

ANEURISMA DE LA ARTERIA RENAL

Por los Dres PEDRO MOREYRA BERNAN y ALBERTO HALAC

(Relator Dr. LUIS FIGUEROA ALCORTA)

M. de I de 35 años de edad que ingresa a nuestra clínica el 7 de abril de 1947.

Historia Clínica: A. H. padre muerto de cáncer a los 67 años (cáncer de estómago). Madre, vive, padece de asma. Nueve hermanos, uno muerto hace un año de una afección hepática; los restantes sanos.

A. P.: nacida de parto normal; no tuvo enfermedades de importancia en su primera infancia a excepción de coqueluche y sarampión. Menarquía, a los 14 años y continúa con menstruaciones regulares, que obedecen a un ciclo de 28/4. Casada a los 20 años, con hombre aparentemente sano; ha tenido 4 hijos de partos normales; no ha presentado ninguna otra enfermedad hasta el presente.

A. E. A.: La enferma relata que siempre había experimentado un ligero dolor en la región lumbar al que no le atribuyó ninguna importancia. Aproximadamente un mes antes de concurrir a la consulta, el dolor se hizo más evidente, con franca irradiación a la región epigástrica; dolor este que empieza a preocupar a nuestra enferma. No tiene vómitos ni diarrea; apetito conservado lo mismo que su estado general. Nunca tuvo molestias para su micción y sus orinas eran evidentemente normales. No da antecedentes de hematuria de ningún tipo y no ha presentado en ningún momento temperaturas. Como vemos el único síntoma de nuestra enferma y por el cual concurre a consultarnos es el dolor.

E. A.: Enferma en decúbito dorsal activo electivo.

Facie: Compuesta.

Boca: Mucosas húmedas y de colorido normal. Dentadura en mal estado. Hay algunas prótesis y faltan piezas dentarias.

Ojos: Pupilas que reaccionan bien a la luz y a la acomodación.

Tegumentos: Piel con turgor, elasticidad y humedad conservadas.

Tejido celular normal. No se palpan ganglios.

Sistema muscular y ósteo-articular: Normales.

Tórax: De configuración normal.

Aparato Respiratorio: A la percusión, sonoridad conservada. A la auscultación, normal.

Aparato Circulatorio: Area cardíaca en límite, normales. Tonos normales. Tensión arterial máxima 122. Mínima 90. Arterias blandas. Pulso 80 por minuto.

Abdomen: Simétrico. Excursiona con los movimientos respiratorios. Blando y depresible; no se palpa bazo. El hígado se percute en límites normales. Indoloro.

Sistema nervioso: Reflejo aquiliano y patelar normales, el tacto vaginal no revela nada digno de mención.

Aparato urinario: A la inspección de la región lumbar y abdominal no hay ningún detalle que llame la atención. Los puntos ureterales son francamente dolorosos del lado derecho, en con-

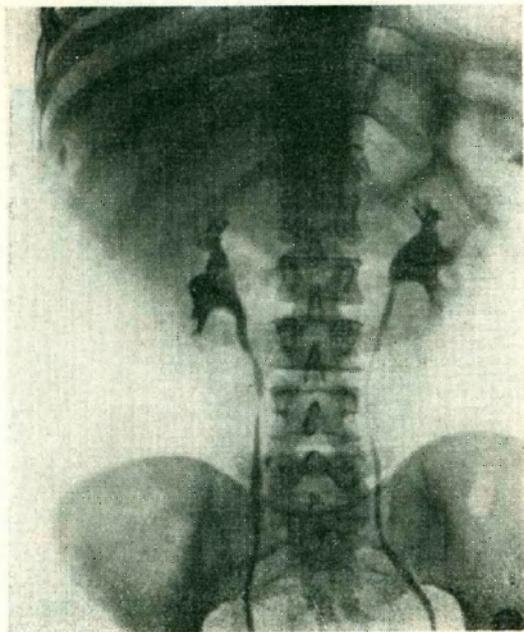


Figura 1

traste con el izquierdo. El punto piélico es especialmente sensible y molesta su búsqueda, lo mismo sucede con el punto costo-muscular que es muy sensible también. La percusión de Giordano positiva a derecha. A la palpación del lado izquierdo no se percibe el riñón, ni molesta su exploración. Al lado derecho constatamos la presencia de una tumoración que corresponde netamente al riñón derecho, aumentado de volumen, de acuerdo a sus características clínicas, sensible a la exploración, de consistencia firme y que se desplaza con los movimientos respiratorios.

