

TRAUMATISMO DE RIÑÓN ECTOPICO PELVIANO. NEFRECTOMIA INTRA Y EXTRAPERITONEAL

Por los Dres. ROBERTO A. RUBI y ALFREDO A. GRIMALDI

Las observaciones de ectopia renal pelviana en nuestro medio son poco frecuentes. En 1932 *Castaño* (1) publica una primera observación, a la que sigue otra en 1933 (2). "A posteriori", contribuyen con sendas comunicaciones, *Llanos* en 1935 (3); *Pagliari* (4), 1936; *Salleras* (5), 1936; *Minuzzi* (6), 1941; *Mathis* (7), 1945; *Iacaprato y Brea* (8), en 1946.

La contusión y estallido consecutivo de la glándula anómala, ubicada tan profundamente, es más rara aún. Ello nos induce a presentar el caso de:

D. F., 46 años, español, casado, obrero municipal. Historia clínica N° 643. El 18 de junio de 1947 al tratar de subir a un colectivo es derribado y cae sobre el flanco izquierdo. La violencia del traumatismo le hace perder el conocimiento y en esas condiciones es llevado a la Guardia del Hospital Piñero e internado en la sala 9. El 25 del mismo mes pasa el accidentado a nuestro Servicio por agravación progresiva del mismo y hematuria persistente. En el momento de su ingreso presenta mal estado general, tegumentos pálidos, conjuntivas subictéricas. Se halla con un quejido continuo, febril (39°) con polipnea, taquicardia (125) e hipotensión (100 y 60).

A la inspección del abdomen se observa la falta de excursión de la región infraumbilical durante los movimientos respiratorios. A la palpación se comprueba sensibilidad aumentada y contractura de la pared por debajo de la horizontal del ombligo, especialmente a nivel de la fosa iliaca izquierda, donde la más leve presión provoca dolor intenso; la palpación de la región renal izquierda, de paredes contracturadas, resulta también muy dolorosa.

Las orinas de emisión son sanguinolentas. La uretra y los genitales externos normales, lo mismo que la próstata; apreciándose, al tacto rectal, el fondo de saco de Douglas ocupado.

El examen cistoscópico, realizado de inmediato, permite retirar 100 c. c. de orina francamente hemática; el medio se aclara con facilidad y se observa el rechazamiento de la hemivejiga izquierda hacia la línea media y la mucosa y meatos ureterales de caracteres normales, la eyaculación derecha clara y rítmica mientras que la izquierda muy espaciada, es rojiza.

Los exámenes de laboratorio revelan: G. R. 1.890.000. G. B. 20.000. P. 78 %
L. 19 %
M. 3 %
Urea en sangre: 0.99 grs. %.

De inmediato se indica: transfusiones de sangre total, sueros fisiológico y glucosado, extracto hepático, medicación coagulante, vitaminas, antibióticos, analépticos y analgésicos.

En los días siguientes se produce una recuperación franca del enfermo, que está sin dolores abdominales, con mejores cifras tensionales (115 y 70), pulso 80' y apirético. El recuento a la semana, arroja las siguientes cifras: G. R. 3.730.000. G. B. 9.800. P. 69 %
E. 2 %
L. 26 %
M. 3 %.

El dosaje de urea es de 0.55 grs. %
Glucemia 1.10 grs. %
Orina: Alcalina D. 1018.
Afb. 0.80 grs. %
Urea 17 grs. %
C. L. 7 grs. %
contiene sangre. El décimo día el en-

fermo se queja bruscamente de nuevos dolores abdominales y fiebre, el flanco y la región inguino-abdominal izquierdas adquieren cierta tensión y el abombamiento de esta zona es progresivo, a la par que decae el estado general: pulso 110 por minuto, tensión 95/60, palidez, disnea, sed, etc. Se piensa entonces, en una hemorragia secundaria a nivel de la contusión renal del comienzo y decidimos la intervención de urgencia.

7/VIII/1947. Cirujano: Dr. R. A. Rubi. Ayudante: Dr. Mackintosh. Anestesia general: ciclopropane (Dr. Schettino).

