

## HEMINEFRECTOPIA POR HIDRONEFROSIS EN UN RIÑÓN CON DOBLE VIA EXCRETORA

Por el Dr. RICARDO ERCOLE

Es nuestro propósito en esta breve comunicación, referir una observación más de nefrectomía parcial, con la finalidad de enriquecer la casuística de esta intervención en nuestro medio, destacando la sencillez de la técnica y los resultados funcionales favorables que se obtienen cuando el cirujano se ajusta a las indicaciones precisas de esta operación conservadora.

*Observación personal:* H. C. N° 717. Clides P., 13 años, argentina. Ingresa en nuestra Clínica privada el 14 de marzo de 1946.

*Antecedentes personales:* Hace 8 años vulvitis que ha evolucionado a la cronicidad. Los exámenes han sido negativos. No es constipada.

*Enfermedad actual:* Hace 4 años cólico renal izq. con temperatura y orina piúricas que mejora en 1 5 días. Hace un año dolor lumbar izquierdo con temperatura, que repite hace 3 meses, persistiendo desde entonces un dolor lumbar moderado y orinas turbias.

*Estado actual:* Bien constituida. Moderado panículo adiposo. Tensión arterial: Mx. 14 cms. Mn. 9 cms. Abdomen: blando, depresible. Hígado y bazo: no se palpan. Riñones: no se palpan. La palpación del riñón izquierdo despierta dolor. Orinas discretamente turbias. *Ciscoscopia:* buena capacidad. Orificios ureterales bien implantados. Vulva: congestiva, con exudados.

*Exámenes radiográficos:* Radiografía directa: negativa. Urograma por excreción: Lado derecho: normal. Lado izquierdo: riñón grande, en mitad inferior hay un pielograma normal. Por encima se esbozan cavidades muy dilatadas que corresponde evidentemente a otra vía excretora.

*Exámenes de laboratorio:* *Sangre:* Tiempo de coagulación: 7 minutos. Tiempo de sangría: 1 minuto 15 segundos. Hematíes: 4.440.000. Leucocitos: 6.500. Hemoglobina: 75 %. Urea: 0,28 gr. %. *Orina:* Albumina: vestigios. Glucosa: no contiene. Sedimento: raros hematíes. Píocitos en regular cantidad.

De acuerdo con la exploración radiográfica hacemos el diagnóstico de hidronefrosis en un riñón con doble vía excretora, del tipo del uréter bifido, del momento que existe sólo un meato ureteral en la vejiga del lado correspondiente. Los elementos de diagnóstico que tenemos a nuestra disposición nos parecen suficientemente claros como para considerar innecesario el efectuar una pielografía por relleno, que si bien hubiera puesto más gráficamente en evidencia la lesión, hubiera

hidronefrótico. La pelvis correspondiente muy dilatada, se extiende hasta el polo inferior del riñón. El uréter que le sigue está discretamente dilatado, presenta a nivel de la unión uréteropielica, podido representar para la enferma algún inconveniente que deseábamos evitarle. Con el diagnóstico anteriormente mencionado resolvimos la intervención.

*Operación:* 16 de marzo de 1946. Anestesia con pentothal sódico. Lumbotomía anatómica. Discreta perinefritis adhesiva. Riñón grande. Pequeño vaso polar superior que es necesario ligar para exteriorizarlo. El extremo superior del riñón con muy poco parénquima conservado, de tipo



Figura 1

Urograma por excreción antes de la intervención.

hidronefrótico. La pelvis correspondiente muy dilatada, se extiende hasta el polo inferior del riñón. El uréter que le sigue está discretamente dilatado, presenta a nivel de la unión uréteropielica, una acodadura muy marcada. La pelvis, el uréter y el parénquima correspondiente al extremo inferior es normal. No hay surco de demarcación entre ambas masas renales, pero se adivina la zona en que debe seccionarse el riñón por el aspecto del parénquima en la porción uronefrótica. Hay un solo pedículo. La arteria y la vena renales presentan una rama que corresponde evidentemente al parénquima superior y que se liga, quedando en consecuencia intacto el resto del pedículo. Sección del parénquima en la zona de separación ya citada. Viene abundante sangre que se cohibe comprimiendo el pedículo. Sutura hemostática con puntos en U en toda la zona seccionada. Un guante de drenaje. Puntos separados de catgut a la aponeurosis del transversa, dos puntos de aproximación al dorsal ancho y al oblicuo mayor. Lino a la piel.