Citoscopia: Buena capacidad, orinas claras y de aspecto normal. La mucosa vesical pálida contrastando con la ligera anemia que presenta la enferma, pero sin lesión de ningún orden. Meatos ureterales pequeños, sanos y bien situados.

Cateterismo ureteral: Se practica sin ninguna dificultad, penetrando ambas sondas más o menos 25 cm. y recogiendo orinas claras, con eyaculaciones que obedecen a ritmo fisiológico.

El examen de las mismas no revela la presencia de elementos anormales, encuadrándose la concentración de úrea y cloruros dentro de las cifras consideradas normales. No hay retención piélica.

Prueba del índigo carmín: Para R. D. = 4 minutos

Para R. I. = 3 minutos y medio

La prueba eliminatoria de la P. S. P. denota una eliminación del 40 % para el riñon izquierdo y 30 % para el riñon derecho.

Exámenes de Laboratorio: Glóbulos rojos: 3.800.000; Neutrófilos: 78; Linfocitos: 15.

Sangre: Glóbulos blancos Monocitos: 6; Eosinófilos: 1.

Eritrosedimentación: 1ª hora: 10 minutos; 2ª hora: 16 minutos.

Reacción de Wasserman y Khan: Negativa,



Figura 2

Orinas: Reacción ácida-Concentración: 1022. Urea: 22.69. Acido úrico: 0.53. Cloruros: 9.80. Fosfatos: 2 gr. Albúmina: Indios-Glucosa: No contiene urobilina: No contiene- Sedimento urinario: Células epiteliales planas y glóbulos blancos escasos.

Dadas las dificultades de carácter económico de la enferma para hacernos posible, la obtención de urogramas descendentes, resolvemos efectuar el pielograma retrógrado de ambos lados previa la obtención de una radiografía directa del aparato urinario completo. Esta radiografía directa, no arroja ningún detalle de importancia, a no ser un contorno correspondiente al riñon derecho ligeramente alargado.

Pielograma retrógrado: Se efectúa con solución de yoduro de sodio al 12.50 % y sondas ureterales opacas. En el lado derecho se inyectó 8 cc. y en el izquierdo 10 cc. La imagen radiográfica obtenida (ver fig. Nº 1) nos revela, del lado derecho una pelvis renal a gran eje vertical

