

Servicio de Urología del Hospital P. Piñero
Jefe: Dr. Roberto A. Rubí.

RIÑÓN EN HERRADURA Y LITIASIS. SU ABORDAJE QUIRURGICO

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

El riñón en herradura es una anomalía relativamente frecuente que el advenimiento de la urografía de excreción permitió diagnosticar con más facilidad. Como consecuencia ha aumentado proporcionalmente el número de intervenciones.

Si se analiza el cuadro del trabajo de García, Rocchi y Casal (Rev. Arg. de Urolog., XVII, 1948, pág. 135), desde el comienzo del siglo hasta el año 1932, sobre 15 casos recopilados en la literatura nacional, se llegó al diagnóstico pielográfico en 4 pacientes, quirúrgico en 3, por palpación en 1, 6 en la autopsia y uno que no se especifica; sobre el total se operaron 7 enfermos. Desde el año 1933 hasta la fecha, con el agregado de nuestras tres observaciones, se han publicado 41 casos e intervenido 20, todos ellos diagnosticados correctamente, menos uno, hallazgo de autopsia.

En relación con nuestra comunicación de hoy, deseamos destacar la topografía del órgano anómalo, tan bien estudiada por *Papin*, a quien seguimos en esta descripción.

Es excepcional que el riñón en herradura ocupe una situación normal. Por lo general presenta un descenso moderado: se halla en ectopía lumbar baja, entre la 3ª y 4ª vértebra lumbar. El borde inferior de las glándulas está, comúnmente, a la altura de la 4ª lumbar y en proyección ocupa en el abdomen la parte superior de la región umbilical, ascendiendo en cada lado hacia el hipocondrio. "En conjunto el todo se ha hecho un órgano abdominal: prevertebral por su istmo, paravertebral por sus masas laterales". (*Papin*).

Muy raramente el R. en H. está muy descendido, por delante del promontorio a aún en la excavación pelviana: la mayoría de los riñones fusionados y en ectopía pelviana, corresponden a las sínfisis medianas totales ("riñón en guijarro o bizecocho").

En resumen, podemos aceptar que el R. en H. está siempre en ectopía lumbar baja: las raras excepciones confirman la regla.

Otras de las características anatómicas, ampliamente conocidas, la cons-

tituye la situación anterior —prehiliar— de la pelvis renal, así como también el cruce del uréter por delante del istmo y la multiplicidad de los pedículos vasculares de estas malformaciones.

Ahora bien, *la vía de abordaje* generalmente utilizada en nuestro medio es la lumbar extraperitoneal. La lumbotomía clásica o través de las incisiones de Israel, Guyon o Bergman, sobre todo si se prolongan hacia adelante y abajo —al modo de Albarrán— nos brindan un campo operatorio amplio sobre el espacio retroperitoneal de la región lumbar. La hemos utilizado en un número considerable de intervenciones sobre la zona: litiasis ureteral, acodaduras fijas con hidronefrosis secundaria, litiasis en riñón ectópico, etc., y, como todos sabemos, no existe dificultad para abordar el riñón o su vía excretoria.

Pero, glosando siempre a Papin, "si se reflexiona sobre la topografía habitual del R. en H., surgen a nuestra consideración otras incisiones capaces de ofrecer una vía más fácil y de acceso directo a la glándula". Eisendrath, p. ej., cuando desea reponer una de las mitades del R. en H., empieza la incisión lumbar corriente estando el paciente en decúbito lateral. Aborda el riñón sin movilizarlo y, en lugar de continuar la incisión cutánea hacia la E. I. A. S., la dirige transversalmente hacia el ombligo, hasta alcanzar el borde externo del recto correspondiente, seccionando de través las fibras de los oblicuos mayor y menor y separando las del transversal; desplaza el peritoneo hacia adelante y obtiene una excelente exposición del órgano por medio de esta modificación a lo Pean o Bazy. En este momento, Eisendrath cambia la posición lateral del paciente por la decúbito dorsal.

Este proceder complica las cosas. Preferimos seguir, en cierto modo, a Papin, quien empleó en un caso la incisión de Pean con resultado tan satisfactorio que la recomienda con entusiasmo. Newman (Journ. of. Urol. 53: 1945, pág. 762) en 9 casos quirúrgicos de R. en H., opera uno de ellos, litiasico, por vía anterior transperitoneal.

Hemos visto trabajar al Dr. de Surra Canard en una anomalía de la vía excretora a través de la incisión de Bazy y uno de nosotros tuvo la oportunidad de colaborar en varios casos con el distinguido cirujano Dr. Cornejo Saravia en intervenciones renales, utilizando la misma vía de abordaje. Nos pareció tan directo el acceso a la zona, que la adoptamos ulteriormente en varios casos de tumores malignos y quísticos del riñón y últimamente en un caso de R. en H., en una obesa, con excelente resultado. De aquí surgen estos breves comentarios.

El 22 de junio de 1939, comunicamos a esta Sociedad nuestro primer caso en R. en herradura, con litiasis asociada, que fué objeto de una pielolitotomía anterior por incisión lumbar amplia. Ahora presentamos dos observaciones más, que fueron intervenidas por lumbotomía clásica e incisión de Bazy, respectivamente.

