente hasta llegar al cólico renal franco y de gran violencia.

En este estado es internado en el Instituto de Medicina Experimental donde fué radiografiado y luego enviado al Servicio de Urología del H. Rawson.

Estado actual: Micción. Se efectúa sin ningún inconveniente.

Riñón-Ureter. En la región lumbar izquierda se palpa una tumoración grande; resistente, dolorosa, dolor que se exagera con la maniobra palpatoria provocando una contractura defensiva de la pared abdominal que impide su delimitación.

El riñón derecho se palpa, indoloro y de situación algo más bajo que la normal. El cateterismo del ureter izquierdo hasta la pelvis renal permite recoger alrededor de 80 cms.³ de orina turbia y pálida.

Uretra: Libre.

Vejiga: Indolora, no hay retención, insensible al contacto instrumental. Endoscopia. Orinas turbias, buena capacidad, mucosa normal. Indigo Carmín R. D. 7 minutos R. I. 12' no funciona.

Próstata y vesículas seminales nada de particular.

Testículo y epididimo, normales.

Examen clínico general. Paciente emaciado. Piel y mucosas de tinte pálida. Lengua seca y saburral. Los demás órganos y aparatos nada de particular.

Examen de orina completo: Cantidad, 300. Color, amarillo. Aspecto, turbio. Sedimento.

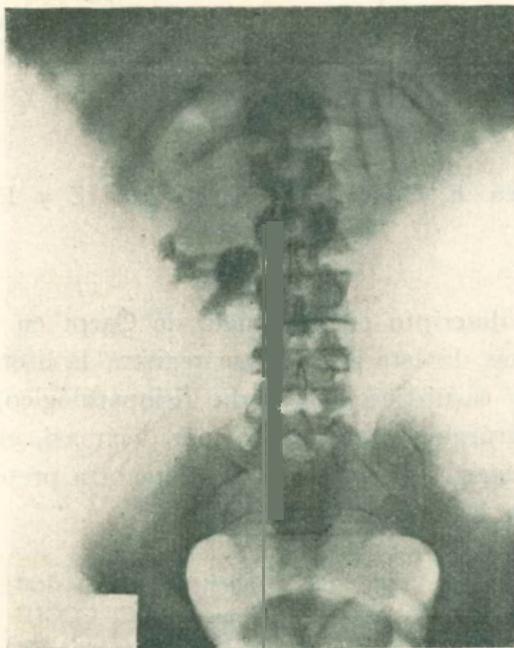


Figura 1

Pielografía descendente. Sólo se aprecia pelvis renal derecha proyectada en la proximidad de la 3a y 4a vértebra lumbar.

regular. Espuma, lechosa. Reacción, acida. Densidad, 1020. Urea, 17,34. Acido úrico, 0,22. Fosfatos, 1,20. Cloruros, 8. Urobilina, indica vestigios. Albúmina, indica vestigios. Glucosa, no contiene. Bilis, no contiene. Sangre, no contiene. Pus, indica vestigios. Acetona, no contiene. Diacética, no contiene. Diazorrreacción, negativa.

Examen histobacteriológico. Células planas, leucocitos normales, urato de sodio amorfo y pus.

Examen bacteriológico: Glóbulos de pus en gran cantidad, ausencia de gérmenes.

EXAMENES DE SANGRE: Urea 0,30‰ cms³.

Cloremia: 350 mlg. de cloro plasmático y 170 mlgs. de cloro globular.

Reserva alcalina: 54 cms³. de anhídrido carbónico por ‰.

EXAMEN RADIOGRAFICO: Radiografía simple. No se visualizan las sombras renales por el acumulo de gases intestinales, no hay imágenes calculosas.

Pielografía escretora: Buena eliminación en el lado derecho, papilas normales cálices alargados y de disposición anormal, dilatación ampollar de la pelvis, la que encuentra descendida y aproximada a la línea media entre las apófisis transversas de la segunda y tercera vértebras lumbar. Riñón izquierdo no elimina: visualización de la sustancia opaca en el área vesical.

