

Servicio de Clínica Médica del
Prof. MARIANO R. CASTEX

Por los Doctores

A. ASTRALDI, M. PEREZ ZABALA
y J. V. URIBURU (h).

RADIOGRAFIA RENAL EN EL ACTO OPERATORIO

ES un hecho conocido, de quienes han operado litiásis renales, mediante operaciones conservadoras, la frecuencia con que se producen las recidivas calculosas.

Si bien en nuestro medio, aparentemente dicho número no es muy elevado, ello se debe a que la mayoría de los enfermos operados, se pierden de vista y no es posible ver el resultado alejado de la intervención; pero si tomamos el término medio de las estadísticas extranjeras, se observa que es de un 25 %.

Dentro de las recidivas calculosas en las operaciones conservadoras del riñón, cabe hacer el distingo entre las verdaderas y falsas recidivas.

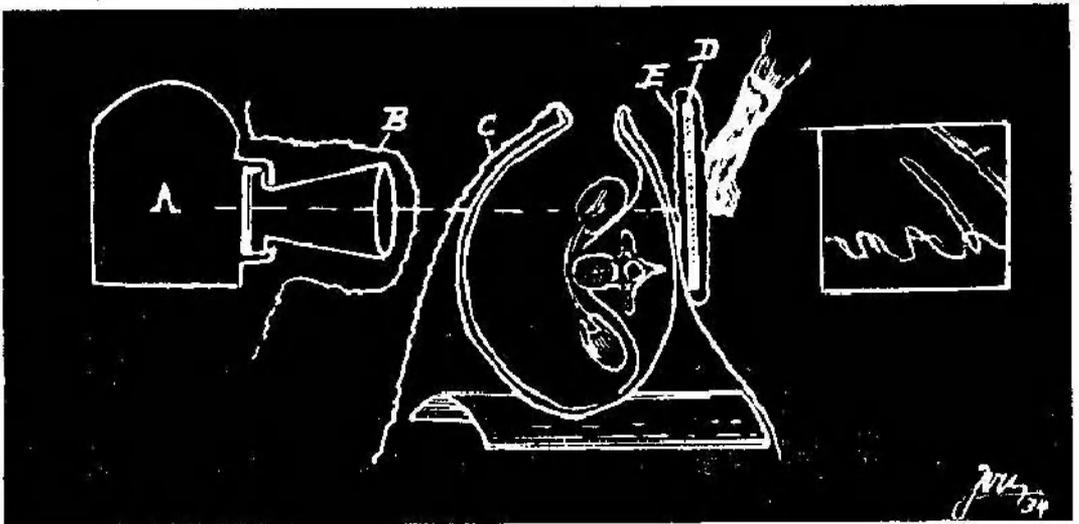
Se llama verdadera recidiva a la repetición de los cálculos que se produce en el riñón operado después de la extracción total de estos (cuya certidumbre únicamente se consigue mediante un examen radiológico post-operatorio); y que están condicionados por factores que obran sobre el enfermo después de la intervención: principalmente la infección y la retención.

Se da el nombre de falsas recidivas, a aquellas que tienen su origen, en una intervención deficiente por el hecho de que han quedado cálculos o restos de cálculos olvidados en el riñón, los cuales, con el correr del tiempo aumentarán en número y tamaño reproduciendo o no la sintomatología primitiva.

En ambas definiciones hicimos hincapié en las palabras "mismo riñón" pues no son recidivas los cálculos que se producen en el riñón opuesto al operado. Las pseudo-recidivas se pueden evitar en gran parte mediante un correcto examen radiológico pre-operatorio y principalmente mediante la utilización de la radiología

en la mesa de operaciones. El hecho de que creemos que somos los primeros que hemos practicado en nuestro medio, la radiografía operatoria por cálculos renales, nos mueve a hacer la presente comunicación.

Pasaremos en revista los medios que se utilizan y a continuación relataremos nuestro caso. Este método data de 1911 con Rafin y Arcelin, quienes practican en algunos casos la radiografía del riñón en el momento operatorio. Años después se generaliza el método marcándose dos tendencias: la radioscópica y la radiográfica. Practican la radioscopia operatoria: Braasch y Carman, Barney,



Marion y otros; en cambio la radiografía cuenta con las preferencias de: Quinby, Willan, Benjamín y Heitz-Boyer.

