

RIÑÓN EN HERRADURA

(SINFISIS RENAL MEDIANA)

CONSIDERACIONES DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS

Por los Dres. Prof. A. E. GARCIA, A. ROCCHI, J. CASAL y A. I. GUINEA

De todos los aparatos y sistemas de la economía, el génito urinario es el que con más frecuencia es asiento de anomalías congénitas que, desde la vulgarización de la uregrafía excretoria, han dejado de ser rarezas clínicas o anatómicas para convertirse en hallazgos frecuentes, cuyo diagnóstico clínico y radiológico es perfectamente realizable.

Los trastornos funcionales consecutivos a la anomalía, rara vez dejan de ponerse de manifiesto en el curso de la vida del sujeto que es portador de ellas de tal forma que estas entidades patológicas cuyo estudio abarca la Teratología, llevan en potencia el germen de complicaciones susceptibles de convertirlos en situaciones nosológicas cuyos síntomas guían al paciente al médico que deberá adaptar su conducta a las variadas condiciones que puedan presentarse.

En el caso de las alteraciones del desarrollo del tractus urogenital, la modificación de los caracteres anatómicos y funcionales, incide principalmente sobre el complejo y delicado mecanismo de la evacuación urinaria, figurando entonces un factor capital en la patología del sistema: *La uroectasia*, con sus consecuencias: dolor, isquemia, infección, litiasis, atrofia.

Robert Gutierrez establece que la existencia de trastornos del desarrollo del aparato urogenital condiciona el 40 % de la patología del mismo.

Desde el punto de vista clínico y terapéutico, una de las malformaciones más estudiadas y que ha sido objeto de la mayor atención por parte de urólogos, clínicos y patólogos, es la denominada riñón en herradura.

Presentamos en esta comunicación, una serie de casos observados en el Servicio de Urología del Hospital Español entre los años 1939 y 1947, habiendo podido reunir en ellos gran parte de las técnicas quirúrgicas posibles en esta afección y sus complicaciones, siendo nuestro propósito el exponerlos sucintamente con el objeto de enriquecer la casuística argentina sobre el tema, compa-

rando nuestra experiencia con la de los autores nacionales y extranjeros que se han ocupado de él; hacemos algunas consideraciones sobre el diagnóstico y el tratamiento agregando un cuadro con los casos que hemos podido recoger en una minuciosa búsqueda efectuada en la literatura nacional, que creemos poner al día.

DEFINICION

Se denomina "Riñón en herradura", a la anomalía caracterizada por la unión a través de la línea media del cuerpo, de los blastemas renales, adoptando en conjunto la forma característica que hizo que los primeros investigadores la compararan a una herradura.

Dentro de la nomenclatura propuesta por Astraldi, Monserrat y Roccataliata, catalogamos esta afección dentro de las sínfisis renales medianas, tal como lo hacemos constar en el subtítulo del trabajo, pudiendo a su vez ir o no acompañada de malformaciones de la vía excretora.

BREVE RESEÑA HISTORICA

La primera observación conocida de riñón en herradura, fué comprobada en una necropsia y es la clásicamente citada en casi todas las monografías, corresponde a Berengario da Carpi y data del año 1522.

Gutierrez en su conocido libro "The clinical management of horseshoe kidney", hace un prolijo acopio de la bibliografía reunida hasta su publicación, señalando tres etapas en el conocimiento de esta afección:

- a) La primera corresponde a los hallazgos anatómicos en cadáveres.
- b) La segunda la relaciona con el desarrollo de la época quirúrgica, donde el diagnóstico se hacía sobre todo en laparotomías exploradoras por afecciones no bien diagnosticadas.
- c) Finalmente la tercera etapa la pone en relación con el perfeccionamiento de las técnicas semiológicas particularmente con el desarrollo de la radiología.

Por nuestra parte creemos que esta última época podemos dividirla en dos períodos separados por el trascendental método de von Lichtenberg y Binz, la urografía por excreción.

Concede Gutierrez en su libro, gran importancia a la pielografía por relleno o retrógrada en el diagnóstico de esta anomalía y ello es perfectamente explicable. A la fecha de la aparición de su libro, la urografía por excreción, método relativamente nuevo, no se había impuesto aún por completo, se discutía su utilidad, sus inconvenientes, contraponiéndola a la pielografía ascendente y era algo resistida fuera de su país de origen.

Creemos que actualmente corresponde señalar, y esto no es ningún descubrimiento, que la urografía endovenosa ha diagnosticado más anomalías reno-

ureterales que ningún otro método conocido y el riñón en herradura no escapa a este concepto.

Su preeminencia dentro de la semiología urológica es indiscutible, debiendo reservarse el cateterismo ureteral que representa siempre una pequeña intervención, con todos sus riesgos, como método complementario con indicaciones precisas para decidir un diagnóstico dudoso u orientar una conducta terapéutica no bien definida.

Acompañamos un cuadro con los casos de la bibliografía argentina en el que hemos tratado de hacer una recopilación lo más completa posible de los casos publicados por autores nacionales y en el mismo hemos de observar el notable paralelismo con la evolución de las ideas señaladas por el autor americano R. Gutiérrez y vemos cómo la sorpresa de los primeros hallazgos en la mesa de disección, precede a la del diagnóstico operatorio frente a tumores abdominales de naturaleza desconocida para llegar al actual diagnóstico urológico.