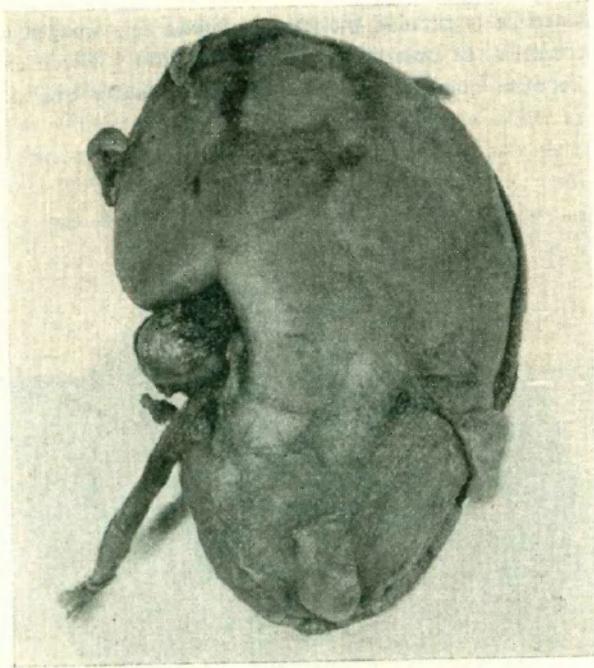


Figura 3

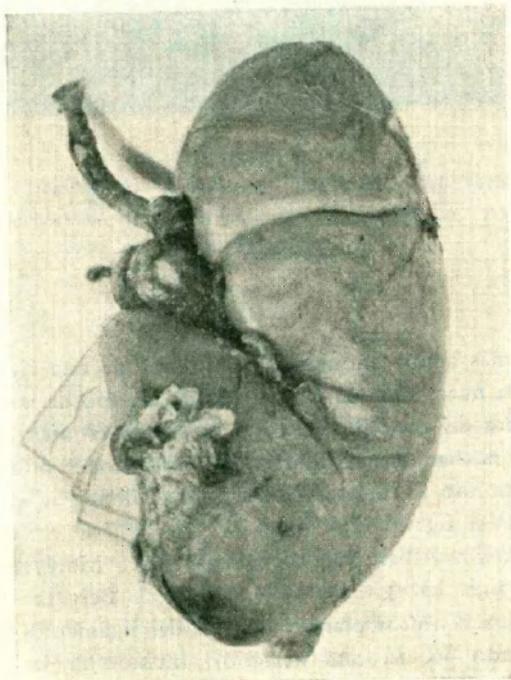


Figura 4

y ampular, a borde interno rectilíneo, llamándonos la atención las características que presenta el cáliz medio, en relación a lo normal y al aspecto radiográfico de los cálices superior e inferior. No se observa ninguna imagen papilar que corresponda a ese cáliz, pero sí una ligera protusión en su lugar. El llenamiento de la cavidad piélica, nos revela una imagen que no es uniforme; en su borde interno, parte central, se observa una superficie flou a borde externo redondeado. Esta superficie forma parte de otra, que está por fuera del área renal y que al superponerse nos daría



Figura 5

la diferencia de densidad más arriba anotada. El conjunto de esta figura es de contorno redondeado y del tamaño de una nuez, ubicada a la altura del cuerpo de la segunda vértebra lumbar y comprendida dentro del área del cuadrilátero de Bazy. *Lado izquierdo:* La imagen obtenida nos presenta una pelvis renal, medianamente dilatada sin alteraciones calicilares. Hemos obtenido un segundo pielograma, localizando el riñón correspondiente, donde se repiten las características radiográficas ya descritas (Ver fig. N° 2).

Operación: Cirujano: Dr. Alberto Halac y Dres. Pedro Moreyra Bernam y Raúl Descalzo. Anestesia raquídea: novocaína 15 cgr. Incisión oblicua de Bergman-Israel, para abordar el riñón derecho. Incisión de los distintos planos; sección del ligamento Subcostal de Henle y liberación del riñón comenzando por su cara posterior. Incisión de la cápsula perirenal y liberación del órgano que no ofrece mayores dificultades; el aspecto de la grasa perirenal no presenta ninguna alteración que nos llame la atención. Así llegamos al Pedículo vascular hasta descubrir

por su cara anterior, la vena renal y por la posterior hasta exponer la pelvis renal. El riñón se nos presenta aumentado de tamaño, con un surco profundo en su superficie, de consistencia normal, pero que se hace muy firme y resistente hacia el seno. Su coloración es normal igualmente. Explorando su pedículo, nos llama la atención la presencia de una tumoración que hace cuerpo con la arteria. Esta tumoración es pulsátil y francamente depresible, vaciándose en gran parte de su contenido, aumentando la compresión sobre ella. Tratamos de explorarla prolijamente y observamos, que forma parte del tronco de la arteria renal exclusivamente, haciendo cuerpo con la misma y que se insinúa hacia el seno del órgano, por delante de la pelvis correspondiente y sobre la cual ejerce cierta compresión. Efectuamos un prolijo toilette y reconocemos la no existencia de ramas de división arteriales anteriores y también que la superficie de esta

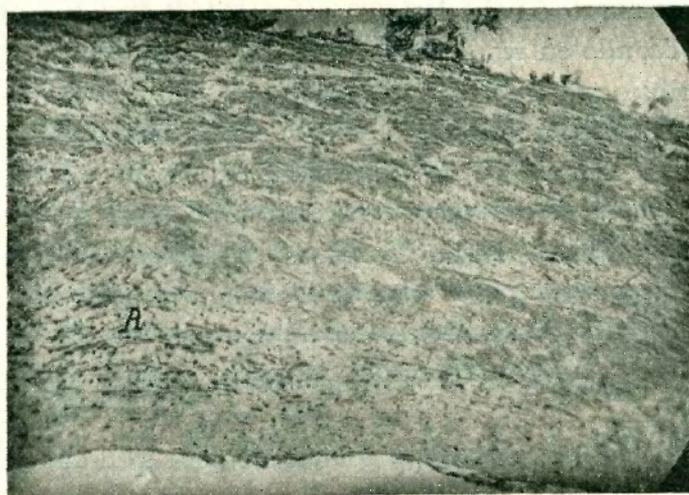


Figura 6

Pared del aneurisma de la arteria renal que muestra en A fenómenos degenerativos entre la íntima y la media: período inicial del ateroma.

tumoración está circundada por numerosos y finos vasitos. Al efectuar la compresión sostenida sobre la tumoración, la coloración renal se modifica ostensiblemente y al dejar de efectuarla se siente el frémito que preside su llenamiento. No dudamos ya que estamos en presencia de un aneurisma de la arteria renal y resolvemos efectuar la nefrectomía la que hacemos con la técnica habitual, efectuando las ligaduras lo más distante posible del aneurisma. Drenaje laminar y cierre de los planos. (Ver figs. 3, 4 y 5 que nos muestra la pieza obtenida y el aneurisma).

