

Serv. de Urología del Hospital Rawson,  
Jefe: Prof. Dr. BERNARDINO MARAINI

Por los Doctores

A. TRABUCCO y  
RAUL SANDRO

## HEMINEFRECTOMIA POR LITIASIS RENAL EN RIÑÓN UNICO

SIN querer hacer un estudio de conjunto de los pocos casos de riñón único en que el cirujano se ha visto obligado a intervenir, presentaremos a fin de enriquecer la casuística nacional, la historia clínica de una enferma con litiasis de polo inferior de un riñón infectado y con doble uréter, a quien hemos practicado la extirpación de dicho polo, dejando la parte superior de este órgano cuyo buen estado permite la subsistencia de esta paciente a tal grado que hoy se puede considerar una persona sana.

Esta enferma entró al Hospital Rawson, al servicio de Urología, el día 20 de Julio de 1937. Está fichada con la historia clínica CXLII N° 6. Se trata de un mujer, C. F. de K., de 35 años, yugoeslava.

Su enfermedad actual comienza hace 3 meses con un dolor atenuado en región lumbar izquierda, que se exacerbaba con el caminar y cuando viajaba en vehículos de andar poco confortable. Estos dolores, tanto atenuados como agudos, tenían una franca irradiación hacia la parte interna del muslo y hacia los grandes labios. Además, nos relató la enferma que sus orinas siempre han sido sucias, que necesitaba orinar frecuentemente y que cuando orinaba experimentaba un ardor molesto sobre todo al final de la micción. Nos relató también que en repetidas ocasiones ha orinado color sangre. Ultimamente la enferma comenzó a adelgazar, perdiendo 15 kilogramos de su peso normal. Desde hace un mes se encuentra postrada, siente la piel seca, la lengua seca, tiene vómitos post-pancriciales. A causa de su mal estado general, es que los familiares deciden internarla.

Como antecedentes, tanto los hereditarios como los familiares son de muy escasa importancia. No así los personales. Estos nos permiten registrar un pasado litiasico, puesto que a los 9 años le fué practicada en su país una talla hipogástrica por donde es le extrajeron algunos cálculos vesicales. Más tarde, cuando tenía 14 años, se le vuelve a abrir la cicatriz suprapúbica, por la cual es nueva-

mente tallada, extrayéndosele un gran cálculo recidivante de dicho órgano. Menstrúa a los 15 años en forma regular con un ritmo de 28/4. A los 22 años contrae matrimonio y tiene como fruto de él dos hijos, uno de los cuales muere a los 7 meses, ignorando la causa; el otro vive, desarrollándose normalmente.

*Estado actual.* — La enferma se encuentra en decúbito dorsal, no es una posición obligada, pero es la de preferencia; presenta un mal estado general, tiene la piel seca, amarilla, resquebrajada. Los ojos están hundidos en sus órbitas y las mejillas dibujan un hueco marcado por debajo de las apófisis zigomáticas. El aparato digestivo muestra, en la boca, dientes en buen estado de conservación, lengua muy saburral, con bordes rojos con tendencia a secarse. Hay una constipación pertinaz que no se vence sino con laxativos. Se palpa un hígado doloroso, aumentado de tamaño. Bazo no se palpa.

*Aparato circulatorio:* Pulso igual, rítmico, 100 pulsaciones por minuto. Presión tomada con aparato de Baquez da 11 Mm. y  $6\frac{1}{2}$  de Mn. Tonos cardíacos, nada de particular.

*Aparato respiratorio:* Se auscultan rales crepitantes gruesas en la base del pulmón izquierdo.

*Sistema nervioso,* nada de particular.

Hay un franco estado febril con temperatura a  $39^{\circ}$ ,  $39^{\circ}\frac{1}{2}$ , vespertina, que remite en las mañanas a  $37^{\circ}$ . Esta fiebre es un tanto irregular, habiendo días en que la temperatura no llega a  $38^{\circ}$  y otros en que llega a  $40^{\circ}$ , pero en general mantiene el tipo de fiebre en campanario.

