

Por los Doctores

JUAN IRAZU y
ALFONSO PUJOL

CONSIDERACIONES SOBRE RIÑÓN EN HERRADURA

EL acuerdo es más o menos general respecto a la fijeza de los riñones en herradura, si consultamos la opinión de autores como R. Gutiérrez, que en su libro *Clinical Management of Horseshoe Kidney*, pág. 38, expresa: "Aunque, como los riñones normalmente emplazados en la región lumbar, el riñón en herradura está bien protegido por la fascia de envoltura de Zuckerkandl y aún cuando todavía se encuentra completamente rodeado por la cápsula grasosa que lo protege contra los traumatismos y facilita los movimientos fisiológicos durante la respiración y expiración, no obstante estas consideraciones anatómicas el istmo de los riñones en herradura descansa delante de los grandes vasos en el espacio retraperitoneal, falto de grasa pararenal, por lo cual su movilidad se reduce a un minimum y el riñón se convierte virtualmente en un verdadero y permanente órgano fijo". Por su parte Herman, en su trabajo *The practice of Urology*, año 1938, pág. 176, manifiesta: "El riñón en herradura está casi invariablemente fijo en su posición, pero en porcentaje muy reducido de estas anomalías han presentado una movilidad considerable".

Como vemos, existe el concepto de la fijeza de esta anomalía renal, pero nosotros, en el deseo de comprobarla, hemos justamente obtenido un resultado que está en discordancia con lo clásicamente aceptado.

Nuestro material de observación lo constituyen los tres casos siguientes, del servicio de Cirugía del Hospital Argerich, a cargo del Prof. A. F. Landivar:

CASO I

Ficha Nº 12.049. F. O., 37 años, argentino, casado, desollador.

Ingresa con un síndrome doloroso de riñón en herradura de R. Gutiérrez típico. Estudio radiográfico: radiografía directa negativa.

Urografía descendente en decúbito dorsal (1). A los 8 minutos acusa bu-

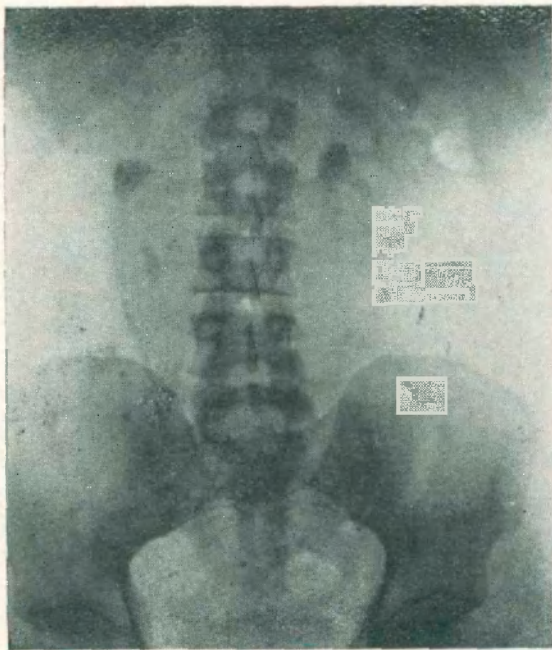


FOTO 1. — Urografía descendente a 8 minutos en decúbito dorsal.

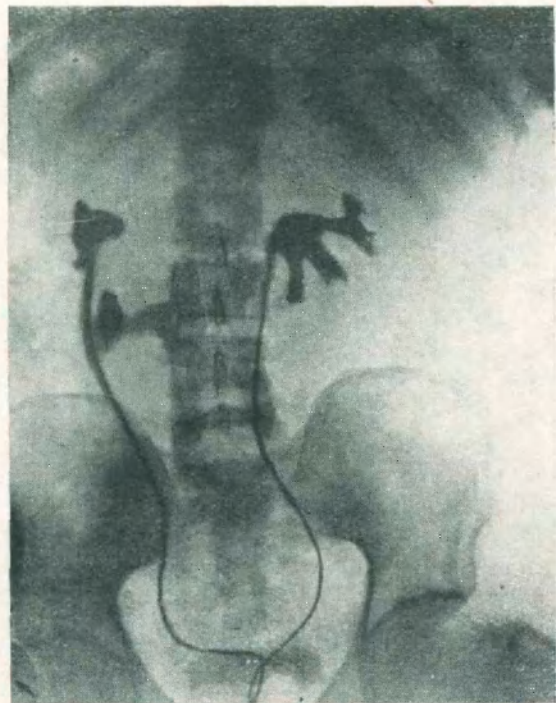


FOTO 2. — Pielografía retrógrada en posición Trendelenburg.

na eliminación en el riñón derecho con situación normal; hidronefrosis y rotación transversal. El riñón izquierdo con deficiente eliminación: deformación marcada por hidronefrosis, falta de relleno de los cálices y rotación vertical interna.