Incisión rectilínea de 12 cm. paralela y a 2 cm. por arriba de la arcada de Poupart (por ser la fosa ilíaca izquierda la zona más exquisitamente dolorosa). Rechazado el peritoneo hacia adentro se cae de inmediato en una cavidad de contenido urohémático, con gran cantidad de coágulos y elementos de esfacelo, extendida subperitonealmente hacia el flanco y región



Figura 1

lumbar correspondiente. Como en el momento no sangra dejamos una gasa grande en profundidad, un tubo de irrigador en medio de un magma de coágulos, cuyo desprendimiento consideramos imprudente y tres "rubber-dam" en la pelvis, región ilíaca y lumbar, respectivamente. Al día siguiente el enfermo está mejor y apirético; diuresis de 950 c. c. Por el tubo se recoge más sangre que orina, sigue luego mejorando, sin otra alternativa que un absceso parietal, drenado en su oportunidad. Queda sin embargo, con taquicardia acentuada (160 pulsaciones), tensión: 13/8, y como se ausculta un soplo sistólico aórtico y mitral se digitaliza durante 10 días.

Analizadas la orina vesical (que corresponde casi toda al riñón derecho) y la que se recoge por el tubo de avenamiento, se observan los siguientes datos:

Riñón derecho: Amarilla, alcalina, D. 1014, Urea 14, C.L. 7, Alb. vestigios, sangre vestigios.

Riñón izquierdo: Rojiza, alcalina, D. 1006, Urea 3,50, Alb. 1,50 grs. ‰. Sangre contiene.

El 4 de agosto de 1947 se procede al estudio urográfico (Inst. Munic. de Radiología). El informe es el siguiente:

1º *Radiografía directa* (Nº 17.2184): la fosa lumbar izquierda da la impresión de hallarse ocupada por una gran tumoración cuyos bordes no se identifican.

2º *Urografía de excreción* (Fig. 1). Riñón derecho: buena eliminación de la substancia inyectada; acodadura discreta del extremo inicial del uréter. Riñón izquierdo: no se percibe eliminación en ninguno de los negativos obtenidos. Deformación del cistograma, a la izquierda, por un factor de compresión extrínseca.

Para alejarnos de la faz inicial se da de alta al accidentado en excelentes condiciones, con su drenaje iliaco. El citológico sanguíneo revela: G. R. 4.620.000. G. B. 7.800. H. B. 85 %. Tensión 150 y 85.

En los primeros días de octubre vuelve para control. La orina que se recoge por el



Figura 2



Figura 3

drenaje no contiene sangre macroscópicamente y varía en cantidad de 180 a 230 c.c. en las 24 horas.

Se practica un segundo *examen cistoscópico*, que permite comprobar: eyaculaciones claras del meato derecho, indigo-carmin a los 5' intensamente, no se perciben eyaculaciones del meato izquierdo, pues la sonda progresa 1 cm. solamente. En estas condiciones se intenta la *pielografía* con solución al 12 % de yoduro de sodio, acusando el enfermo dolor a los 5 c.c. Se observa (Fig. 2) la brevedad del uréter, su desviación hacia abajo y la línea media y una ligera sombra triangular a nivel de la articulación sacroilíaca izquierda.

Al día siguiente se efectúa una *fistulografía* (Fig. 3) que permite el relleno de una cavidad pelviana, de contorno irregular, ubicada casi totalmente, por debajo del promontorio y de cuyo borde interno sobresale una formación mamelonada con el uréter que, abocando en su vértice, se dirige hacia abajo y afuera en una extensión de 7 cm.; permeable, aún permite el relleno parcial de la vejiga. La maniobra de examen provoca una hematuria intensa, felizmente yugulada. El 4 de diciembre de 1947 reingresa para su nefrectomía. Su estado general es bueno. Aumentó 7 kgs. de peso. Urea en sangre 0.30 grs. %. Eritrosedimentación: 1ª hora 34 mm.; 2ª hora 58 mm. Orina: límpida, D. 1016, F. S. F. aparece a los 5', elimina 65 % en la 1ª hora. Tensión arterial: 150 y 85, sin variaciones desde hace cuatro meses.