*Aparato uro-genital:* El examen urológico nos revela, a la anamnesia, un franco dolor en región lumbar izquierda que se irradia hacia la fosa iliaca y grandes labios del mismo lado.

Polaquiria discreta, con dolor a la micción y ligera estranguria manifestada al final de la misma.

*Riñones:* A la inspección se nota una franca entumescencia de la región lumbar, hipocondrio y fosa iliaca izquierda.

Lado derecho, nada de particular.

A la palpación se percibe en el lado izquierdo una tumoración regular, de superficie lisa, de consistencia elástica pero firme, que se hace fija en la pared lumbar posterior, que es muy dolorosa y no excursiona con los movimientos respiratorios. No se desplaza tampoco medianamente ni mueve hacia arriba. Los puntos renales posteriores y ureteral superior del lado izquierdo son muy dolorosos. Puño percusión, lado izquierdo positivo; derecho, nada de particular. Punto ureteral izquierdo paraumbilical, muy doloroso.

Uretra, nada de particular.

Vejiga a al inspección, nada de particular. Se extraen mediante cateterismo 50 grs. de orinas turbias que no aclaran ni con el calentamiento ni con el ácido acético.

Se practica una citoscopia, encontrándose pus vermiforme que sale del meato ureteral izquierdo.

En vista del grave estado de la enferma, se pide un rápido análisis global de orinas, que revela una intensa piuria y que permite constatar la presencia de

colibacilos y estafilococos. Los exámenes de sangre revelan una azohemia de 0.76 ‰ de úrea en sangre. El recuento de glóbulos acusa para los rojos 3.500.000 por mm.<sup>3</sup> y para los blancos 13.000 por mm.<sup>3</sup>; la fórmula leucocitaria es de un marcado predominio hacia la neutrofilia. La reserva alcalina acusa 49,51 cm. de C.O.<sup>2</sup> en plasma.

La cloruremia arroja una cifra de 5.77 ‰.

Las radiografías permiten ver un cálculo coraliforme situado a la altura de la cresta ilíaca del lado izquierdo.

La urografía por excreción dibuja solamente una sombra vaga en el lado izquierdo, debajo de la última costilla, a la altura de la 2<sup>a</sup> y 3<sup>a</sup> lumbar.

En vista del grave estado de intoxicación infecciosa en que se encuentra la enferma, se resuelve el 29 de Agosto de 1937 intervenirla. Cirujano, doctor Lagleyze; ayudante, doctor Sandro.

Bajo anestesia general con éter, se practica una incisión lumbar clásica, encontrándose una franca reacción inflamatoria de la capa grasosa perirenal y al pretender liberar la cara anterior del riñón, se desgarran el parénquima, abriéndose una brecha que da salida a abundante cantidad de pus.

Se explora la cavidad, no pudiéndose llegar hasta los cálculos.

Se deja un grueso tubo de drenaje. El post-operatorio de esta operación es satisfactorio. Se retira el tubo de drenaje y se coloca otro más fino. A los 20 días se da de alta para que se restablezca y vuelva al hospital para continuar su estudio y tratamiento.

Reingresa al servicio el 12 de Noviembre de 1937, es decir, 4 meses después de la nefrectomía. El estado general ha mejorado considerablemente, ha aumentado de peso, pero persisten las orinas turbias, los dolores y el pus, que drena abundantemente por la herida lumbar.

Se resuelve hacer un estudio prolijo, ya ahora con otra clase de enferma y la cistoscopia nos revela una mucosa vesical ligeramente rojiza y despulida. Se observa una cicatriz retractil en la zona de la bola de aire, resto seguramente de la intervención que cuando era niña le practicaron. El meato ureteral derecho parece estar situado por debajo de un repliegue y en su zona habitual. En el lado izquierdo se observan 2 meatos ureterales, uno debajo del otro; por el meato ureteral superior se puede observar la salida de pus, especialmente al apretar el tumor del flanco izquierdo. El meato inferior tiene contracciones rítmicas y eyaculación normales. Se intenta un cateterismo, siendo imposible en el lado derecho y fácil en los 2 meatos del lado izquierdo.

