

GRAN URONEFROSIS IZQUIERDA Y EXCLUSIÓN RENAL DERECHA

CONDUCTA TERAPEUTICA

Por el Dr. MAURICIO FIRSATER
(de Córdoba)

En el aparato urinario se ejemplifica la patología de sistema no sólo por la repercusión de las afecciones de una de sus partes sobre las otras porciones del mismo, sino muy especialmente por la relativa frecuente asociación o simultaneidad de alteraciones o enfermedades en los distintos órganos que lo constituyen.

Expresión elocuente de ello es la observación que pasamos a referir:

R. O. V., argentino de 19 años, nos consulta hace aproximadamente 4 meses, por la presencia de una masa tumoral en la mitad izquierda de su abdomen, cuya aparición nota al comienzo del corriente año, y que ha aumentado poco a poco de volumen, provocándole sólo escasas molestias. El paciente refiere que desde el año 1950, en diversas oportunidades, ha presentado hematurias pasajeras, indoloras, y de variable intensidad; y, además, que últimamente ha perdido peso y fuerzas, sintiéndose inapetente.

Examen clínico: Regular estado general, piel y mucosas pálidas. Aparato respiratorio, clínicamente normal. Aparato circulatorio: corazón en límites normales, pulso 90', T. A.: 16/10.

Abdomen: Asimétrico por el levantamiento de su mitad izquierda, donde se palpa una masa tumoral, lobulada, indolora, elástica, que se extiende desde la arcada costal hasta cerca de la cresta iliaca, desde la vecindad del ombligo hasta el flanco; y que tiene contacto lumbar y peloteo póstero-anterior.

Hígado: en límites normales.

Aparato urinario: Riñón derecho, no se palpa; riñón izquierdo, en probable relación con el tumor abdominal descripto; uretra, libre; vejiga, nada al examen externo; genitales externos, normales.

Laboratorio: Glóbulos rojos: 3.500.000; glóbulos blancos, normales; glucosa, 1 gr. por mil; urea, 0.59 por mil; V. Slyke, Cmx: 39 cc. de sangre desureificada por minuto. Equivalente de función normal, 52%; W. y K. negativas; eritrosedimentación: Índice de Katz: 70 mm.; orina: alcalina, densidad 1.008, vestigios francos de albúmina, algunos leucocitos granulosos, algunas células epiteliales planas, abundante mucus.

Fondo de ojo: algunas ramas arteriales decoloradas y con su reflejo exagerado; venas algo dilatadas y flexuosas.

Estudio Radiológico: Directa de aparato urinario: No existen sombras radioopacas de cálculos. Urografía intravenosa, a los 10' y '45', no se visualizan imágenes urétero-pielo-

caliculares, por eliminación insuficiente de la substancias yodada. Mostramos una radiografía, figura 1, que nos fué enviada desde Jujuy, lugar de procedencia del paciente, y obtenida un