Pielografía retrógrada en posición de Trendelenburg (2) muestra: hidronefrosis, rotación y descenso del riñón derecho. En el riñón izquierdo hidronefrosis, rotación completa y proyección del cáliz inferior sobre el espacio intervertebral de la tercera y cuarta lumbar. Uréteres delineal un "vaso de flores", signo propuesto por R. Gutiérrez. El ángulo basalpielográfico mide 40°.

Pielograma retrógrado en decúbito dorsal horizontal (3) muestra: el riñón izquierdo descendido hasta la cresta iliaca; el cáliz inferior proyectado hacia la

línea media sobre la cuarta lumbar. El riñón derecho también en posición más baja que en el pielograma precedente. El ángulo basal mide 44° .

Pielograma retrógrado de pie (4): riñones están aún más bajos. El polo inferior del riñón izquierdo se introduce en la pelvis mayor y el cáliz inferior se proyecta sobre la cuarta y quinta lumbar. El ángulo basal mide 37° . Pielografía después de la istmectomía (5).

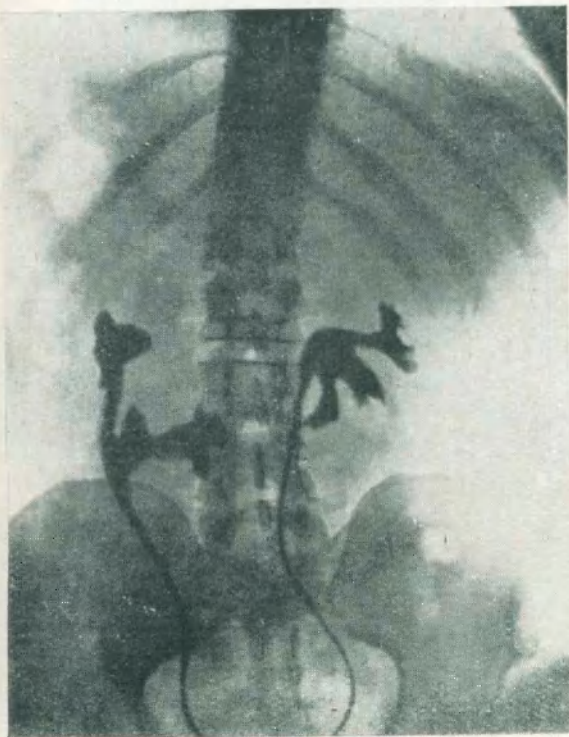


FOTO 3. — Pielograma retrógrado en decúbito horizontal.



FOTO 4. — Pielograma retrógrado de pie.

CASO II

Ficha 12.698. C. P., italiano, 45 años, casado, agricultor.

Ingresa al Hospital por fuertes crisis dolorosas periódicas, acompañadas de hematurias totales e intensas, que aparecieron por vez primera hace 2 años y se han repetido a intervalos variables, pero con la característica de ser cada vez más frecuentes y más intensas. Orinas piúricas, alcalinas. Azohemia 0.90.

Radiografía simple (6). Se visualiza a la derecha de la columna una sombra opaca irregular alargada en el sentido vertical, de 5 cms. de longitud, adosada a los cuerpos vertebrales de la segunda, tercera y cuarta lumbares.