Se practica inmediatamente una cromocistoscopia con índigo-carmin que revela la salida de substancia colorante por el meato inferior izquierdo a los 4' y con muy buena concentración. El meato superior no da más que pus. El meato ureteral derecho no elimina los 30', en que se suspende el examen.

Se hace un estudio funcional cateterizando los uréteres cateterizables puesto que en el lado derecho es imposible hacerlo. Introducimos 2 catéteres, uno en cada uréter izquierdo, pudiéndolo hacer hasta 25 cm. del meato. Se recogen muestras por separado y se inyecta 6 mg. de Sulfofenoltaleína que nos da el siguiente resultado:

Riñón izquierdo:

El catéter introducido en el meato inferior da:

Urea 5.12‰.

Cloruros 1.20‰.

Sulfofenoltaleína 45 %.

Sedimentos escasas células epiteliales y leucocitos. No se observan elementos microbianos.

Riñón izquierdo:

El catéter introducido en el meato superior da:

No ha habido muestra para investigaciones químicas. El catéter deja salir una gota de pus que revela a su estudio microscópico abundantes colibacilos y estafilococos.

En vista de la rareza del hallazgo, es decir, de un meato derecho incateterizable y del doble meato superior izquierdo, resolvemos una radiografía inyectándole substancia opaca en la vena para ver la imagen que nos da la urografía por excreción. A los 5' se aprecia una sombra opaca que ocupa la zona comprendida entre las 2 primeras vértebras lumbares y el borde de la 12ª costilla. Dicha sombra, a forma triangular, es indudablemente un gran cáliz con sus papilas y su conducto excretor. Por debajo de ella se ven las sombras calculosas que ya se han percibido en las radiografías simples antes de la primera intervención. No hay eliminación de substancia opaca en el lado derecho y para mayor sorpresa no hay tampoco eliminación de substancia opaca en este lado ni a los 15' ni a los 45'.

Aprovechando el cateterismo de los 2 meatos ureterales izquierdos inyectamos Yoduro de Sodio al 12%.

Estas radiografías nos revelan un uréter, el que corresponde al meato inferior, bien relleno con substancia opaca que llega hasta la pelvis superior, rematadas éstas en una serie de cálices con perfil perfectamente normal, dentro de esta clase de anomalías.

En cuanto a la substancia opaca del otro uréter, el que corresponde al meato superior, dibuja ésta una gran cavidad, en donde están situadas las sombras calculosas, el tubo de drenaje de la nefrostomía y llega por esta vía a eliminarse al exterior, empapando la curación con substancia opaca.

No contentos con estas imágenes radiográficas intentamos una pielografía derecha, valiéndonos de una sonda Chevassu, pero no pudimos hacer penetrar la oliva de dicha sonda. Cambiamos ésta por otra ureteral a agujero terminal apretándola fuertemente a la depresión que parece ser el meato, pero con todo no conseguimos hacer penetrar la más pequeña partícula de líquido, cayendo todo al interior de la vejiga. Sacada la radiografía no hay el menor indicio de substancia opaca en el lado derecho.

En vista del buen funcionamiento del polo superior del riñón, de una azohemia de 0.52, de una reserva alcalina de 49.51 y de una cloruremia de 5.77, y de los dolores en el lado izquierdo, así como de la salida de pus, resolvemos intervenirla con el convencimiento de que operamos un riñón único.

