

Instituto de Maternidad y Asistencia Social
"Prof. Ubaldo Fernández", del Hosp. Alvear
Director: Profesor MANUEL LUIS PEREZ

Por los Doctores
NORMANDO ARENAS
y BERNARDO STERN

H I D R O N E F R O S I S INTERMITENTE CONGENITA

UNA hidronefrosis congénita intermitente de gran volumen, diagnosticada clínicamente, en una enferma que ha pasado la edad de la niñez, y operada con éxito, es siempre un caso cuyo análisis ofrece interés.

He aquí el que presentamos:

J. S., 15 años, argentina, soltera. R. G. 53.233 R. I. 81. — Fecha de entrada: 25 de Febrero de 1937.

Antecedente hereditarios y familiares. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Nacida a término, lactancia materna, dentición y deambulación normales. Menarquia a los 11 años, normal; menstruaciones tipo 4/32, abundantes, indoloras, última menstruación el 16 de febrero de 1937.

Enfermedad actual. — Desde hace más o menos 7 años sufre periódicamente, cada semana o cada quincena ataques dolorosos muy intensos en la parte izquierda del vientre, flanco, región lumbar e hipocondrio del mismo lado; muchas veces estos dolores se acompañaban de vómitos; en ocasiones los síntomas duraban 2 ó 3 días obligándola a guardar cama. Fuera de estos ataques la enferma no presenta molestias dignas de mención.

Estado actual. — Muy buen estado general; pesa 75 kilos, altura 162 ctms., facies y decúbito normales.

Cabeza y cuello, sin particularidad; *Tórax,* bien conformado. *Pulmones:* palpación, percusión y auscultación normales. *Corazón,* tonos normales en todos los focos, no hay soplos. *Pulso,* regular, igual, 68 por minuto. *Tensión arterial,* (Vázquez) Mx14, mm. 8. *Abdomen,* ligeramente globuloso, abundante panículo adiposo, blando, depresible, indoloro a la palpación superficial y profunda. *Hígado:* no se palpa, se percibe en el área normal. *Bazo:* no se palpa. Traube libre. *Riñones:* no se palpan, no hay puntos dolorosos. *Genitales externos,* normales, vírgen.

Análisis de Laboratorio. — Reacción de Wassermann negativa. Glucemia 0.80 ‰. Urea en sangre 0.25 ‰. Tiempo de coagulación 3'50". Tiempo de sangría 1'. Recuento globular: glóbulos rojos 4.300.000; glóbulos blancos 6.800. Hemoglobina 80. Fórmula leucocitaria: neutrófilos 65, eosinófilos 1, linfocitos 25, monocitos 7. Examen de orina normal.

Diagnóstico. — En observación.

Marzo 17 de 1937. — Hasta la fecha siguió sin ningún trastorno. Desde ayer presenta fuertes dolores con las mismas características de los ataques referi-

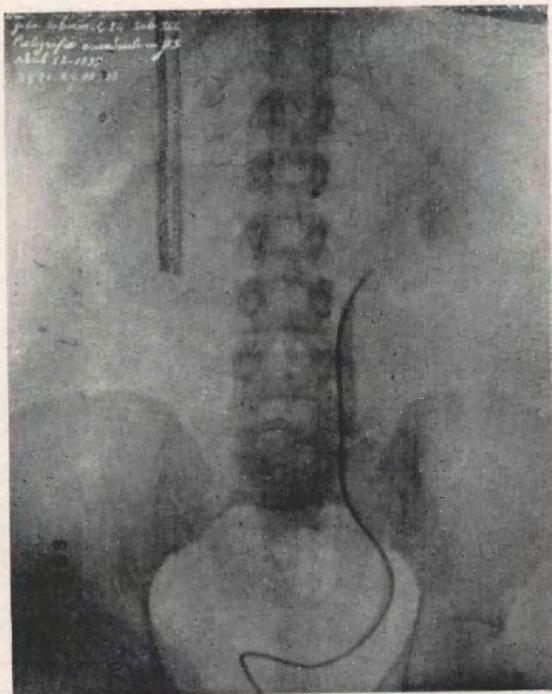


Figura N° 1

dos anteriormente. Al examinarla se constata abdomen blando, indoloro a la presión profunda en la fosa ilíaca, flanco e hipocondrio izquierdo; en la región renal de ese lado se palpa una tumoración dolorosa, que pelotea y ocupa la fosa lumbar desplegándola en parte; es perceptible a la palpación abdominal profunda a nivel del flanco correspondiente; su consistencia es blanda, con fijeza respiratoria, de forma redondeada; el límite inferior llega hasta la proximidad de la línea biespinosa; el límite superior se pierde debajo del hipocondrio. La región renal derecha no presenta nada digno de mención.