Preoperatorio corriente (sueros, aminoácidos, antibióticos, etc.).

Operación (201XII/1947). Cirujano: Dr. Rubi. Ayudantes: Dres. Montanaro y Grimaldi.

Anestesia: raquídea (Novocaina 0,12 grs.) que se continúa con pentothal sódico (1,150 grs.).

Gran incisión lumboiliaca que abarca la cicatriz anterior y llega a la línea media incindiendo la aponeurosis del recto.

Se explora la celda renal deshabitada y trabajando dentro de la cavidad pielocelular tratamos de alcanzar la glándula ectópica. La ausencia de un plano de clivaje, dadas la densidad y firmeza de las adherencias en la zona no nos permite profundizar la búsqueda. Se coloca al paciente en Trendelenburg, se incinde el peritoneo parietal anterior, se rechaza el colon iliopelvikiano hacia arriba y se aísla la cavidad peritoneal, abordando el riñón por vía transerosa.

Se efectúa la *nefrectomía por "morcellement"*, previa ligadura de los numerosos pediculos vasculares. La pelvis comunica ampliamente con la cavidad subserosa como resultado del estallido traumático y su desplazamiento hacia la derecha se justifica por las dimensiones considerables del derrame urohémático, drenado recién el décimo día.

Terminada la exéresis se lava la cavidad peritoneal con solución de sulfatiazol sódico al 5 % y se sutura el peritoneo. Cierre de la pared en dos planos músculo-aponeuróticos, tejido celular con catgut, piel con crin. "rubber-dam". Al mes es dado de alta curado.

COMENTARIOS

Durante el desarrollo fetal el blastema renal, desde su ubicación pelviana embrionaria hasta alcanzar su posición lumbar normal, puede detenerse a cualquier altura del recorrido y adquirir una posición ectópica: lumbar baja, ilio-lumbar, ilíaca, ilio-pelviana y pelviana.

Papin, que tanto ha contribuido al estudio de las anomalías reno-ureterales, esquematiza dentro de la *ectopia pelviana* tres posiciones:

1° El riñón está alojado en la entrada de la excavación pelviana.

2° El riñón está alojado en la excavación pelviana (riñón sacro).

3° El riñón está en el fondo de la excavación.

Nuestro caso puede encuadrarse dentro de la 3ª posición.

Se llega al *diagnóstico* de la anomalía a través del estudio urológico de rutina:

1° El *examen clínico* (tacto rectal o vaginal) aporta en determinadas circunstancias un elemento de presunción.

2° La *radiografía directa*, en la asociación con la litiasis, permite observar una sombra de densidad cálcica de forma, posición y a veces volumen no habituales en la zona.

3° La *urografía de excreción*, casi siempre permite localizar la posición anormal del riñón, salvo el caso de inhibición funcional o hipofunción por destrucción de la glándula; en este caso se complementa con:

4° La *uretero-pielografía ascendente*, a lo Chavassu.

5° La *fistulografía* es un método de excepción, aplicable a casos como el nuestro, de observación asaz rara.

De no llegar al diagnóstico exacto de la anomalía se pueden cometer errores serios. El caso N° 24 de Minuzzi es ilustrativo al respecto (6). Presenta el examen cistoscópico una piuria derecha, que por su carácter le permite admitir el diagnóstico de pionefrosis, corroborado por la ausencia de imagen del riñón correspondiente en la urografía de excreción. En el acto operatorio no encontró el órgano y aprovechando la anestesia general efectuó una pielografía derecha que demostró tratarse de una pionefrosis en riñón ectópico

pelviano. El paciente fallece a consecuencia de una complicación bronco-neumónica. Dentro de las alteraciones que tan a menudo *complican* las anomalías reno-ureterales hallamos: la litiasis, la hidronefrosis, la infección, la degeneración quística, la tuberculosis y las neoplasias. Ni se menciona en esta localización el traumatismo.