Urografía descendente con compresor hipogástrico: en posición Trendelenburg (7). Se observa a los 8 minutos la misma sombra opaca segunda separada dos traveses de dedo de la columna vertebral y altamente situada con relación a los cuerpos vertebrales de la primera y segunda lumbares. A los 15 mi-

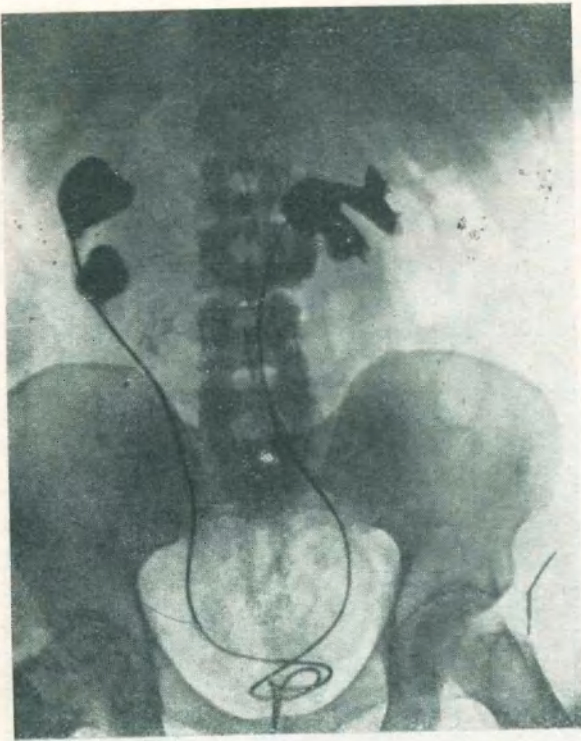


FOTO 5. — Pielograma después de la istmectomía.

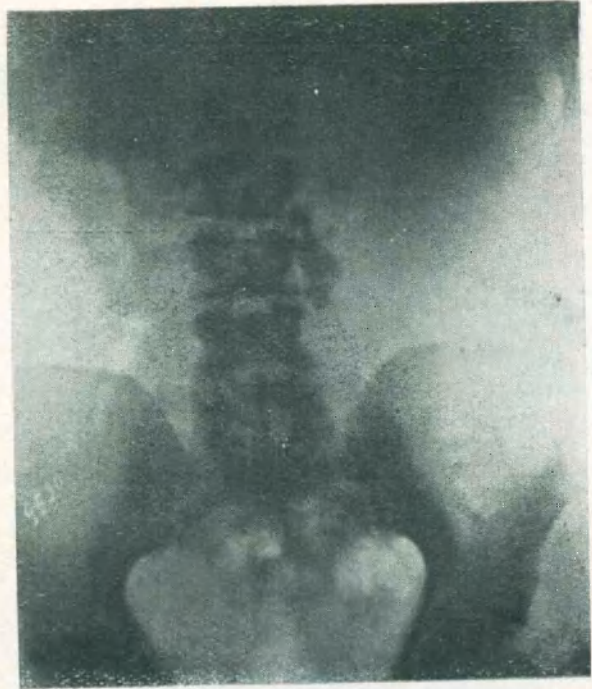


FOTO 6. — Radiografía simple.

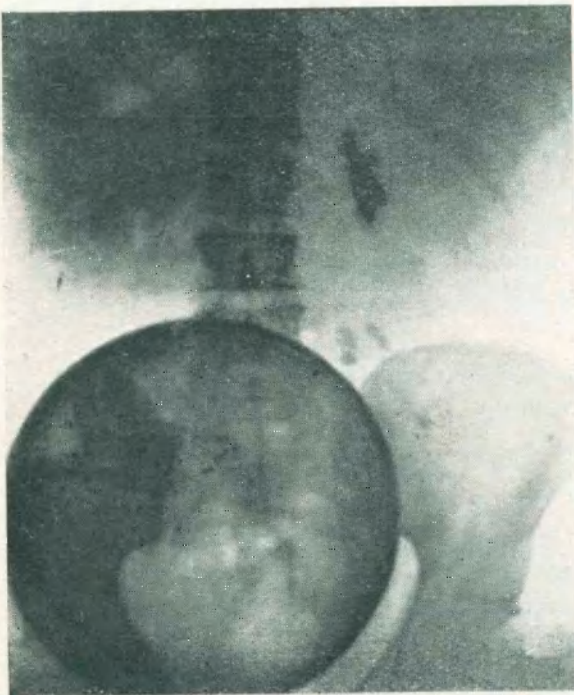


FOTO 7. — Urografía descendente con compresor hipogástrico en posición de Trendelenburg.