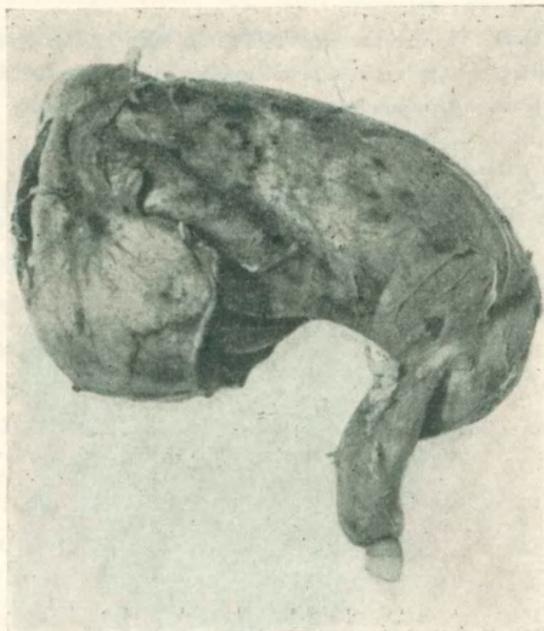


Figura 2  
Fotografía de la pieza operatoria por su cara externa.



Figura 3  
Fotografía de la pieza operatoria en un corte.

*Post-operatorio:* Muy bueno. Evolucionan sin temperatura. Se saca el drenaje al 6º día, buena cicatriz operatoria.

*Urograma por excreción:* 16 de abril de 1946. Se hace un urograma de control en el que se demuestra: del lado derecho, la pelvis con la misma conformación que en la pielografía anterior. Del lado izquierdo: operado). Pielograma normal. Bien conformado, de buena densidad. La pelvis corresponde a la altura de la 2ª y 3ª vértebras lumbares.

Damos de alta a la enferma curada.

*Examen de la pieza operatoria:* Que debemos a la gentileza del Profesor Dr. José M. Cid.

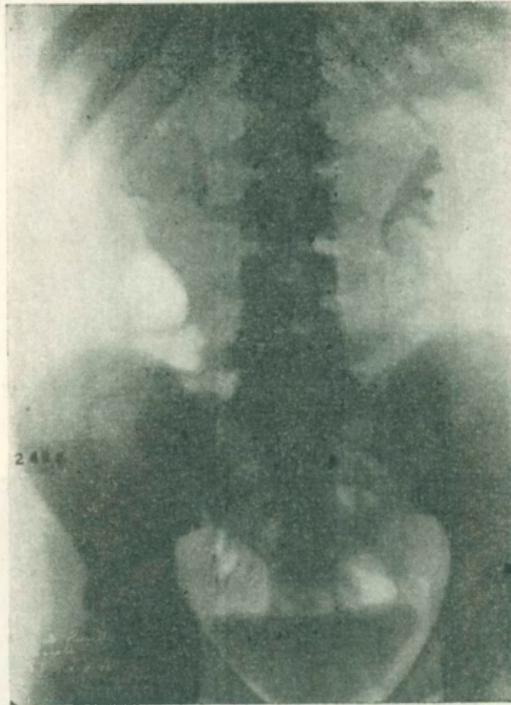


Figura 4  
Urograma por excreción después de la operación.

“Pieza de heminefrectomía por duplicidad de vías excretorias. Marcada dilatación hidronefrótica con atrofia renal consecutiva. *Descripción microscópica:* El parénquima renal sólo muestra escasos focos de inflamación crónica en la región subcapsular. La pelvis renal y sus cálices presentan un intenso proceso inflamatorio, responsable de la pérdida del epitelio de revestimiento en extensas zonas. Hay una marcada infiltración de elementos redondos acompañados de intensa ingurgitación vascular que en algunos puntos simula pequeños angiomas. Este proceso inflamatorio, de tipo crónico, queda limitado a la pared de la vía excretoria, pero en algunos puntos penetra profundamente alcanzando el tejido renal próximo. *Diagnóstico:* Pielitis crónica. Atrofia renal por compresión.

La nefrectomía parcial tiene sus indicaciones fundamentales en aquellos casos en que el proceso patológico, motivo de la intervención, es benigno por el proceso en sí y con carácter limitado. No se justifica por ejemplo en el caso de un cáncer de riñón, o en una tuberculosis renal en que se juega, antes que nada, la vida del enfermo, en cuyas circunstancias la exéresis debe hacerse en forma lo más amplia posible. En cambio tiene sus indicaciones en los procesos benignos como en las uronefrosis parciales, en las uronefrosis en riñones anormales, en ciertas litiasis en algunos tumores benignos o en los quistes, como también puede contemplarse la posibilidad de esta intervención en ciertas formas de pionefritis.

