

Por el Doctor

MIGUEL A. LLANOS

## ANOMALIA POR FALTA DE ROTACION DEL RIÑON

SI nos atenemos a lo que dicen los embriólogos, el título dado a los casos que tengo el honor de presentar, creo que está justificado.

### *Historias resumidas:*

1) B. A., enfermo de 32 años, ingresa a mi servicio del Hospital Centenario, el 17 de diciembre de 1940, y manifiesta que hace quince años sufre de dolores, a veces sordos, otras veces en forma de puntadas en el flanco derecho y región lumbar del mismo lado, que se producen o intensifican al caminar o estar mucho tiempo de pie. Desde hace siete años tiene dolores de tipo cólico nefrítico en la región lumbar derecha, que se presentan durante el trabajo y que calman con el reposo, aunque a veces son tan intensos, que es necesario recurrir a los sedantes. Estos dolores de tipo cólico se acompañan de oliguria y cuando pasan se presenta poliuria.

El examen clínico demuestra una tumoración en la parte baja de la región lumbar, que tiene todos los caracteres para ser del riñón: conserva su tamaño; es dolorosa a la palpación bimanual. Hay, además, ligero dolor en la región apendicular.

Cistoscopia: vejiga y orificios ureterales normales.

El examen funcional de ambos riñones es normal.

Se hace el diagnóstico clínico, probable, de ptosis renal y se practica la pielografía bilateral, 3 - 1, que nos demuestra lo siguiente: del lado izquierdo una imagen normal; en cambio, del lado derecho, la imagen demuestra que los cálices superior e inferior se encuentran en la parte interna. De acuerdo con el examen clínico y, muy especialmente, el pielográfico, llegamos a la siguiente conclusión: 1º) que existe una falta de rotación del riñón para llegar a su posición anatómica normal; 2º) que existe una ectopía lumbar baja al mismo tiempo que una ligera ptosis.

El 16 de enero del presente año es operado por el que suscribe, teniendo de ayudantes al doctor Tettamanti y al practicante Sr. Alba.

Practicamos primero la apendicectomía por vía lumbar y al aislar el riñón, que se encontraba en la posición indicada por la pielografía, lo encontramos en

las condiciones que representa la figura esquemática adjunta: Fig. 2, el hilio en posición francamente anterior, el uréter alojado en una depresión en el polo inferior, la pelvis bien en situación anterior con tres cálices primitivos, siendo el superior muy alargado; existen dos pedículos renales, uno inferior y otro superior, formados cada uno por una vena y una arteria; en la vena del pedículo superior desemboca la úteroovárica, que atraviesa diagonalmente la pelvis: en la parte media del borde posterior y por la parte interna, se ve una

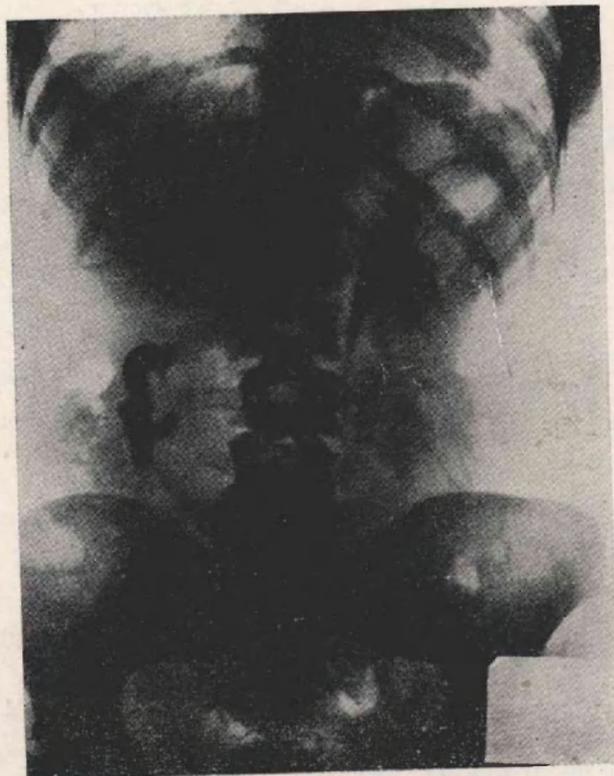


Figura 1

arteriola que forma surco en el borde posterior y que dando la vuelta por la parte externa, termina penetrando en el parénquima renal en las inmediaciones de la pelvis. Después de una ligera reflexión, nos trazamos el siguiente plan operatorio: seccionamos la arteriola que iba por la parte posterior, porque mantenía completamente fijo al riñón en su posición anormal; movilizamos el uréter y la vena útero ovárica hacia abajo y adentro, terminando la operación con una nefropexia por el método de Guyon, colocando los hilos en la mejor forma posible, de manera que el hilio ocupara su situación interna.