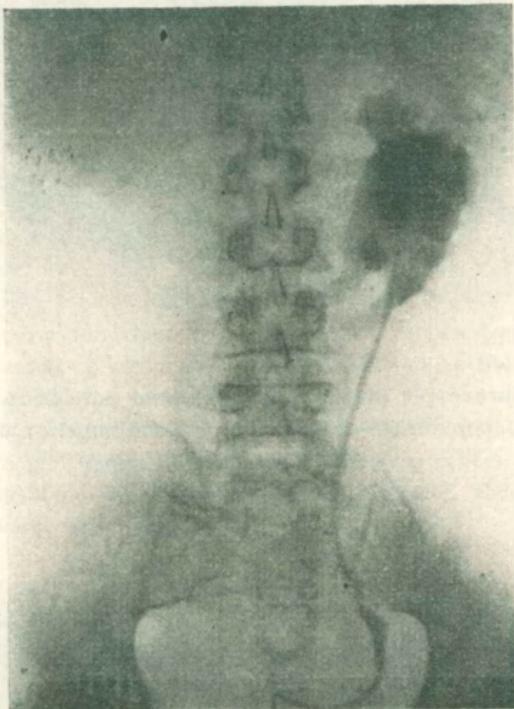


Figura 2

Pielografía ascendente. Riñón y izquierdo, dilatación de pelvis y cálices, en porción inferior sobre 2 lengüetas; la superior correspondió a un paquete de vasos, la inferior al istmo, el uréter sale más bien de la mitad externa de la pelvis renal.

Pielografía ascendente izq.: La imagen pielográfica permite reconocer una gran dilatación de la pelvis y los cálices; las papilas han perdido su estructura anatómica; su conjunto permite comprobar por su disposición una conformación anormal del sistema —cálices en sentido antero posterior y algunos prolongándose hacia la línea media—; mala implantación ureteral, el que se encuentra algo dilatado en su extremo inferior yuxtavesical.

Pielografía ascendente derecha: No puede practicarse un buen relleno del sistema excretor por el intenso dolor que le provoca, sin embargo la imagen es semejante al pielograma excretor.

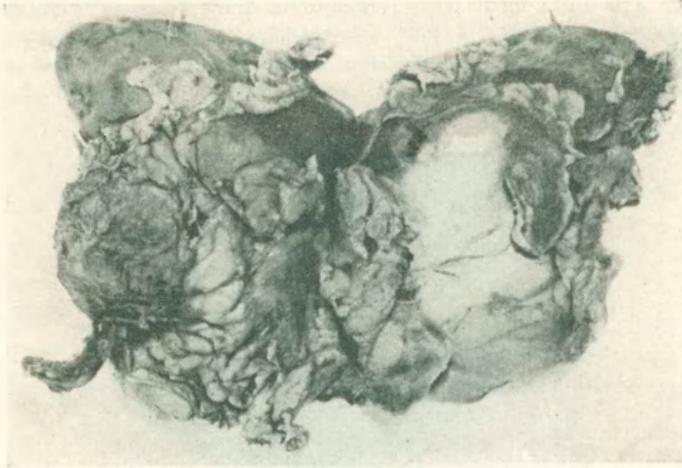


Figura 3

Riñón izquierdo por su cara externa en su porción inferior se observan una porción del istmo y el externo superior del uréter en la parte lateral.

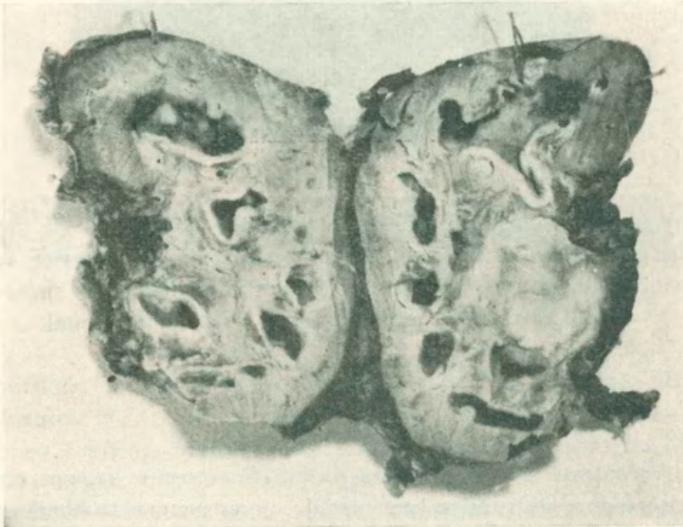


Figura 4

Riñón abierto se observa la cavidad de la pelvis dilatada y los cálices dilatados con el extremo superior del uréter lateralizado.

