

Por los Doctores

E. CASTAÑO, R. SURRA
CANARD y A. BERTOLASI.

AGENESIA RENOUTERAL TRES CASOS

LA facilidad de poder realizar en el momento actual prolijos exámenes urológicos, nos lleva al descubrimiento de todas las variantes en materia de perturbaciones anatómicas de desarrollo. En el Congreso de Rosario (1935) el Prof. Astraldi publica la estadística del país: 2 casos semejantes al nuestro.

Hoy damos a publicidad tres casos de ausencia congénita del árbol urinario.

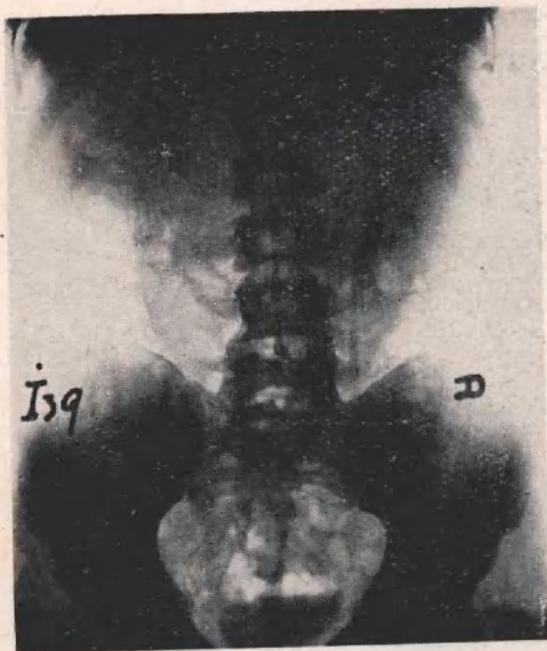
Observación I: — La primera historia clínica se refiere a un joven de 20 años, de desarrollo atlético, hijo de un colega. El paciente había hecho, con anterioridad a nuestra intervención, un proceso inflamatorio renal nefrítico, complicación de una angina. Asistido por un distinguidísimo clínico, éste llevó al muchacho a buen puerto, no quedando en la actualidad signo alguno de aquel padecimiento.

Mas, el padre del enfermo había quedado preocupado por el síntoma hematuria presente en la fase aguda de la nefritis, hematuria que revestía importancia —según él—. Por ello le hace una radiografía de aparato urinario y nos pide la interpretación de la misma. En la placa vimos una sombra algo grande, correspondiente a riñón derecho y, del lado izquierdo, no hallamos nada anormal. Como la película fuera algo deficiente, solicitamos del doctor Guardado la repetición del examen radiológico, complementándolo con una pielografía excretora. Pero, con gran sorpresa, observamos: ausencia de sombra del lado derecho, y falta de eliminación del líquido de contraste en el lado izquierdo.

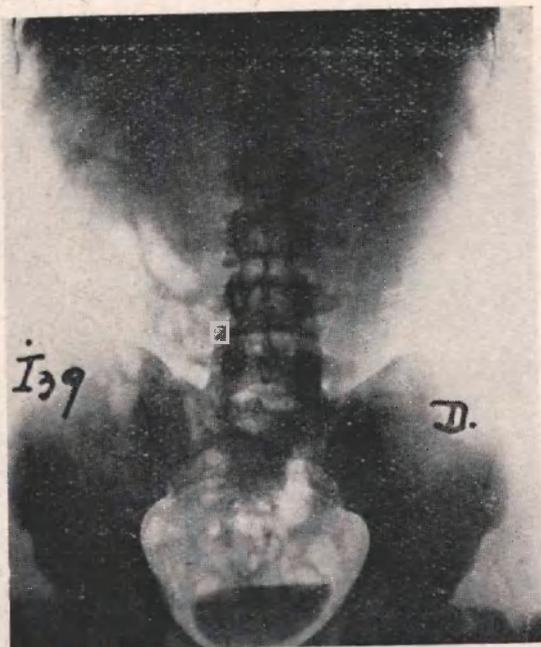
Ello nos indujo a realizar un examen endoscópico, en procura de un diagnóstico de certidumbre. La vejiga, normal en su conjunto, tenía un trigono bien desarrollado en el lado derecho, pero ausente en el lado izquierdo. En ese lado izquierdo no existía el saliente que normalmente hace el ureter en su recorrido submucoso, observándose, además, en el sitio correspondiente al meato ureteral, una superficie lenticular alargada, de color blanco-nacarado, algo estrellada.