Es natural que para su ejecución deben reunirse ciertas condiciones que hagan posible técnicamente esta intervención, que se refieren, como lo establece muy bien A. García en su trabajo sobre el tema referido en esta Sociedad, a la circulación del riñón y a la evacuación del órgano. Para que sea posible la extirpación de un trozo de riñón, es fundamental que esta exéresis no comprometa ni la irrigación del resto del riñón, ni tampoco su evacuación. Indudablemente que desde estos dos puntos de vista, la existencia de un riñón con doble vía excretora, representa, en ciertas circunstancias, un factor favorable para la ejecución de una resección parcial, al disponer para el segmento restante de una vía excretora íntegra y en algunos casos de una irrigación en cierta medida independiente. Ello justifica el hecho de que en el 80 % de los casos de resección renal operados por Campbell, existía una anomalía que en la mayoría de las veces era del tipo de la doble vía excretoria.

Designamos la operación efectuada en nuestro enfermo como heminefrectomía a pesar de que pueda discutirse el concepto, que en forma tan documentada ha sido referido entre nosotros por Astraldi y Monserrat, de que la doble vía excretoria representa la noción de un riñón doble, pues creemos que estos casos deben ser considerados, desde el punto de vista práctico, como de un sólo riñón, ya que arquitectónicamente así lo son, pues en la mayoría de las veces, como en nuestra observación, no existe un surco franco que marque la limitación entre dos órganos, cuyo riñón posee un solo hilio, y como en nuestro caso un solo pedículo vascular, teniendo tan sólo de anómalo la existencia de una doble vía excretoria, que a veces también como en nuestra observación, se refunde antes de llegar a la vejiga en un sólo uréter. Distinta es la situación, a nuestro modo de ver, en el caso de dos riñones anatómicamente independientes, unidos por una banda fibrosa, como en algunas observaciones de la rara anomalía conocida como riñón supernumerario o en el caso de riñón en herradura en que existe un istmo de unión entre dos riñones anatómicamente y fisiológicamente independientes, en cuyo caso, entiendo, se debe hablar de nefrectomía o sinfisiotomía según la operación sea radical o conservadora, como así lo hemos entendido en las tres observaciones que hemos publicado de este tipo de intervención.

No se justifica entonces que se incluya entre las heminefrectomías, como lo hace Campbell, a las intervenciones practicadas sobre riñones en herradura, como tampoco en otras formas de sinfisis renales como las que se observan en algunos casos de ectopias renales cruzadas.

Diremos para terminar, que hemos efectuado nuestra intervención con la técnica habitual en estos casos, tomando las precauciones que se describen en el protocolo operatorio por lo que se refiere a la irrigación del órgano, en que fué necesario efectuar la ligadura de una de las ramas de la arteria y de la vena renales que evidentemente correspondía a la irrigación del segmento reseado. La superficie de sección daba abundante sangre, haciéndose su hemostasia con puntos en U de catgut. El resultado operatorio inmediato y el funcional alejado de nuestra intervención, puede considerarse como excelente y tal ha sido, por otra parte, el que corresponde a las pocas observaciones que han sido relatadas entre nosotros y que figuran en la bibliografía. Es evidente que los riegos operatorios de la nefrectomía parcial son mínimos como se destaca en la experiencia de nuestro medio y como se desprende de la estadística de Campbell de 41 operaciones efectuadas con una mortalidad del 5 %.

## RESUMEN

Se relata una observación de riñón con doble vía excretoria y uronefrosis de la vía superior, en que se efectuó una heminefrectomía con el resultado anatómico y funcional excelente del riñón restante. Se hacen algunas consideraciones sobre las indicaciones de la nefrectomía parcial y en particular en lo que se refiere a la heminefrectomía del riñón con doble vía excretoria.

## BIBLIOGRAFIA

- Campbell, M. F.* — Resection of the Kidney. *J. A. M. A.* V. 117. 1941. p. 1223.
- Bonnecarrere E.* — Heminefrectomía por hidro uretero nefrosis en riñón doble. *Soc. de Cir. de Ros.* Vol. 11. 1944. pág. 145.
- Ercole, R.* — La cirugía de la sinfisis renal. *El día Médico.* 1939. pág. 10.
- Ercole, R.* — Riñón en herradura y cirugía conservadora. A propósito de dos nuevas observaciones personales. *Rev. Arg. de Urol.* T. 9. 1940. pág. 343.
- García, A. y Gálvez, I.* — La nefrectomía parcial. *Rev. Arg. de Urol.* Vol. 10 1941. pág. 209.
- Grimaldi, F. y Grimaldi, A.* — Duplicidad pelviureteral. Litiasis del segmento inferior. Heminefrectomía. *Rev. Arg. de Urol.* Vol. 11. 1942. pág. 381.
- Kretschmer, H. L.* — Resection of the Kirney. *Sur. Gyn. and Obs.* Vol. 6°. 1935. pág. 984.
- Trabucco, A. y Sandro, R.* — Heminefrectomía por litiasis renal en riñón único. *Rev. Arg. de Urol.* Vol. 8. 1939. pág. 600.
- Vickery, E.* — Heminephrectomy. *J. of Urol.* Vol. 49. 1943. pág. 137.