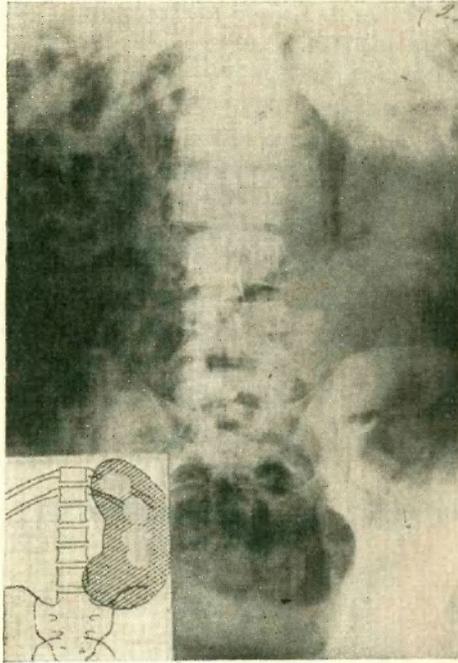


Figura 1

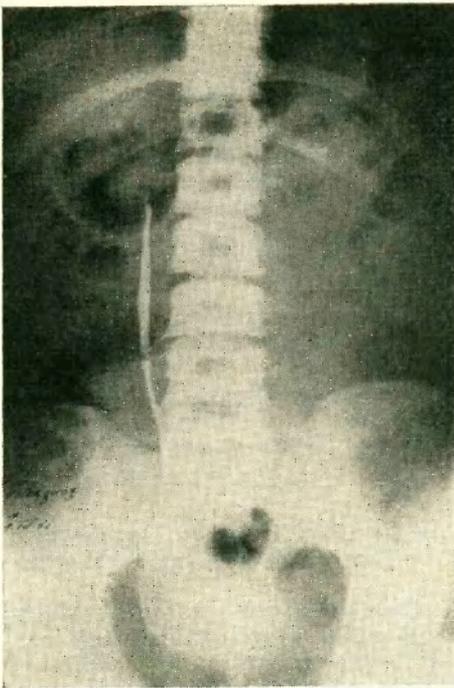


Figura 2

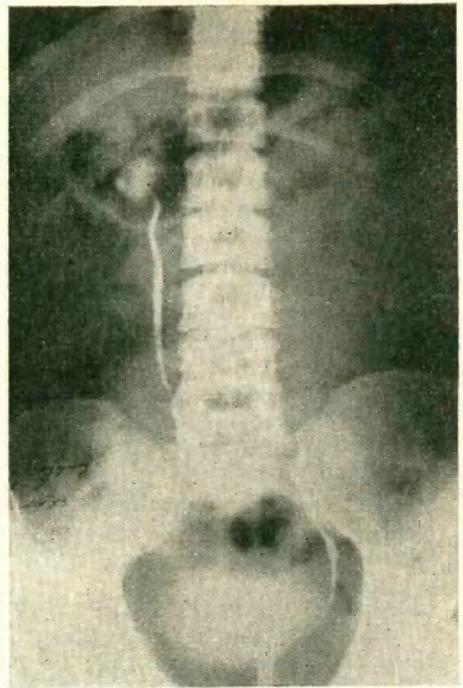


Figura 3

mes y medio antes de su viaje a ésta. Se trata de una urografía tardía, 90 minutos, combinada con un enfisema perirrenal. En la misma no se reconoce el contorno del riñón derecho, ni hay

eliminación del medio de contraste inyectado. En el lado izquierdo, se dibuja una gran masa lobulada, sobre la que aparecen sombras redondeadas, más densas, de distribución irregular.

Cistoscopia y urétero-pielografía ascendente: Mucosa vesical, ligeramente congestiva; meatos en posición y aspecto normales. Cateterismo ureteral bilateral (sondas no opacas a los rayos X). En el lado derecho la sonda progresa hasta 25 cms. del meato, mientras que en el izquierdo lo hace solamente 15 cms. La inyección de 20 cc. de Pielosil, a través de la sonda derecha, visualiza bien el uréter, pero casi todo el líquido ha refluído a vejiga (fig. 2). Se insiste nuevamente con igual cantidad de medio opaco, al mismo tiempo que se inyecta el