Tiene este método un triple valor: 1º, *diagnóstico*, pudiendo mostrar cálculos que no se visualizaban a la radiografía pre-operatoria; cuántas veces el número de los cálculos es superior al supuesto antes de la operación; 2º, *localizador*, permite mostrar el sitio exacto donde están él o los cálculos, facilitando su extracción con más rapidez y menos traumatismo; 3º, *de control*, luego de extraído los cálculos, este método permite comprobar la eficacia de la operación y si han quedado o no restos calculosos, hecho de capital importancia en la patagonia de las pseudo-recidivas.

La radiología operatoria *diagnóstica*, no tiene, por decir así, una técnica definida, su indicación precisa sería la de los casos en que se interviene con la certidumbre de una calculosis renal, aún

cuando la radiología pre-operatoria sea negativa; en realidad, la radiología operatoria localizadora y de control, pueden hacer las veces de diagnóstico al mostrar algún cálculo insospechado. La *localizadora*, debe practicarse en los casos de cálculos múltiples diseminados, de cálculos coraliformes rotos y de cálculos movilizados durante la operación. Es innecesaria en los casos de cálculos únicos de pelvis; o en los que ocupan un lugar en el parénquima, como



ser los polos, hecho que ya constituye un punto de reparo. La localización puede hacerse indistintamente mediante la radiografía o radioscopia.

La radiología de *control*, se practica después de la extracción de los cálculos; su indicación no tiene excepciones, debe efectuarse siempre, aun en los casos de cálculos únicos, pues nadie está a cubierto de que pase desapercibido algún pequeño cálculo o un

resto calcuoso; preferimos aquí la radiografía a la radioscopia; puede hacerse con el riñón exteriorizado, o bien sin exteriorizarlo, ya sea colocando el chasis debidamente protegido dentro de la herida, o bien por fuera en el dorso del enfermo.

Esto último es lo que hemos hecho nosotros en el caso que motiva esta comunicación.

Historia resumida del caso:

Enferma E. A. 35 años. Ingresa el 11 de abril 1934 a la Sala VII. del Hospital de Clínicas (Servicio del Prof. Castex).

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Hace un año y medio. sufrió una caída, golpeando sobre la región costo-iliaca izquiérda. A los 9 meses: cólico renal izquierdo, con hematuria y eliminación de arenillas.

Cada 15 ó 20 días se repite el mismo cuadro (podría interpretarse esto como una litiasis de origen contusivo, pero la ausencia de radiografías inmediatas al traumatismo, impide asegurar el hecho).

El riñón izquierdo es doloroso a la palpación.

Se practica: Examen de orinas, Cateterismo ureteral, examen funcional de riñón global y por separado. radiografía y pielografía.

Además, es examinada por especialistas competentes, con el fin de investigar la presencia de focos sépticos en: dientes, amígdalas, senos, intestino, vías urinarias, etc. Como presenta una amigdalitis, se le practica previamente a la operación, la amigdalectomía.

Hacemos notar que estos detalles de exámenes diagnósticos, de búsqueda de focos sépticos, y de enfriamiento de la litiasis se practican sistemáticamente en este Servicio.

Operación: Prof. Dr. Astraldi. Ayudantes: Dres. M. Pérez Zabala y J. V. Uriburu (h.).

Lumbotomía izquierda. intensa perinefritis lipomatosa; el riñón no se exterioriza, no tanto por la perinefritis, sino por considerarlo innecesario, por practicarse una pielotomía inferior.

Se extrae el cálculo, y antes de cerrar la pared, se saca una radiografía de control, colocando la placa cubierta de una compresa esterilizada en el dorso del enfermo, y acercando el aparato de Rayos X (Victor portátil, modelo D, a prueba de choques), cubierto con un campo esterilizado, hacia un costado del enfermo.

Se envía inmediatamente a revelar la película, contestando el radiólogo, a los pocos minutos, de que no se encuentran restos calcuolosos en la radiografía.

Cierre de la pared. Postoperatorio sin particularidades. Alta a los diez días. Ya a los quince días se le ha sacado la primera radiografía postoperatoria. Así se la seguirá examinando periódicamente.

Servicio de Clínica Médica del
Prof. MARIANO R. CASTEX

Por los Doctores

A. ASTRALDI y
ALFREDO LANARI

LA PALPACION EN EL RIÑÓN EN HERRADURA

EL diagnóstico del riñón en herradura ha pasado por tres períodos: 1º, hallazgo de autopsia; 2º, sorpresa operatoria, y el 3º, de diagnóstico propiamente dicho que a su vez se le puede dividir: en clínico y radiológico.