Con estos elementos: por un lado, ausencia de sombra renal y negativa de la pielografía excretora; por el otro, ausencia de desarrollo trigonal y meato ureteral sustituido por una cicatriz, llegamos a la conclusión de que este enfermo adolecía de una agenesia congénita del aparato urinario izquierdo.

A título de comentario final, agregaremos que estos elementos de examen, fueron utilizados para solicitar la excepción del servicio militar, ya que esta malformación colocaba al paciente en condiciones de inferioridad para la vida activa del ejército.



Observación N° 1 - Fig. 1



Observación N° 1 - Fig. 2
Pielografía excretora a los 30'.

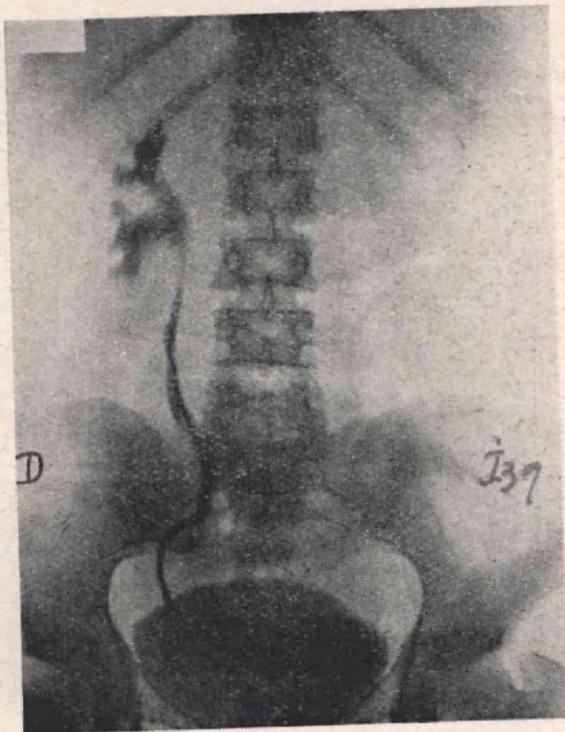
Observación 2ª. — La segunda observación es más completa porque, con una anomalía semejante a la anterior, el aparato urinario existente se hallaba afectado y había, además, una lesión importante de la vesícula biliar. La narración clínica es la siguiente:

La enferma consulta a un prestigioso colega, a raíz de una crisis de urticaria y grandes ronchas. El examen clínico descubre un tumor de abdomen, revestido de caracteres que autorizan a sospecharlo como localizado en riñón derecho. Por ese motivo nos traen a la paciente, para su estudio.

Como antecedentes personales, refiere haber sufrido, hace dos años, una crisis dolorosa intensa en el epigastrio, con irradiación posterior, acompañada de vómitos alimenticios y biliosos. Este síntoma repitióse otra vez. Los demás antecedentes, tanto personales como familiares, carecen de importancia.

El examen clínico muestra: regular estado de nutrición; ligera enoftalmia con ptosis palpebral del lado derecho. Dentadura: piezas mal implantadas, faltando algunas, y con caries otras. Aparato respiratorio: negativo. Aparato cardiovascular: refuerzo del segundo tono aórtico.

Abdomen. — Asimétrico, globoso en la región infraumbilical; plano en la región epigástrica; deformado por un saliente que ocupa, de preferencia, el flanco, y que se extiende hasta la línea bi-iliaca, invadiendo el hipocondrio