Si descartamos los interesantes trabajos experimentales de *Castaño* y *Trabucco* ⁽⁹⁾, al seno de nuestra Sociedad se han traído algunos casos de traumatismos renales. *Saubidet* ⁽¹⁰⁾ refiere la ruptura de un riñón hidronefrótico y *Montenegro* ⁽¹¹⁾ aporta en la misma sesión dos casos más, todos ellos en riñones de posición normal, lo mismo que el caso de *Berri* y *Cartelli* ⁽¹²⁾. *Arrúes* ⁽¹³⁾ comenta un traumatismo en una anomalía de rotación y *García* ⁽¹⁴⁾ menciona otro caso. *Irazu* ⁽¹⁵⁾, realiza un minucioso e interesante estudio de sus seis observaciones, sin anomalías, y *Astraldi* y *Podestá* ⁽¹⁶⁾ contribuyen con ocho casos, de los cuales el 7º es un riñón hipertrófico congénito por falta de rotación del sistema de excreción. *Pujol* e *Irazu* ⁽¹⁷⁾, en 1948, comunican otro caso de traumatismo a evolución complicada.

Como vemos, en la casuística nacional tampoco se menciona esta anomalía vinculada a un traumatismo.

En nuestra observación cabe aceptar que por su ubicación profunda, el riñón pelviano, protegido por el plano esquelético, no hubiera sufrido las consecuencias del traumatismo de no presentar una patología asociada previa: hidronefrosis probablemente, que por el mecanismo descrito por Küster de la presión hidráulica determinó el estallido de la glándula y de su vía excretoria, en el segmento piélico.

El *tratamiento*, en el caso "sub-judice" no podía ser sino la nefrectomía secundaria. Según Papin, a quien seguimos en estas breves consideraciones, la nefrectomía del riñón ectópico pelviano presenta dificultades tanto mayores cuanto más baja sea la posición del órgano y que en nuestro enfermo se acrecientan por tratarse de una nefrectomía secundaria.

Se describen tres *vías de acceso*: 1º La subperitoneal. 2º La transperitoneal. 3º La vía mixta transperitoneal con extraperitonización previa a la extirpación de la glándula.

La *vía subperitoneal*, es la vía de elección. A esa profundidad el desprendimiento del peritoneo es laborioso y debe hacerse con cautela buscando previamente los pedículos vasculares, a menudo breves y siempre múltiples (4, 5, y aún más).

La *vía transperitoneal*, es la de excepción. Se aborda por laparotomía mediana y es recién después de observar las relaciones con el intestino que se llega a la glándula. A la derecha se rechaza al recto bien a la izquierda y el ciego y el intestino se aíslan hacia arriba, quedando el peritoneo posterior prerrenal libre. A la izquierda a menudo el mesocolon-ílio-pelviano cruza la cara anterior del riñón; se incinde entonces el peritoneo posterior bien hacia afuera y se desprende a continuación el asa sigmoidea y su meso, sin herir sus pedículos vasculares.

La *vía mixta*, preconizada por *Oehlecker*, resulta de gran utilidad. Efectúa una incisión vertical mediana umbilico-pelviana y a la altura del ombligo arranca en ángulo recto otro segmento horizontal, a la derecha o a la izquierda,

según la ubicación del riñón a intervenir. El colgajo músculo-cutáneo se deja caer hacia abajo. *Papin* utilizó la incisión corriente paralela a la arcada para investigar el uréter. Sea cual fuere la incisión cutánea adoptada, después de seccionar el peritoneo parietal anterior se hace lo mismo con el posterior, a la derecha por fuera y debajo del ciego y a la izquierda por fuera del mesosigmo; a continuación se efectúa la sutura de su labio interno con el labio interno de la incisión parietal anterior.

En los casos intervenidos en nuestro medio, *Castaño* empleó una vez la vía extraperitoneal y otra la intraperitoneal, que fué utilizada también por *Llanos* y *Mathis* en sus respectivas observaciones. *Paglieri*, en cambio, en una pñonefrosis en ectopia pelviana realizó la nefrectomía retro-peritoneal.

