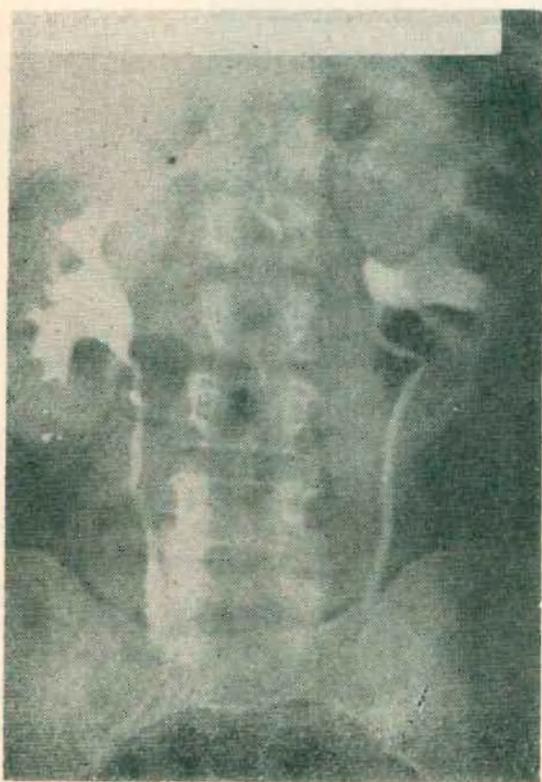


## CUERPO EXTRAÑO RENAL

Dr. JUSTO ALBERTO DEMARIA \*

Tanto las estadísticas nacionales como extranjeras nos demuestran que la presencia de cuerpos extraños hiatrogénicos no son excepcionales en el aparato urinario. Haciendo un análisis minucioso de las mismas encontramos que la menor incidencia de oblitos se halla en el riñón. La evolución espontánea más frecuente de los mismos es su eliminación por vía ureteral hacia vejiga, cuando se trata de pequeños fragmentos de catéteres ureterales, o su abcedación y posterior evacuación a través de la piel, con graves procesos perinefríticos, cuando se trata de gasas u otros elementos quirúrgicos. Se han descripto también casos de fistulización hacia duodeno o colon. Cuando los mismos permanecen largo tiempo dentro del parénquima renal son habituales las calcificaciones parciales, lo que ayuda al diagnóstico.



Monograma excretor:  
Placa 30°. Deformación del sistema  
excretor riñón izq.



Monograma excretor:  
Posición oblicua.

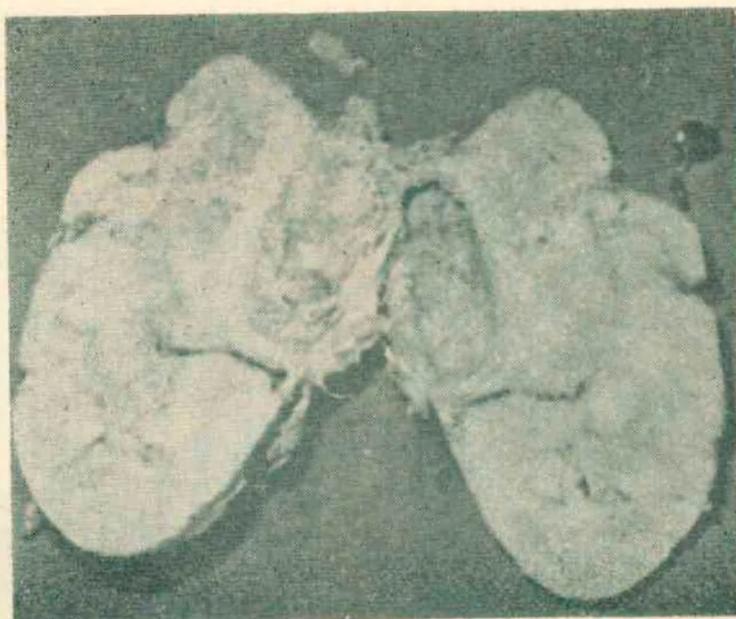
Entre nosotros, los Dres. Mathis y Moser, presentaron en el año 1956 un caso de doce años de evolución.

Hi hallazgo pertenece a R. R., paciente femenina de 50 años de edad, cuya enfermedad actual comienza hace ocho años con cólico renal izquierdo por el que consulta. Realizados estudios radiográficos se diagnosticó litiasis piélica izquierda, siendo intervenida quirúrgicamente en el Servicio de Urología de un Hospital de esta ciudad en el año 1962. Estos datos, quizás imprecisos, son aportados por la enferma, quien no conserva los estudios realizados en aquella oportunidad.

