
**RIÑÓN EN HERRADURA CON PIONEFROSIS DEL IZQUIERDO. DIAGNOSTICO PIELOGRAFICO.
NEFRECTOMIA. CURACION**

Por el doctor

JUAN SALLERAS

En la sesión del 16 de abril de 1929 presentamos, en colaboración con el Dr. Von der Becke, un caso de riñón en herradura doloroso diagnosticado antes de la intervención. En aquella ocasión hicimos una reseña histórica y estadística sobre la frecuencia del proceso, que nos exime de repetirlo nuevamente.

El caso presentado hoy a los colegas, no tiene más finalidad que mostrar otra vez, como es posible y relativamente fácil, hacer este diagnóstico cuando se sistematiza el examen pielográfico, como lo venimos haciendo nosotros desde hace ya varios años. La interpretación de los clichés pielográficos hoy puede decirse que con la experiencia acumulada por diferentes autores es sencilla. Basta para sospechar un riñón en herradura, ver la disposición del uréter, la pelvis y los cálices: en efecto, cuando el uréter entra en la pelvis renal por su borde externo, desviándose marcadamente de la columna vertebral, cuando el bacinete es externo con relación a la glándula y cuando los cálices se dibujan contra la columna vertebral, podemos asegurar la presencia de este anomalía renal. Esta es la regla general, aunque debemos admitir, y así lo encontramos nosotros en una observación hace varios años, la posibilidad de un riñón en herradura con los caracteres pielográficos completamente normales, correspondiendo a una posición alta de estos riñones.

La observación por nosotros presentada hoy se refiere a

una pionefrosis del riñón izquierdo, al que practicamos una nefrectomía de este lado, de acuerdo con los detalles que siguen:

Historia clínica 1222. W. M. 30 años, carnicero. Ingresa a la sala XI del Hospital Fernández con fecha 21-VII-932, permaneciendo en el servicio próximo a salir de alta.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Blenorragia a los 25 años, que trata con lavajes de permanganato potásico, que se agudiza hace tres años, con epididimitis izquierda.

Enfermedad actual: Hace 45 días comienza su enfermedad, por frecuencia de micciones diurna (cada treinta minutos) y nocturna (de 2 a 3 veces), gran piuria y hematuria final, que cede con instilaciones de nitrato de plata al 1 o/o. Hace un mes siente fuerte dolor lumbar izquierdo, con irradiación a lo largo del uréter, orinas turbias.

Estado actual: Sujeto delgado, de piel muy pálida terrosa.

Riñones y uréteres. Examen físico. El riñón izquierdo se palpa con todos los caracteres de glándula, muy aumentado de volumen, liso, renitente, con peloteo franco y contacto lumbar. Llama la atención su posición muy próxima a la línea media y su tamaño muy aumentado, llegando por su polo inferior hasta la cresta ilíaca y por arriba se pierde debajo del reborde costal. El riñón derecho no se palpa, ni es sensible.

Radiografía simple: negativa. *Pielografía doble.* Riñón izquierdo: El uréter del tamaño normal, se desvía fuertemente hacia afuera, buscando su implantación pelviana y separándose mucho de la columna vertebral. La pelvis renal muy distendida y del tamaño cuatro veces el normal en situación externa con relación a los cálices, o sea en situación invertida. Los cálices situados por dentro de la pelvis (también en posición invertida), se proyectan dilatados contra las apofisis transversas de las vértebras lumbares 1o., 2o., 3o. y 4o. A este nivel, o sea de la 4o. lumbar, hay una prolongación del cáliz inferior dilatada, que nosotros sospechamos corresponde al istmo, que lo une con el riñón derecho.

Riñón derecho. — El uréter sigue un trayecto y tamaño normales, pero en su punto de implantación en la pelvis puede

verse una posición posterior con relación a un cáliz anormal que parte del polo inferior del riñón y se dirige hacia la columna vertebral, como buscando la prolongación dilatada del