Es tributaria esta evolución al perfeccionamiento de la técnica exploratoria que ha permitido que una entidad clínica considerada como de excepcional rareza pase a la categoría de encuentro corriente. Gutiérrez, de New York, encuentra en una proporción de un riñón en herradura cada 671 autopsias y un riñón en herradura cada 400 pielografías. Entre nosotros se han publicado una serie de casos de esta malformación de diagnóstico pielográfico preoperatorio.

Actualmente estamos en la etapa radiológica del riñón en herradura. Casi exclusivamente la pielografía es la que hace el diagnóstico sin que ella haya sido hecha con el propósito de su encuentro. La coexistencia de una patología asociada a la malformación induce al urólogo a practicar el examen pielográfico y se producen recién las sorpresas de lo imprevisto.

Sin embargo, es muy raro que sea absolutamente silenciosa la fusión de los riñones. Se traduce esta anomalía por una serie de síntomas raros, banales, diríamos, pero que su conocimiento debe en ausencia de otras causas que lo expliquen hacer pensar en dicha entidad anátomo-clínica.

Gutiérrez divide la sintomatología del riñón en herradura en tres grupos: 1º, dolores en el hipogastrio y región umbilical, algunas veces en la lumbar; 2º, constipación crónica y trastornos gástricos; 3º, disturbios en el árbol urinario sobreviniendo por crisis.

Salvo esta última parte del síndrome que lleva a pensar en una afección renal o de sus anexos, el resto de este no permite relacionar los trastornos descritos con una malformación renal. Por esa circunstancia gran parte de los casos diagnosticados pre-operatoriamente han sido aquellos en los cuales lesiones de diversa índole del parénquima renal o de su sistema excretor han conducido al examen pielográfico.

Es generalmente al clínico a quien son enviados los enfermos que no presentan el complemento de síntomas urinarios del síndrome del riñón en herradura. Se buscará la causa de ellos y en su ausencia se hará uno de esos diagnósticos de auto-consuelo que no lo dejará satisfecho, pero el diagnóstico de riñón en herradura quedará en suspenso porque es menester tener presente el consejo de Israel, que insistía en la posibilidad de diagnosticar clínicamente un riñón fusionado.

Naturalmente que no es por la anamnesis que el clínico contará como elemento de más valor para fundamentar su diagnóstico. Tendrá que recurrir a uno de los métodos de la semiología clásica, la palpación, la cual le permitirá en muchas ocasiones, ratificar los datos suministrados por el enfermo y justificar así la necesidad de una pielografía.

A uno de nosotros, Dr. Lanari, al examinar palpatoriamente a una de las enfermas de la cátedra que no acusaba sintomatología renal alguna, le permitió hacer el diagnóstico de sospecha de un riñón en herradura que fué confirmado a posteriori por la pielografía y con ello hallar una explicación satisfactoria al malestar abdominal indefinido y a la constipación sumamente acentuada que padecía la enferma. Este hecho es elocuente de la ayuda que puede prestar la palpación en el diagnóstico, puesto que no había en la historia clínica de la enferma elementos suficientes para sospecharlo. La pielografía no se hubiera llevado a cabo por innecesaria.

La mayor parte de los autores concuerdan que la palpación suministra datos de importancia. Gutiérrez señala que en siete de sus veinticinco enfermos fué posible delimitar el istmo. Ludowigs, Eisendrat, Phifer y Colver; Pisani; Kessler; Lazurus; Eisendrath, Rudnik Baker; Grayet y Kretchmer palpan el istmo o ciertas par-

particularidades en los riñones que deben hacer pensar en esta entidad. Pero la palpación fué hecha en su mayoría después del diagnóstico pielográfico.

Howard Sjack, E. de la Peña, Gerard, por el contrario no encuentran datos de importancia en la palpación. Howard Sjack, el diagnóstico del riñón en herradura antes de la era pielográfica era sólo operatorio. Pisani hace notar que de los 14 casos diagnosticados pre-operatoriamente todos lo fueron por la pielografía.