Post-operatorio: No presentó detalles dignos de mención. Buena diuresis que se mantuvo entre 1500 y 1600 cc. Herida operatoria perfecta. Alta a los 15 días. Frente a este cuadro clínico nuestro pensamiento se inclinó hacia el diagnóstico de Tumor Renal y decidimos llevar a la enferma a la intervención, que en urincipio fué exploradora.

Examen histo-patológico: Realizado por el Dr. Alfredo Ferraris y cuyo informe es el siguiente: Se trata de un riñón en cuyo pedículo la arteria correspondiente presenta una dilatación aneurismática del tamaño de una avellana y de paredes áteromatosas. El parénquima renal acusa lesiones de nefritis, congestión y sufusiones hemorrágicas. El corte histológico de la pared del aneurisma de la Arteria Renal, muestra (ver fig. número 6) en A. fenómenos degenerativos entre al íntima y la media: periodo inicial del ateroma.

COMENTARIOS

Historia: El primer caso documentado en la literatura médica, sobre aneurismas de la Arteria Renal, es el de Rouppe en 1717 y del cual no existen mayores detalles, lo mismo que el caso descrito por Nebel en 1719 y que por un error de traducción del latín se lo describió como un Aneurisma de la Arteria Renal, cuando en realidad era de la aorta. El primer trabajo científico en que se describió esta enfermedad corresponde simultáneamente a un inglés: Morris, y a un americano: Keen; luego sucesivamente Vogeler, en 1922, Conroy en 1923, Gerard en 1930, Mathé en 1932 y Lowsley y Cannon en 1943. Estos últimos autores coleccionaron 20 casos, que unidos a los 55 casos reunidos por Mathé suman 75 casos y si agregamos dos casos descritos por Baker, un caso de Uhel y el último caso descrito por los americanos Khale y Chenken de la Universidad de Luisiana, dan un total de 79 casos hasta ahora descritos en la literatura mundial; más el caso que aportamos, totalizan 80.

Son muy pocos los trabajos y comunicaciones médicas alusivas al Aneurisma de la Arteria Renal; diremos que se trata de una afección rarísima, ya que son muy escasas las observaciones en el vivo y extremadamente difícil su hallazgo en las autopsias. Creemos que se trata de la primera observación argentina y por eso hemos querido que nuestro relato sea ante la Sociedad Argentina de Urología, que es nuestro exponente máximo.

No se hace mención de ella en la mayoría de los textos corrientes de Urología y en 79 casos registrados mundialmente únicamente un observador, Howard, pudo ver tres de ellas y Oestreich, Newman, Trilli, Janssen y Singer observan dos casos cada uno.

En casi setenta mil exámenes de cadáveres consignados por Howard y que asociados y reunidos en cuatro fuentes europeas y americanas, únicamente diez aneurismas renales fueron encontrados. Estos mismos autores mencionan que Bier, en sus estudios sobre aneurismas traumáticos encontrados en la primera guerra mundial, no se halló a nadie afectado de la arteria renal. Se hace notar que prácticamente, todos los casos son auténticos y que ellos son basados

ya sea en la evidencia operatoria o en la de la autopsia. La distribución según el sexo, en los casos registrados, es un poco mayor en el masculino; los casos que fueron reconocidos parecen tener una gran amplitud, en cuanto a la edad, ya que los pacientes de las series consignadas, oscilaban entre los 9 meses y 82 años, ocurriendo el mayor número de casos, entre la quinta y sexta década, pero conclusiones al respecto no pueden ser sacadas.