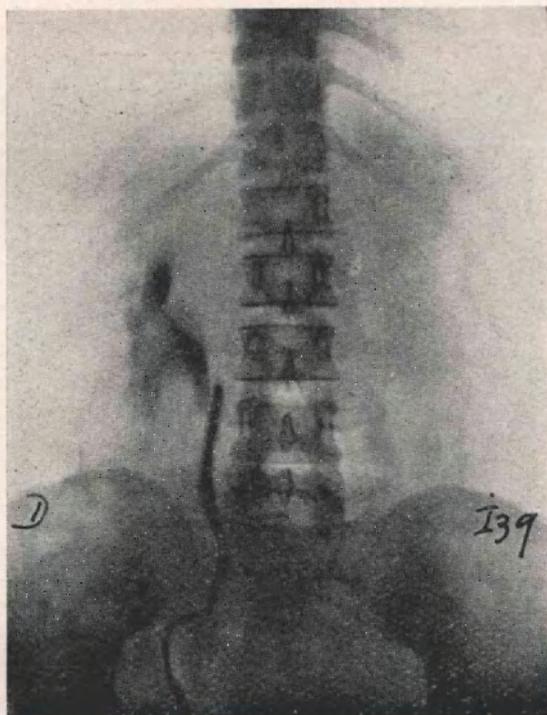


Observación N° 2 - Fig. 3
Pielografía de relleno en decúbito dorsal.

derecho. Buena movilidad respiratoria; la parte saliente más arriba, no sufre la influencia de los movimientos respiratorios; en cambio, la inspiración exterioriza más la saliencia mencionada, dando la impresión de que estuviera empujada de atrás hacia adelante. Esta saliente desaparece cuando se provoca la contractura de los músculos del abdomen.

La palpación superficial, que es indolorosa, revela: abdomen blando, sin contractura muscular. Inmediatamente se pone de manifiesto la existencia de un tumor que ocupa el flanco derecho, extendiéndose hacia arriba hasta el hipocondrio. Los límites de este tumor son: por debajo, una paralela a la línea umbilical, que pasa a un través de dedo por debajo de ella; por arriba, al tumor se lo sigue hasta el reborde costal; por dentro, a un través de dedo de la línea

media, y por fuera, la línea mamaria. De consistencia uniforme, da la sensación de ser un tumor líquido cuyo contenido estuviera tenso. La entumescencia es piriforme, con un polo angosto dirigido hacia el hipocondrio, dejando por momentos la impresión de hallarse ante un verdadero pedículo. El tumor excursiona bien con los movimientos respiratorios, y la mano que palpa lo desplaza fácilmente hacia adentro; ese movimiento se hace sobre un eje fijo, constituido



Observación N° 2 - Fig. 4
Pielografía de relleno de pie.

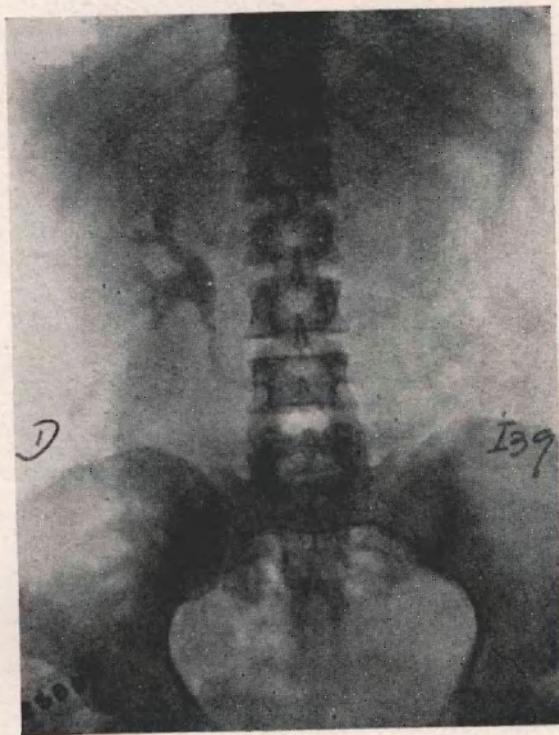
por la porción pediculada. La excursión provocada hacia adentro, permite al tumor cruzar la línea media. Este tumor posee contacto abdominal.

