

Serv. de Urología del Hospital Español,
Jefe: Doctor ARTURO SERANTES

Por los Doctores

ARTURO SERANTES, LEOPOLDO
MONTES y ALFONSO PUJOL

ECTOPIA SIMPLE BILATERAL CON PROBABLE SINFISIS

HACIENDO una revisión más o menos prolija de la bibliografía nacional, referente a las fusiones renales y a las anomalías de posición del riñón, comprobaremos, que si bien son numerosas las observaciones publicadas de ectopías simples unilaterales y de fusiones renales simétricas o riñones en herradura simétricos, son por el contrario excepcionales las ectopías simples bilaterales y las fusiones renales asimétricas; teniendo en cuenta estos hechos hemos considerado oportuna la presentación del caso clínico que a continuación comentamos.

La historia clínica del enfermo, objeto de esta comunicación, pertenece al servicio de Urología del Hospital Español y corresponde al número de orden 5456, siendo sus datos los siguientes: S. G. Español, de 22 años, soltero, agricultor, que ingresa al servicio el 17 de marzo de 1936.

Antecedentes familiares. — Padres viven y son sanos, tiene cuatro hermanos sanos.

Antecedentes personales. — El enfermo declara que no tuvo nunca ninguna enfermedad digna de mención, excepto la actual.

Antecedentes génito-urinarios. — Pubertad en época normal, relaciones sexuales iniciadas a los 20 años. Hace 5 años tuvo una uretritis al parecer banal, con escasa secreción purulenta de color blanco, la cual curó sin medicación especial. Inmediatamente después de esta uretritis se inicia la enfermedad actual, manifestándose desde entonces por dolores, en ocasiones intensos, localizados en fosa ilíaca derecha, sin irradiaciones, que no aumentaban con la marcha ni los esfuerzos, irregulares en cuanto a intensidad y duración. Con tales síntomas había sido considerado como enfermo de su apéndice y esa fué la causa que le condujo al consultorio de Clínica Médica del Hospital Español, de donde nos fué enviado para su examen.