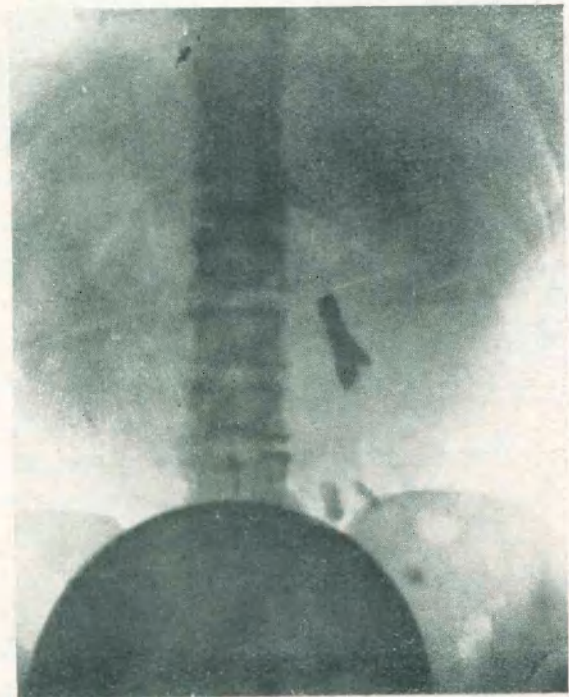


FOTO 8. — Urografía descendente a los 15 minutos en decúbito dorsal horizontal.

nutos en decúbito horizontal (8) se nota un ligero descenso de la sombra opaca con relación a la radiografía anterior; no hay eliminación de sustancia opaca.

A los 40 minutos, en posición de pie (9), sin la sombra opaca, aparece situada a la altura del tercer cuerpo vertebral lumbar y espacio intervertebral tercero. No pudo realizarse el cateterismo del uréter izquierdo.

Los datos clínicos y radiológicos hicieron sospechar la posible existencia de un riñón en herradura, pero justamente la excesiva movilidad de la sombra calculeosa pílica impedía ser categórico en el diagnóstico preoperatorio; operado el enfermo, se confirmó el diagnóstico de riñón en herradura.

CASO III

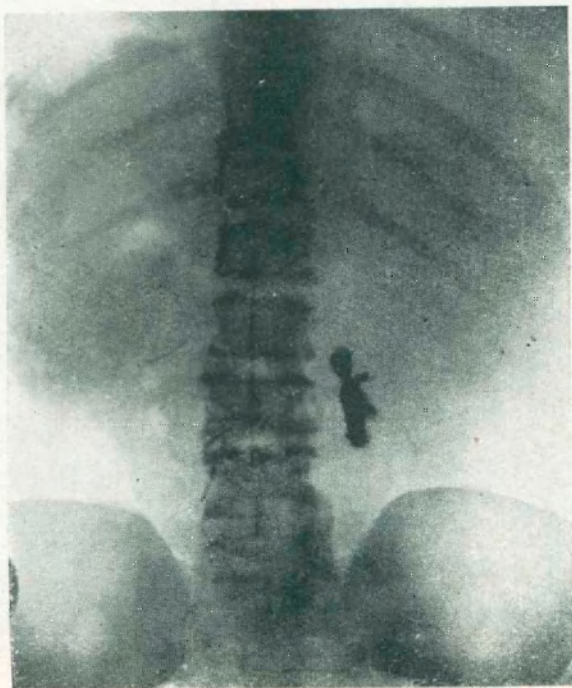


FOTO 9. — Pielografía descendente en posición de pie a los 40 minutos, sin compresión hipogástrica.

Ficha 9588. R. D. de D., italiana, 45 años, casada, quehaceres domésticos.

Ingresó al Hospital con crisis dolorosas de la fosa ilíaca derecha, propagadas a la región lumbar, que no mejoraron a raíz de una apendicectomía. Esas crisis se repiten con intervalos variables de dos a tres meses y se exacerban con sus períodos menstruales. Orinas turbias piúricas, ácidas. Azohemia 0.44 ‰. Cateterismo bilateral; el riñón derecho tiene disminuída la eliminación de la úrea, los cloruros y la P. S. P. comparadas con el riñón izquierdo.

Radiografía simple: negativa. Urografía ascendente (10): el riñón derecho presenta dilatación del sistema canalicular: el cáliz superior llega a situarse a la altura del disco intervertebral de la primera y segunda lumbar; el cáliz supe-

rior del riñón izquierdo poco más bajo. Los cálices de ambos riñones miran hacia la columna ósea y los ureteres de ambos lados se sitúan por fuera y delimitan un vaso de flores regular.