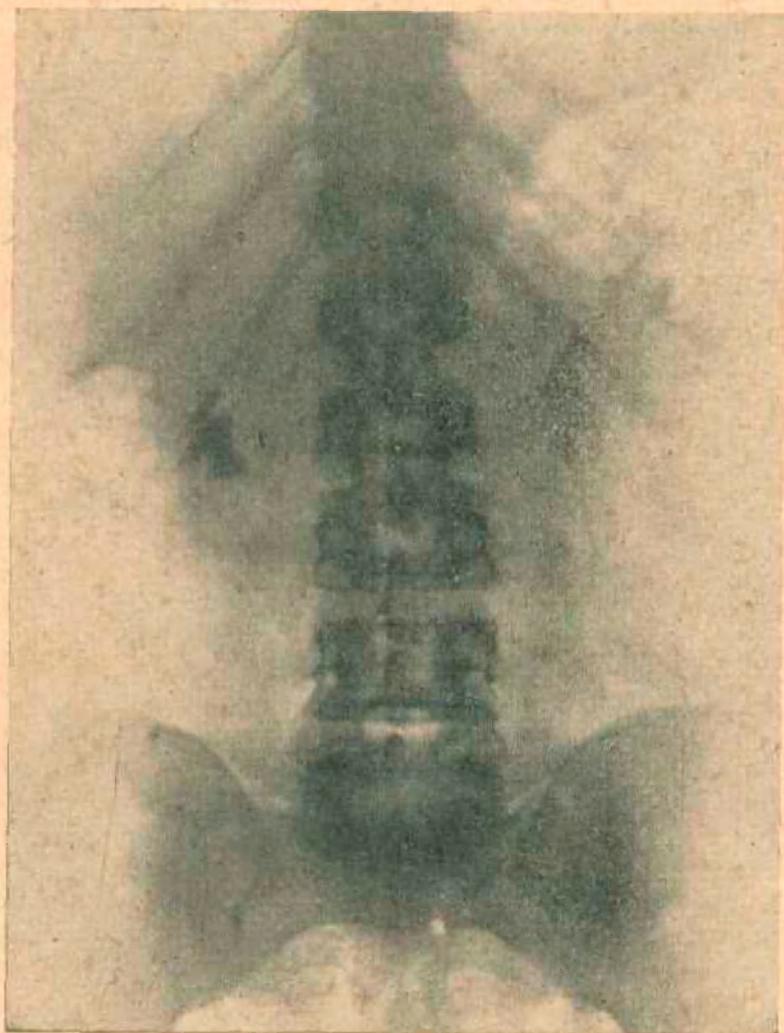
Israel, Albarrán, Matinouw han hecho el diagnóstico sola-



mente por la palpación pero en casos con una patología renal concomitante.

La palpación no siempre es demostrativa; en los casos positivos ella puede revelar signos directos o indirectos de la existencia de la malformación. Los signos directos, están dados por la palpación del istmo, el cual es acccible en los casos que está formado por parénquima renal, o por un grueso tracto fibroso. Otras veces la unión entre ambos riñones es sólo un delgado puente conjuntivo, que hace la palpación imposible. En la primera eventualidad se encuentra en la línea media continuando el borde interno del polo inferior, una masa con los mismos caracteres físicos que el

riñón. que se palpa más fácilmente en la línea media por la saliencia que forma la columna vertebral que generalmente está fija, no siendo movilizada por la mano que explora ni acompañando los movimientos respiratorios. Excepto el colon transversal que puede hacer confundir la naturaleza de esta tumoración transversal, que fué

