

Por los Doctores

LUIS E. PAGLIERE y
TOMAS SCHIAPPAPIETRA

EVOLUCION ALEJADA DE UNA URONEFROSIS POR ARTERIA POLAR INFERIOR

BAJO el N° matrícula 430 del año 1937 ingresó a la Sala 2ª del Hospital Torcuato de Alvear, un hombre de 25 años, argentino, domiciliado en la Capital Federal.

En los antecedentes que motivaron su ingreso se registra que: desde hacía un año sufría de episodios dolorosos con intervalos variables, a forma paroxística, iniciándose en fosa renal derecha con irradiaciones inguinal y vésico-genital. Sigue a uno de estos episodios una hematuria total, discreta y sin presencia de coágulos.

Antecedentes remotos. — A los 2 años poliomiélitis anterior. A los 4 años sarampión. Hacía 2 años que fué apendicectomizado con diagnóstico de apendicitis aguda.

A su ingreso presentaba buen estado general, con temperatura normal y sin ninguna particularidad de mención a su examen semiológico general.

Micción normal. — Orinas límpidas. Palpable el polo inferior del riñón derecho, bien desplazado y sin que fueran apreciables otras modificaciones. Riñón izquierdo no se alcanzaba. Genitales sin particularidades. Diuresis, examen químico y microscopía del sedimento: normales. Dosaje de urea en suero sanguíneo 0,37 ‰.

Cromocitoscopia. — Mucosa vesical sana. Marcado reposo del orificio ureteral derecho, mientras que por el izquierdo las eyaculaciones de orina clara eran abundantes y regularmente intermitentes. El indigocarmín endovenoso se eliminaba a los 3 minutos por R.I. ausencia de eliminación por el R.D.

La radiografía directa efectuada un mes antes mostraba la silueta renal derecha ligeramente abultada, sin deformaciones apreciables, ausencia de sombras calculosas en el árbol excretor. En los urogramas se observaba la excreción de la substancia de contraste

en tiempo y cantidad normal por el riñón izquierdo con imagen de vías excretorias sin particularidades; ausencia de imagen de excreción por el riñón derecho.

A través del uréter derecho un catéter asciende hasta 23 centímetros sin conseguir penetrar en el bacinete renal, tampoco es posible la recolección de orina. Se practica una primera pielografía con

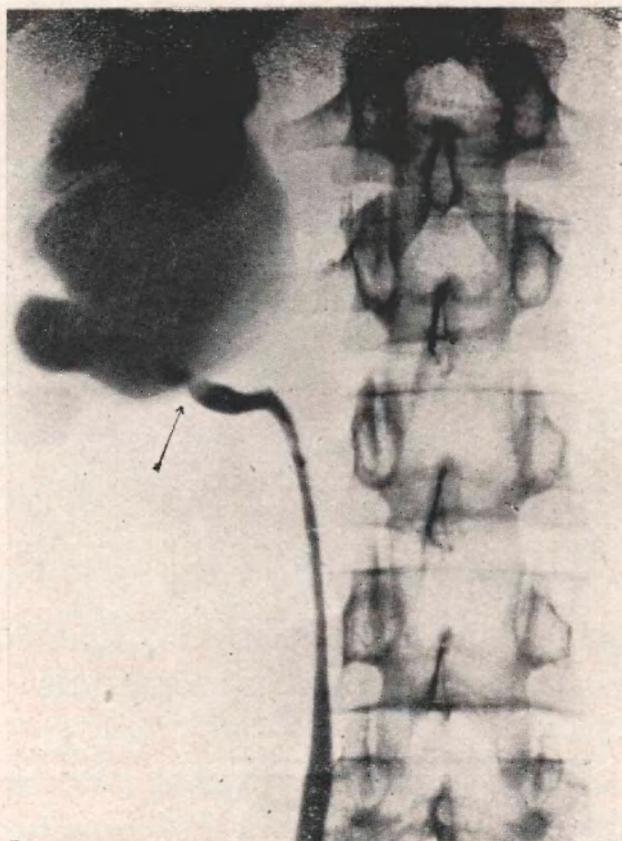


Figura 1

Uretero-pielograma ascendente. Gran dilatación de cálices y bacinete, próxima a la implantación uretero-piélica se observa una interrupción en el trayecto ureteral (lugar señalado por la flecha).

inyección de 8 c.c. de solución de yoduro de sodio al 15 %. La segunda radiografía se obtuvo al tiempo que se retiraba el catéter continuando la inyección; ambas muestran gran dilatación con imágenes de distensión de cálices y bacinete, buena implantación urétero-piélica y junto a ella una interrupción de sombra en el trayecto ureteral que se repite en igual sitio. Veinte minutos después de

retirado el cateter la radiografía que mostraba la retención en cálices y bacinete de la solución de yoduro de sodio.