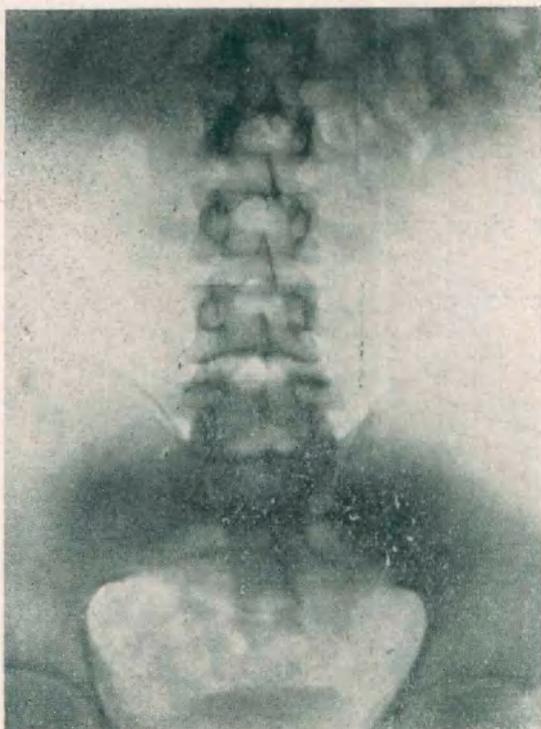


Figura 1

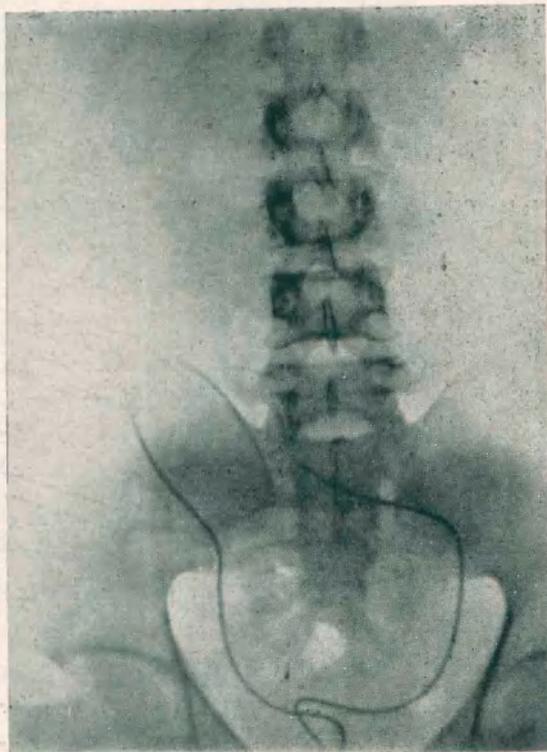


Figura 2

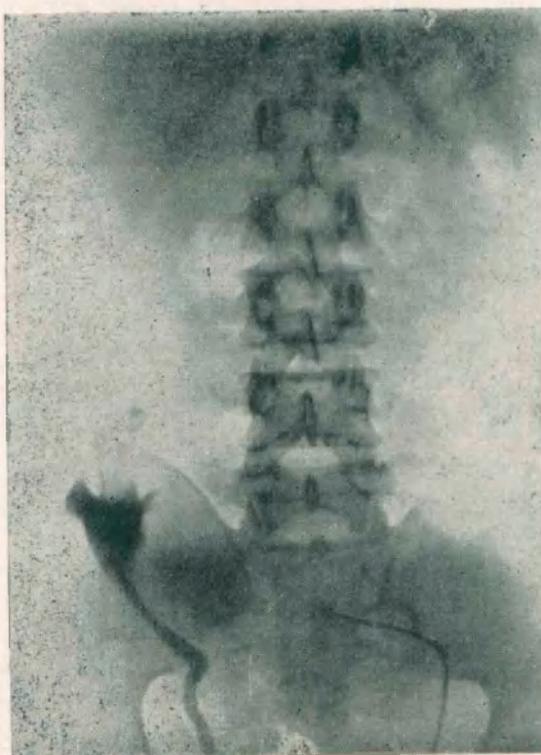


Figura 3

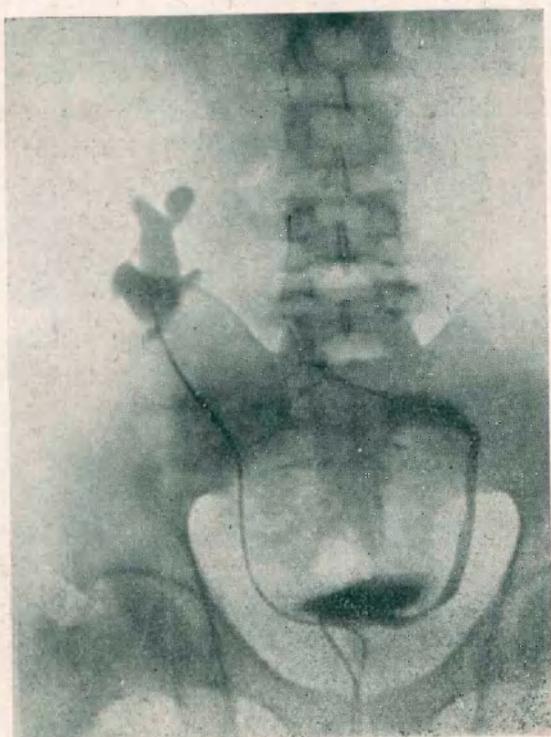


Figura 4

Refiere el enfermo que al mismo tiempo que sus dolores solía sufrir deseos frecuentes de orinar, igualmente de día que de noche micción imperiosa y en ocasiones tenesmo vesical, pudiendo, en esas circunstancias, contener su necesidad de orinar sólo por espacio de media hora. En ningún momento ha tenido fiebre.

Estado Actual. — Buen estado general, sujeto musculoso, pesa 72 kilos.