Etiología: Puntualizaremos, referente a su etiología, que todos los factores determinantes de aneurismas a otras localizaciones, son los mismos que determinan el aneurisma de la Arteria Renal; entre los que se incluyen los traumatismos, infecciones, sífilis, defectos congénitos de la pared arterial, arterio-esclerosis, periarteritis nudosa, etc. De esta afección, periarteritis nudosa, se sospecha que presenta una afinidad particular para la Arteria Renal, pero se la ha encontrado en pocos de los casos registrados.

El trauma se lo consideró causa de la mitad de los casos reunidos por Mathé y son los traumatismos regionales los que dominan la etiopatogenia: contusión, herida de bala, herida de arma blanca. En los predispuestos no se requiere más que el pequeño trauma para provocar la dolencia. Debemos mencionar que en muchos de los casos en que el trauma fué considerado como factor etiológico, las relaciones de causa a efecto parecen estar muy distantes y poco seguras, como lo son en muchas otras afecciones de supuesta etiología traumática.

En nuestro caso hemos tratado de indagar la etiología lo más prolijamente posible. Ya hemos consignado en su historia clínica que la enferma no da antecedentes, de ninguna infección crónica y un minucioso examen nos hizo descartar la existencia de focos sépticos en actividad a excepción de las caries dentales que presenta; igualmente sus reacciones serológicas han resultado negativas. Hemos tratado de averiguar con insistencia si existió el trauma que pudiera haber repercutido directa o indirectamente sobre su región lumbar derecha, pero la enferma no recuerda haber sufrido ningún traumatismo que pudiera justificar nuestras dudas al respecto. Descartadas las posibilidades de que se trate de una etiología infecciosa o traumática, nos quedaría como causas, los defectos congénitos de la pared arterial, que en nuestro caso hubieran tenido predilección por la Arteria Renal, o la periarteritis nudosa, enfermedad esta última que queda descartada con el informe del anatómo patólogo. La hipertensión tampoco pudo ser considerada como supuesta etiología puesto que la tensión oscilaba entre 122 de máxima y 90 de mínima.

Clasificación de los aneurismas: Morris clasificó a los aneurismas renales: de verdaderos a aquellos que son saculares y cuyas paredes están compuestas de algunas o todas las tunicas de la arteria y de, falsos aneurismas a los de paredes compuestas de tejido fibroso condensando, desarrollado alrededor de sangre extravasada y coagulada, con el cual los tejidos circundantes y los órganos vecinos se han vuelto más o menos firmemente solidarios. De acuerdo con Wesson, un falso aneurisma podría ser descripto mejor, como una rotura traumática espontánea de la Arteria Renal con control anatómico de la hemorragia. Los verdaderos aneurismas, como sucede en el caso que relatamos aquí, son generalmente pequeños, no así los falsos aneurismas, que son generalmente más grandes y voluminosos. En uno de los casos de Morris, llenaba la mitad del abdomen. Los verdaderos aneurismas, no producen cambios patológicos a no ser los debidos a la presión previa a su ruptura. Los falsos aneurismas, producen todos los cambios patológicos asociados con hemorragias y el grado de las variantes depende tanto de la copiosidad de esta última como del lugar anatómico de la lesión. Los verdaderos, son frecuentemente tolerados sin presentar manifestaciones o síntomas clínicos llamativos; tales síntomas, cuando ocurren, no son nada típicos.

Síntomas: Dolor abdominal superior o lumbar, es lo más frecuente y en nuestro caso fué el síntoma único por el cual concurrió la enferma a la consulta. El dolor simula a veces un cólico hepático, en otros, es terebrante, punzitivo y a veces se manifiesta con las menstruaciones y se mitigan con el decúbito lateral homólogo (Kment). Otros enfermos no sienten dolores de verdad, sino sensación de plenitud en la fosa lumbar. Hay quien compara la molestia, como si tuviera una bola movible en el vientre (Hahm, citado por Vogeler).

La hematuria no es frecuente y la presencia de una tumoración con variantes en su progresión es un signo que no se presenta siempre. En un falso aneurisma o en un aneurisma verdadero roto los síntomas son: dolores que pueden ser permanentes, tipo cólico, continuos o intermitentes. Respecto a la hematuria, ésta no puede ocurrir hasta que el saco aneurismático haya perforado un cáliz o haya establecido una comunicación directa con la pelvis renal, en estos casos la hematuria es usualmente más severa que la producida por cálculos o tumores renales y su intensidad puede ser tal que puede llegar a producir la muerte. La aparición de este síntoma está relacionado con la fatiga o esfuerzos mínimos, como levantarse del lecho (Gruber, citado Vogeler), tam-

bién lo motiva la hipertensión arterial. Esta hematuria es casi siempre provocada.