Urografía descendente en Trendelenburg y compresión abdominal: a los 8 minutos acusa buena eliminación en ambos lados, ambos riñones ligeramente más altos.

Urografía descendente en posición de pie (11): a los 20 minutos y des-

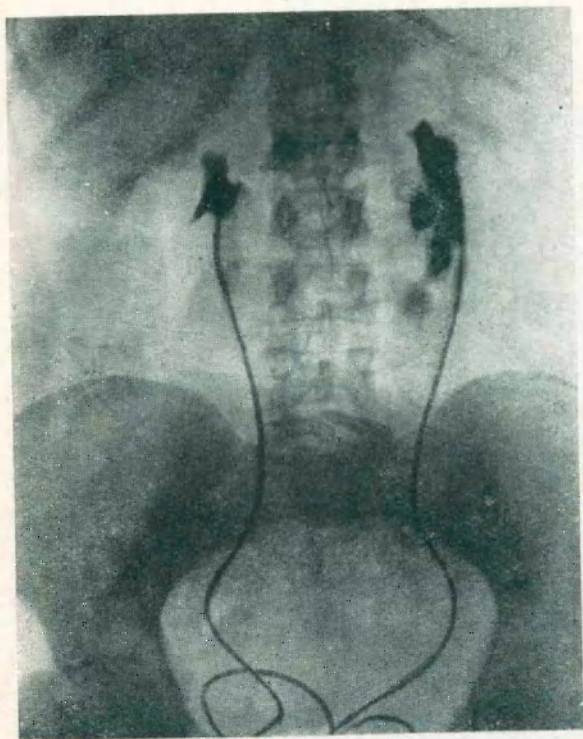


FOTO 10. — Urografía ascendente.

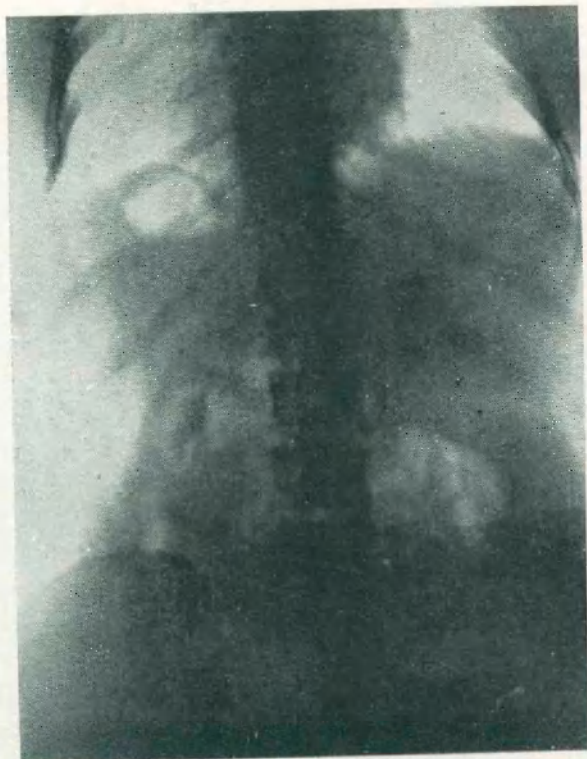


FOTO 11. — Urografía descendente en posición de pie.

pués de retirar la compresión se nota un descenso manifiesto de ambos riñones en una altura aproximada de 5 a 7 cms.

Este caso está en tratamiento médico porque su lesión cardíaca desaconseja la intervención quirúrgica.

CONCLUSIONES

1° En las tres observaciones presentadas se comprueba una movilidad de los riñones de segundo grado, que está en desacuerdo con lo generalmente aceptado.

2° La existencia de una relación directa entre el grado de fijez y el síndrome doloroso del riñón en herradura de R. Gutiérrez.

3º Cuando la fijeza condiciona un síndrome doloroso, la mejor terapéutica consiste en la ismectomía, siempre que se trate de riñones no patológicos; esta conducta se aplicó en el caso I, cuya intervención fué realizada por el prof. A. F. Landívar y uno de nosotros, siendo su resultado final perfecto.