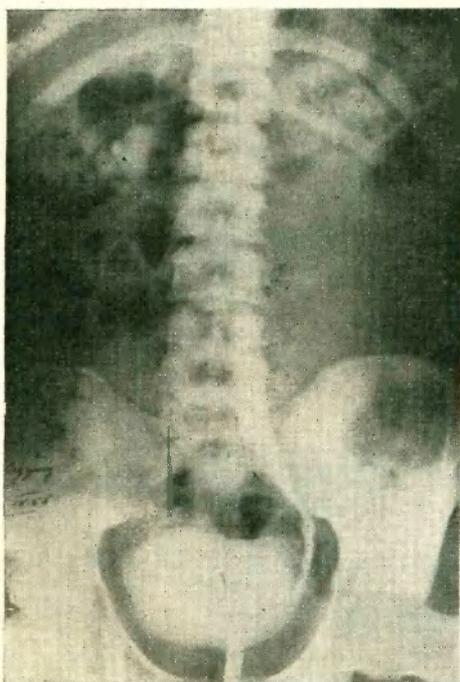


Figura 4

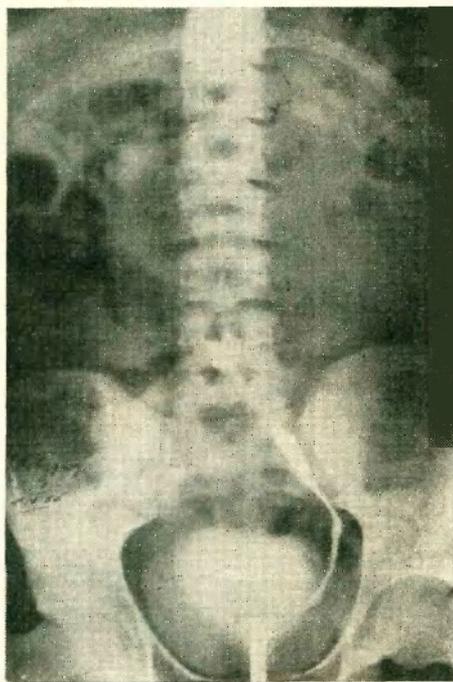


Figura 5

lado izquierdo. Se consigue así esta vez, del lado derecho, llenar una pequeña cavidad redondeada, algo irregular, y netamente separada del uréter por un surco. En el lado izquierdo, aparece el tercio inferior del uréter, engrosado y desviado hacia la línea media (fig. 3).

En las figuras 4 y 5, se muestran las imágenes del uréter izquierdo, obtenidas en sucesivos intentos para hacer llegar hasta el riñón el medio de contraste.

Mientras se realizaba el estudio clínico y radiológico referido, el paciente presentó, en dos oportunidades, cuadros pasajeros de anuria. Durante los mismos, el tumor abdominal aparecía más prominente, tenso y doloroso; había intolerancia gástrica, vómitos, desmejoramiento rápido del estado general, y ascensos de la tasa de urea en sangre hasta 1 gramo. En ambas ocasiones, se utilizó con éxito el recurso terapéutico de la posición de Trendelenburg forzada, con el que se restableció el paso de la orina a vejiga, y la masa tumoral disminuía de tamaño.

Operación: (15-IX-55). Anestesia general (Pentotal-Eter-Oxígeno). Incisión de Israel. El riñón está transformado en una gran bolsa multilobulada, de contenido líquido que se aspira (2½ litros); el parénquima renal está reducido a una "cáscara", engrosada en algunas partes, especialmente en su polo superior. Se aísla la pelvis, moderadamente dilatada, y la extremidad superior del uréter, que se comprueba acodado a nivel de la unión uréteropielica,

y fijado en esa posición por adherencias firmes. A ese nivel, el conducto ureteral se presenta duro, fibrótico y notablemente disminuido de calibre (fig. 6).

Resección de la unión urétero-piélica (unos tres centímetros del 1/3 superior del uréter, y la porción correspondiente de la pelvis) (figura 7).

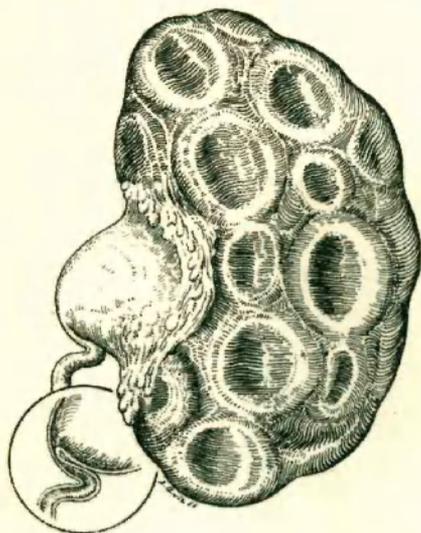


Figura 6

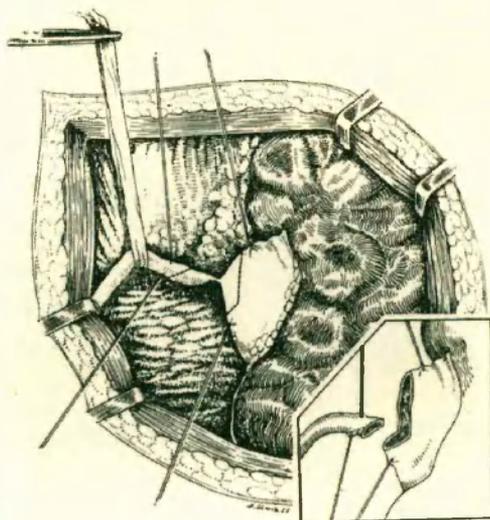


Figura 7

Sobre sonda ureteral, se efectúa una anastomosis urétero-piélica, término-terminal (fig. 8). El extremo proximal de aquélla alcanza el tercio medio del uréter, y el distal sale al exterior.