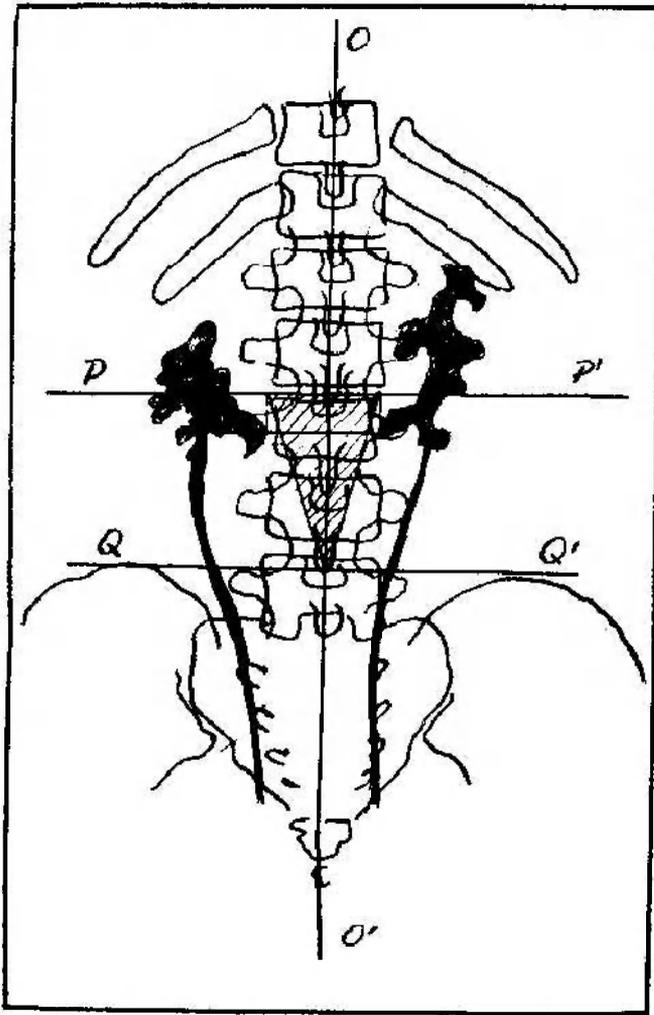


lo que ocurrió en el primer examen que hicimos en nuestra enferma, un hallazgo de esta especie debe hacer sospechar siempre en un riñón en herradura.

Los signos indirectos obedecerían al cambio de posición de los riñones afectados por esta anomalía. Generalmente estarían descendidos y muy cercanos a la línea media. Eisendarth, Rudnik y Baker los encuentran en uno de sus tres casos junto al promonto-

rio. Kessler y Gutiérrez recalcan la importancia que reviste el tacto rectal o vaginal en las ocasiones en que hay gran descenso del riñón.

La fijeza expiratoria y a la movilización sería otra particularidad de esta malformación. Surraco añade otro signo que parece corresponderle y que es la comprobación de una masa con los ca-



racteres renales que se halle situada muy cerca de la pared anterior y cuyo contacto lumbar sea difícil de encontrar. Ludowigs llama la atención también de la superficialidad anterior debida al acabalgamiento sobre la columna.

Las irregularidades de los polos inferiores en los riñones en herradura simétricos, los latidos exagerados de la aorta, o el dolor epigástrico a la presión, no ofrecen la misma importancia en el diagnóstico.

Otros signos clínicos de la malformación estudiada serían los edemas sine-materia observados en los miembros inferiores, que traducirían la compresión venosa por el istmo. Un sonido distinto en la percusión, efectuada sobre el lugar de supuesto istmo, el signo de Rowsing, o sea el dolor a la hiperextensión de la columna y la coexistencia de anomalías en las vértebras que acompañarían frecuentemente al riñón en herradura y que según Tchoudnovsky serían las causales de los dolores abdominales y lumbares, pertenecerían a los datos clínicos que se pueden encontrar en estos enfermos.

Por prolijo que sea el estudio clínico y por favorable que sea el caso estudiado, no es posible sino un diagnóstico de presunción el cual justificará la necesidad de un estudio pielográfico descendente primero, o ascendente si aquél dejara lugar a dudas, y que hará factible el diagnóstico de certeza del síndrome del riñón en herradura.

Este ha sido el proceso diagnóstico de la enferma cuya historia resumida adjuntamos: una suposición despertada por la palpación, encuentra asidero en el amnannesis y que la pielografía confirma.

HISTORIA CLINICA

J. A. G. 46 años, casada. Costipada crónica. — Su afección actual se inicia hace seis años con un dolor sordo y palpitations a nivel del epigastrio, dolor sin irradiaciones y sin ninguna relación con los ingestas, no siendo acompañados de ardores ni vómitos. Desde hace 2 meses aparece una tos pertinaz, acompañada de algunos esputos hemoptoicos. Astenia, anorexia y sudores nocturnos. Ha adelgazado ocho kilos en el último año.

Estado actual. — Al efectuar la palpación del riñón derecho se lo halla descendido, siendo fácilmente palpable su polo inferior lo mismo que las tres cuartas partes de su cuerpo. Muy cercano a la línea media y continuándose su polo inferior en la parte interna con una masa que se dirige transversalmente hacia adentro, y que sigue la corvadura de la columna. La superficie, consistencia, y demás caracteres físicos de este puente, tienen similitud con los de la masa renal.