MARCHA DE LA ENFERMEDAD:

20-3-46. Enfermo en malas condiciones. febril (temp. en agujas) lengua seca y saburral. vientre distendido: se indica suero clorurado y glucosado hipertónico. suero fisiológico y glucosado isotónico. Enema hipertónico y prostigmin una ampolla.

26-3-46. El mismo estado: el cordón espermático izquierdo está engrosado y doloroso la palpación.

Días 28 y 29: sigue igual: se continúa el mismo tratamiento.

Día 30-3-46. Mejor el cordón espermático: se ha reducido y ya no es doloroso: el estado general también ha mejorado.

2-4-46. Sigue bien: se continúa con suero glucosado dos veces al día y gluconato de calcio.

22-4-46. Se practica nuevo indigo carmin que da una buena eliminación en el lado derecho 4 mm. y medio. izq. en las mismas condiciones.

DIAGNOSTICO: Hidronefrosis infectada en riñón anómalo congénito.

OPERACION 25-4-46 Cirujano doctor A. Ortiz. Ayudantes: doctores Torroba y Diner. Anestesia etérea: doctor Carreño.

Incisión de Israel. Abierta la celda renal se comprueba la presencia de un órgano anómalo (riñón en herradura): se libera previa ligadura y sección del uréter que lo abordea por su cara anterior: liberación meticulosa de los distintos pedículos y ligadura desde el polo superior al istmo: se toma éste con claps cuyas ramas se protegen con goma. se sección circularmente la cápsula a un cms. y medio de la toma y se la libera hasta el clamp. Sección cuneiforme en sentido longitudinal del paréngima: puntos en U hemostáticos. Se suelta el clam y se comprueba la completa hemostasia cubriendo después el riñón con el manguito cápsular y grasa practicando puntos perforantes de refuerzo. Drenaje de rubber. cierre con planos. apósito.

Postoperatorio sin complicaciones, salvo ligera distensión abdominal que se domina con enemas hipertónicas y sonda rectal. alta a los 17 días curado.

COMENTARIOS

Si bien entre las posibilidades más lógicas entraba el riñón en herradura no descartamos tampoco la simple rotación congénito del riñón izquierdo: razón por la cual practicamos el abordaje clásico prolongando después la extremidad caudal de la herida, no hubo mayores dificultades, pues las adherencias laxas permitieron su perfecta liberación a nivel del istmo.

Esta observación por lo tanto tiene interés en primer término en lo que concierne a la causística y en segundo término por el buen estado que quedó el enfermo después de la nefrectomía.

Se deduce de los casos publicados de riñón en herradura con afección que el porcentaje mayor lo da el riñón izquierdo.

DISCUSIÓN

Dr. Bernardi. — *¿Por qué vía se hizo la nefrectomía?*

Dr. Ortiz. — *Siguiendo la vía clásica, prolongada hacia abajo.*

Dr. Schiappapietra. — *Como contribución a la cirugía conservadora en complicaciones tan frecuentes de los riñones en herradura, aporto esta casuística.*

Se trata de una niña de 20 años de edad, la que me fué enviada de la ciudad de Jujuy para la heminefrectomía. La indicación estaba fundada en la existencia de episodios dolorosos del riñón izquierdo, hematurias prolongadas y persistencia de abundante piuria.

La urografía que presenta muestra sin lugar a dudas la disposición de riñones en herradura, buena eliminación de la substancia de contraste a través del riñón derecho con imagen completa de las vías excretoras superiores con apreciable dilatación de cálices y vacinete. Del lado izquierdo la eliminación de la substancia de contraste ostensiblemente menor con imágenes de grandes cavidades uronefróticas.

El cateter penetraba sin dificultad en pelvis renal izquierda; drenaba abundante orina muy purulenta. Sesiones de dilatación ureteral con persistencia del cateter y lavajes antisépticos, pese a lo cual hubo que recurrir a la penicilina por complicaciones sépticas de orden general. Enfriado el proceso séptico se le somete a la lumbotomía a izquierda, confirmándose la disposición de riñón en herradura y la atresia del uréter en el punto de implantación piélica con gran dilatación superior. Una plástica sobre la implantación ureteropiélica realizada sobre cateter ureteral exteriorizado por la nefrostomía de drenaje que luego hizo factible la amplia dilatación descedente del uréter. De esta manera se pudo conservar el riñón. No se han repetido los dolores, la hematuria ni la repercusiones sépticas. Abrigamos la esperanza de que recupere una discreta función renal.