Se interviene el 27 de noviembre de 1937. Cirujano Dr. Trabucco, ayudantes Dres. Lagleyze y Sandro. Bajo anestesia general con éter, se practica una in-

cisión paralela a la cicatriz existente lumbo-abdominal. se reseca todo el tejido escleroso y se llega con cierta dificultad al riñón, no sin esculpir siempre el tejido escleroso que rodea al órgano. El abordaje directo del riñón se hace con suma dificultad debiendo labrar pacientemente una vía que nos descubra al riñón en su totalidad. Se constata un órgano muy grande, dividido, por así decir, en dos partes. Una, la parte superior, que se halla absolutamente sana, y otra, la parte inferior, más grande, casi el doble a la superior, pero con paredes sumamente delgadas que se hallan adheridas a las zonas vecinas. Estas 2 zonas estaban unidas entre sí íntimamente y formaban un solo órgano. Se libera cuidadosamente la parte inferior y se descubre a la palpación el contenido calculoso de esta bolsa renal que crepitaba durante las maniobras de exteriorización del órgano.

La zona límite entre la parte enferma y la sana se demarcaba nítidamente. Como las maniobras de exteriorización provocaron abundante hemorragia se resuelve colocar dos clamps, una arriba entre las 2 zonas distintas del riñón y otra dentro y debajo del polo inferior, tomando el pedículo. Cortamos el parénquima situado entre estas dos pinzas. Se labran luego 2 colgajes para practicar la hemostasia del pedículo del riñón inferior pasando luego con la pinza de Deschamps 2 lazos de catgut N° 7 que ligamos cuidadosamente para asegurar la perfecta hemostasia. La parte inferior del hemirriñón superior, la suturamos con sutura hecha sobre la pinza y colocamos un colgajo de grasa subcutánea que atamos fuertemente estirando los cabos del catgut de la costura. Limpiamos y exploramos el campo constatando una hemostasia perfecta. Se corrige una gran abertura de peritoneo no sin dejar un tubo de drenaje en el abdomen para prevenir cualquier complicación por el pus infeccioso proveniente del riñón. Se sutura con planos profundos con catgut dejando un drenaje de goma y la piel con crín.

Prescribimos suero clorurado 20 c.c. cada 6 horas; un analéptico cada 6 horas y suero glucosado isotónico cada 24 horas. A las 48 horas se retira el tubo de drenaje. La enferma orina 700 grs. En los días subsiguientes la orina aumenta paulatinamente habiendo eliminado el 4 de diciembre, 1200 grs.

El 5 de diciembre aparece una pérdida de materias fecales por la herida operatoria en regular cantidad. Se limpia con Carrel haciendo varias curaciones diarias. Poco a poco va disminuyendo la pérdida de materias fecales. El 10 de diciembre ha disminuído casi del todo manchando discretamente el apósito en las 24 horas. Ese mismo día, 10 de diciembre, al efectuar la curación se encuentra mojada con orina excretada de ese lado. En los días siguientes la pérdida de orina es cada vez menos apreciable.

En enero 4 de 1938 encuéntrase en buenas condiciones sin pérdida de orina ni de materias fecales y se da de alta con la herida cicatrizada.

Recomendamos a la enferma que nos vea periódicamente.

En febrero de 1938 nos viene a ver nuevamente con la fístula renolumbar abierta de nuevo. La fístula vuelve a cerrarse espontáneamente a los 15 días. Desde entonces vemos a la enferma cada 2 meses y hemos podido apreciar la mejoría evidente que ha sucedido a la intervención. La enferma ha mejorado, aumentando de peso, ahora es una mujer gruesa y apta para cualquier menester de

la casa o de trabajo. Debemos dejar constancia de que es una obrera y necesita trabajar para su sustento, cosa que puede hacer perfectamente bien, por lo cual