CASOS DE LA BIBLIOGRAFIA NACIONAL

<i>Año</i>	<i>Autor</i>	<i>Diagnóstico</i>	<i>Complicaciones</i>	<i>Tratamiento</i>
1890	Cullen J. M.	Autopsia	---	---
1914	Gutiérrez A.	Autopsia	---	---
1915	Lo-Zito J.	Autopsia	---	---
1917	Galindez A.	Operatorio	Tumor palpable	Lap. exploradora
1917	de Luca F. A.	Autopsia	---	---
1918	Pasman R. E.	Autopsia	T. B. C. renal	---
1920	Viriato de Llamas E.	Operatorio	Nefritis hemorrágica	Nefrotomía
1924	Elizalde G. y Grimaldi A.	---	Uronefrosis	---
1925	Ceballos A. y Gómez C. L.	Por palpación	R. H. a concavidad inferior	Sinfisiotomía transperitoneal
1929	Salleras J. y von der Becke A.	Pielografía retrógrada	Dolor lumbar der.	Nefropexia y decapsulación
1930	Camis O. y Ercole R.	Operatorio	Tumor palpable	---
1931	Bonorino C., Lanari E. y Astraldi A.	Pielografía retrógrada	Uronefrosis y litia.	Nefrectomía izquier.
1932	Salleras J.	Pielografía retrógrada	Pionefrosis izquierda	Nefrectomía
1932	Salleras J.	Pielografía retrógrada	Litiasis derecha	Pielolitomía
1932	Mirizzi P. L.	Autopsia	Uronefrosis gigante	Marsupialización bolsa uronefrótica
1933	Granara Costa A.	Urografía excretora y retrógrada	Dolor. Síntomas digestivos	---
1933	Prini I., Pérez Zabala M. (cit. por Granara Costa)	Urografía excretora y retrógrada	Pionefrosis calculosa derecha	Nefrectomía Sinfisiotomía
1934	Astraldi A. Lanari A.	Palpación, urografía excretora y retrógrada	---	---
1935	Gambirassi A. C.	---	---	---

Año	Autor	Diagnóstico	Complicaciones	Tratamiento
1935	Astraldi A. (Obs. de M. Castex)	Palpación, urografía excretora y retrógrada	Síndrome abdominal	---
1936	Arrúes L. D. (6 casos)	1) Piel. retr. 2) 3) 4) y palpación 5) Piel. retr. 6)	Uron. bilat. Lit. Izq. Hematuria Uronef. Bil. Lit. Derecha Dolor lumbar	Pielolitotomía --- Nefrotomía ---
1936	Belou P. y Manzella N.	Autopsia	---	---
1936	Buzzi O. y Elizalde	Radiográfico	---	No hay datos
1936	Comotto C.	Pielografía retrógr.	Litiasis izq.	---
1936	Albornoz I. V.	Urog. excret., pielog. retr.	Uronefrosis bilateral	Médico
1938	Castaño E.	Piel. retr.	Litiasis izq.	Pielotitomía
1938	de Surra Canard R.	Palpación, Urog., excret y retrogr.	Urocetasia	Médico
1938	Cacciatore C. Gálvez I. y Pereda J. J.	Pielografía retrógr.	Pionefrosis calcuosa izquierda	Nefrectomía
1939	Ercole R. (2 casos)	1) Urog. excret. 2)	Lit. uron. izq. Lit. izq.	Nefrectomía Nefrectomía
1939	Landívar A. e Irazu J.	Urog. excret. y retróg.	Uronefrosis izquierda	Sinfisiotomía
1940	Irazu J. y Pujol A. (2 casos)	1) Urog. excret. 2) y retrógrada	Lit. der. Piuria	Pielotitomía Médico
1940	Ercole R. (2 casos)	1) Urogr. excret. 2) y retrógrada	Lit. Izq. Lit. Izq.	Pielolit. ant. Pielolit. ant. y si fisiotomía
1940	Minuzzi (5 casos)	1) Urog. excret. palpación 2) Urog. excret. piel. retr. 3) Pielog. retr. 4) Urog. excret. 5) Pielog. retr.	Piuria Uronefrosis izquierda Lit. der. Lit. der. Lit. Izq	Riñón en l. Médico Médico Pielolitotomía Nefrectomía Nefrectomía
1944	Del Sel Mathis y Klurfan	Urografía excret. y pielog. retr.	Litiasis y uronefrosis derecha	---
1948	García, Rocchi, Casal y Guinea (8 casos)	En los ocho casos el diagnóstico se hizo con urografía de excreción.	1) Dolor 2) Hematuria 3) Piuria Lit. 4) Lit. der. 5) Dolor bil. 6) Lit. bilat. 7) Pionef. izq. 8) Lit. Izq. palpable	Médico Médico Médico Médico Sinfisiotomía Pielolit. Bilat. Nefrectomía Nefrectomía

FRECUENCIA

En 4.745 enfermos estudiados en el Servicio de Urología del Hospital Español entre los años 1939 y 1947, de los cuales 991 padecían de afecciones de la glándula renal, hemos encontrado ocho casos de riñón en herradura; la proporción que corresponde a nuestra estadística es de un riñón en herradura por cada 593 enfermos urinarios y uno por cada 124 sujetos portadores de afecciones de la glándula renal.

Nuestros datos estadísticos coinciden con las cifras de varios autores que establecen que esta anomalía se encuentra en los Servicios de Urología donde se practica urografía excretora sistemáticamente en los que aparece una de estas malformaciones por cada 100 a 150 pielogramas de excreción.

