

AGENESIA RENAL DERECHA. RIÑÓN UNICO IZQUIERDO CON DOBLE SISTEMA EXCRETOR TOTAL Y DOBLE PEDICULO VASCULAR.

LITIASIS RENAL EN AMBOS SISTEMAS DE EXCRECION

Por los Dres. ORESTES S. MASSOLO y LUIS ROQUE BARTES

INTRODUCCIÓN

Traemos al seno de la Sociedad de Urología la consideración de un interesante caso 1º por la malformación congénita presentada y 2º en la feliz evolución obtenida con una conducta quirúrgica prudencial; pasible tal vez de crítica desde el punto de vista de la audacia quirúrgica que frenamos en todo momento, en defensa de una vida que sabíamos en grave riesgo por la ausencia del órgano congéner, pero defendible en el sentido de evitar toda acción quirúrgica temeraria y únicamente reservada para el caso de extrema necesidad.

Exposición del caso: Se trata de una enferma que vemos por primera vez en julio de 1943 en el Consultorio de Urología de la Asociación Obrera de Socorros Mutuos a cargo de uno de nosotros. Mujer de 37 años casada, madre de un hijo que en la actualidad tiene 20 años y que refiere que en 1938 es atendida en el Hospital Rivadavia de esta Capital por un cálculo enclavado en el extremo vesical de uno de los orificios ureterales que presenta en el lado izquierdo. Este cálculo consigue ser eliminado por las vías naturales sin precisar la naturaleza de las manio-instrumentales efectuadas. Pero consta en el informe radiológico de aquel entonces y que tuvimos a la vista que existía un sistema de excreción doble, en el lado izquierdo, y pequeños cálculos en el área renal izquierda.

Por molestias miccionales (aumento en la frecuencia) y orinas turbias concurre a nuestra presencia y en esa oportunidad (1943) comprobamos la presencia de hemoglobina en sus orinas con buena eliminación ureica (27,14 %), y hematíes en sedimento. La radiografía simple obtenida dice de la existencia de dos sombras calculosas en el área renal izquierda. Se resuelve expectación.

En noviembre de 1943, nueva radiografía simple igual a la anterior, y urografías excretoras que muestran claramente: doble sistema excretor completo izquierdo, hidronefrosis del

sistema superior que presenta un cálculo enclavado en el cuello de la pelvis, y otro cálculo del sistema calicial inferior del sistema excretor bajo. Una radiografía simple con doble sonda opaca certifica la totalidad del doble ureter, que se abren por dos meatos en el cuerno correspondiente del trigono vesical de aspecto normal; con ausencia de orificios ureterales a nivel del ángulo opuesto; y un índigo-carmín efectuado antes del doble cateterismo, muestra la eliminación del mismo a los 3 minutos abundante y franca por el meato inferior y externo



Figura 1
Radiografía simple. Se ven las dos sombras calculosas dentro del área renal izquierda.

que corresponde al sistema excretor bajo, no así del superior e interno que hasta que lo permitió la observación no lo había iniciado. Por sus orinas turbias se prescribe sulfatiazol.

La enferma sigue bien sin dolores y sólo presenta tematurias discretas periódicas, transcurriendo así todo el año 1944; y con un estado general óptimo; y en julio de 1945 una nueva radiografía simple muestra la movilización del cálculo superior que ha descendido 4 veces de dedo y se halla ahora en la porción lumbar del uréter correspondiente.

Por falta de sufrimiento de la enferma —su escasa decisión operatoria (abonada por la eliminación espontánea del cálculo con que inicia su proceso en 1938), el tamaño y la forma del cálculo migrante compatible con una eliminación espontánea, sigue la expectación, hasta diciembre de 1945 en que acepta una intervención y se hizo; procediéndose a una ureterolitotomía (fácil por supuesto) y donde se constata la existencia de dos uréteres normales. Esta inter-

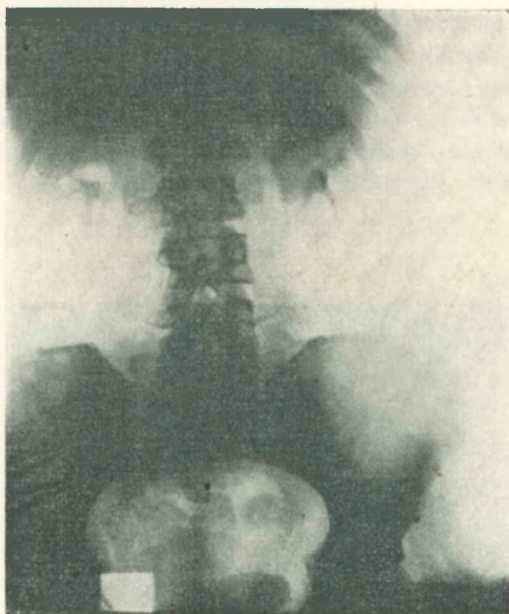


Figura 2
Urografía excretoria. Se ve el doble sistema excretor izquierdo, Urétero-pielo-calicial.