Operado el 14 de julio de 1937. Bajo raquianestesia con 0,12 gramos de novocaína. Lumbotomía, se reconoce un pequeño riñón con parénquima reducido a menos de $2/3$ partes, gran dilatación con distención piélica. Se reconoce la presencia de una brida tensa, que hace cabalgar el uréter en porción próxima a la conjunción pieloureteral, constituida por un vaso polar inferior y posterior con relación al uréter. Librado de la fibrosis y tejido celular que lo acompañaba, fué posible hasta sentir sus latidos arteriales. Con un clamp protegido se procedió a su cierre temporario, sin que apreciáramos



Figura 2

Trozo del vaso resecaado, la flecha señala la luz del vaso.

modificaciones circulatorias del parénquima: después de lo cual se practicó la sección y recepción del trozo comprendido entre dos ligaduras. Vimos desaparecer el acodamiento ureteral y de inmediato el vaciamiento de la pelvis renal. Se procedió a la pexia por pasaje y tracción de una bandeleta músculo-aponeurótica de la pared lumbar a través de un puente de la cápsula fibrosa del riñón.

Cierre por planos sin drenaje.

Postoperatorio próximo muy bueno. A los 8 días, al ser retirados los tres puntos de crín que sirvieron de afrontamiento a los labios de la incisión en su plano superficial, el enfermo estaba en condiciones de abandonar la cama.

Fotografía de un trozo del vaso resecaado.

Su histología confirmó tratarse de un vaso arterial N° 6182.
Laboratorio microfotografía — Hospital Italiano.

Un mes después repetimos la pielografía ascendente, la que mostraba una apreciable reducción del grado de dilatación observada anteriormente, riñón pequeño, en posición alta, imagen del uréter sin acodaduras ni interrupciones.

Pese a este control radiográfico que muestra la tendencia a la regresión de la secuela, el escaso poder de concentración de la orina

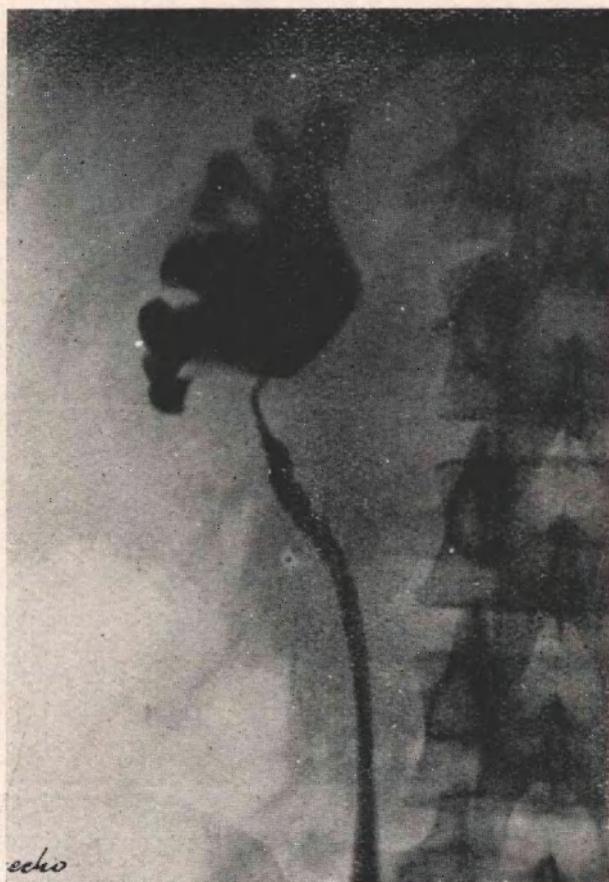


Figura 3

Al mes de la operación, el uretero-pielograma mostraba: apreciable reducción de las lesiones, posición alta del riñón con la debida corrección de la continuidad ureteral.

de ese riñón y la falta de eliminación del indigocarmín; nos confirmaban la calidad de ese reducido riñón. Ello fué confirmado con la escasa cantidad de excreción del Uroselectán en la urografía que efectuamos a los 45 días de la operación.

A nuestra solicitud con ausencia de síntomas subjetivos por parte del interesado, a tres años de la operación nos hemos interesado de su nuevo examen radiológico e instrumental.

Junio de 1940.

Cromocitoscopia. — Pereza en el ritmo de las eyaculaciones del orificio ureteral derecho. El indigocarmín endovenoso se elimina a los 3' por el R.I., recién después de 15' por el R.D. con escasa coloración.

