

Sociedad Argentina de Urología

4ª. Sesión científica ordinaria - 25 de septiembre de 1958.

Presidente: Dr. José S. Dotta

Secretario: Dr. Raúl J. Borzone

Policlínico Rawson. Pabellón V. Sala XIII
Cátedra de Urología. Prof. A. E. Trabucco

PIELONEFRITIS RECIDIVANTE CON URETER RETRO-CAVA EN UN NIÑO DE 9 MESES

Por los Dres. A. TRABUCCO, G. FOLEY y B. OTAMENDI

Las pielonefritis infantiles de notoria malignidad pueden tener solución definitiva, siempre que sean unilaterales, aún cuando existan causas favorecedoras para mantener el estado infeccioso e impedir que los antibióticos resuelvan el problema.

El caso que vamos a relatar, es un caso interesante, no sólo desde el punto de vista del diagnóstico del proceso inflamatorio renal, sino también de la causa favorecedora del mismo proceso.

Historia clínica. — Se trata de A.M.G. de 9 meses de edad, que presenta episodios febriles a repetición, llegando muchas veces su temperatura a 40°, remitiendo algunas veces y otras veces manteniéndose en meseta.

Antecedentes: En el momento de nacer fallece la madre, por lo que es sometido a alimentación artificial con poca tolerancia, haciendo episodios febriles que al comienzo se interpretan como angina, focos sépticos indeterminados, trastornos intestinales, etc.

El crecimiento del niño se efectuó deficientemente: la intolerancia alimenticia fué bien manifiesta, sobre todo, cuando se daba en la alimentación proteínas animales, debiéndose variar constantemente el régimen, del lácteo a un régimen de hidrocarbonados, cosa que por supuesto trajo una marcada desproteinización, reduciéndose las masas musculares y el tejido adiposo. Hace 15 días, en un episodio febril, se hizo un análisis de orina y se encontró pus. Se volvió a medicar con antibióticos como en todos los episodios febriles anteriores, consiguiendo la normalización momentánea, pero al reiniciar nuevamente su alimentación láctea, volvió a hacer

otro episodio febril y en el examen de orina se encontró pus con abundantes colibacilos. En ese momento se confirmó la anterior sospecha de proceso renal inflamatorio de tipo pielonefritico, por lo que se practicó una pielografía descendente, inyectándole en ambas nalgas sustancia opaca de excreción, con hialuronidasa, lo que nos reveló a los 15' una eliminación aceptable

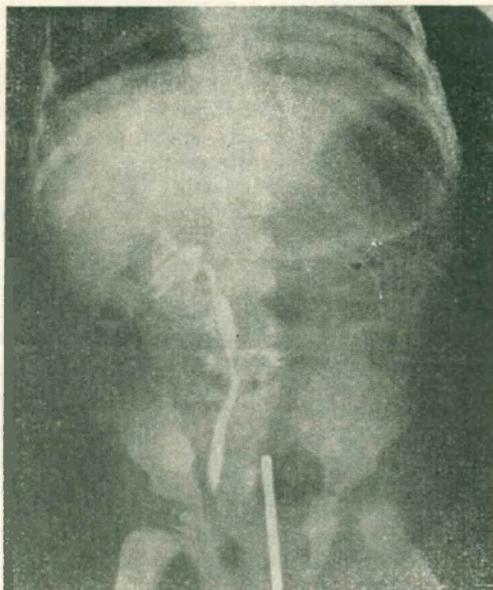


Figura 1. — Pielografía ascendente. Uréter retro-cava.

de ambos riñones, pero en el lado derecho con una dilatación de la pelvis renal, que contrasta con la normalidad anatómica del riñón izquierdo.

En el examen somático da la impresión de palparse el riñón derecho, por lo que se

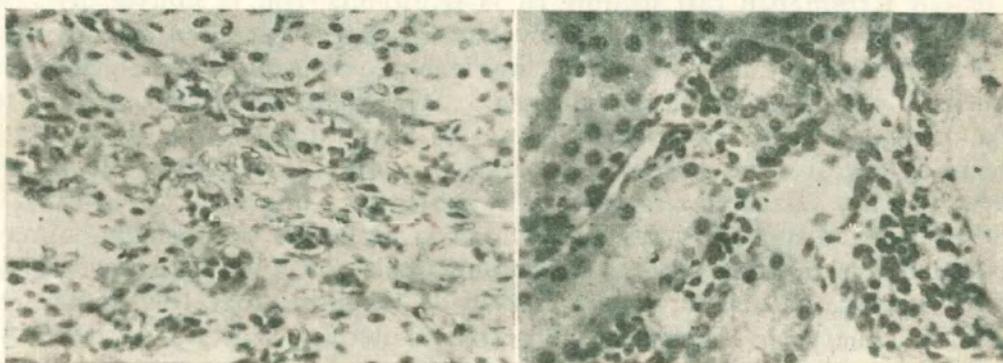


Figura 2. — Reacción intersticial en la zona medular.

Figura 3. — Infiltración inflamatoria intersticial.

decide intensificar el estudio urológico mediante un cateterismo y pielografía ascendente de ese mismo lado.

Internado el enfermo y con anestesia general, se utiliza el panendoscopio infantil de McCarthy y se hace una endoscopia urinaria; no se nota nada en la uretra anterior y posterior y la vejiga no tiene signos de anormalidad. El meato ureteral derecho se presenta puntiforme pero consigue cateterizarse. En el meato ureteral izquierdo, nada de particular.

