

RIÑÓN DOBLE CON TUBERCULOSIS Y URETERO-URONEFROSIS Y URETER BIFIDO

PRESENTACION DE LA PIEZA

Por los Dres. RICARDO BERNARDI y G. IRIARTE

Las anomalías renoureterales, que hasta hace poco tiempo constituían hallazgos de excepción en la mesa quirúrgica o de autopsia, han sido reveladas en la actualidad con una frecuencia extraordinarias, merced a la urografía excretoria; y si bien la cistoscopia permite, en muchos casos, reconocerla cuando existe una anomalía ureteral, con multiplicidad de meatos, la primera por la sencillez, inocuidad y precisión, la suplanta siempre con ventaja.

La creciente frecuencia de las anomalías renoureterales se deben en la actualidad a dos causas principales: 1º) a la incorporación de sustancias de contraste en el diagnóstico de las afecciones urológicas y 2º) a que el concepto de "sistema" impuesto por Von Lichtemberg al referirse al aparato urogenital obliga a realizar en casi todas las ocasiones un examen urográfico completo aún cuando la lesión causal asiente en el tractus medio o inferior.

Esta perfecta unidad anatómica y funcional, lleva mediante el estudio urográfico al diagnóstico de lesiones insospechadas por su tipo y localización.

Al principio se descubrieron solamente las anomalías renoureterales complicadas por tuberculosis, uronefrosis, litiasis, etc.: pero en la actualidad, su número se ve acrecentado por la sistematización del examen urográfico en afecciones vésicoprostáticas y uretrales.

En estas condiciones las anomalías se presentan en las películas más bien como curiosidad morfológica que patológica.

Sin embargo, teniendo en cuenta que la función está en relación con la forma del órgano, las anomalías renoureterales, al crear un estado de menor resistencia aumentan las posibilidades de lesión. *Empero en los casos patológicos como el nuestro, de riñón doble con uréter bifido, la abolición funcional de uno de los órganos (tuberculosis) puede fácilmente encubrir la anomalía.*

En este breve comentario sobre anomalías renoureterales, deseamos expresar nuestro emocionado homenaje a la memoria del Profesor Minuzzi, cuyo interesante trabajo basado en más de 100 observaciones personales, constituye una de las compilaciones más nutridas reunidas hasta la fecha, por un solo autor.

Nuestro caso se refiere a un enfermo de 21 años de edad, internado en el Servicio del Hospital Pedro Fiorito, Ficha 13.441, el día 10 de abril de 1946, por una cistitis discreta con

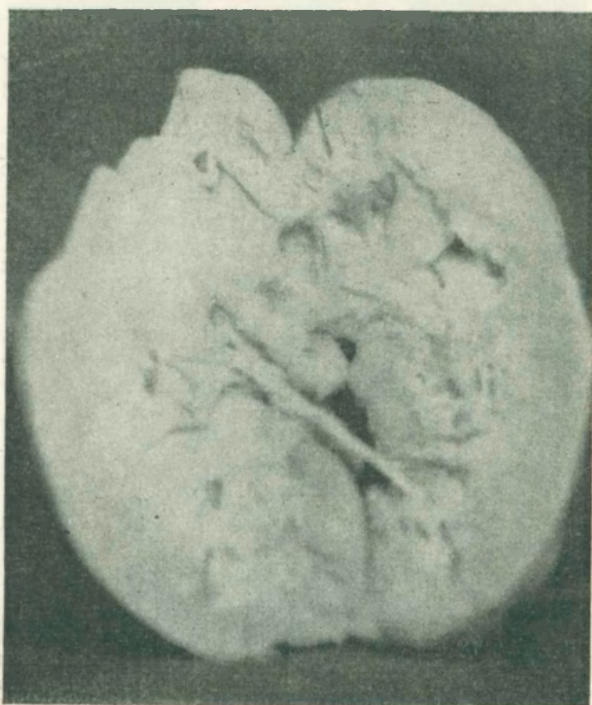


Figura 1

Riñón visto por su cara interna.

Tuberculosis folicular superior; uronefrosis inferior.

hematurias totales e intermitentes y dolores lumbares izquierdos del tipo cólico, moderados, sin expulsión de cálculos, aparecidos 2 meses antes de su ingreso.

Como detalle importante figura una coxalgia del mismo lado, iniciada a los 6 años de edad, a raíz de un traumatismo, según refieren los familiares. Las radiografías muestran la lesión osteoarticular, con toda claridad.

Las orinas eran turbias con pequeños grumos; en cuanto a la investigación del bacilo de Koch, fué repetidamente negativa.

Al examen cistoscópico aparecía una lesión pseudopoliposa izquierda, con un *meato único*, dilatado y eyaculación turbia; el resto de la vejiga era normal.

El índigo carmín se eliminaba a los 5' por el meato derecho: el izquierdo eyaculaba débilmente a los 12'.