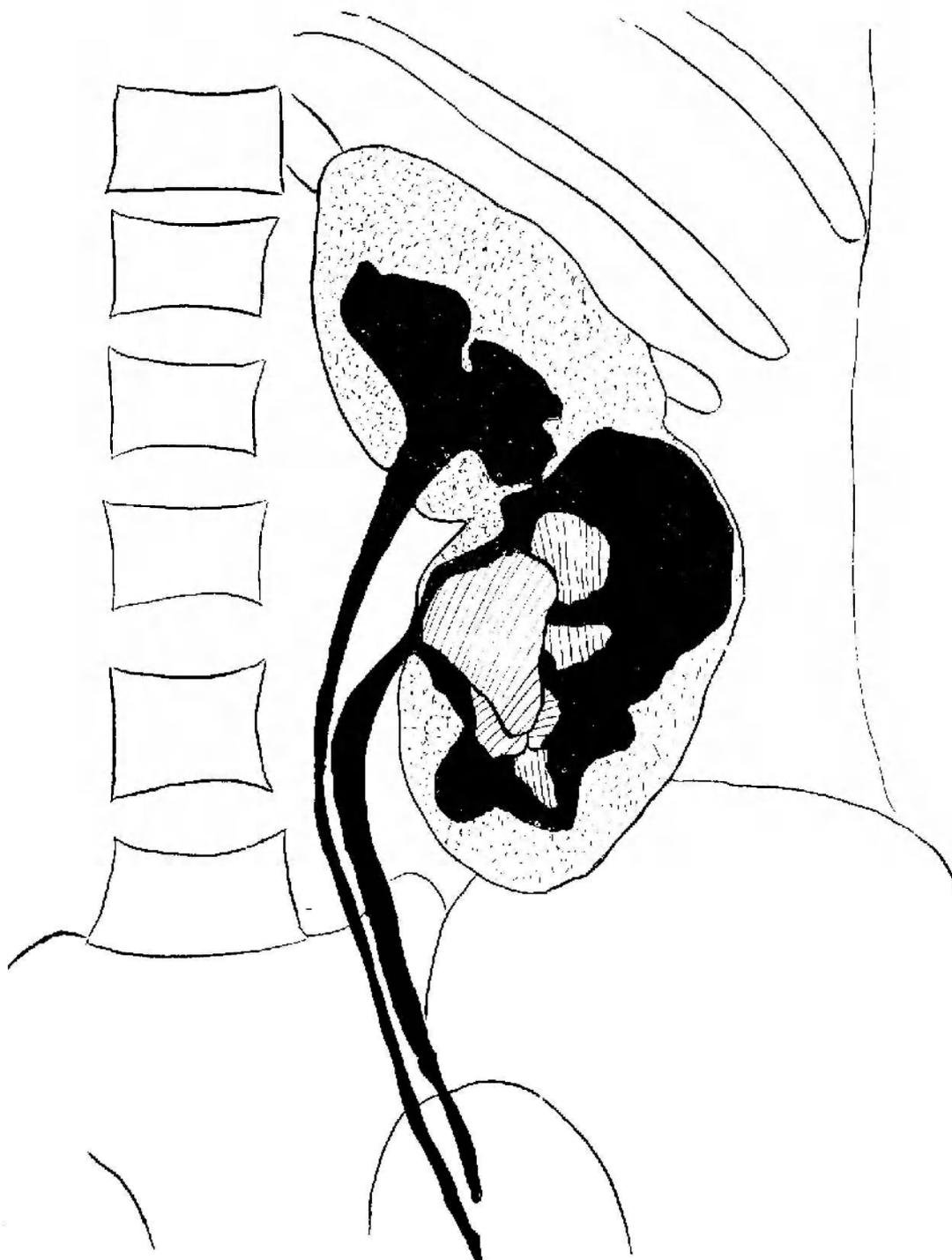


Figura N° 1

la consideramos una persona sana, con un hemirriñón capaz de equilibrar la desintoxicación orgánica, eliminando las pérdidas de desecho a que este órgano está destinado.

DISCUSION

Dr. Astraldi. — No quiero que mis palabras sean interpretadas con una finalidad de crítica, lo que está lejos de mi espíritu.

Mi único interés es que de una vez por todas, repito, unifiquemos denominaciones. Creo que se trata, según lo he entendido, de un doble sistema de excreción, vale decir, un riñón del lado derecho que tiene dos sistemas de excreción, lo que significa en buen romance y tanto más en el caso actual, dos riñones anatómica y fisiológicamente, que pueden presentarse como una sola masa o bien como una muesca.