La publicación cada vez más frecuente de estos casos, demuestra que no son tan raros y que su porcentaje es de alrededor de uno por cada 100 enfermos del aparato urinario superior, debiendo investigarse siempre en los síndromes abdominales dudosos, recurriendo al examen radiológico, y sobre todo a la urografía excretora como métodos fundamentales de diagnóstico.

CONSIDERACIONES EMBRIOLOGICAS Y ANATOMICAS

Lewis y Pape, comprobaron que en el embrión de cerdo de 10-12 mm., ambos blastemas renales están muy cerca el uno del otro, en el espacio formado por ambas arterias umbilicales, pudiendo ponerse en contacto y fusionarse en este punto al iniciar la ascensión de las glándulas hacia la fosa lumbar, lugar de su ubicación definitiva. Este ascenso comienza alrededor de los 30 días, es decir, en el embrión de 9 mm. habiéndose observado fusiones completas en embriones de 14 mm. pudiéndose así pensar que el período crítico para la formación de esta anomalía se encuentra entre los 30 y 40 días de la vida intrauterina.

R. Gutierrez dice que como resultado de la cercana ubicación de los riñones con las arterias umbilicales y con la bifurcación ilíaca de la aorta, así mismo el hecho de que estén todos estos órganos en la pelvis, pueden significar estos vasos un factor mecánico que impida la migración craneal de los blastemas renales.

Según este autor, esta situación tendría tendencia a aproximar los blastemas renales de uno y otro lado y de esa manera fusionarse.

En ciertos casos especiales, la fusión renal puede resultar también de la introducción de ambos ureteres en un mismo blastema o por un exceso de desarrollo del nefroblastema.

Con respecto a las particularidades anatómicas de esta malformación,

podemos decir en general que las pelvis renales siempre son anteriores, prehiliares, y los uréteres, salvo rarísimas excepciones, pasan por la cara anterior del istmo.

También es característica la posición baja de ambas glándulas, su unión por los polos inferiores en la enorme mayoría de los casos, unas veces por puentes de tejido fibroso, y otras por tejido parenquimatoso de mayor o menor grosor según los casos.

Queremos señalar la importancia del hecho de que los pedículos vasculares sean habitualmente múltiples, hecho a tener muy en cuenta al practicar una nefrectomía o una fijación después de la sinfisiotomía.

Dada la difusión de esta anomalía no creemos necesario por otra parte, insistir en detalles de estructura que están perfectamente descritos en obras clásicas de Urología.

COMPLICACIONES

Una noción fundamental, la uroectasia, condiciona casi toda la patología de este tipo de anomalía.

Son excepcionales los tumores y las infecciones específicas descritas por los autores.

La dilatación del sistema excretor, lleva consigo la posibilidad de la infección, de la litiasis, con la consecutiva atrofia del parénquima.

Es bien conocida por todos los urólogos la predisposición a la formación de cálculos en los riñones en ectasia, y en esta anomalía, se presentan las mejores condiciones para ello.

Botez, en una cuidadosa búsqueda, comprueba que en 70 casos más del 60 % de las lesiones eran debidas a la dificultad de la evacuación de la orina.

De todos los casos observados en la literatura nacional, tal como puede verse en el cuadro adjunto, sólo uno tenía una infección tuberculosa, y no hay en ella descrito ningún caso de tumor en riñón en herradura.

Así mismo en nuestras ocho observaciones, las complicaciones están dominadas por la uroectasia y sus secuelas: dolor, infección o litiasis asociadas.

Foley señala tres grupos de riñón en herradura:

- a) Casos sin cambios patológicos ni síntomas de origen renal, son muy raros.
- b) Casos con francos cambios patológicos y síntomas de origen renal.
- c) Casos de riñón en herradura con síntomas urinarios, pero sin otro trastorno que cierto grado de uroectasia.

Por otra parte Campbell, señala que la importancia de las anomalías estriba en tres factores:

- 1) Disminución de la reserva de tejido renal.
- 2) Anomalías y distopías.
- 3) Obstrucción urinaria, diciendo a continuación que en otras palabras, las anomalías predisponen a la ectasia, a la disminución de la función, infección subsiguiente y litiasis.

En nuestros ocho casos, la complicación fundamental fué la obstrucción urinaria; con sus aliados, la infección y la litiasis; en ninguno de los casos había lesiones tuberculosas ni tumorales. Esto coincide totalmente con los demás casos publicados en la literatura nacional.

SINTOMAS Y DIAGNOSTICO

Revisando la bibliografía, desde ya, copiosa de esta afección, se pueden distinguir entre los autores dos corrientes en lo que respecta a la sintomatología.

Una de ellas con Gutierrez a su frente, que le confiere una importancia fundamental a los síntomas provocados por la compresión del istmo, en una palabra a lo que se ha denominado síndrome del riñón en herradura de R. Gutierrez delineado por la triada: dolor, constipación, síntomas urinarios.

La otra corriente es la que sostiene que dicho síndrome doloroso pudo haber tenido mucho de importante en la época preurográfica, pero que actualmente tiene poca importancia. Nosotros sin ser absolutos, creemos que lo que realmente lleva al diagnóstico, son los síntomas urinarios (dolor renal propiamente dicho o pieloureteral, hematuria, piuria, tumor abdominal palpable, molestias vesicales) y aún así con la riqueza de síntomas que puede dar una enfermedad renal, hay casos cuyo diagnóstico es fortuito, en la exploración urográfica rutinaria, tal como el caso sexto de nuestro relato.