El examen en estas condiciones lógicamente orientó el diagnóstico hacia una afección del riñón izquierdo. Una radiografía directa de la región renal no reveló empero, ninguna particularidad.

El día 26 del mismo mes de marzo se hace el estudio radiográfico con uroselectán B. En la primera placa, obtenida a los 5 minutos después de la

inyección, se vé la imagen renal derecha de forma, aspecto y situación normal: la pelvis renal algo dilatada y bien inyectada, cálices cortos de aspecto normal, lo mismo que la imagen ureteral, visible en todo su trayecto.

En el lado izquierdo se observa una sombra grande, difusa, sin límites precisos, que llega hasta las proximidades de la espina iliaca y hasta la 12ª vértebra dorsal. Es una sombra irregular, de densidad variable, más clara en unas partes que en otras. No se visualiza bien la pelvis renal ni tampoco el uréter.

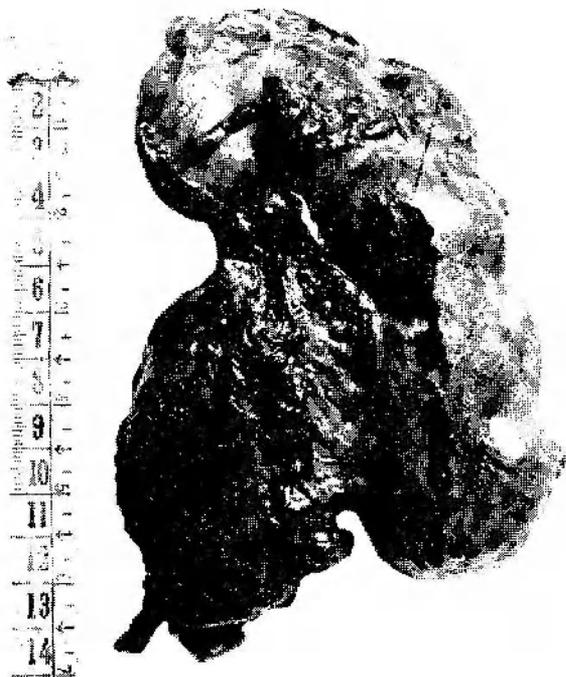


Figura Nº 2

La segunda radiografía, obtenida a los 20 minutos, muestra la misma imagen que la anterior. La tercera radiografía, a los 45 minutos, revela buena eliminación de la substancia por el riñón derecho: la imagen vesical se diseña en forma normal; en cambio no se percibe eliminación de la substancia por el lado izquierdo y la sombra irregular globular se ha hecho algo más intensa.

Abril 1º de 1937. — Cistoscopia: capacidad vesical normal imagen cistoscópica normal. Cromocistoscopia con índigo carmín: a los tres minutos hay buena eyaculación y eliminación de la substancia por el uréter derecho; no aparece índigo carmín por el uréter izquierdo a pesar de continuar la observación hasta los 18 minutos.

Abril 12 de 1937. — Pielografía ascendente izquierda, con solución de bromuro de sodio al 30 por ciento. El cateterismo ureteral se hace con facilidad; se inyecta sin dificultad 20 c.c. sin llegar a producir dolor. La placa obtenida inmediatamente da una imagen completamente irregular, lobulada, con una zona central mucho más opaca, como puede verse en la figura 1: el uréter sigue un trayecto normal. Retirada la sonda después de la primera radiografía, se obtiene otra placa 10 minutos después: en ella la tumoración tiene aspecto más uniforme y contornos más irregulares, lobulados.