Examinando el vientre con la enferma en posición decúbito lateral ($\frac{3}{4}$), el tumor abandona el flanco para esconderse detrás de los músculos rectos; y adquiere así un eje que sigue la diagonal, desde el vértice de la undécima costilla derecha, hacia la cicatriz umbilical; en esta posición, el polo inferior del tumor cruza ampliamente la línea media, tal como lo hiciera cuando se lo desplazaba manualmente en el decúbito dorsal. En esta posición, la zona pediculada se hace más evidente; el polo inferior es más accesible a la palpación y la sensación de contenido líquido en tensión, es más notable.

Colocando a la paciente en un decúbito lateral más pronunciado, se investiga, por palpación bimanual, la región lumbar, y se percibe el polo inferior del riñón, con sus caracteres anatómicos habituales; pero en posición algo baja, descenso éste que se exagera en la inspiración profunda.

Exámenes complementarios. — 1ª. La insuflación de colón, rechaza el tumor hacia arriba y hacia atrás (hacia la región subhepática); con esta maniobra el tumor adquiere contacto lumbar evidente.

2ª *Endoscopia.* — Orinas límpidas; mucosa normal; orificio ureteral derecho: normal, bien implantado, eyacula rítmicamente; orificio ureteral izquierdo: ausente; trígono: borrado en ese ángulo; ausencia del saliente ureteral submu-



Observación Nº 2 - Fig. 5
Pielografía excretora.

coso: ausencia de meato ureteral izquierdo, implantado en forma aberrante (búsqueda negativa hasta la línea media y la uretra. Cromoendoscopia: eliminación a los cinco minutos, del lado derecho.

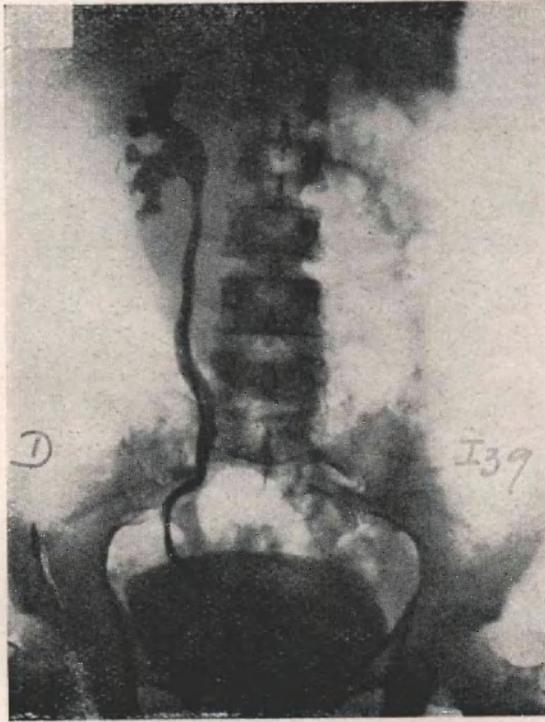
1ª *radiografía simple.* — Negativa en cuanto a la existencia de sombras anómalas. Ausencia de sombra renal izquierda.

Pielografía de relleno (en decúbico dorsal). — Dolor provocado con siete centímetros cúbicos de solución opaca. Sombra renal de forma normal, situada en posición algo descendida; pelvis en Y, con cálices primarios algo distendidos (imagen poco nítida por haber respirado la enferma inoportunamente). A nivel de la unión uréteropielica: ligera irregularidad; ureter algo distendido en todo su trayecto; reflujo uréterovesical.

2ª *radiografía* (en posición de pie). — Muy movida por haber respirado la paciente. Señala un descenso en la posición del riñón derecho —en relación a la película anterior— y un codo marcado en la unión uréteropielica, en forma

de ese itálica. Tomando como punto de reparo la unión uréteropiélica, percíbese un descenso del órgano en la distancia equivalente a un cuerpo vertebral.

3ª radiografía (con insuflación de colón). — Más nitida que las anteriores, muestra un colón transversal derecho que baja hasta enfrentar el promontorio, en dirección diagonal, y un colón transversal izquierdo que asciende verticalmente a lo largo de la gotera vertebral izquierda, formando un codo en ángulo



Observación N° 2 - Fig. 6
Pielografía de relleno. Control postoperatorio.

recto, para ir a buscar su sitio de fijación anatómica en el ángulo esplénico; el ángulo hepático del colón está en su sitio anatómico. Relacionada esta imagen colónica con los datos semiológicos del vientre, el diagnóstico de tumor abdominal por colecisto hidrópico, se afirma.

