

Por los Doctores

R. de SURRA CÁNARD
y V. VISILLA C

HIDRONEFROSIS INFECTADA EN UNA NIÑA DE ONCE AÑOS

PRESENTAMOS hoy una observación de patología urológica de la infancia.

H. R. — 11 años, argentina, escolar. Desde la edad de cinco años sufre de los siguientes trastornos:

Un primer episodio doloroso, agudo, localizado en hipogastrio y fosa iliaca derecha, con irradiación al muslo homolateral, que iba acompañado de un discreto ardor en la micción. Completando el cuadro, a poco de iniciada la sintomatología dolorosa, la niña es presa de náuseas, vómitos del contenido gástrico, cefaleas, temperatura que se eleva a 38°. Asistida por un médico, le fué prescripto: reposo, dieta, hielo al vientre, con lo que mejora franca y progresivamente, levantándose del lecho al cuarto día.

Dos meses más tarde, a raíz de un episodio semejante, su padecimiento es interpretado como de origen apendicular y se la opera en el Hospital de Niños, sin contratiempos, dándola de alta al octavo día. Coincide con este tratamiento una mejoría que dura alrededor de un año; mas, transcurrido ese intervalo, es víctima de una crisis similar a las descritas, aunque de menor intensidad, acompañada nuevamente de ardor miccional discreto. Luego, los episodios doloroso-febriles se repiten con mayor frecuencia, mediando entre ellos intervalos de acalmía que varían entre dos semanas y dos meses. En los períodos de acalmía la niña no aqueja trastornos de ninguna clase.

En Navidad del año 1937, hace un proceso de gran intensidad, con temperatura que alcanza a 39°7', y como también aquejara de molestias miccionales, se investiga orina: el análisis revela la existencia de pus y de sangre. Interpretada la paciente como pielítica, es tratada con terapéutica anticolibacilar, y logra mejorar; pero, a poco de iniciado este episodio, la enfermita señala el dolor predominante en la región lumbar derecha, mientras que anteriormente éste había sido siempre abdominal. Esta crisis fué más duradera; la temperatura tardó en ceder y permaneció con marcada anorexia. Hace cuatro meses, agotada la terapéutica clínica, se resuelve profundizar el examen por el lado del aparato urinario.

Los antecedentes personales dan: coqueluche, sarampión y escarlatina.

Estado actual. — Niña pálida, con buen estado de nutrición. Conjuntivas: pálidas. Examen somático general: negativo.

Abdomen. — Algo globoso, acompaña los movimientos respiratorios; paredes blandas, depresibles. El hipogastrio y ambas fosas ilíacas hállanse libres, a excepción de una cicatriz pequeña normal, de apendicectomía. Epigastrio y flanco izquierdo indiferentes; flanco derecho: ocupado en la profundidad. Región lumbar izquierda (investigada por palpación bimanual) revela un riñón palpa-

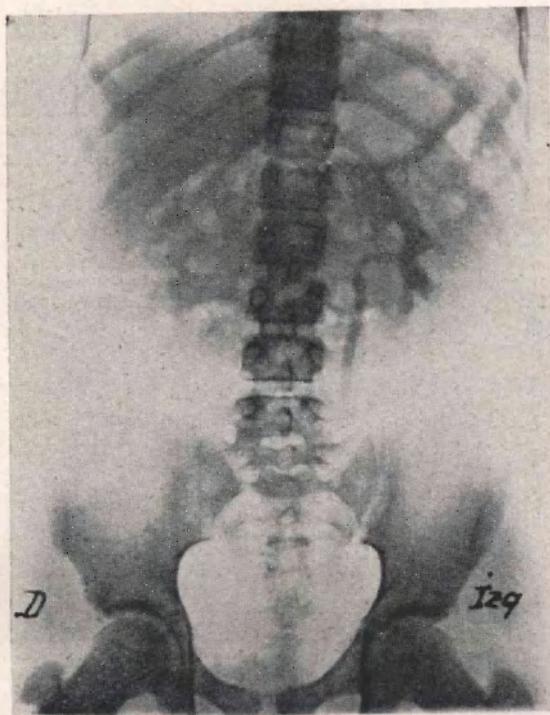


Figura N° 1
Pielografía excretora.

ble en el momento inspiratorio, con caracteres normales aunque aumentado de tamaño. Región lumbar derecha (examinada también por palpación bimanual), pone de manifiesto un riñón grande, que invade el flanco, doloroso, de superficie lisa.

Examen urológico complementario. — Orina turbia, por piuria de origen colibacilar (examen directo y cultivo).

Pielografía excretora: (con Uroselectán). — El riñón derecho no se visualiza en ninguna de las películas, cuyos tiempos fueron de 10, 25 y 40 minutos. El riñón izquierdo es grande y su vía excretadora está algo dilatada.

Cistoscopia (Instrumental para niños). — Orina turbia; capacidad vesical excelente; mucosa sana. Meato ureteral izquierdo: normal; meato ureteral derecho: atípico, en su sitio anatómico; depresión lacunar, centrada por un orifi-

cio puntiforme, atono; después de encontrar resistencia al tránsito de la sonda, se consigue cateterizar en la extensión de un centímetro y medio (correspondiente a la porción intramural). Por el catéter se obtiene abundante orina piúrica, cuyo análisis pone de manifiesto un valor funcional muy pobre.