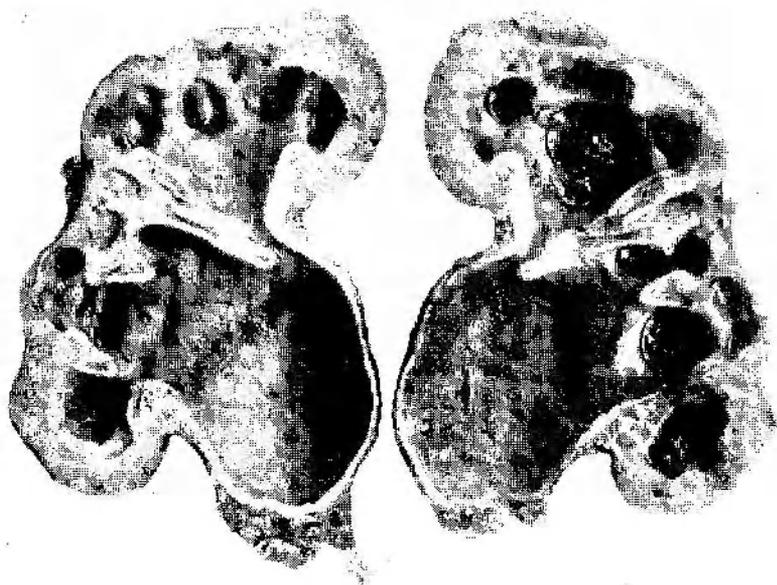


Figura N° 3

Abril 19 1937. — Volvemos a examinar a la enferma después de un episodio doloroso tipo cólico renal izquierdo, con temperatura de 38° y orinas claras, episodio que cede rápidamente con enemas de láudano e inyecciones de pantopón. La temperatura disminuye después del ataque.

Abril 26 de 1937. — Nuevo episodio doloroso que hace aparecer un tumor renal mucho más grande y tenso que la vez anterior. Todo pasa en dos días, con calmante y antiespasmódicos.

Abril 28 de 1937. — Diuresis abundante 1.800 c.c. Enferma sin temperatura y sin dolor. Orinas turbias con abundante sedimento fosfático.

Abril 29 de 1937. — Prueba de eliminación cada dos horas.

| Horas | Cantidad c. c. | Densidad | Albúmina |
|------------------------|----------------|--------------------|----------|
| 8 a 10 | 190 | 1.019 | 2 ‰ |
| 10 „ 12 | 60 | 1.020 | |
| 12 „ 14 | 120 | 1.022 | |
| 14 „ 16 | 40 | 1.021 | |
| 16 „ 18 | 80 | 1.023 | |
| 18 „ 20 | 140 | 1.015 | |
| <i>Diurna</i> | 630 | 1.020 | |
| <i>Nocturna</i> 20 a 8 | 110 | 1.018 | |
| <i>Total</i> | 740 | Promedio densidad. | 1.019 |

Mayo 11 de 1937. — Con la preparación previa habitual y con el diagnóstico de hidronefrosis izquierda, se opera a la enferma. Anestesia raquídea, novocaína 0.12 gr.: muy buena anestesia, sin vómitos.

Incisión de Guyón; sección de los planos músculo-aponeuróticos, se llega a la celda renal, se aísla el riñón, presentando dificultad la liberación del polo superior y de la cara anterior. Se trata de un riñón muy grande, blando, que presenta una bolsa que es difícil aislar y separar del pedículo vascular, el cual se liga con catgut simple N° 2, procediendo así a practicar una nefrectomía; sección y ligadura del uréter lo más lejos posible. Cierre de la brecha en tres planos; piel con crín. Drenaje de la "loge" con dos gasas y un tubo.

Descripción de la pieza extirpada. — Riñón de forma muy alargada, bastante aumentado de tamaño, mide 14 ctms. de largo por 7 ctms. de ancho, consistencia muy blanda, ver figura 2. Al corte presenta poco parénquima: es prácticamente una bolsa que comunica ampliamente con la pelvis renal. Esta es una cavidad del tamaño de una naranja, mide 9 ctms. por 6 ctms. y se distiende mucho más si comprime el riñón, figura 3.

Post-operatorio. — Normal: la enferma fué bien hidratada y tonificada; a los 4 días fueron quitadas las gasas de drenaje y a los 6 días el tubo.