No hemos podido hallar en la revisión de la literatura moderna, cuadros de compresión vascular citados por algunos autores que llevaban a graves trastornos circulatorios.

Sin negar en absoluto, las manifestaciones extra urinarias del riñón en herradura, creemos firmemente que su diagnóstico se hace en la enorme mayoría de las veces por síntomas urinarios que llevan a la exploración adecuada.

Los síndromas abdominales de etiología oscura, que coinciden con una anomalía urinaria, no son privativos del riñón en herradura, puesto que cualquier otro tipo de fusión renal, ya simétrica o asimétrica, lo mismo que cualquier distopia de estas glándulas, hecho que lleva consigo la posibilidad de manifestaciones patológicas urinarias, puede dar lugar a síndromes parecidos al citado como clásico de la anomalía en cuestión.

Es con este concepto que debe emplearse sistemáticamente la urografía excretora en todo síndrome abdominal no bien establecido, o de diagnóstico

dudoso, y con esta exploración se pondrán en evidencia no sólo muchos casos de riñón en herradura, sino múltiples anomalías renoureterales tanto de forma como de posición.

¿Con qué elementos se han contado y se cuenta para hacer el diagnóstico clínico positivo de la anomalía de que estamos hablando?

Siguiendo el curso de los conocimientos sobre el tema podemos decir que los primeros diagnósticos se hicieron por la exploración palpatoria, seguida de la laparatomía exploradora.

El advenimiento de la pielografía, dió la oportunidad del diagnóstico preoperatorio exacto, en todos los casos en que se interpretaron correctamente los datos obtenidos por la exploración.

La palpación del abdomen, puede, en individuos delgados, permitir la percepción del istmo, que se traduce por una masa ubicada transversalmente, por delante de la columna vertebral y de los grandes vasos, que suele pulsar con ellos, y cuya compresión puede provocar dolor. Así mismo Rovsing ha descripto su signo de dolor a nivel del istmo en la hiperextensión forzada de la columna vertebral.

En uno de nuestros enfermos (observación número ocho), se palpaba a través de la pared abdominal anterior, una concreción dura, móvil, no dolorosa, que resultó ser un gran cálculo alojado en la pelvis renal izquierda. No hemos podido registrar en la literatura nacional ningún caso semejante.

La exploración manual puede igualmente permitir la delimitación de una tumoración de caracteres semejantes a los de la glándula renal normal o modificados por el proceso patológico de que sea asiento; en dichos casos llamará la atención su proximidad a la línea media, su situación más baja que la normal y su relativa fijeza.

En cuanto a la sintomatología, ya hemos expuesto anteriormente nuestro concepto sobre el llamado síndrome del riñón en herradura, y los síntomas y signos que se pueden observar dependen casi totalmente de la afección concomitante (uroectasia infectada o no, litiasis, tuberculosis, tumores, quistes, afecciones inflamatorias difusas).

El descubrimiento de la uña de Albarran, al facilitar el cateterismo ureteral fué configurando una serie de imágenes que reúne en su libro con precisión admirable, Robert Gutiérrez. Son por todos conocidos y muchas veces han sido reproducidos en monografías los esquemas de este autor y es por ello que nosotros sólo nos limitaremos a mencionarlos:

- 1) La visualización del istmo en la radiografía directa.
- 2) Sombras renales en posición baja, muy cercanas a la columna vertebral.
- 3) La pielografía por relleno confirmara los datos sobre posición de las glándulas.

4) Alteraciones de rotación del órgano, estando la pelvis ubicada en posición anterior.

5) El triángulo de Gutiérrez, menor de 90 grados.

6) La notable aproximación de los cálices a la línea media.

7) El conjunto del dibujo urográfico semejando un florero (Flower vase de Gutiérrez).

En cuanto a la urografía excretora, da signos radiológicos muy semejantes a los citados, y que pueden calcarse en los anteriormente señalados, pero debemos recalcar un hecho importante basado en la fisiopatología de esta afección, si es que se quieren obtener buenas imágenes: nos referimos a la obtención de placas tardías, es decir después de los treinta minutos de la inyección de la sustancia de contraste.

Es esta exploración correctamente ejecutada, la que nos va a orientar en la enorme mayoría de los casos, haciendo correr al enfermo el mínimo de riesgos, y obteniendo al mismo tiempo una idea global sobre la anatomía, la fisiopatología y la patología del sistema en estudio.

TRATAMIENTO

El tratamiento de esta afección está fundamentalmente condicionado por dos factores: la patología del istmo y la de las lesiones asociadas.

Los elementos médicos son tales como los antibióticos (sulfas, penicilina, estreptomina) toda la gama de antisépticos químicos, las medidas de orden clínico general, tal con la ingestión suficiente de líquidos, evacuación intestinal adecuada, y todos los estimulantes de la diuresis y de las defensas del organismo.

El tratamiento instrumental, casi siempre subsidiario del tratamiento quirúrgico, es cada vez menos usado, con los avances de la terapéutica antiinfecciosa.

No es nuestro propósito detallar el tratamiento quirúrgico de esta anomalía y sus complicaciones; ello significaría revisar toda la terapéutica quirúrgica reno pieló ureteral, porque como ya hemos establecido, las afecciones de este estado patológico no difieren de las de riñones normalmente ubicados.

Creemos sin embargo necesario insistir sobre algunos detalles que a nuestro juicio, han sido poco divulgados, en lo que respecta a la cirugía del istmo y a la sección de dicha porción en el curso de la nefrectomía.