Nefrostomía con sonda de Malecot, a través de la brecha que ha dejado el trocar de aspiración (figura 9).

Drenaje perirrenal con lámina de goma. Cierre por planos.

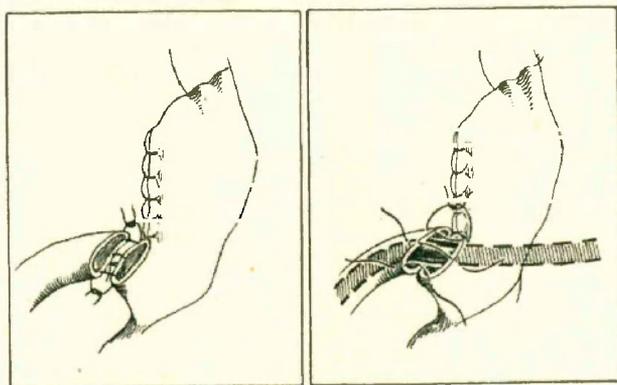


Figura 8

Estudio histopatológico: La porción distal del uréter se presenta sensiblemente normal (fig. 10); en la vecindad de la conjunción urétero-piélica se estrecha, y bruscamente reduce su calibre, a punto de quedar su luz como una hendidija, limitada por una mucosa provista de escasos festones (fig. 11). En ésta no se observan alteraciones histológicas significativas, hecho que también ocurre en las restantes tunicas.

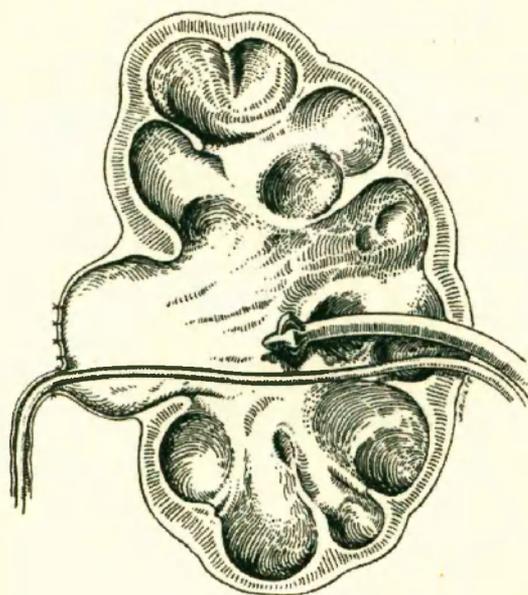


Figura 9

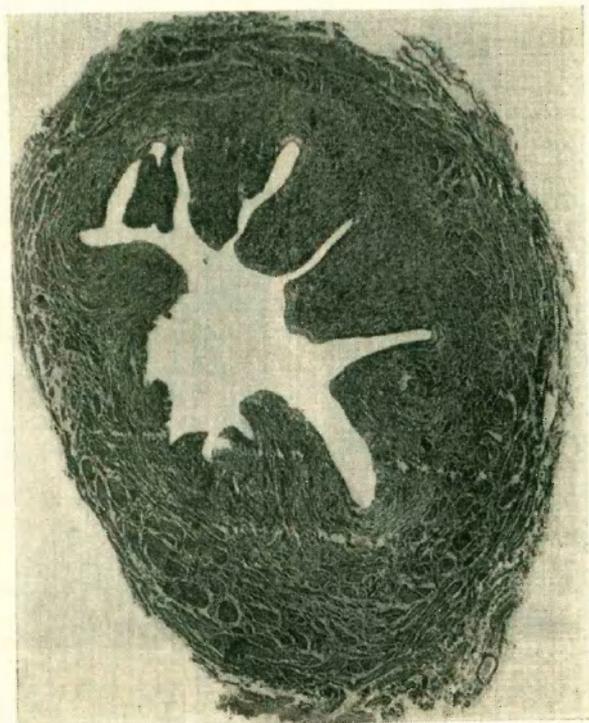


Figura 10
(Obj. 40 mm.; oc. 10 x)

La estrictura ureteral sólo alcanza a presentar algo más de un milímetro de altura, y aparece macroscópicamente como si a este nivel el conducto hubiera sufrido los efectos de una ligadura practicada con una delgada hebra de hilo. (Prof. Dr. Luis Ferraris).