Mayo 17 de 1937. — Sigue muy bien. Diuresis 1.500 c.c. por día.

Herida en muy buenas condiciones. Curación plana.

El día 24 comienza a levantarse y el 26 se va de alta.

El 10 de Enero de 1938, concurre al C. E., para ser examinada. Cicatriz operatoria en buenas condiciones, no ha vuelto a tener ninguna crisis dolorosa; ha aumentado de peso, buen estado general.

Enferma curada.

COMENTARIOS

Nuestro caso debe considerarse como una hidronefrosis congénita intermitente; la enferma venía sufriendo de crisis dolorosas, de tipo cólico renal, desde hace 7 años; la falta de antecedentes renales y de lesiones de vecindad confirmaron nuestro diagnóstico, el que se

vió facilitado al someter a la enferma a una severa observación en nuestro servicio, lo que nos permitió examinar a la misma durante sus crisis dolorosas y palpar el tumor renal, que desaparecía después de pasadas dichas crisis. El cuadro clínico que presentaba la enferma estaba en todo de acuerdo con la definición que da Bazy de esta afección que hoy lleva su nombre: "La hidronefrosis congénita intermitente está caracterizada por la aparición de un tumor en el flanco izquierdo o derecho, que sobreviene de una manera brusca o rápida y se acompaña de un dolor que recuerda al cólico nefrítico; su desaparición, menos brusca, está precedida de una disminución y de una cesación del dolor y coincide con una emisión más o menos abundante de orina".

Corresponde a Bazy el mérito de haber demostrado la naturaleza congénita de esta enfermedad; a la teoría de la movilidad primitiva del riñón con hidronefrosis secundaria, se ha substituído —después de sus trabajos— la idea de la hidronefrosis primitiva, entidad aislada, destruyendo así la teoría de Newman - Glair. Luego, la hidronefrosis congénita, o enfermedad de Bazy, se debe generalmente a una malformación que existe ya al nacer (implantación alta del orificio ureteral, estenosis del mismo orificio, etc.) y que se exterioriza después de largo tiempo, a veces muchos años, hasta la cincuentena. Esto dependería de la conformación de la pelvis renal y de su relación con el ureter: para Bazy, cuanto más elevada es la desembocadura ureteral, más precozmente aparecen los síntomas.

Con tal concepto están de acuerdo la mayoría de los autores, Duval, English, Gregoire, etc.; descartan el valor patogénico de las anomalías arteriales, al que otros atribuyen tanta importancia en el mecanismo de producción de la enfermedad. Se han descripto estrechamientos, válvulas, espolones, a nivel del extremo superior del ureter, como causa de esta enfermedad. El mecanismo sería parecido al que se produce en la vejiga en los casos de hipertrofia de la próstata; es decir, que si por una causa cualquiera tiene lugar una poliuria abundante, la orina al no poder drenar rápidamente por el orificio ureteral estrechado, dilataría la pelvis, fenómeno que al repetirse llegaría a establecer una hidronefrosis.

Para Papin, todas las hidronefrosis que no tienen explicación clara son congénitas; según Bard las hidronefrosis congénitas no tendrían por causa un obstáculo mecánico y se producirían por un

proceso análogo al que pasa en los casos de dilatación idiopática en los bronquios, esófago, recto, etc., es decir, que su causa sería el adelgazamiento y pérdida de resistencia de las paredes, de tal modo que las malformaciones anatómicas (bridas, estrecheces, espolones, etc.) serían en realidad secundarias.

En resumen, la hidronefrosis congénita puede existir (Papin):

1° — En todos los casos de estrechamientos, y excepcionalmente de oclusión del uréter, en un punto cualquiera de su trayecto.

2° — Las válvulas o pliegues descritos por English pueden crear un obstáculo, lo mismo que la torsión del uréter.

3° — Malformación del pedículo renal, arteria renal supernumeraria o vasos anormales.

4° — Malformaciones renales (ectopía), malformación de la vejiga (extrofia) o de la uretra (fimosis).