El día 18 de noviembre de 1968 me consulta por dolores lumbares izquierdos, irradiados hacia abdomen inferior, que padece desde aproxi-

\* Pueyrredón 1160, Cap. Fed.

madamente dos años, habiendo eliminado en varias oportunidades "arenillas" acompañadas de hematuria total sin coágulos. El examen somático de la enferma demuestra buen estado de nutrición, conjuntivas bien coloreadas, tórax ligeramente enfisematoso. En abdomen, cicatriz de la lumbotomía izquierda. Genitales sin particularidades. Aparato cardiovascular en límites fisiológicos. Se realiza estudio humoral y pielografía descendente. Entre los primeros lo que se destaca es una discreta leucocitosis con linfocitosis y en el sedimento urinario hematíes y piocitos abundantes. La pielografía descendente con doble dosis de sustancia de contraste muestra:



Pieza operatoria. Cuerpo extraño.

Placa simple: esqueleto sin patología destacable. Aerocolia que dificulta la visualización de las siluetas renales. De las placas obtenidas después de la inyección intravenosa de la sustancia de contraste las más demostrativas son la obtenida a los 10' que muestra eliminación izquierda retardada. En el lado derecho buena conformación pielocalicial. uréter permeable. En el lado izquierdo amputación del sistema calicial superior con rechazamiento de la pelvis hacia abajo. Cálices inferiores distorsionados. Uréter traccionado hacia afuera en su porción superior, formando un ángulo recto seguramente por bridas quirúrgicas. La placa de los 30' muestra las mismas características. Una placa oblicua obtenida a los 30' muestra la pelvis rechazada hacia abajo contorneando aparentemente una formación redondeada que ocupa el polo superior del riñón. Lo mismo se aprecia en la otra oblicua obtenida 10' después.

Las imágenes radiográficas mostrando la amputación funcional del sistema superior y el rechazamiento de la pelvis, planteaban el diagnóstico diferencial entre tumor quístico o sólido. No se realizaron arteriografía ni centelleograma renal por considerar que cualquiera hubiera sido el diagnóstico surgido de su interpretación la conducta exploratoria se imponía.

Operación: 10 de diciembre de 1968. Cirujano Dr. Justo Demaría. Ayudante Dr. Carlos Cambriglia. Anestesia general. Incisión lumbar sobre la cicatriz de la lumbotomía anterior. Se aborda la celda renal hallán-

dose una perinefritis esclerolipomatosa. Con disección roma se liberan el polo inferior, las caras anterior y posterior del riñón. La liberación del polo superior resulta muy dificultosa por hallarse el mismo firmemente adherido al plano posterior. Una vez completada la liberación, el aspecto del riñón y su dureza nos induce a pensar que se trata de un tumor renal maligno, por lo que se practica la nefrectomía, que se realiza según técnica. Cierre de la pared por planos, dejando drenaje de la loge. Postoperatorio normal.

La pieza operatoria muestra un riñón de 10 cm por 5 cm, con grasa perirrenal firmemente adherida a la cápsula. Superficie irregular. Hilio retraído. Abierta se ve en el polo superior una cavidad quística de 4 cm por 2 cm que contiene una gasa en su interior y pus cremoso. El resto del parénquima muestra signos de pielonefritis. El diagnóstico histopatológico dice: "Inclusión N° 66874. Reacción a cuerpo extraño (gasa) integrada por fibrosis, células gigantes multinucleadas y escasa infiltración inflamatoria inespecífica. Asimismo se observa material albuminoideo intratubular y capsular y una nefroesclerosis incipiente'.

#### B I B L I O G R A F I A

- Osmond, J.:* Radiology 60: 375, 1955.  
*Bela G.:* J. of Urol. 37: 35, 1955.  
*Mathis, R. y col.:* Rev. Arg. de Urol. 1-4: 33, 1956.  
*Blaine, E. S.:* Radiology 12: 207, 1929.  
*Brattström, E.:* Acta Chir. Scandinav. 62: 56, 1927.  
*Capon N. B. y col.:* Arch. Dis. Child 13: 85, 1938.  
*Mc Cune, D. P.:* Pennsylvania M. J. 33: 548, 1930.  
*Wilhelmi, O. J.:* J. Urol. 43: 182, 1940.