Nosotros empezamos la intervención por vía extra-peritoneal pero la imposibilidad de continuar por ese camino, dadas las condiciones desfavorables del caso (nefrectomía secundaria con el antecedente de una celulitis pelviabdominal post-traumática) nos obligaron al abordaje transperitoneal, con excelente resultado y curación del enfermo.

RESUMEN

Se presenta una observación de traumatismo en riñón ectópico pelviano que fué objeto de la nefrectomía secundaria intra y extraperitoneal, con curación del enfermo. Se hacen diversas consideraciones etiopatogénicas, clínicas y terapéuticas, admitiendo la preexistencia de una patología asociada previa (hidronefrosis, probablemente) en el riñón pelviano para explicar su estallido. Justifícase la conducta adoptada ante las características particulares del caso.

BIBLIOGRAFIA

1. *Castaño, E.* — Riñón en ectopia pelviana. Nefrectomía intraperitoneal. Cong. Nac. de Med., 1922.
2. *Castaño, E.* — Hidropionefrosis en un riñón en ectopia pelviana. Nefrectomía. Curación. Rev. Arg. de Urología, VII, 1933, pág. 467.
3. *Llanos, M. A.* — Hidropionefrosis pelviana derecha. Rev. Arg. de Urolg., IV, 1935, página 178.
4. *Pagliere, L. E.* — Nefrectomía retroperitoneal en una pñonefrosis en ectopia pelviana. Rev. Arg. de Urolog., V, 1936, pág. 49.
5. *Salleras, J.* — Anomalías renoureterales. Rev. Arg. Urolg., V, 1936, pág. 413.
6. *Minuzzi, P. G.* — Anomalías renoureterales, 1941, pág. 61 y 67.
7. *Mathis, R.* — Hidronefrosis en un riñón en ectopia pelviana. Su abordaje por vía intraperitoneal. Rev. Arg. de Urol., 1945, pág. 93.
8. *Iacapraro y Brea, L. M.* — Ectopia renal y ptosis. Rev. Arg. de Urolog., XV, 1946, página 51.
9. *Castaño, E. y Trabucco, A.* — Rev. Arg. de Urolog., 1941, págs. 723, 473, 582, 608. 1942, pág. 221, 1943, págs. 21, 160 y 170.
10. *Saubidet, J. A.* — Ruptura de riñón hidronefrótico. Rev. Arg. de Urolog., 1942, p. 349.
11. *Montenegro, A.* — Discusión del caso anterior.
12. *Berri, H. D. y Cartelli, N.* — Traumatismo de riñón. Nefrectomía. Consideraciones. Rev. Arg. de Urolog., 1945, pág. 369.
13. *Arrúes, L. D.* — Traumatismo en riñón anómalo. Rev. Arg. de Urolog., XII, 1943, página 58.
14. *García, A.* — Discusión caso anterior (id., id.).
15. *Irazu, J.* — Traumatismos del riñón. Rev. Arg. de Urolog., XII, 1944, pág. 275.
16. *Astraldé, A. y Podestá, M. L.* — Contusiones renales halladas en nuestras mil primeras historias clínicas hospitalarias. Rev. Arg. de Urolog., XIII, 1944, pág. 307.

17. *Pujol, A. e Irazu, J.* — Traumatismo renal a evolución complicada. *Rev. Arg. de Urología*. 1948, pág. 597.

DISCUSIÓN

Dr. Bernardi. — Es bien cierto el dicho de que a mayor anomalía congénita, mayor patología. Ya dada la infrecuencia de esta localización casi todos los observadores han encontrado lesiones del tipo obstructivo.

Tengo dos casos que contribuyen a esta interesante comunicación de los doctores Rubí y Grimaldi, en los que practiqué una nefrectomía, por tratarse, en ambos de una uronefrosis de tipo congénito en riñones de ectopía pelviana.

Dr. Grimaldi. — Agradezco la contribución del doctor Bernardi.