Pielografía de relleno. — Señala una gran dilatación de vías excretoras, desde la región vesical hasta el sistema calicial; el tamaño del ureter es comparable al intestino delgado de un adulto.

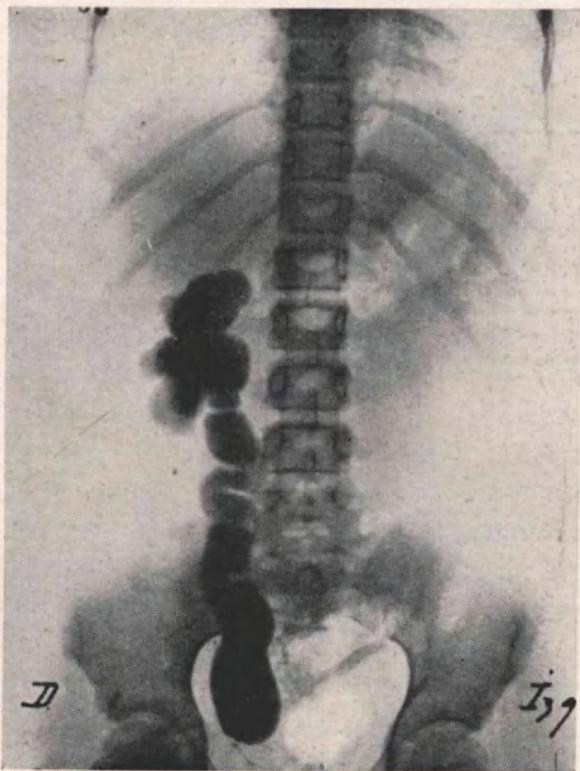


Figura N^o 2
Pielografía de relleno del lado derecho.

La historia clínica refleja el cuadro clínico y anatómico de una constipación renal derecha, cuya causa reside, probablemente, en alguna alteración congénita del extremo inferior del ureter, y que ha llegado a la etapa final de víscera hueca vencida, agregándose a ello una infección secundaria.

Como lesión no requiere comentarios, salvo el hecho de tratarse de un niño de once años y ser poco frecuente en esta Sociedad la presentación de casos de urología infantil. En cambio, el problema terapéutico es indiscutible por cuanto hoy la tendencia conservadora procura salvar el máximo de órganos. De inclinarnos por la terapia

conservadora, dos caminos se nos ofrecían: por un lado, las maniobras instrumentales y sonda ureteral en permanencia, procurando actuar, al mismo tiempo, sobre la infección y sobre la estrechez de la porción intramural, abrigando esperanzas de éxito en el primer objetivo, y teniendo dudas en cuanto a lo que al segundo se refiere, ya que la dilatación la instituíamos sin un conocimiento exacto de la anomalía anatómica; el segundo camino que se nos presentaba era el de una plástica de reimplantación, cuyas probabilidades de éxito se veían disminuídas a raíz de la existencia de un estado séptico en la vía excretora.

Fundados en estos argumentos, nos decidimos, muy a nuestro pesar, por una ectomía, desagradable como lo es toda amputación visceral.

La operación fué realizada en el Hospital Penna, Servicio del doctor Cornejo Saravia, quien nos cedió gentilmente una cama.

Ayudantes: doctores Ronchetti y Mallo Huergo. Anestesia general con éter. Incisión cutánea de Israel, amplia, en previsión de dificultades. Incisión muscular económica, ceñida a lo estrictamente necesario para poder extirpar la glándula y seccionar el ureter lo más bajo posible: fueron suficientes tres centímetros del lado del gran dorsal y seis centímetros del lado de los músculos anchos. Liberación cuidadosa de las membranas perinefríticas y del pedículo correspondiente; ligadura de éste, sin "clamp". Hemostasia perfecta; se deja una lámina de "rubber-dam" en la celda. Reconstrucción anatómica de la pared, con catgut. Reunión de la piel con puntos separados de lino.

Post-operatorio. — Excelente. A las cuarenta y ocho horas se retira el drenaje y los puntos se sacan al octavo día. La niña es trasladada a su domicilio doce días después de intervenida, con indicación expresa de guardar cama durante una semana más.

Pieza operatoria. — Ratifica la imagen pielográfica en cuanto al grado de dilatación; mucosa con signos macroscópicos de inflamación; parénquima reducido de espesor.

COMENTARIOS

Durante el curso de la lectura de la historia clínica, hemos aludido a los argumentos que nos guiaron en la terapéutica. Queda por discutir, en síntesis, dos aspectos de nuestra observación: la faz patológica y la faz clínica. La primera obligaría a pasar revista a la mayor parte de las causas de la hidronefrosis, y ello nos alejaría demasiado de la índole de este trabajo.

Nos limitaremos pues, únicamente, a enunciar, en forma hipotética, que la dilatación del aparato excretor ha sido secundaria a una causa congénita baja, en relación con el desarrollo de la porción intramural del ureter. La infección ha sido una complicación, también secundaria, que a su vez ha podido agregarse como elemento perturbador de la dinámica pieloureteral ya alterada.

En lo que a la faz clínica se refiere, esta observación pertenece, en resumen, al vasto grupo de los padecimientos urinarios, que se traducen por una sintomatología aberrante.

Este tema, de tan amplias proporciones, ha sido extensamente tratado, entre nosotros, en varias monografías.