Diagnóstico: La poca frecuencia con que se observan los aneurismas renales y la ausencia de típicos síndromes, explican probablemente, por qué el diagnóstico pre-operatorio fué hecho únicamente en 13 de los casos registrados. En el caso de Uhle, el paciente era muy delgado y fué posible dar una perfecta descripción del riñón y del aneurisma previo a la operación. En los casos de Cannon y Lowsley, que se trataba de un verdadero aneurisma, el diagnóstico pre-operatorio fué también hecho. En los casos registrados por Soderlund, Wesson y Fulner el diagnóstico fué hecho principalmente en base al hallazgo de una sombra radiográfica con forma de anillo, observada en radiología directa del aparato urinario completo, el anillo representaba depósitos calcificados en la pared del saco.

La radiografía suministra, en ocasiones, testimonios bastante elocuentes como para confirmar la dolencia. El diagnóstico de certeza es la mejor profilaxis de los sacos aneurismales, puesto que la intervención a tiempo impedirá la ruptura, de consecuencias graves. El conocimiento preciso de la lesión hará extremas, por otra parte, las precauciones inherentes al funcionalismo del riñón congénere, ya que el único recurso de cura es la nefrectomía. La radiografía directa revela en ciertas oportunidades un cuerpo próximo (Smith). Algunas veces, se ve una sombra anular del tamaño de una arveja o cereza de contornos densos, que abarcan un interior esfumado junto al hilio renal, más bien hacia arriba, libre de la pelvis y de los cálices cuya morfología es normal. Es la imagen "en corona" de los americanos. La independencia de la sombra susodicha se determina por medio de la urétero pielografía retrógrada, tomada sea en el sentido ántero posterior o en el transversal, así se evitará el equívoco, cuando se superponen las imágenes de la pelvis y saco aneurismal en la incidencia ántero posterior (Kment). Los errores de interpretación han sido habituales en el estudio radiológico, tanto directo como asociado a la urétero pielografía retrógrada. Por eso sabemos que la sombra circular fué confundida por cálculos. Trance realmente difícil cuando coexisten concreciones en el mismo riñón (Mathë). De modo que a la par de tener en cuenta la imagen susodicha, es discreto considerar, además de los cálculos renales, la posible calcificación de la Arteria Renal, quiste o absceso del órgano calcificado o un nódulo linfático infiltrado de calcio (Howard).

La rareza de esta afección trae implícitamente aparejada, la imposibilidad de reunir numerosos casos clínicos y esta misma rareza es la razón fundamental para que en las búsquedas diagnósticas sea tan corrientemente pasado

por alto, cuando varias posibilidades con fines a un diagnóstico estén siendo consideradas. Howard a propósito del informe de Lowsley y Cannon opinó que si él fuese a considerar un cuarto caso presumible de Aneurisma Renal, emplearía la arteriografía aórtica que propuso Dos Santos como medio diagnóstico; su propia experiencia en dos casos de enfermedades arteriales no aneurismales y la experiencia de Nelson, en 72 casos le convenció de la seguridad del método cuando las propias precauciones fueron empleadas.

Tratamiento: Considerados todos estos puntos respecto a etiología, clínica y diagnóstico de Aneurismas Renales, resta considerar el tratamiento a seguir, que debe ser quirúrgico y de elección la nefrectomía. Treinta y un ejemplos de nefrectomías han sido registrados hasta la fecha, en 28 de los cuales los pacientes sobrevivieron.

Las vías abdominales y retroperitoneales fueron empleadas con igual satisfacción, aparentemente. En algunos enfermos la hemorragia hizo necesario que se dejaran clamps pediculares *in situ*, por 24 horas o más después de la operación. En cuanto a otros procedimientos, como ser la resección del saco, fué seguido por supervivencia en unos pocos ejemplos, aunque el fin posterior de los pacientes no fué bien conocido.