El objeto de mi participación en este asunto es el siguiente: ¿por qué no se le llama una sinfisiotomía en un riñón a doble sistema de excreción?, porque no creo que se trate de una heminefrectomía. Usted no saca medio riñón, sino un riñón, anatómica y funcionalmente.

De manera que para unificar denominaciones, yo diría una sinfisiotomía renal en un riñón a doble sistema de excreción.

Dr. Trabucco. — En realidad, lo que dice el doctor Astraldi del sistema de excreción doble es exacto, pero el sistema de secreción es uno sólo. Ese riñón es una blastema renal del lado izquierdo, como existió la blastema del lado derecho tal vez. El sistema renal es uno. El sistema de secreción es uno. Que no haya hecho el cálculo en el inferior y que haya producido después la infección y la degeneración de ese riñón, estoy de acuerdo, pero la blastema siempre es una. La infección se ha hecho en el inferior y ha provocado la dilatación. La prueba esté que cuando existía esa bolsa de pus tan grande había una disminución de función por una pielofritis seguramente de la parte superior, pielonefritis provocada por la infección del inferior.

Yo creo que es un riñón con dos sistemas de excreción, pero con un sólo sistema de secreción. De manera que no hay por qué llamarla sinfistomía. Lo que ha sido caprichoso es el brote del conducto de Wolff ureteral, pero no ha sido caprichosa la blastema.

La prueba está en el hecho de que hay una pelvis con un par de cálices y no existe la bifurcación característica. No se ha hecho

la dicotomía arriba, como suele hacerse en los normales. Por eso, tengo un riñón único con doble sistema de excreción, pero con un sólo sistema de secreción.

Dr. Astraldi. — En los cortes de riñón de esa naturaleza que yo he hecho, nunca he visto un tipo de pelvis calicial inferior.

En lo que se refiere a la parte clínica, tenemos que en la infección tuberculosa, por ejemplo, la integridad funcional de arriba es íntegra, sin que participe la parte superior de la nefritis tuberculosa. Considero que esta arquitectura renal constituye una masa renal, en la que los dos extremos están separados por una banda fibrosa.

Creo que en estos casos, anatómica y funcionalmente, hay dos riñones, uno superior y otro inferior, tanto más en este caso, en que están divididos, razón por la que debe denominarse sínfisiotomía, la que es exactamente igual a un riñón en herradura o a un riñón en forma de S. Se trata, pura y exclusivamente de una sínfisiotomía; el riñón del lado izquierdo que crece para colocarse por debajo del derecho, pueden estar unidos, pero son dos sistemas renales absolutamente diferentes.

Dr. Trabuco. — Hay varios puntos que no están de acuerdo con la evolución del riñón en este sentido.

El doctor Astraldi no tiene en cuenta que en las pirámides de Malpighi tiene que desembocar su sistema de excreción.

En cuanto al hecho de que las tuberculosis renales se localicen arriba o abajo, eso es perfectamente aceptable. La tuberculosis renal se inicia en un riñón; en el polo de arriba o de abajo y solemos ver, infinidad de veces, al hacer nefrectomía, tuberculosis renal del cáliz superior exclusivamente, estando el polo inferior absolutamente intacto. Ese es un riñón único, exactamente igual a éste.

Por otra parte, yo no he hablado de un puente fibroso que separe los dos riñones. Yo he puesto la pinza sobre el parénquima renal. Tan es así, que después nos sorprendió la fístula renolumbar. Quiere decir, que allí no había ninguna separación posible. Cuando se hace la sínfisis renal, queda el uréter del otro lado. Entonces, el riñón va haciéndose la sínfisis renal con la del lado opuesto y su uréter desemboca siempre del otro lado. Aquí

no sucede eso. Los dos uréteres salen del mismo sitio; no salen del otro lado. Si yo hubiese visto que el uréter fuese derecho habría hablado del sínfisis renal.

Por estos considerandos, creo que sigue siendo una blastema única, un riñón, en donde hizo una litiasis la infección del inferior, habiéndose mantenido intacto el superior, debido a su independencia de aparato de excreción.

---