Inspección y palpación de fosa iliaca y flancos. — A la inspección se observa, en fosa iliaca derecha a 4 centímetros por dentro de cresta, un ligero relieve que no excursiona rítmicamente con los movimientos respiratorios; a la palpación en decúbito dorsal se percibe una tumoración alargada de bordes redondeados, que se prolonga hacia abajo y adentro en dirección a pequeña pelvis, al practicar una palpación profunda con ambas manos, se consiguen transmitir los movimientos de una a otra de éstas, mediante la masa sólida, al parecer constituida por la antedicha tumoración derecha y otra más pequeña, escasamente palpable, situada en lado izquierdo, casi en línea media; esta tumoración, tanto la del lado derecho como la del izquierdo, dan la sensación de encontrarse fijadas sobre los planos resistentes subyacentes, por cuanto sólo se consiguen desplazamientos muy pequeños al intentar movilizarlas; tienen consistencia firme, no se despiertan, por la palpación profunda, dolores locales ni a distancia.

Aparato génito-urinario. — La palpación de ambas zonas renales no permite encontrar riñón palpable. No se perciben puntos dolorosos renales ni ureterales. Vejiga no tiene retención. Uretra de buen calibre, meato amplio en posición normal. Próstata, al tacto rectal se manifiesta de tamaño, consistencia, superficie y sensibilidad normales; no se palpa tampoco nada anormal en su vecindad. Pene bien formado, prepucio largo, ligera fimosis. Escroto, presenta várices superficiales. Ambos testículos en posición, tamaño, consistencia y sensibilidad normales. Epidídimos, tamaño, consistencia y posición normales.

Orina. — Prueba de los vasos, limpia en ambos. Micción, normal, con una frecuencia de 3 ó 4 horas; proyección del chorro normal.

Cistoscopia. — Buena capacidad y tolerancia a la distensión, medio transparente; paredes vesicales sin compresiones ni desplazamientos anormales; mucosa ligeramente congestiva a nivel de los orificios ureterales, el resto de color, brillo y vascularización, normales. Ambas desembocaduras de uréteres en la vejiga se encuentran implantados en zona normal y presentan una dilatación quística del tamaño de un garbanzo que experimenta cambios de volumen (movimientos de expansión), con un ritmo análogo al de las eyaculaciones de orina, su coloración es roja. El orificio ureteral derecho se encuentra implantado en el vértice de su correspondiente dilatación quística y el izquierdo por detrás de la suya.

Índigo carmín. — El riñón derecho inicia su eliminación a los 5 minutos con poca intensidad. Riñón izquierdo a los 4 minutos y 20 segundos en forma intensa.

Cateterismo ureteral doble. — Presenta un poco de dificultad en el lado derecho que desaparece al colocar el enfermo en posición Trendelenburg, en esa forma se consigue introducir una sonda ureteral N° 12 hasta los 22 centímetros; en el lado izquierdo igualmente se coloca una sonda de N° 12, pero sólo hasta los 18 centímetros.

En posesión de esos datos clínicos practicamos una primera radiografía simple de la cual no obtenemos ningún elemento de positivo valor diagnóstico a no ser la falta absoluta de sombras renales a nivel de sus zonas normales. Se practica una segunda serie de urografías endovenosas con Perabrodil, obteniéndose en los 3 clichés sombras características de una pelvis renal derecha en posición y situación anormales; por el contrario nos sorprende la falta de eliminación de substancia opaca, suficiente para dar sombras a nivel de la zona renal izquierda, no encontrándose eliminación sospechosa en ningún otro sitio.

Frente a estos resultados, decidimos practicar a nuestro enfermo una tercera serie de radiografías con sonda opaca la cual se realiza en 3 posiciones, de pie, horizontal y en Trendelenburg; notamos en ellas por primera vez la desviación hacia la línea media del uréter izquierdo y la escasa movilidad renal en las 3 distintas posiciones, que da una idea de la fijeza de las glándulas. Por último aprovechamos la circunstancia de encontrarse el enfermo con doble sondado ureteral y le hacemos una urografía por rellenamiento en posición horizontal, pero nos llama la atención encontrar solamente una imagen pieloureteral derecha con las siguientes características: pelvis ampular, alargada en sentido vertical, digitaciones caliciales que se desprenden en dirección transversal con relación a la pelvis y otras en sentido anteroposterior; el uréter aborda la pelvis por su costado externo, está dilatado uniformemente en todo su trayecto y tiene una acodadura bien manifiesta a nivel del extremo inferior de la sínfisis sacroilíaca derecha. En cambio, observamos que todo el líquido inyectado en pelvis izquierda ha refluído hacia la vejiga. Inmediatamente repetimos una nueva urografía por rellenamiento pero esta vez colocamos al enfermo en posición de Trendelenburg y sólo así obtenemos la imagen ureteropielíca correspondiente al otro riñón cuyas características son las siguientes: uréter ligeramente dilatado que se dirige hacia arriba verticalmente hasta el punto de unión del tercio inferior con el tercio medio de la sínfisis sacroilíaca del mismo lado para luego incurvarse en ángulo recto y seguir en dirección horizontal hacia la línea media; en todo su trayecto horizontal y comenzando desde su acodadura se nota un ensanchamiento progresivo del uréter como si se esbozara una pelvis renal.