1ª Observación: J. A., 42 años, austriaco, casado. Padece desde hace años de dolores sordo, sin irradiaciones. Al promediar el año 1947 presenta episodio febril, dolor lumbar derecho y enturbiamiento de la orina.

El estudio clínico, radiográfico y exámenes de laboratorio nos llevan al diagnóstico de "riñón en herradura y litiasis asociada derecha, infectada" (fig. 1 y 2).

Preparado convenientemente se le practicó la pielolitotomía anterior a través de una lumbotomía prolongada, sin incidentes.

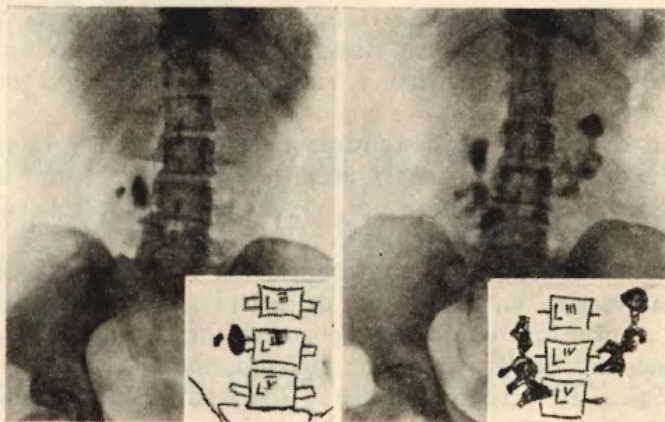


Figura 1

Figura 2

2ª Observación: M. de F., 35 años, argentina, casada.

Antecedentes: Apendicectomía a los 33 años y flebitis post operatorio.

Enfermedad actual: Crisis de cólico renal izquierdo 6 años atrás. En 1944 presenta ya imagen calcuosa del lado izquierdo con sombras renales bajas y muy próximas a la línea

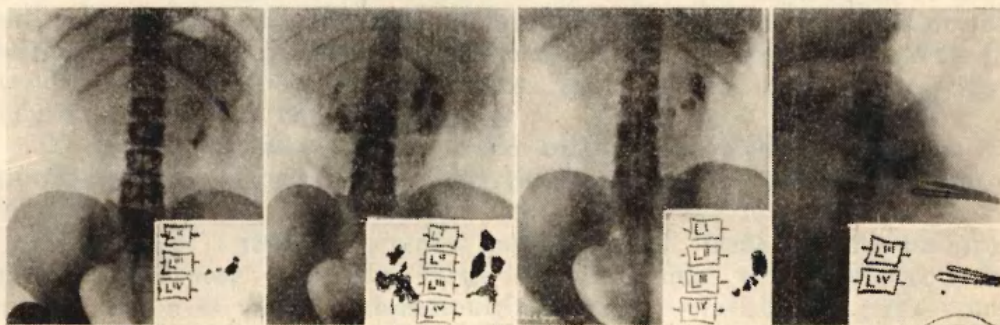


Figura 3

Figura 4.

Figura 5.

Figura 6

media (fig. 3). En 1948 la urografía de excreción permite establecer el diagnóstico del riñón en herradura litiásico (fig. 4). A principios de 1949, vemos la enferma por primera vez, a raíz de cólicos nefríticos izquierdos a repetición, revelando la radiografía directa el aumento de volumen de los cálculos (fig. 5). La enferma fué intervenida: practicamos una incisión de Bazy, que nos dió amplia satisfacción, facilitando la pielocaliclotomía anterior y la remoción de los cálculos. Es interesante agregar que el control radiográfico durante el acto operatorio fué también simple y permitió completar éste con la extirpación de un pequeño cálculo (fig. 6) lo que nos puso a cubierto de unaseudorrecidiva.

RESUMEN

A la observación presentada en 1939 por uno de nosotros, sobre riñón en herradura con litiasis asociada, tratado por pielolitotomía lumbar, agregamos estos dos casos similares. En ellos se practicó la extracción de los cálculos por lumbotomía en el primero y empleando la incisión de Bazy en el último.

La posición discretamente descendida de la glándula y la situación anterior (prebiliar), de la pelvis renal, permite considerar como más lógico y directo el abordaje extraperitoneal por vía anterior de estos riñones anómalos, verdaderos "órganos abdominales" . . .

Las reflexiones de Papin, la experiencia del mismo y de otros cirujanos al respecto y la nuestra en otro tipo de intervenciones renoureterales, utilizando la pared abdominal como vía de acceso, determinaron nuestra decisión de emplear la incisión de Bazy en una litiásica obesa, portadora de esta mala formación urológica. El acto operatorio y los resultados no hicieron más que corroborar nuestras presunciones.

Esta sintética comunicación se limita, pues, a contribuir a la casuística con *dos nuevas observaciones* de riñón en herradura litiásico, diagnosticados por la urografía excretoria y tratados quirúrgicamente. Concomitantemente expresamos nuestra opinión sobre la vía de abordaje que consideramos más lógica: anterior extraperitoneal, "*a lo Bazy*", y reconocemos el valor de la *radiografía operatoria*, que permitió completar la extirpación de los cálculos, preservando al paciente de la seudorrecidiva.