5° — La verdadera causa, la más frecuente, sería la malformación de la pelvis renal, como lo ha demostrado Bazy, teoría que Bard ha completado felizmente mostrando que la dilatación idiopática de la pelvis renal, se compara a las otras dilataciones viscerales idiopáticas.

El volumen de la hidronefrosis es muy variable, generalmente está de acuerdo con el tiempo de evolución y sobre todo con el número y duración de las crisis que tiene cada enferma: en ocasiones se han visto bolsas con un contenido de 1. 2 litros y más.

También es variable el estado del riñón, según la evolución que haya ofrecido la enfermedad, quedando en ocasiones reducido a una delgada cáscara; en la mayoría de los casos está afectado de nefritis intersticial secundaria. El uréter generalmente es comprimido por la bolsa, sufre lesiones inflamatorias (periureteritis) y por lo tanto se adhiere a la pelvis haciendo de este modo más intenso el obstáculo y llegando en ocasiones a constituirse una hidronefrosis fija.

Los síntomas de esta enfermedad son muy claros: crisis intermitentes dolorosas, tipo cólico renal, aparición de una tumoración en el flanco correspondiente con todos los signos de un tumor renal, y luego de un período más o menos largo, desaparición del dolor y de la tumoración con emisión abundante de orina clara. Tal era el cuadro que presentaba nuestra enferma y que nos llevó al diag-

nóstico exacto de su enfermedad. Fuera de estas crisis es difícil hacer diagnóstico; sólo el examen pielográfico puede informarnos sobre el mismo.

Al comienzo de la enfermedad las crisis son espaciadas, luego se hacen más frecuentes, cada 8, 15, y a veces menos días. Lo mismo la intensidad de las crisis es variable, estando casi siempre en relación con la distensión de la bolsa piélica. En algunos enfermos se producen hematurias que serían debidas a la ruptura de venas pequeñas, en los casos de intensa congestión y edema de la mucosa, por un mecanismo idéntico al conocido en la vejiga (hemorragias ex-vacuo).

En la mayoría de los casos, como hemos dicho anteriormente, el diagnóstico es sencillo, pero en ocasiones las cosas no se presentan tan claras; de allí los errores del diagnóstico que pueden cometerse (caso de Castaño en 1938, tomado por un quiste del ovario; caso de Lancereaux, tomado por un quiste del páncreas; otros autores que lo confundieron con un esplenomegalia, etc.). Otras veces hay que diferenciarla con una afección renal, litiasis generalmente; aquí tiene mucha importancia el examen pielográfico.

La evolución es progresiva; si la enfermedad no se trata, puede ocurrir que se infecte la bolsa o se haga definitiva la hidronefrosis o lo que es más raro, que se produzca la ruptura de la misma, con los trastornos que en cada caso es fácil de imaginar.

El tratamiento debe ser siempre quirúrgico. El cateterismo ureteral, preconizado por algunos, aún practicado en los comienzos de la enfermedad, sólo es un tratamiento paliativo y presenta además el peligro de una probable infección de la bolsa.

En todos los casos debe conocerse el estado funcional de los riñones, el volumen de la bolsa y si existe o no infección.

El tratamiento conservador es el de elección; se realizará siempre que no exista infección y que el estado del riñón lo permita; en algunas ocasiones bastará fijar el riñón y seccionar un vaso anormal, pero en la mayoría de los casos se deberá practicar operaciones más complejas: la urétero-pielostomía con o sin resección parcial de la bolsa piélica. Esta operación practicada por numerosos especialistas ha dado grandes resultados y es hoy en día la que está más en boga. Sin embargo para Marion, el mejor tratamiento de las grandes hidronefrosis sería la nefrostomía y el drenaje y fijación

del riñón lo más alto posible: dice obtener mejores resultados con urétero-pielostomía.

El tratamiento radical, la nefrectomía, sólo será una operación de necesidad, se practicará en los casos en que el tratamiento conservador esté contraindicado (casos infectados, falta casi absoluta de parénquima renal, etc.). La nefrectomía tiene sus dificultades debido a las adherencias, al tamaño del riñón y a la cantidad de vasos que lo adhieren. Cuando sea imposible extirpar el riñón, la marsupialización de la bolsa será un recurso excepcional, preparatorio de la nefrectomía secundaria.