Figura 11
(Obj. 40 mm.: oc. 10 x)

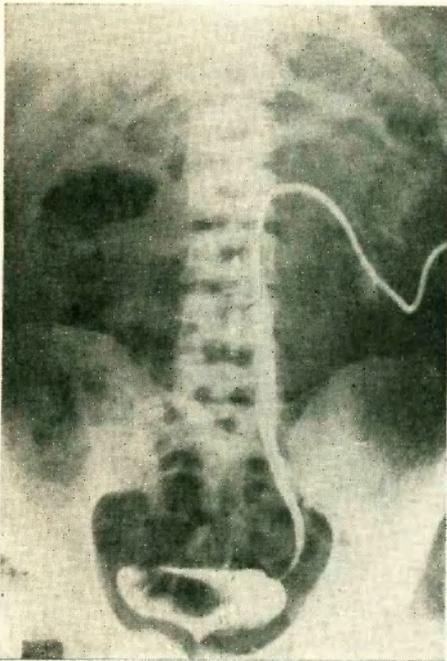


Figura 12

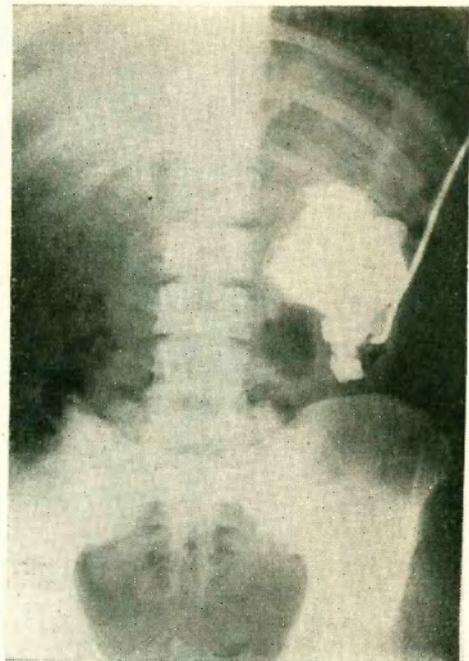


Figura 13

Post-operatorio: Sin inconvenientes. Buenos funcionamiento de la nefrostomía; diuresis de 2.500 a 3.000 cc. diarios.

A los 10 días, se inyecta por la sonda ureteral 20 cc. de líquido opaco a los rayos X.

Desde que se retiró la sonda ureteral, el paciente tiene micciones espontáneas y abundantes. Ello no obstante, una semana después, se coloca por vía endoscópica una sonda ureteral de polietileno, calibre 8. Comprobada su buena posición (fig. 14), y buen funcionamiento, se retira el tubo de la nefrostomía, cerrando la herida de la misma en poco tiempo.

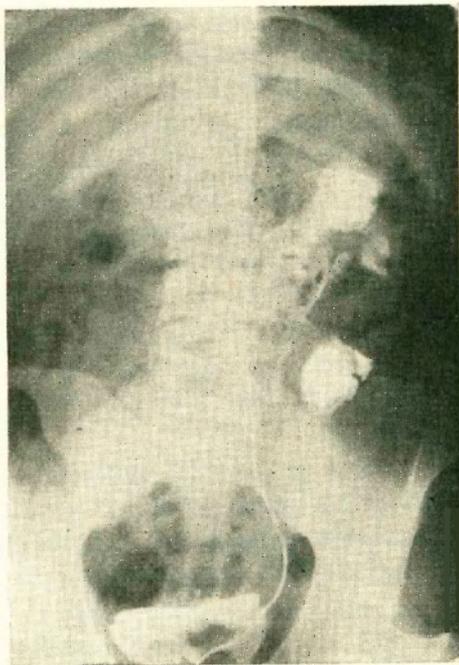


Figura 14

La sonda ureteral fué mantenida durante 20 días, retirándose por haberse obstruido. Como el paciente se siente bien, su diuresis es abundante, y sus micciones son fáciles, es dado de alta en estas condiciones, pero siempre bajo nuestro control.

CONSIDERACIONES

Conceptuamos de interés este caso por tratarse de una uropatía compleja, particularmente grave y de difícil solución terapéutica.

Desde el punto de vista clínico lo llamativo y ostensible era la gran masa tumoral izquierda.