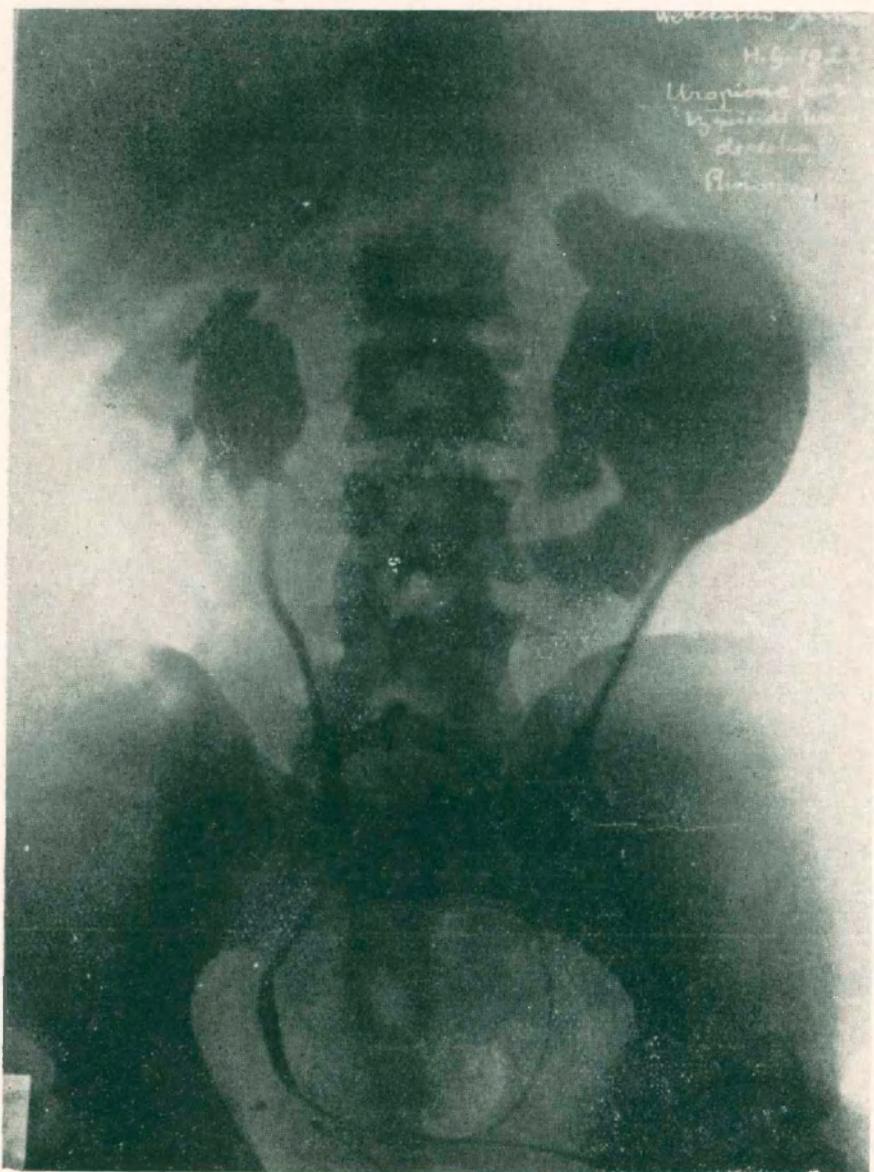


FIGURA 1

HISTORIA No. 1222

Riñón en herradura - Pionefrosis del izquierdo
Neofrectomía - Curación

cáliz inferior izquierdo. La pelvis, algo aumentada de tamaño y globulosa, da nacimiento a varios cálices, los superiores dilatados, dando un aspecto en conjunto de una pequeña urone-

frosis. De acuerdo con la imagen de conjunto de los dos riñones, tenemos la impresión de tratarse de un riñón en herradura a soldadura inferior, con la particularidad poco frecuente de que la anomalía principal, en lugar de ser doble y simétrica, como sucede habitualmente en nuestra observación, es sólo aparentemente del riñón izquierdo. En efecto, la operación demostró que también el riñón derecho era anómalo, pero sólo al nivel del polo inferior que se prolonga al nivel del pequeño conducto perfectamente visible a la pielografía, hasta continuarse con el polo inferior del izquierdo. La pelvis y los cálíces, en cambio, tienen una disposición normal. (Ver pielografía No. 1).

Examen funcional. — Riñón derecho: Cantidad, 21 cc. Urea, 16,67. Cloruros, 14,20 mil. Sedimento, hematias, sin bacilos de Koch. Riñón izquierdo: Cantidad en 30', 6,40 cc. Urea, 2,56 mil. Cloruros, 5,75 mil. Sedimento, mucho pus, no hay bacilos de Koch, signo de Colombino positivo.

Vejiga: Buena capacidad, sin retención. *Cistoscopia*. Mucosa, de aspecto normal. Uréter derecho aspecto y eyaculación, normales. Uréter izquierdo, se le ve eyacular, pus muy espeso, simulando pasta dentífrica. El cateterismo permite recoger orina muy purulenta, gota a gota, pálida, de reacción ácida, Ph. 5,2.