Las vías de abordaje, son las clásicamente conocidas, siendo posible con buena anestesia y relajación parietal, llegar a la línea media por vía extraperitoneal, considerando la situación muy baja de algunos casos, es necesario a veces recurrir a incisiones abdominales anteriores (tipo Jalaguier), para abordarlos, claro que siempre por vía extraperitoneal.

Nosotros creemos que la sinfisiotomía tiene una indicación especial, sólo debe usarse cuando hay signos de compresión o con el objeto de fijar en posición correcta el polo inferior de los riñones, es decir, hacia afuera, facilitando así el drenaje pieloureteral.

Conceptuamos que la pexia de estos riñones es inoficiosa puesto que la multiplicidad de sus conexiones vasculares constituye un medio firme de contención de los riñones ectópicos, no se debe insistir en llevarlos a la ubicación que normalmente debieran ocupar, pues ello representa en la mayoría de los casos la dislocación de relaciones que para esa glándula son normales en el lugar que ocupa y que le permiten una función eficiente.

En cuanto a las técnicas de sinfisiotomía, han sido muy bien estudiadas en un documentado trabajo del Profesor Ercole publicado en 1940 y a él remitimos al lector.

Un factor importante y que debe dominar el tratamiento quirúrgico, es la corrección de los factores que se oponen al libre curso de la orina; sabemos que ello es fundamental en este tipo de patología. La ureteropielosis minuciosa, las plásticas piélicas y ureterales, la sección de vasos anómalos cuya ligadura no represente comprometer gran cantidad de parénquima, y además la fijación hacia afuera de su polo inferior, que deje al uréter libre de su vecindad.

Queda además la cirugía conservadora en la litiasis asociada (pielolitotomía, pequeñas afrotomías, uréterolitotomía).

Por último, la terapéutica radical, es decir, la nefrectomía, que debe llevarse a cabo cuando sea necesaria, teniendo en cuenta la independencia funcional de ambos blastemas. Es aquí donde la minuciosa hemostasia y ligadura previa de los pedículos del riñón a extirpar, facilitan la delimitación de la zona de isquemia del istmo parenquimatoso que se puede seccionar sin pérdida de sangre y sin peligro de hemorragia secundaria.

CONCLUSIONES

1. Presentamos ocho casos de riñón en herradura observados en un plazo de ocho años, en el Servicio de Urología del Hospital Español sobre un total de 4.745 enfermos urinarios y un total de 991 enfermos renales, es decir, una proporción de 1 riñón en herradura por cada 593 enfermos urinarios y por cada 124 sujetos portadores de afecciones renales.

2. De estos ocho enfermos han sido operados cuatro y los restantes han sido sometidos a tratamiento médico, alguno de ellos por no haber aceptado la intervención.

3. Los síntomas propios del riñón en herradura sólo se encontraron en un caso correspondiente a la observación N° 5, en el caso N° 6 fué un hallazgo

al emplear la urografía de rutina en el estudio de los portadores de adenomas prostáticos. Los demás casos fueron diagnosticados a raíz de presentar síntomas urinarios.

4. Conferimos importancia fundamental en el diagnóstico a la urografía excretoria, que permitió el diagnóstico por sí solo en todos nuestros casos.

5. Creemos que el clásico síndrome de riñón en herradura es menos fre-

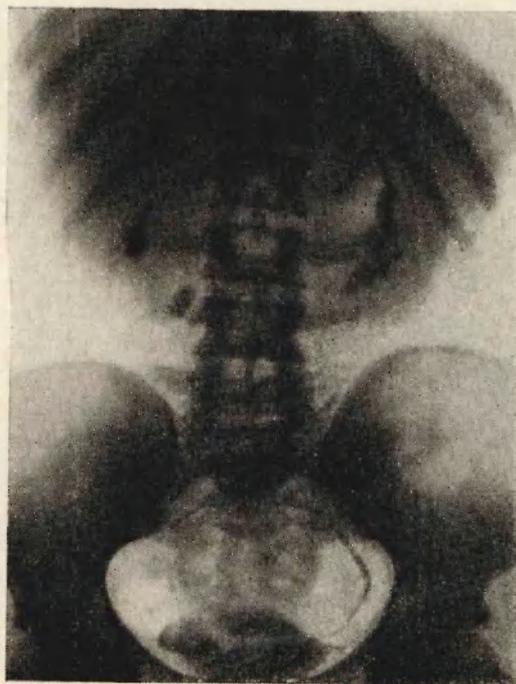


Figura 1.

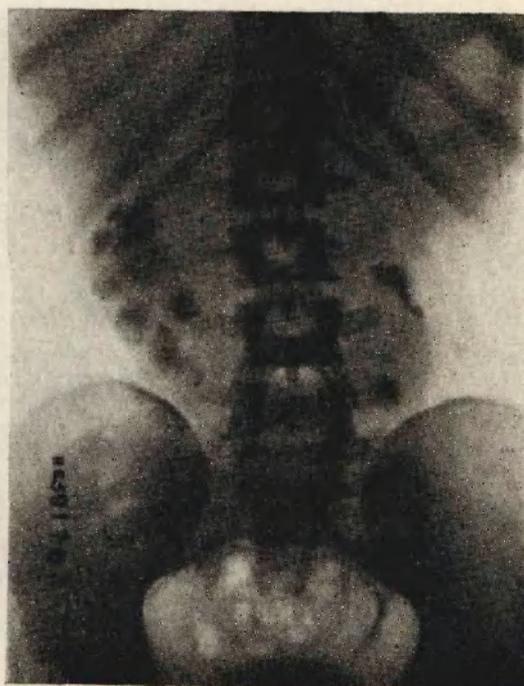


Figura 2

cuenta que lo que se ha dicho hasta ahora, y que por sí solo no se justifica como entidad aislada.