En el caso registrado por Howard, Forbes y Lipsomb, la simpatectomía derecha fué seguida por la cura. Este presentaba un típico síndrome goldblatt. Howard, al referirse a la contribución de Lowsley y Cannon afirmó que si él encontrara una prueba de que el Aneurisma Renal fuera extra renal, él reclamaría la ayuda de un cirujano especializado en sistema circulatorio e intentaría salvar el riñón, el cual en la variedad de aneurisma extra renal, es probable que sea normal. Lespinasse, quien siguió a Howard en el comentario, coincidió en que la aneurismorrafia era factible, pero advirtió en que ella no podría ser considerada en caso de que las paredes estuviesen calcificadas. Únicamente en un caso, el de Vogeler, parece haber un antecedente en el cual la operación fué aconsejada por el cirujano, pero rehusada por el paciente, quien murió de hemorragia cuatro meses más tarde. En algunos casos registrados el aneurisma se halló durante la operación realizada en base a otros diagnósticos que la requerían o en intervenciones exploradoras.

Consideramos que el cirujano debe extremar sus cuidados y técnica al trabajar sobre la fascia y tejidos grasos renales ya que puede existir la posibilidad de encontrar llamativas y alarmantes hemorragias difíciles de controlar. Esa posibilidad puede ser sospechada por la palpación reveladora de pulsaciones y de rumor característico agregándose también como signo, una decolora-

ción azulada de la fascia, indicadora de una hemorragia perirrenal. El proceder sin debidas precauciones puede ser fatal.

Un pequeño número de aneurismas han sido encontrados únicamente en la autopsia y no motivaron la muerte, la que se debió a otras causas. Por otro lado, un verdadero aneurisma aun no presentando síntomas, es siempre potencialmente susceptible a romperse y un falso aneurisma es inmediatamente peligroso. En unos pocos casos la supervivencia fué por largo período; en uno de ellos, por cinco días. En la mayoría de los casos no quirúrgicos registrados en la literatura, la muerte ocurrió dentro del año y en algunos ejemplos a los pocos minutos. La peligrosidad del aneurisma renal es tan seria que la inmediata y radical intervención es la única terapia conservadora.

En el caso registrado por Khale y Schenken el aneurisma se desarrolló después de la intervención renal, caso único y que constituye la primera observación de esta categoría.

RESUMEN

Nuestro caso es el 80 de Aneurisma de la Arteria Renal cuya pieza conservamos en nuestro poder y el estudio histológico ha demostrado tratarse de un aneurisma verdadero.

BIBLIOGRAFIA

- Conroy, M. J.* — Aneurysm of the renal artery. An analysis of all cases in the literature with a report of a case. "Annals of Surgery". Tomo LXXVIII, pág. 628, 1923.
- Howard L. T.* — Forbes, R. P. and Lipscomb, R. W.: Aneurysm of the left renal artery in a child five years old with persistent hypertension. "The Journal of Urology" vol. XLIV, pág. 808, 1940.
- Kment H.* — "Aneurysma der Arteria renalis". Tomo CXLVII, pág. 144, 1929.
- Mathé.* — "The Journal of Urology" vol. XXVII, pág. 607, 1932.
- Dos Santos R.* — "Journal d'Urologie", pág. 115, 1930.
- Vogeler K.* — Das Nierenaneurysma, tomo CLXXVI, pág. 295, 1922.
- Wesson, M. B.* — "And Flmer Ch. C. American Journal of Roentgenology" vol. XXXIII, pág. 176, 1935.
- Mirizzi Pablo.* — Tumores abdominales, pág. 1088, 1942.
- Khale y Schenken.* — Journal of Urology, tomo LIV, 1946.

DISCUSIÓN

Dr. Surra Canard. — *Deseo felicitar a los doctores Moreyra Berman y Halac y agradecerles en nombre de la Sociedad Argentina de Urología el interesante trabajo presentado. Al mismo tiempo, pediría que quedara abierta la discusión, para una próxima reunión, dado que he recibido un folleto del doctor Puigvert Gorro, en que se comunica un aneurisma de la arteria renal.*

Dr. García. — *Quiero referir sucintamente un caso que no lo hemos traído a esta Sociedad, no sé por qué circunstancia, pero es posible que el material esté aún en posesión del Profesor Monserrat.*

En 1935, llegó a nuestro Servicio, un enfermo al tercer día de un episodio agudo, con todas las características de un síndrome de Bunderlit: dolor, tumor y colapso. Era un hombre, sin mayores antecedentes que, efectuando su trabajo habitual —creo que bombeando un pozo— tuvo un brusco dolor y un colapso casi súbito. Llegó a nuestro Servicio, como dije, en ese estado de colapso. Se le administró la medicación adecuada, suero, tratando de levantársele el estado general.