La orina recogida del riñón derecho da células de pus, algunas de ellas subletales con las características de las células de Sternheimer y Malbin. El cultivo revela colibacilo.

La pielografía ascendente es muy ilustrativa y nos permite ver un uréter dilatado y atónico que se dirige de abajo hacia arriba, cabalgando, por así decir, sobre las tres últimas vértebras lumbares y al llegar al borde superior de la tercera, se dirige hacia afuera, desembocando en la pelvis, pero la unión urétero-piélica no se hace en la parte más declive, sino prácticamente en la mitad y mediante una marcada zona de estenosis. La pelvis renal evidentemente dilatada y globulosa, recibe los cálices renales que, salvo el de arriba y de abajo, que se hallan patológicos con fornices redondeados, se encuentra el resto en condiciones normales. Fig. 1.

Con el diagnóstico de pielonefritis a repetición y de uréter retro-cava con estenosis en la unión urétero-piélica, se resuelve la intervención quirúrgica.

Se efectúa el 12 de Noviembre de 1957, con anestesia general, siendo cirujano el Dr. A. Trabucco, ayudante el Dr. B. Otamendi y anestesista el Dr. Ortega.

Incisión subcostal lumbar de 8 cms. de longitud. Se abre la pared y por el espacio de Grynfeltt se entra en la celda renal, cuidándose del paquete vasculo-nervioso abdómino-genital. Se abre luego la fascia posterior de Zuckerkandl y se cae en la celda renal, cuya grasa se encuentra apelonada. El riñón consigue disecarse con un poco de labor. Se exterioriza y se investiga al uréter, el que se encuentra dilatado, éste se dirige netamente hacia la línea media, introduciéndose por detrás de la cava, quedando limitado por fuera por las venas lumbares.

Ante esta situación se resuelve la ectomía del órgano.

Cierre de la pared por planos.

La evolución posterior inmediata fué muy buena; no obstante, a los pocos días de operado hace otro episodio hipertérmico al sacarse los antibióticos preventivos, cediendo rápidamente. Desde ese momento hasta la fecha, el niño se ha desarrollado normalmente, tolerando satisfactoriamente la alimentación instituida, sin presentar más episodios febriles.

La anatomía patológica reveló focos de inflamación crónica perivascular e intersticial, reacción conjuntiva de tipo hialinoide en el tejido intersticial intertubular medular, algunos glomérulos con contenido amorfo en la cápsula de Bowman. Fig. 2 y 3.

Diagnóstico anátomo-patológico: Pielonefritis crónica inespecífica.

COMENTARIOS

Dijimos al comienzo de la presentación del caso que las pielonefritis en los niños son poco comunes, pero con una característica particular y es la malignidad de la infección. Cuanto más joven es el sujeto, peor es su evolución; antiguamente los enfermos que desarrollaban una infección renal de esta especie terminaban casi siempre en la septicemia, con la muerte del sujeto; hoy en día el control bacteriológico y bacteriostático permiten su supervivencia, pero siempre y cuando no haya una causa que impida la curación, manteniendo la infección en el parénquima renal. Nuestro enfermo parecía tener varias causas que impedían la acción de los antibióticos o por lo menos, favorecían la recidiva infecciosa: ellas eran la atonía, la estenosis de la unión urétero-piélica y el uréter retro-cava; probablemente una sola sea la causa importante de estos hechos, y sea en realidad la anomalía de posición, anomalía de posición que es lógico pensar está acompañada con anomalías de enervación y conformación. No entraremos a hablar de la embriología del uréter retro-cava puesto que ya lo hicimos en un trabajo anterior, en donde discutimos las probables causas embriológicas. Nos limitaremos al comentario de este caso, quedándonos por aclarar el episodio febril que tuvo a la semana de operado: creo que no debemos olvidar que después de un acto quirúrgico en donde se ha encontrado grasa periarrenal, dispuesta con características anormales que indicaban a las claras una participación, o por lo menos, una relación con la infección, puede perfectamente haberse desarrollado otra carga infecciosa que se pudo controlar con los antibióticos y que por suerte terminó con todo el problema, gracias al haber extirpado oportunamente al foco infeccioso.

Se puede discutir también la actitud quirúrgica tan radical que asumimos en ese momento: pero ante un niño de 9 meses, en mal estado general, con

dificultades alimenticias, marcada desnutrición, sin defensas prácticamente, no hemos dudado en ese momento en hacer la extirpación radical del órgano, porque pensamos que de hacer una cirugía conservadora con sección del uréter y su anastomosis posterior en buena posición, podría poner al enfermo en grave riesgo, porque ante un organismo sin proteínas e infectado, el fracaso de la plástica era de esperarse inmediatamente, lo que nos hubiera obligado de todas maneras a sacar el órgano en una operación secundaria; también podría haberse pensado en la sección de las venas lumbares para liberar el uréter, operación difícil en un organismo tan pequeño, pero sobre todo, cómo arreglar la unión urétero-piélica y la atonía ureteral? Estos dos hechos hubieran dejado al enfermo en las mismas condiciones y prácticamente con los mismos riesgos, por lo que creímos que la cirugía radical era la única solución del problema y la evolución posterior nos dió la razón.

RESUMEN

Se presenta un caso de un niño de 9 meses con uréter retro-cava y pielonefritis crónica recidivante.