Observación N^o 1. — Hist. 8161. M. C., 32 años, soltero, empleado, español.

Antecedentes personales. — Sin importancia.

Antecedentes enfermedad actual. — Dolor lumbar derecho con irradiación al hombro del mismo lado, seis años de evolución.

Estado actual. — Orinas lípidas, resto de exámenes de laboratorio, nada de particular.

Tratamiento. — Mejora con tratamiento médico.

Urografía excretoria. — Figura 1.

Observación Nº 2. — Hist. 8391. T. S., 50 años, casado, lechero, español.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

Antecedentes enfermedad actual. — Comienza 5 años antes de su ingreso con disuria, poliuria y hematuria terminal. Chorro entrecortado de escasa proyección. Orinas turbias. Durante un mes se le hace tratamiento médico con diagnóstico de riñón en herradura y es dada de alta en buenas condiciones. para reingresar cinco años más tarde con la siguiente fenomenología: piuria, ardor uretral y pesadez en ambas regiones lumbares.

Estado actual. — Afebril, buen estado general. En el flanco izquierdo se palpa una tumo-

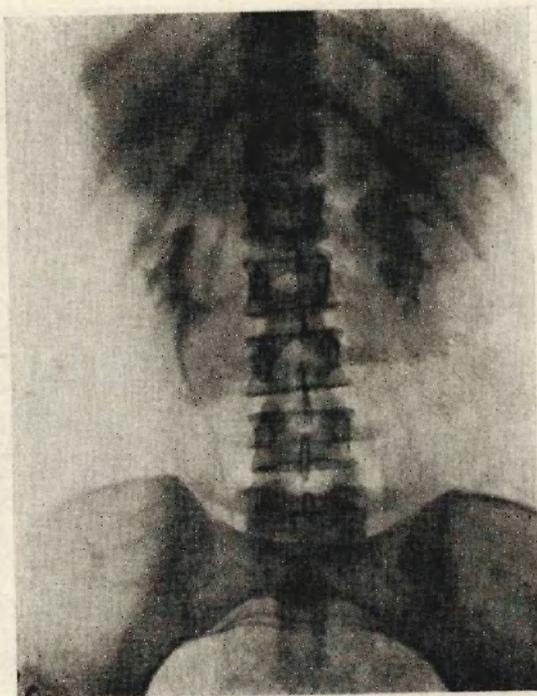


Figura 3

ración de límites imprecisos, indolora, no desplazable. Hipospadias peneano. Hidrocele derecho.

Urografía excretoria. — Imagen característica de riñón en herradura a concavidad superior.

Tratamiento. — Médico.

Observación Nº 3. — Hist. 9014. L. C., 23 años, casado, chófer, argentino.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

Antecedentes enfermedad actual. — Dolor lumbar en ambos lados provocado por los esfuerzos, orina turbia, hematuria, decaimiento general.

Estado actual. — Enfermo afebril. Buen estado general. No se palpan riñones ni puntos dolorosos renoureterales.

Urografía excretoria. — Fig. 2. Riñón en herradura, litiasis renal der.
Tratamiento médico.

Observación N° 4. — Hist. 11.187. J. Q., 42 años, peón. español.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

Antecedentes enfermedad actual. — Desde hace tiempo discreta polaquiuria diurna. Diez días antes de su ingreso comprueba que sus orinas están teñidas de color rojizo.

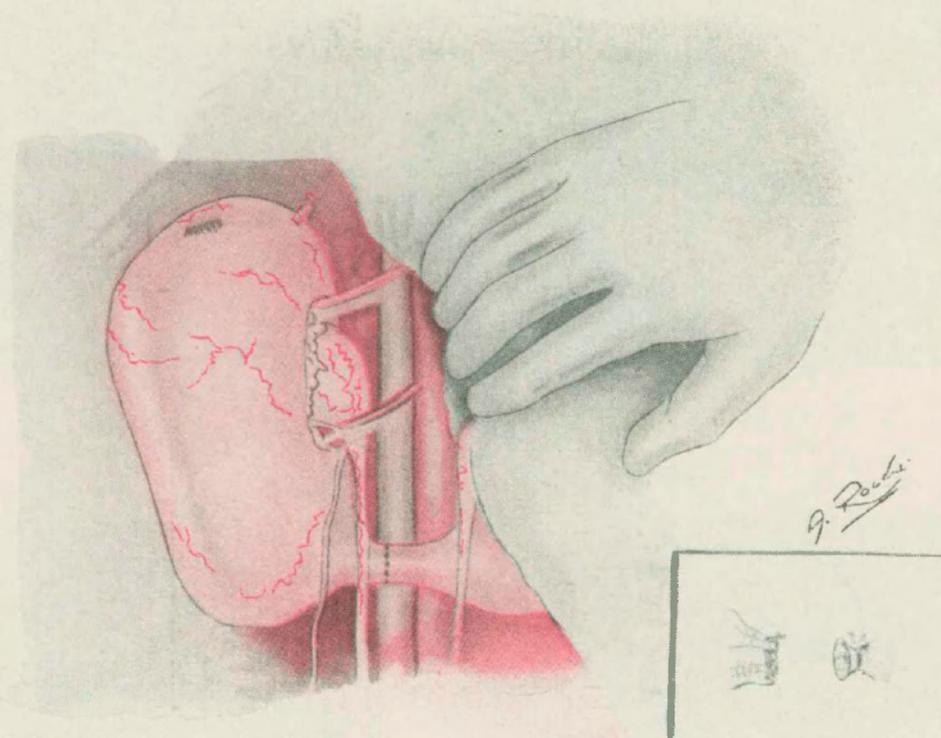


Figura 4

Estado actual. — Enfermo afebril, en buen estado general, no se palpan riñones ni puntos dolorosos. Orinas hematóricas en ambos vasos.