Pielografía excretora. — Imagen de riñón derecho: grande; algo dilatado el sistema caliciforme primario; unión uréteropiélica: deformada; ureter: vacío; buen funcionamiento renal (a los 25 minutos).

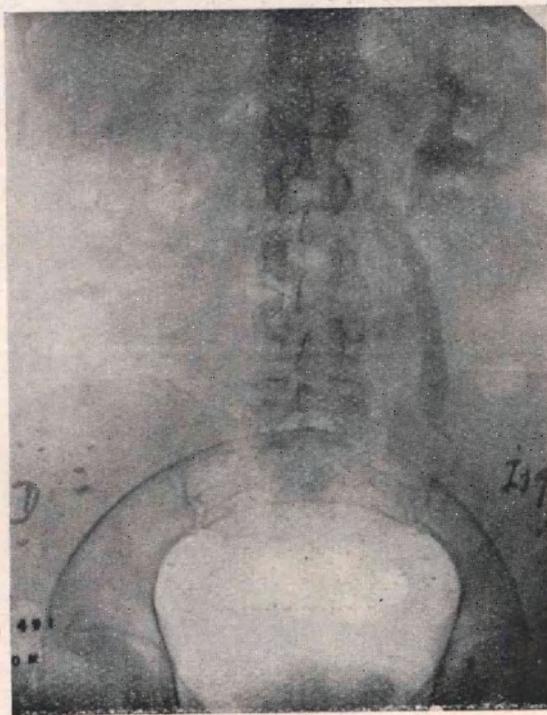
2ª *pielografía excretora.* — Imagen renal semejante a la anterior; elocuente deformación de la unión uréteropiélica; habiendo allí una acodadura doble, por existir un codo en el sentido transversal y otro en el sentido ánteroposterior (sospechado, más no confirmado, por carecer de imagen tomada de perfil).

En ambas pruebas radiográficas excretoras: falta absoluta de sombras que indiquen la presencia de un aparato urinario superior del lado izquierdo, capaz de excretar el líquido de contraste.

Colecistografía (por gentileza del doctor Guardado). — Negativa. Reacción de Cassone, proximal y distal: negativa.

Con estos elementos de juicio, se hace diagnóstico de colecisto hidrópico, por un lado, y ptosis renal discreta de riñón derecho constipado, por el otro, con ausencia congénita de aparato urinario superior del lado izquierdo.

Como conducta terapéutica, se le hizo a la enferma: una pexia de riñón a la manera de Marión, para defender este órgano único del progreso de la distensión hidronefrótica por ptosis; y del lado de la vía biliar, un par de meses más tarde, se extirpó la vesícula hidrópica.



Observación N^o 3 - Fig. 7
Pielografía excretora.

Observación 3^a. — Redactado el borrador de esta comunicación, un joven estudiante de medicina nos pide realicemos un examen cistoscópico en su madre, porque la paciente, atendida por otros colegas, presenta un cuadro clínico obscuro, cuya aclaración exige la búsqueda prolija de los distintos aparatos.

Una pielografía excretora muestra al riñón izquierdo grande, con vía excretora dilatada a expensas del ureter lumbar, y un codo marcado en la porción alta del huso lumbar, algo por debajo de la unión uréteropielica. En las películas tomadas con distintos intervalos, no aparece signo alguno que revele el funcionamiento del riñón derecho. La endoscopia tampoco permite visualizar el meato ureteral, ni en sitio anatómico, ni anómalo. Vejiga sana. Orinas límpidas.

En sus antecedentes clínicos no registra ningún signo de padecimiento del aparato urinario. Ha tenido varios hijos.

De las tres observaciones, llama la atención, en dos de ellas, la perturbación funcional de la dinámica excretora, con acodaduras del ureter, reveladas en ambas por la pielografía excretora, sin haber padecimiento clínico por el lado del riñón.

Creemos haber tenido mucha suerte al lograr reunir en tan poco tiempo, tres ejemplos de anomalía renoureteral, ya que su porcentaje habitual alcanza un corto número.