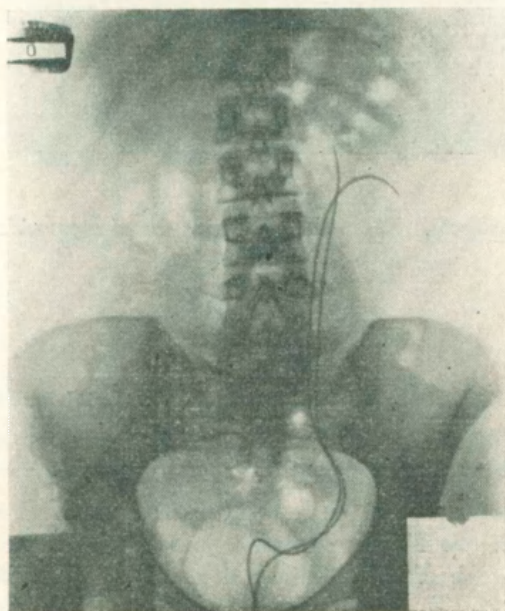


Figura 3
Radiografía con sondas ureterales opacas. Puede apreciarse el doble uréter total izquierdo.

venión se realiza ante exámenes de laboratorios absolutamente normales: uremia: 0.25, glicemia: 0.89, coagulación 6', sangría 2', reserva alcalina 60 c.c. de $\text{CO}_2\%$.

En estas condiciones, movidos por el deseo de una intervención total, una vez finiquitadas las maniobras en la zona ureteral, procedemos a la liberación del riñón único izquierdo que se hace dificultosa por el tamaño del órgano (alargado y doble del normal) y la poca o nada movilización que se obtiene por impedirlo su doble y cortos pedículos que lo fijan sólidamente a la gotera lumbar. Es así que debemos abandonar la idea de un abordaje por la vía piélica



Figura 4
Radiografía simple. El cálculo superior ha desaparecido al uréter lumbar.

y nos decidimos a tratar de localizar con punciones del grueso polo inferior, al cálculo calicinal; lo que nos fué imposible.

Las circunstancias enumeradas en nuestra exposición nos hacen rechazar la idea de una nefrotomía parcial y ciega, que hubiera a nuestro juicio hecho correr riesgos de alta peligrosidad, por el escaso tamaño de este 2º cálculo y el abundante parenquima de hipertrofia compensatriz que lo ocultaba, y la anomalía renal ante la que nos encontrábamos. En estas circunstancias y teniendo en cuenta que este cálculo no se había movilizizado en los 6 años de evolución que el proceso tenía, resolvemos abandonar, y proceder al cierre de la pared que se hace como habitualmente y se deja un pequeño drenaje periureteral.

Post-operatorio normal, sólo perturbado por la supuración de un pequeño hematoma de la pared, y la enferma es dada de alta el 13 de enero de 1946 (23 días después del acto operatorio).

El 31 de enero de 1946 (vale decir 18 días después) tiene un cólico nefrítico de escasa intensidad, acompañado de molestias miccionales que terminan con la expulsión espontánea de un pequeño cálculo que trae y exhibe. Indudablemente las presiones externas originadas en el acto operatorio, habían movilizado a este pequeño cálculo y hecho luxar del cáliz a la pelvis, después de haber estado fijado durante tantos años y no haber originado ningún trastorno.



Figura 5

Urografía excretora. Se ve el doble sistema excretor y el cálculo superior en su posición lumbar.

En marzo de 1946 el estudio radiológico final muestra la ausencia de sombras calculosas y el buen funcionalismo de ambos sistemas excretorios, con la persistencia aunque reducida de la hidronefrosis superior que ensombrece el futuro de nuestra paciente en lo que respecta a probables recidivas.

CONCLUSIONES

Terminación feliz de un complicado caso de anomalía renal con riñón único, certificado por la ausencia de meato ureteral, ausencia de sombra franca de muñón parenquimatoso derivado del cuerpo Wolff primitivo, ausencia de

eliminación de ureselectan que nos permite asentar el diagnóstico de agenesia o aplasia renal derecha, que sólo podría certificar indubitativamente la lumbotomía exploradora, o la autopsia que felizmente no tuvimos oportunidad de hacer.

Si la cirugía renal debe ser conservadora en sí, conservadora debe ser nuestra conducta quirúrgica en un caso como el expuesto, en que el riesgo es tan grande que no justifica otro medio de actuar en homenaje al respeto que nos merece la vida del prójimo, tanto más cuando está establecida la fragilidad patológica en potencia, de estos riñones únicos, siempre afectados con procesos inflamatorios en relación con el recargo de función a que están sometidos, y traducidos muchas veces por algias variadas que nuestra enferma presentaba en grado mínimo.