Urografía excretoria. — Riñón en herradura y litiasis renal derecha.

Tratamiento. — Se le propone al enfermo la intervención que no es aceptada.

Observación N° 5. — Hist. 11.581. A. L. de L., casada, 42 años, bordadora, española.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

Antecedentes enfermedad actual. — Dolor lumbar bilateral, más acentuado en el lado derecho.

Estado actual. — No se palpan riñones, no hay puntos dolorosos, no se encuentra el signo de Rovsing. Orinas límpidas.

Urografía excretoria. — Fig. 3. Riñón en herradura.

Tratamiento. — Lumbotomía de Heckenbach. Sección y sutura del istmo según la técnica que se observa en la figura 4.

El control postoperatorio y el resultado funcional se puede observar en la fig. 5.

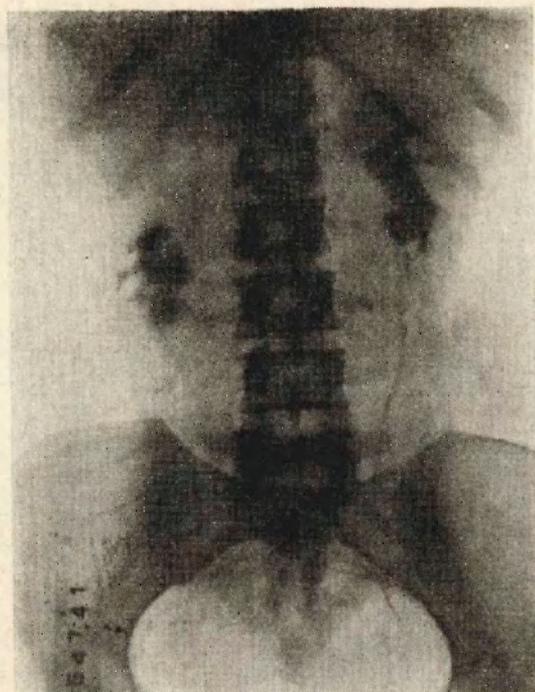


Figura 5

Observación N° 6. — Hist. 11.834. F. V., 55 años, agricultor, español.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

Antecedentes enfermedad actual. — Disuria inicial, polaquiuria diurna y nocturna desde hace años, chorro de escasa proyección.

Estado actual. — Enfermo afebril, orinas ligeramente turbias, abdomen globuloso, tenso, que dificulta la palpación, método por el que no se consigue dato alguno. No hay puntos dolorosos renoureterales. Próstata aumentada de tamaño con caracteres adenomatosos. Residuo vesical 50 cc.



Figura 6



Figura 7



Figura 8

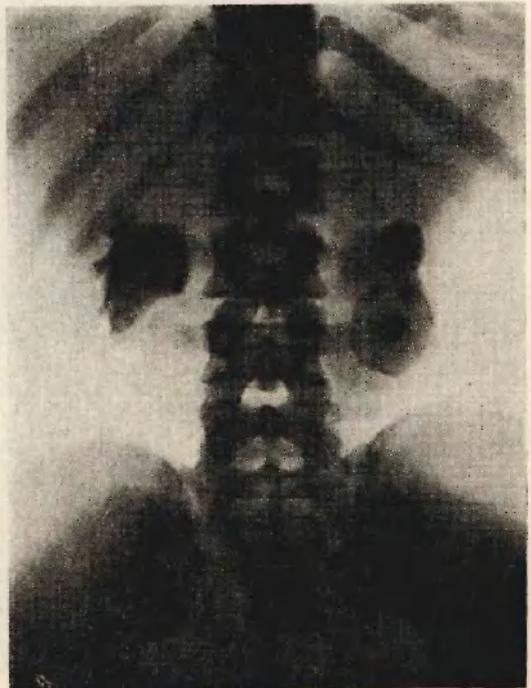


Figura 9

Este enfermo concurre al Servicio para el tratamiento de su afección prostática y el urograma de excreción rutinario, reveló un riñón en herradura, con litiasis en ambas pelvis renales. Figura 6 y 7.

Tratamiento. — Pielolitotomía bilateral en dos tiempos.

Obs. Nº 7. — Hist. Cl. 11.079. V. J. A., 56 años, zapatero, español.