En los urogramas se observa que; a los 10' de la inyección la excreción del Uroselectán es abundante a través del R.I. con imagen nítida de su aparato excretor, no se visualiza sombra de excreción

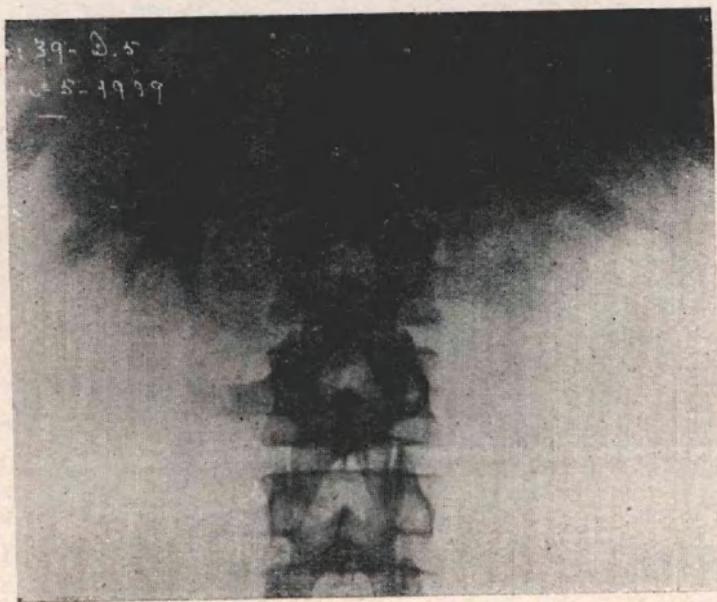


Figura 4

Del lado izquierdo: imagen normal de vías excretoras.
Del lado derecho: ausencia de imagen de excreción.

a través del R.D. a los 25' la substancia de contraste es abundante en la cavidad vesical, ha disminuído su pasaje del lado izquierdo y se muestra en algunos cálices de R.D.

A los 50' ha terminado la imagen de excreción de la substancia de contraste por uno y otro riñón.

Consideraciones. — La importancia como causa de obstrucción a cargo de una arteria polar inferior, depende de su relación con el uréter.

Cuando ella es posterior, resulta ser una poderosa causa de obstrucción de la conjunción pieloureteral con su consiguiente uronefrosis.

En el presente caso, el estado precario del parénquima renal y la maniobra del cierre temporario del vaso que no modificó el estado circulatorio en zona apreciable; indujeron a la solución más sencilla, la sección del vaso polar.

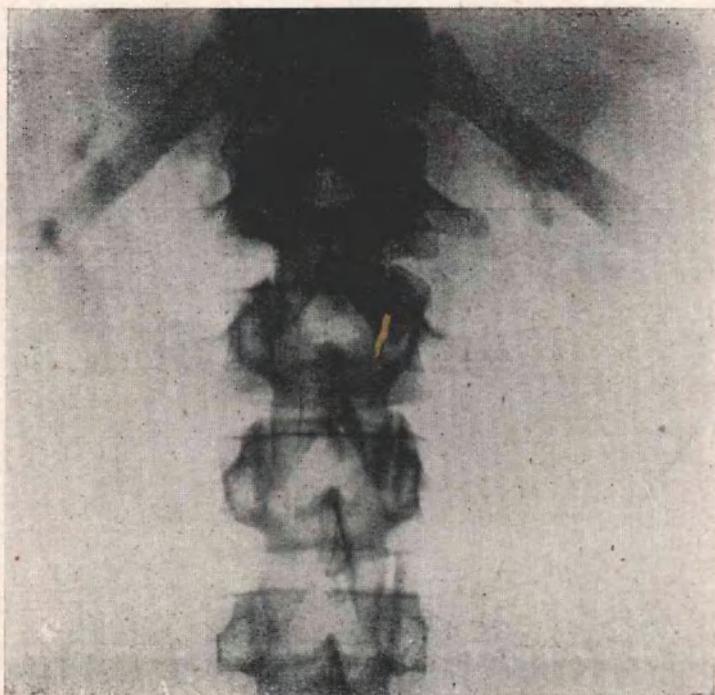


Figura 5

A los 25' de efectuada la inyección de uroselectán, recién aparecen sombras de la substancia de contraste superpuestas a la silueta del riñón derecho, que aparecen por debajo del borde inferior de la 12a. costilla.

Conclusión. — Si bien hemos podido mostrar los beneficios de una técnica conservadora sobre los efectos de la obstrucción ureteral; consideramos imposible, dado ese mismo estado precario del parénquima, obtener deducciones sobre la posible secuela ocasionada por la sección del vaso arterial.