Nos llamó la atención una tumoración que ocupaba todo el flanco izquierdo, con la característica de un gran hematoma de la región inguino-crural. El enfermo falleció esa tarde y, a la mañana siguiente, con el profesor Monserrat, hicimos la autopsia. Nos encontramos con un gran hematoma peri-renal, que había tenido su punto de partida en la ruptura de un aneurisma de la arteria renal. La gran colección hemática había despegado el peritoneo; ocupaba todo el retroperitoneo y se prolongaba hasta la región inguino-crural.

En la autopsia se comprobó una gran degeneración de la aorta y un gran aneurisma del cayado de la aorta. No recuerdo si existía otra lesión importante, pero sí recuerdo precisar muy bien que se trataba de un verdadero aneurisma primitivo de la aorta, que había dado lugar a un síndrome de Bunderlit (?).

He de recabar del doctor Monserrat si tiene aún la pieza, para agregarla a esta interesante comunicación.

Dr. Ercole. — *También deseo contribuir a esta bien documentada comunicación con una observación personal de un aneurisma calcificado de la arteria renal que he tenido oportunidad de operar hace años y que ha quedado en los Archivos, sin ser publicada.*

Se trata de una enferma de 51 años que hemos operado en 1940 y cuyos antecedentes personales no tienen ninguna importancia. No puede precisar la enferma el comienzo de su enfermedad actual. Primero, tiene polaquiuria nocturna y después, diurna y nocturna. Hacia 4 meses que experimentaba la acentuación de sus molestias acompañada de deseos imperiosos de orinar y vómitos abundantes. Esta crisis le pasa a los 8 ó 9 días, sus orinas se enturbian expulsando arenillas a la micción. No se repite la crisis pero queda un dolorimiento en la región renal.

Al exámen no se constata ninguna particularidad. Tiene presión sanguínea normal. Al hacer la exploración radiográfica del aparato urinario, nos encontramos con que existe una imagen calculosa. Además, existe una proyección del polo superior del riñón, una imagen redonda calcificada que se pone mejor de relieve en el urograma por excreción, en el que se ve una pelvis por ectasia.

El uréter no se alcanza a visualizar. La sombra calculosa corresponde al uréter y en el cáliz superior hay imagen redondeada de calcificación.

El cateterismo ureteral que practicamos nos pone en evidencia que el cálculo está en el trayecto del uréter. Se observa una imagen de calcificación que en ese momento no interpretamos. Llegamos a pensar que podía tratarse de un quiste hidático calcificado y con el diagnóstico de cálculo de uréter operamos a nuestro paciente. Hacemos lumbotomía anatómica, se exterioriza el riñón de tamaño más bien pequeño, con una pelvis que no está mayormente dilatada, constatándose en el uréter, a 5 cms. de la pelvis, el cálculo enclavado.

En el íleo del riñón, y por encima de la pelvis, hay una tumoración redonda que está como escastillada en pleno parénquima pero sobre el cual es posible establecer plano de clivaje que revela que el parénquima está rechazado. La tumoración es dura dando la impresión de un quiste calcificado. Por el plano de clivaje anterior es posible liberar la tumoración casi en su totalidad, quedando sólo fijada por su cara al pedículo renal. En ese momento, es posible comprobar que la tumoración se expande y late y que se trata de un aneurisma de la arteria renal. Entonces, se decide la nefrectomía. El post-operatorio fué sin inconvenientes.

—Muestra fotografías de la pieza operatoria.

Lamento no haber podido traer el estudio histo-patológico de esta pieza, pero si no hay inconvenientes, lo enviaré a fin de que pueda ser publicado en la Revista.

Dr. Bernardi. — A propósito de la urografía que acaba de mostrar el doctor Ercole, podría pensarse que se trata de un carcinoma que no está en relación con las vías de excreción. Es un diagnóstico que también cabría en este caso.

Dr. Figueroa Alcorta. — *En nombre de los autores de esta comunicación agradezco las valiosas contribuciones que han aportado los señores consocios.*

El caso que presenta el doctor Ercole es muy interesante y se parece en algo al que se refería el doctor Surra Canard del presentado por el doctor Puiguet Gorro: se trataba allí de un aneurisma que hacía puente entre dos arterias terminales, de manera que se puede ligar los dos extremos del aneurisma, hacerse la resección y conservar el órgano, tanto más importante cuanto que se trataba de un riñón único.