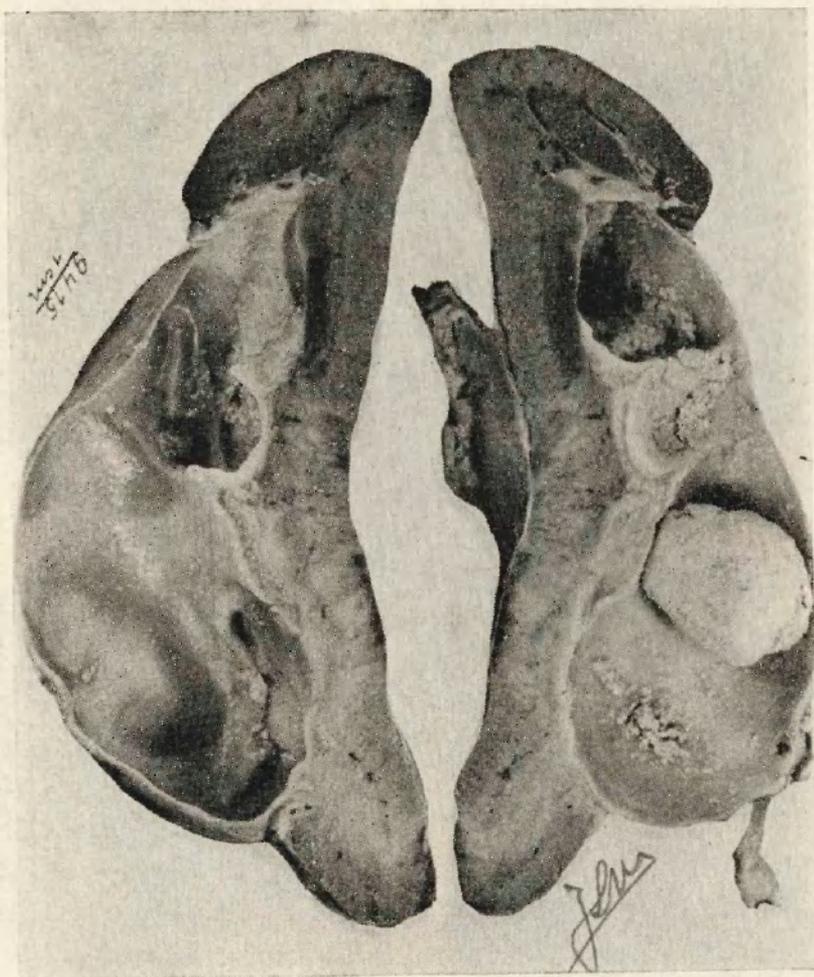


Figura 10

Antecedentes. — Estreñido crónico. Fué operado quince años antes y se le practicó una pexia del riñón derecho, habiéndose ignorado el riñón en herradura.

Enfermedad actual. — Piuria. Se palpan ambos riñones, el izquierdo del tamaño de una cabeza de adulto.

Ex. de laboratorio. — Piuria intensa, resto normal.

Urografía excretoria. — Ver figura 8.

Diagnóstico. — Riñón en herradura, pielonefrosis calculosa izquierda.

Tratamiento. — Nefrectomía.

Observación N^o 8. — Hist. Cl. 9740. M. A., 37 años, agricultor, argentino.

Antecedentes. — Repetidos episodios febriles catalogados como "fiebre intestinal".

Enteemedad actual. — Desde hace dos años dolor lumbar con irradiación a ambos flancos. Polaquiuria diurna y nocturna, ardor en la micción. Orinas turbias, un episodio de hematuria que duró 24 horas, sin dolor. Fiebre que coincide con los episodios dolorosos.

Estado actual. — Orinas turbias con grumos.

En el hipocondrio izquierdo se palpa una tumoración dura, desplazable, indolora, muy móvil, del tamaño de una castaña. No se perciben los riñones a la palpación.

Urografía. — Ver fig. N^o 9.

Tratamiento. — Nefrectomía izquierda con lumbotomía de Heckembach. La tumoración palpable corresponde a un cálculo piélico izquierdo contenido en una gran uronefrosis. Fig. 10.

DISCUSIÓN

Dr. Irazu. — *Deseo agregar a la minuciosa e interesante comunicación presentada, una observación que creo es de interés, de un enfermo con riñón en herradura poliquístico.*

En ese paciente, hubo necesidad de hacer una nefrectomía debido a una hemorragia. Debe establecerse que la hemorragia existe como causa de complicación, obligando, en ocasiones, a recurrir a la nefrectomía. A pesar de tratarse de un urémico en potencia, ese hombre ya lleva una sobrevivida de cuatro años.

Otro caso es el de un enfermo al que se le hizo una nefrectomía. Tenía su uro-ectasia del lado izquierdo. A pesar de la nefrectomía, los resultados de la intervención no fueron satisfactorios, porque se le agregó la nefropexia para mejorar su ectasia. Ese paciente no mejoró en su sintomatología.

Refiriéndome al riñón en herradura, no he oído citar en la interesante comunicación leída, una de las características del mismo. Suele decirse que el riñón en herradura es un órgano fijo. Cambiando de posición al enfermo y tomando radiografías en distintas posiciones, se ha podido establecer que el riñón tiene una movilidad de 3, 4 ó 5 cms., es decir, la de un riñón normal.

Todo lo que se refiere en la comunicación sobre diagnóstico es preciso, y entiendo que la urografía de excreción, es un recurso espléndido, para el diagnóstico de esta anomalía.

Dr. Rocchi. — *Considero muy interesante el primer caso citado por el doctor Irazu. Es una lesión muy rara que no ha sido descripta en la bibliografía nacional, ni creo que lo haya sido en el extranjero.*

Con respecto al tercer caso, diré que conozco el trabajo de los doctores Irazu y Pujol, sobre movilidad de los riñones en herradura. Nosotros la consideramos muy relativa. Más bien, son órganos fijos y no hemos tenido oportunidad de encontrar casos como los relatados por los Dres. Irazu y Pujol en su trabajo, en los que el síndrome doloroso estaba asociado al grado de movilidad de los blastemas renales.