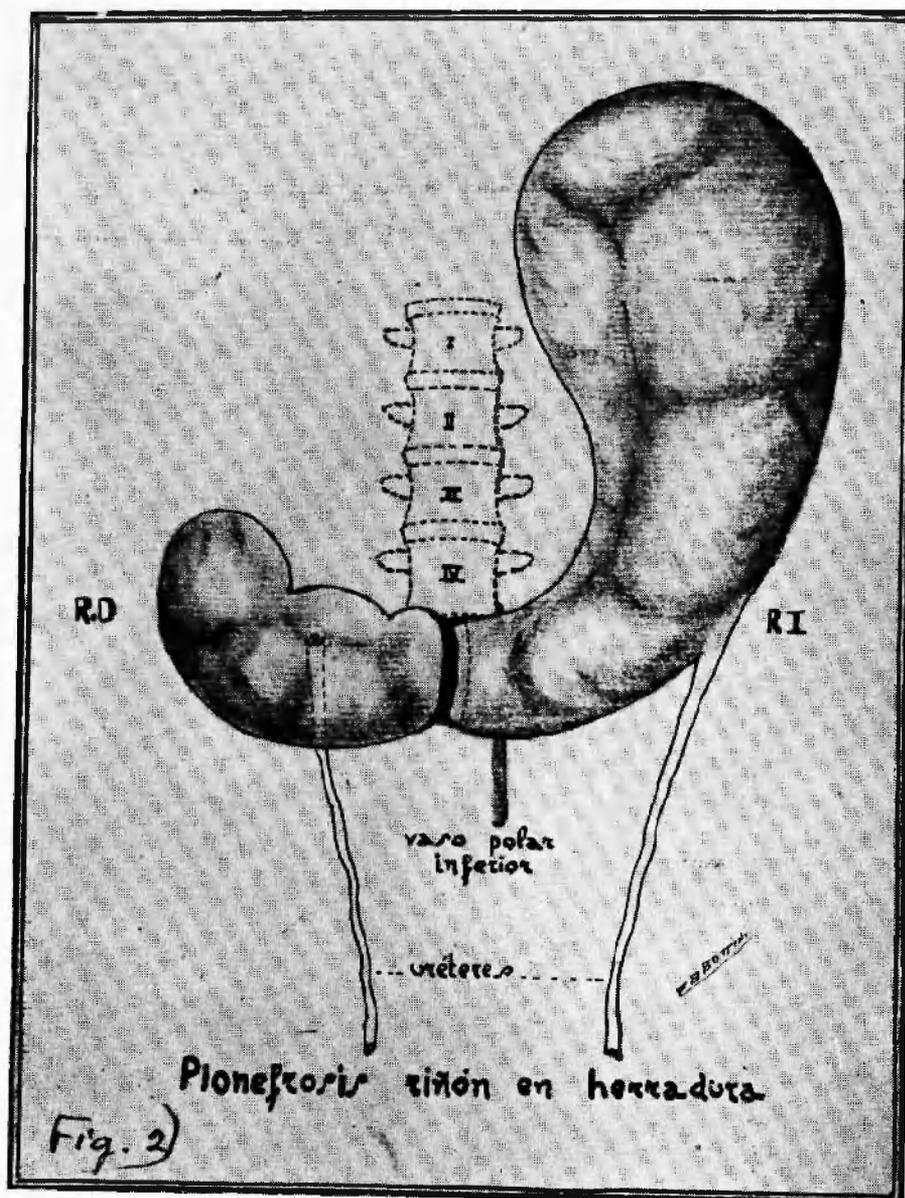
Uretra: Anillo bulbar No. 20. *Próstata*, algo aumentada, dura, irregular.

Testículos y epididimos. Engrosamiento del derecho, sin nódulos.

Operación: Dr. J. Salleras. Ayudantes, Dres. Di Lella y Albornoz. Éter. Lumbotomía muy prolongada hacia adelante y adentro, de unos 25 cc. de longitud. Exteriorización relativamente fácil del riñón, a pesar de algunas adherencias al peritóneo y a la pared: es del tamaño de una cabeza de feto de consistencia blanda. Se liga el uréter, que es del tamaño de un dedo pulgar, y se secciona, comprobándose que su situación es externa con relación al riñón. En seguida se encuentra por dentro del uréter un vaso polar inferior, algo menor que

una arteria renal, que se liga y se secciona, comprobándose que se pierde en plena masa renal.

Al tratar de exteriorizar el riñón, observamos, de acuerdo con la pielografía, que el polo inferior se dirige a la línea



media, y mediante una extrangulación perfectamente palpable y visible se continúa con el polo inferior del riñón derecho (comisura inferior de un riñón en herradura). Se pasa un catgut simple y otro por transficción en dicha zona extrangulada, y se secciona, cortando un poco sobre el parenquima,

para formar muñón a las ligaduras. Al seccionar dicho parenquima queda abierta un trayecto que corresponde seguramente al cáliz inferior, que se ve muy bien en la pielografía, y por él sale una gran cantidad de pus, al mismo tiempo que se vacía la cavidad renopielica. Se pediculizan los vasos renales, se ligan con dos ligaduras de catgut No. 2. Se extirpa el riñón y cierra la pared a tres planos, dejando un tubo grueso de drenaje en loge.

El riñón extirpado es tres veces el tamaño normal. La cápsula grasosa está íntimamente adherida a la cápsula propia. Abierto por su borde convexo puede observarse que el parenquima renal ha desaparecido casi totalmente, siendo substituído por cavidades, a su vez prolongación de los cálices y levis sumamente dilatadas, dando la impresión de una enorme picrofrosis no tuberculosa. El ureter del tamaño de un dedo pulgar muy espesado.

Postoperatorio. — Diuresis cada 24 horas: 650 cc., 500 cc., 800 cc., 780 cc., 1000 cc., 1180 cc., 1800 cc. La diuresis se mantiene alta. Se le han dado 1500 cc. de suero glucosado isotónico endovenoso hasta conseguir buena diuresis, y se suspende desde entonces. Lengua húmeda y muy buen estado general y local. Está ya en condiciones de salir de alta, prosiguiendo las curaciones en el consultorio externo.