Agregaremos como datos clínicos interesantes los resultados del examen químico y funcional de la orina de cada riñón por separado el cual arroja las cantidades siguientes: Tiempo de recolección, 1 hora.

<i>Riñón derecho</i>	<i>Riñón izquierdo</i>
Cantidad: 22 c. c.	Cantidad: 31 c. c.
Urea por mil: 11.35	Urea por mil: 12.61
Cantidad de urea: 0.249	Cantidad de urea: 0.390
Cloruros por mil: 8	Cloruros por mil: 8.50
Cantidad de cloruros: 0.176	Cantidad de cloruros: 0.263
P.S.P. Inc, 4', Total: 25 %	P.S.P. Inc, 3', Total: 35 %

No hay en ambos albúmina ni gérmenes. Azoemia 0.28 por mil.

Del análisis de los síntomas que presenta nuestro enfermo establecemos las siguientes conclusiones diagnósticas:

I. — Atendiendo a los signos clínicos y radiológicos debemos establecer el diagnóstico de ectopía renal simple bilateral.

II. — De acuerdo a la altura en que se encuentran las glándulas renales es necesario clasificarle como una ectopía iliaca del lado derecho y pelviana del izquierdo, es decir, ectopía bilateral en posición iliopelviana.

III. — Por último, teniendo en cuenta la proximidad de ambos riñones, los datos suministrados por la palpación bimanual y la excursión o movilización casi igual de ambos riñones revelada en las distintas posiciones, presumimos como muy posible, la fusión más o menos íntima de ambas glándulas, que han adoptado la disposición llamada riñón en forma de L.

Finalmente creemos necesario hacer notar los benéficos resultados terapéuticos, obtenidos mediante la aplicación reiterada de sondas ureterales con fines diagnósticos, por cuanto después del primer cateterismo y en ocasión de una cistoscopia subsiguiente, notamos que las dilataciones quísticas ureterales se había reducido casi por completo; al mismo tiempo el enfermo no siguió acusando sus acostumbrados dolores y dos meses después de ausentarse del Hospital nos escribe para comunicarnos que su estado general es muy bueno, habiendo desaparecido sus síntomas subjetivos en forma progresiva, hasta el momento de enviarnos su carta.

Discusión:

Dr. Astraldi. — Creo interesante la comunicación, y creo que que de una vez por todas es necesario unificar el criterio de la clasificación de las anomalías de posición del riñón, a fin de facilitar la comprensión y la búsqueda bibliográfica. Creo como los comunicantes que se trata de un riñón en L, y aconsejaría que se adoptara en lo sucesivo la clasificación de Papin, que me parece muy buena. En cuanto a la posibilidad de una sínfisis, no pudiendo comprobarse por la intervención quirúrgica, puede recurrirse a dos medios: el enfisema perirrenal, que no aconsejo en este caso, y la pieloscopia, que yo la he realizado con éxito en más de una oportunidad. Delante de la pantalla radioscópica es perfectamente posible estudiar la relación de los desplazamientos de ambos riñones.

Dr. Isnardi. — No pudiendo practicarse la pieloscopia, creo que también puede ser de utilidad sacar varias radiografías en distintas posiciones, y estudiar en ellas la relación de los desplazamientos de los órganos.

Dr. Pujol. — Estamos en comunicación con el enfermo y es muy posible que podamos llevar a cabo estas investigaciones complementarias.