El examen radiográfico muestra un hidrouréter *único*, debido a una estenosis de la porción pélvica y una uronefrosis intrarrenal, no observándose, por otra parte, ningún de-

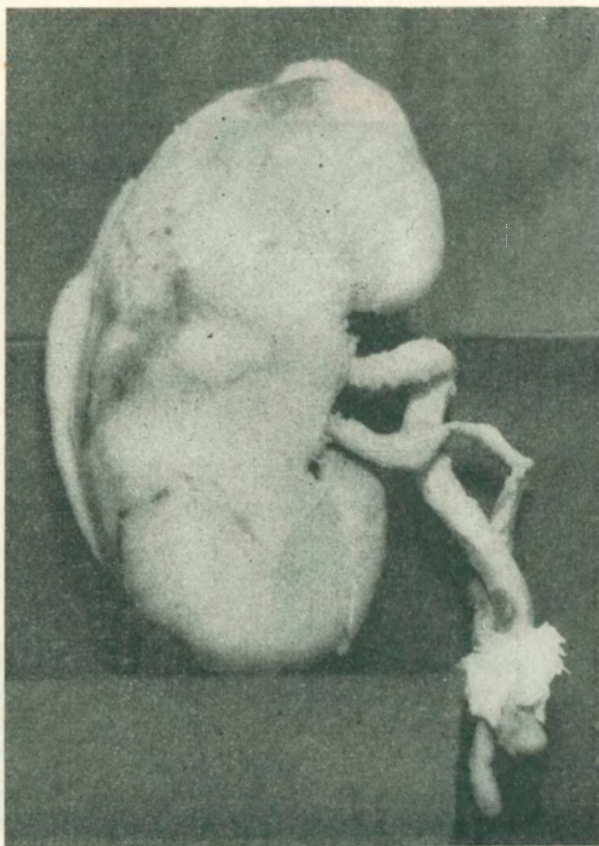


Figura 2

Riñón visto por su cara externa.

El uréter inferior estaba dilatado (hidrouréter) y era el único reconocible a la urografía; el superior, de menor calibre o más rígido, correspondía al riñón superior bacilar.

talle que hiciera pensar en la existencia de una duplicidad, ni tampoco en una lesión úlcero-cavitaria del riñón superior.

En vista de la edad del paciente, la coxalgia, la cistitis con hematurias y la imagen radiográfica, sentamos el diagnóstico de *uréterouronefrosis por estenosis ureteral bacilar*, por supuesto que en un riñón *único* y aconsejamos una ureterectomía total, por la amplia participación del órgano, con nefrectomía.

El 15 de abril del corriente año, le practicamos la doble intervención: 1º) ureterectomía total con incisión inguinoabdominal oblicua y 2º) nefrectomía con resección de la 12ª costilla, por tratarse de un riñón alto.

Grande fué nuestra sorpresa al encontrarnos, en la incisión inguinoabdominal con un uréter doble: el superior del calibre de un dedo índice, flexuoso y de paredes adelgazadas que cubría por completo al otro, íntimamente adherido en todo su trayecto, (lumboiliacopelviano), rígido, del diámetro de un lápiz.

A pesar del tipo de incisión, no pudimos llegar más que a 2 centímetros de la vejiga porque la posición viciosa de la pelvis ósea, generada por la coxalgia, aumentó considerablemente la profundidad del campo operatorio. Esta circunstancia nos impidió establecer con absoluta precisión si se trataba de un uréter doble total o *solamente bifido*: la presencia de un solo meato al examen cistoscópico, afirmaba el último diagnóstico.

Mediante la 2ª incisión, observamos un riñón ligeramente aumentado de volumen con una duplicidad ureteral conservada, *penetrando el uréter dilatado (hidroureter) en la parte inferior del ilio (porción uronefronética) y el más delgado y escleroso en la superior (tuberculosis úlcero-cavitaria)* como es fácil comprobar en la pieza adjunta.

Sentado el diagnóstico de uréter bifido, con riñón doble, afectado de tuberculosis úlcero-cavitaria superior y uréterouronefrosis del inferior, preguntáramos: ¿cuál ha sido la patogenia de la última lesión?: ¿debe considerarse a la estenosis como primitiva por asentar en el punto de unión de los 2 uréteres o secundaria a una lesión tuberculosa, proveniente del otro uréter?: ¿o es que la intensa adherencia entre los 2 órganos por la gran periureteritis verdadera incorporación del uréter inferior tuberculoso en la pared posterior del hidroureter, que obligó a separarlo a tijera durante todo su recorrido, fué más intensa en la porción y generó por vía extraureteral la estrechez?

Es un problema etiopatogénico el de este interesante caso, que deseo plantear a los colegas, en la seguridad de que podrá llegarse a valiosas conclusiones.

RESUMEN

Presenta una observación de riñón doble con uréter bifido y tuberculosis renal del riñón superior y uréterouronefrosis del inferior, no alcanzando a explicarse el origen de la dilatación ureteral.

DISCUSIÓN

Dr. Surra Canard. — *Desearía formular una pequeña observación que surge del examen radiográfico.*

Vinculando la imagen de las cavidades pielocaliciales que se exteriorizan del lado enfermo con el área total del parénquima renal visible a Rayos X, se observa la existencia de un hemiparénquima, un polo superior desprovisto de vías excretorias.

Considero que ese elemento radiográfico es suficiente para sospechar la existencia de una posible anomalía. Yo he tenido oportunidad de ver, en varias ocasiones, anomalías renales con vías de excreción bifidas o dobles existiendo