En el lado izquierdo se halla también el riñón descendido y cercano a la línea media pero más difícil de palpar y de precisar sus características que en el lado opuesto. Se encuentra también una prolongación interna del polo inferior que parece unirse con la del lado derecho.

La movilidad renal tanto la provocada por la palpación como la que

acompaña a los movimientos respiratorios, está disminuida en ambos lados.

El peloteo renal es difícil de conseguir por la proximidad a la línea media de ambos riñones.

Los resultados del examen clínico de la enferma sugirieron la posibilidad de tratarse de un síndrome de riñón en herradura, por lo cual fué requerida la ayuda del urólogo para completar el estudio y poder certificar el diagnóstico de presunción. Se practica como primera medida una pielografía descendente con Uroselectán B que fué lo suficientemente demostrativa como para poder afirmar la exactitud del diagnóstico, pese a lo cual se hicieron diversas pielografías ascendentes, que no hicieron más que confirmar el vicio de conformación del sistema pielo-calicial que acompaña siempre al riñón en herradura. Se traza asimismo el triángulo que describe Gutiérrez como patognomónico de esta anomalía y se obtiene el dibujo que el autor da como característico de ello.

BIBLIOGRAFIA

- E. DE LA PEÑA. — *Sobre el roentgendiagnóstico del riñón en herradura, dos casos diagnosticados por medio de la uroquiografía.* — Jour. d'urologia. 1er. semestre de 1931, pág. 258.
- H. J. JECK. — *El riñón en herradura y especialmente su técnica operatoria.* — The Jour. of the Amer. Med. Assoc. (Chicago 111). Vol. 98, N° 8, 20/11/1932, pág. 603-10.
- A. JACOBS. — *Dos casos de riñón de herradura.* — The British Med. Jour. N° 3626, 5 de julio de 1930.
- SURRACO. — *Sobre el diagnóstico radiográfico del riñón en herradura.* — Jour. d'urologia. 2º semestre de 1930, pág. 130.
- LUDOWIGS. — *Riñón en herradura; diagnóstico y tratamiento conservador.* — The Urol. and Cut. Rev. T. XXX, N° 3, marzo de 1926, pág. 132.
- D. N. EISENDRATH, F. M. PHIFER y H. B. CULVER. — *El riñón en herradura.* — Annals of Surgery. T. 82, N° 5, Nov. de 1925, pág. 735-65.
- PISANI. — *Nueva contribución a la cirugía del riñón en herradura; consideraciones especiales concernientes al diagnóstico pre-operatorio.* — Arch. Italia. de urologia. Vol. III, fasc. 2 oct. 1926, pág. 97-113.
- JEAN KESSELER. — *La sección del istmo o sinfisiotomía en un riñón en herradura.* — Tesis. París 1923-24.
- J. A. LAZARUS. — *Tuberculosis de un riñón en herradura.* — The Jour. of Urol. Vol. 18, N° 3, Sep. 1927, pág. 247-257.
- GERARD. — *Litiasis renal en un riñón en herradura.* — Jour. d'urologia. 1er. semestre, 1932, pág. 98.

- D. EISENDRATH, RUDNICH y W. BAKER. — *Tres casos de riñón en herradura diagnosticados antes de la intervención.* — The Jour. of Urol. T. XVIII, N° 2, agosto de 1927, pág. 187-94.
- GAYET. — *Tuberculosis y litiasis en un riñón en herradura. Heminefrectomía: curación.* — Jour. d'urologia. 1er. semestre 1922, pág. 471.
- L. PISANI. — *Patología, diagnóstico, tratamiento del riñón en herradura.* — Arch. Italiano de Urologia. Vol. II, fasc. IV, 1926.
- H. L. KRETCHMER. — *Diagnóstico pre-operatorio de un riñón en herradura.* — The Jour. of the Amer. Med. Assoc. (Chicago III). Vol. 88, N° 2, 18/1/1927, pág. 77-82.
- E. PAPIN ET J. KESSELER. — *La sección del istmo o sinfisiotomía en el riñón en herradura.* — Arch. Mal. des reins et des org. gen.-urin. T. 2, pág. 1.
- H. J. JECK. — *Riñón en herradura con descripción de la técnica quirúrgica.* — The Jour. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 98, N° 8, febrero 1932, pág. 603-09.
- R. GUTIÉRREZ. — *Riñón en herradura.* Libro. 1933.
-