El laboratorio puso de manifiesto los elementos que evidenciaban una marcada insuficiencia renal.

El estudio radiológico demostró la exclusión funcional del riñón derecho, de caracteres anatómicos imprecisos, pero sin dudas profundamente alterados. En el lado izquierdo, el urograma tardío, combinado con el enfisema perirrenal, aunque poco claro, hizo suponer la existencia de una uronefrosis gigante.

Es relativamente común observar, en casos de uronefrosis por obstrucción urétero-piélica, la imposibilidad de hacer progresar el catéter hasta la pelvis renal e inyectar el medio de contraste en la misma. Ello, unas veces, por un mecanismo valvular; otras, por la intensidad o grado avanzado del obstáculo anatómico,

Los caracteres anátomo-funcionales del riñón derecho, lo presentan como un riñón hipoplásico. Esta anomalía del desarrollo, en sus distintas variedades, ha sido objeto de numerosos estudios, desde los clásicos de Arnold, Rayer y Teyssedre, hasta los modernos de Gutiérrez, Murray, Goldring, Campbell y otros, que han permitido un conocimiento preciso de la misma.

La hipoplasia renal, asiento frecuente de alteraciones o procesos patológicos, suele plantear problemas diversos de orden terapéutico, que están generalmente condicionados al estado del riñón opuesto. En el caso presente, la exclusión funcional del riñón derecho evidencia la profunda alteración anatómica del mismo, y le confiere a la uropatía izquierda la jerarquía que tienen los procesos patológicos en los riñones solitarios.

Considerado de esa manera, nuestro caso debía ser tratado como lo exige una gran uronefrosis en un riñón único congénito. De la posibilidad de una solución quirúrgica conservadora, dependía pues la vida del paciente.

Si bien se pudo realizar una táctica operatoria que significó un alivio para el tremendo problema urológico del enfermo, nos apresuramos a reconocer que estamos muy lejos de haberlo resuelto completamente. Por ello es que somos pesimistas sobre su futuro.

Por ahora se ha dispuesto el control cuidadoso del enfermo, vigilando de cerca el comportamiento de su riñón uronefrótico, para determinar la oportunidad de cateterismos ureterales dilatadores e instiladores, curas antibióticas, a la no improbable necesidad de una nefrostomía definitiva.

En el caso de conseguirse una estabilización y mejoría apreciable en el estado anátomo-funcional del riñón izquierdo, será conveniente una lumbotomía exploradora derecha, único medio que permitirá alcanzar un efectivo conocimiento del estado anatómico del riñón de ese lado, y adoptar la adecuada medida terapéutica.

RESUMEN

Presentamos una observación de uropatía grave: riñón derecho excluido, probablemente hipoplásico, y gran uronefrosis izquierda.

Sus caracteres clínicos han obligado adoptar una táctica quirúrgica similar a las que se emplean en los casos de uronefrosis de riñones solitarios.

El aparente buen resultado inmediato, si bien ha significado un alivio en su tremendo problema urológico, no despeja su pronóstico sombrío.

SUMMARY

The author presents a case of severe uropathy: right functionless, probably hypoplastic, kidney, and large left hydronephrosis.

Its clinical characteristics indicated to follow a similar surgical approach as that used in cases of congenital solitary hydronephrotic kidney: pyeloureteroplasty.

The operation gives immediate relief to this serious urological problem, but does not eliminate its gloomy prognosis.

BIBLIOGRAFIA

- Zamboni G. — Uropielonefrosi in rene unico destro trattata operativamente con ureteropieloplastica. Arch. It. di Urol. III: 1926, 313.
- Papin, Edmond. — Chirurgie du Rein. Gaston Doin et Cie. Éditeurs. Paris 1928.
- Hinman Frank. — The Principles and Practice of Urology. W. B. Saunders Company, 1930.
- Moore, Thos. — Congenital solitary hydronephrotic infected Kidney; pieloureteroplasty. J. of Urol. 27: 581. 32.
- Lowsley O. S. and Kirwin T. J. — Clinical Urology. The Williams and Wilkins Co. 1944.
- Herbut Peter A. — Urological Pathology. Lea & Febiger. 1952.
- Lafrance L. — Urétero-pyeloplastic sur rein unique annulaire. J. D'Urologie 60: 1954, 146.
- Campbell, Meredith. — Urology. W. B. Saunders Co., 1954.
-