

Facultad de Medicina de Rosario  
Cát. de Urología: Prof. Dr. M. A. LLANOS

Por el Doctor  
MIGUEL A. LLANOS

## UN CASO DE HIDROPIONEFROSIS EN UN RIÑÓN ECTOPICO PELVIANO

### HISTORIA CLÍNICA

J. C. Italiano, 30 años. jornalero. viudo. Ingresó al Hospital Centenario el 23 de Noviembre de 1934.

*Antecedentes hereditarios.* — Padres sanos: tiene tres hermanos igualmente sanos.

*Antecedentes personales.* — Sarampión en la infancia; traumatismo en la región sacra por el que tuvo que guardar cama ocho días. Hace dos años tuvo blenorragia que duró dos meses, curándose con lavajes uretrovesicales de permanganato de potasio, sin ninguna complicación.

*Enfermedad actual.* — La enfermedad actual se inicia hace cuatro años por dolores por debajo de la fosa iliaca izquierda, acompañados de disuria y polaquiuria, con propagación hacia el glande: dichos dolores duraban dos o tres días para repetirse en los primeros tiempos cada cuatro o cinco meses más o menos; últimamente se repetían cada semana y siendo más prolongados. El enfermo no sabe decir desde cuando tiene las orinas turbias. Últimamente el enfermo orinaba cada media hora, tanto de día como de noche.

*Examen de los órganos génito urinarios.* — Calibre y sensibilidad de la uretra normales. La próstata, al tacto rectal, normal, pero por encima de ella y ligeramente lateralizada a la izquierda se nota una tumoración renitente y dolorosa al tacto que da deseos de orinar y que, a la palpación bimanual, se puede apreciar su tamaño como un huevo de avestruz.

*Cistoscopia.* — Capacidad vesical 160 c. c., mucosa normal a excepción de la zona del meato ureteral izquierdo en que hay edema: dicho meato es pequeño y tiene eyaculaciones turbias. El meato derecho en situación, tamaño y eyaculación normal.

La sonda, en el lado derecho entra sin dificultad 25 centímetros, y sale la orina en forma intermitente. Capacidad pélvica: 20 c. c.

En el lado izquierdo la sonda pasa también sin mayores dificultades y la orina se alimina gota a gota, en forma continua; presionando la tumoración, sale

en forma de chorro continuo hasta la cantidad de 150 c. c. Inyectando líquido se puede introducir 125 c. c.

La orina recogida de cada riñón da el siguiente resultado:

Riñón derecho: 50 minutos, cantidad 55 c. c., urea: 14.30 ‰; cloruros: 4.50 ‰. Regular cantidad de hematíes, uratos amorfos.

Riñón izquierdo: 50 minutos; cantidad: 165 c. c.; es necesario tener en



Figura 1

cuenta que en un primer examen se comprobó una retención de 150 c. c.; urea: 7.0 ‰; cloruros: 4 ‰; hematíes y regular cantidad de pus.

Tanto en el sedimento de la orina total como en la de riñón izquierdo no se encontraron bacilos de Koch.

El resto del organismo funcionaba normalmente.

*Operación.* (24 de Septiembre de 1934). — Cirujano: Dr. Miguel A. Llanos. Ayudantes: Dres. Singer y Tettamanti. Raquíanestesia con novocaina. Incisión mediana infraumbilical. Abierta la cavidad abdominal se coloca al enfermo en posición Trendelenburg. Se disponen gasas grandes para proteger y separar la masa intestinal hacia arriba. El colon iliopélvico, que se encuentra en

la línea media, se rechaza hacia la derecha y a través del peritoneo parietal posterior se descubre el riñón izquierdo colocado en la pelvis. Se incinde el peritoneo, se trata de liberar cuidadosamente el riñón, luego el uréter, el cual se liga y secciona a termocauterio. Luego el pedículo. La arteria se encuentra en el tercio superior del riñón. Se extrae el riñón (ver informes del Instituto de Anatomía y Fisiología Patológicas). Cierre del peritoneo parietal posterior y anterior y de la pared, sin drenaje.

*Post-operatorio.* — Supuró la pared. El enfermo se levanta al mes de operado, dándosele de alta un mes después completamente curado.

Del examen practicado llegamos al diagnóstico de hidropionefrosis en un riñón ectópico, que dada la situación lo incluimos

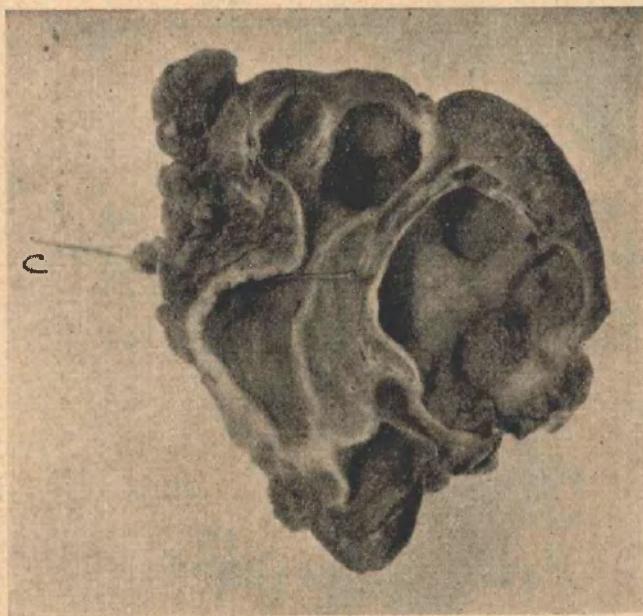


Figura 2

en la variedad pelviana baja profunda de acuerdo a la clasificación de Papin.

Pero, era indispensable, antes de hacer la indicación operatoria, determinar la presencia y la situación del otro riñón y además visualizar el riñón ectópico, asiento de la hidropionefrosis, para determinar su situación exacta. Con ese fin mandamos efectuar una radiografía simple, que fué negativa; una pielografía descendente que visualiza solamente la situación normal del riñón derecho, (radiografía 1), y por último una pielografía ascendente del lado izquierdo, (radiografía 2), que confirma el diagnóstico

formulado con anterioridad. El examen clínico y la pielografía del riñón izquierdo permiten decir que corresponde a la variedad pelviana baja; con todos esos datos estamos en condiciones de formu-

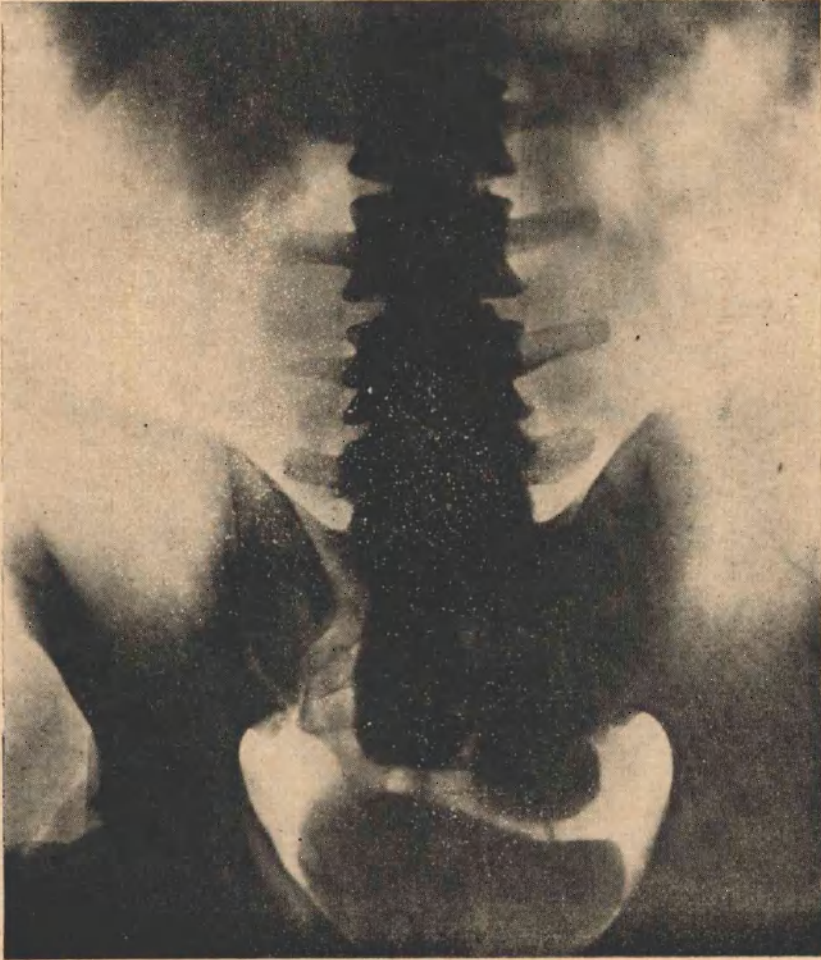


Figura 3

lar el tratamiento que no podía ser otro que quirúrgico, faltaba solamente elegir la vía: extraperitoneal o transperitoneal.

En la inmensa mayoría de los casos intervengo el riñón por vía extraperitoneal y máxime cuando se trata de procesos supurativos: sin embargo en el caso presente, dada la situación del riñón, temía encontrarme con serias dificultades para aislarlo y ligar

los vasos, y esta fué la razón por la cual elegí la vía transperitoneal. Creo sin embargo que si me encontrase en otro caso parecido, elegiría la vía extraperitoneal, o por lo menos empezaría por dicha vía dispuesto a completarle por la vía transperitoneal siempre que

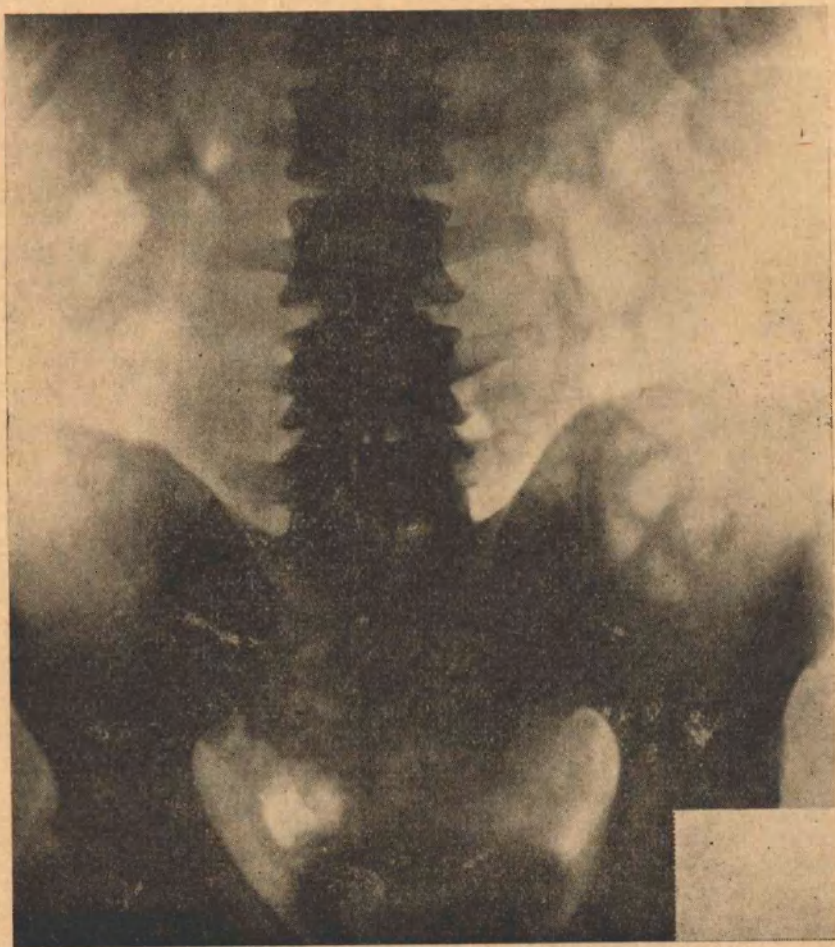


Figura 4

las circunstancias me obligaran. La incisión extraperitoneal siempre sería útil para dejar un pequeño drenaje.

EXAMEN ANATOMO-PATOLÓGICO

*Tejido remitido:* Riñón izquierdo.

*Diagnóstico clínico:* Riñón ectópico e hidronefrósico.

*Diagnóstico Histo-Patológico:* Hidronefrosis y pielitis crónica.

*Descripción macroscópica.* — Organo disminuído de tamaño, sumamente deformado, aparece como una torta, de superficie ondulosa, debido a lobulacio-

nes que presenta. La cápsula desprende con facilidad, dejando una superficie sumamente granulosa, apareciendo también pequeñas umbilicaciones. Incindido por su borde convexo, aparece el parénquima renal muy disminuído de espesor por atrofia debido a la distensión de los cálices, que forman cavidades de distintos calibres comunicándose con la pelvis que también está algo aumentada de diámetros y de paredes espesadas.

*Descripción microscópica.* — La pared de los cálices se presenta espesada por hiperplasia conectiva e intensa infiltración leucocitaria (linfocitos, y polinucleares neutrófilos y eosinófilos). El epitelio que los tapiza muestra sus células hiperplasiadas, pero sin adquirir caracteres polimorfos.

La pelvis se presenta en iguales condiciones.

El parénquima renal en la parte cortical, aparece más o menos bien conservado, no así en las columnas de Bertin, y lo correspondiente a las pirámides de Malpighio, que muestran sus elementos en estado de atrofia por compresión.

Vemos algunos tubos de Bellini, que al desembocar en los cálices, adquieren un gran calibre por distensión.

Trátase de un proceso hidronefrósico con reacción inflamatoria de los cálices y pelvis renal.

#### DISCUSIÓN.

*Dr. Salleras.* Está de acuerdo con el comunicante en cuanto a la vía más conveniente para la cirugía del riñón ectópico, que debe ser la extraperitoneal. Cita un caso de nefrectomía sin inconvenientes, en una pionefrosis en riñón en herradura, con hemisección muy baja todo por vía extraperitoneal.