Nos decidimos a hacer una operación conservadora, dadas las buenas condiciones anatómicas y funcionales del riñón, no obstante nuestros temores de un infarto por la sección de la arteriola y la duda de que desaparecieran todos los trastornos. Felizmente, el infarto no se produjo y los trastornos han desapa-

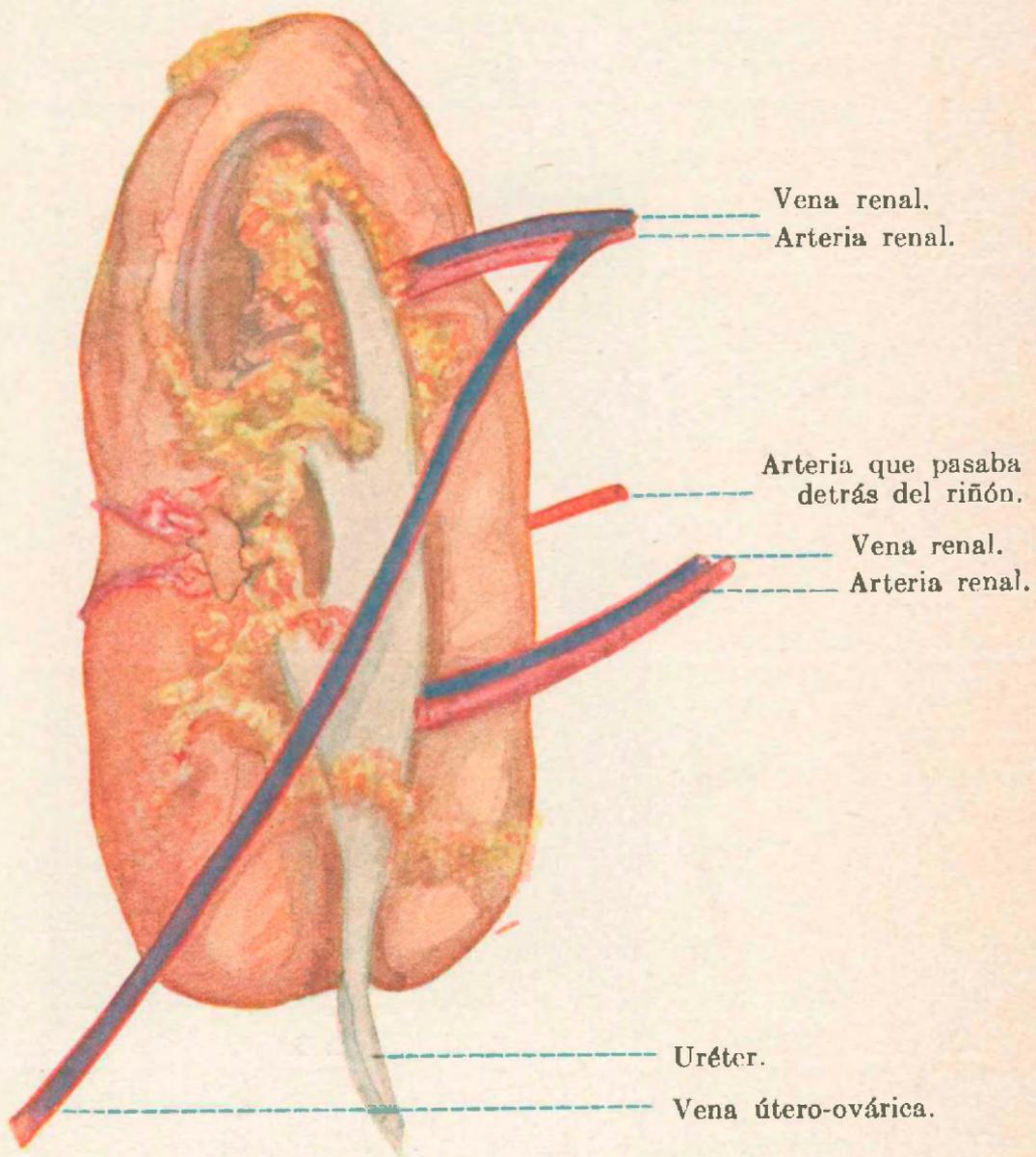


Figura 2

recido por completo. Si con el tiempo las molestias volvieran, haríamos una operación radical.

2) (Caso atendido por el Dr. Juan C. Tettamanti).

Enfermo de 18 años. Hace dos años empezó a sentir dolores en el flanco derecho, irradiados a la fosa iliaca del mismo lado, dolores que se manifestaron especialmente en la estación de pie, que calmaban pero no desaparecían en cama; en un momento dado tiene un dolor intenso en la fosa iliaca derecha, con vómitos;



Figura 3

el médico consultado hace diagnóstico de apendicitis y lo opera; los dolores no desaparecen y consulta al Dr. Tettamanti, quien por el examen clínico y la pielografía (Fig. 3), hace el diagnóstico de rotación renal derecha con nefroptosis, que es el término con el cual designa dicha anomalía. La separación de orinas demuestra que ambos riñones funcionan bien.

*Operación.* — Cirujano Dr. Tettamanti; ayudantes: Dres. Babbini y Barcelone. Anestesia raquídea con 0.10 gs. de novocaína. Incisión pararrectal derecha, supra e infraabdominal. Al llegar a la cavidad abdominal se hace el decolamiento parieto cólico, desde el ángulo hepático hasta el ciego. Se llega al riñón, que se encuentra en posición lumbar baja y rotado, con su hilio en situación anterior, el uréter cabalgando sobre una escotadura en el polo inferior

y adherido por tractus fibrosos. El pedículo renal normal. A nivel del borde externo del riñón, más o menos en su tercio medio, existe una gran escotadura ocupada por un paquete arteriovenoso de mediano calibre que, a manera de rienda, impide la rotación del órgano al tratar de colocar el hilio hacia el borde interno. En estas condiciones se practica una pexia renal a lo Gutiérrez, sin colopexia; la fijación del riñón se hace un poco baja, pues al querer llevarlo muy arriba el uréter se pone tenso y cabalga sobre el polo inferior del riñón, formando una acodadura en ángulo obtuso que quizá impedía el buen funcionamiento pielo ureteral.

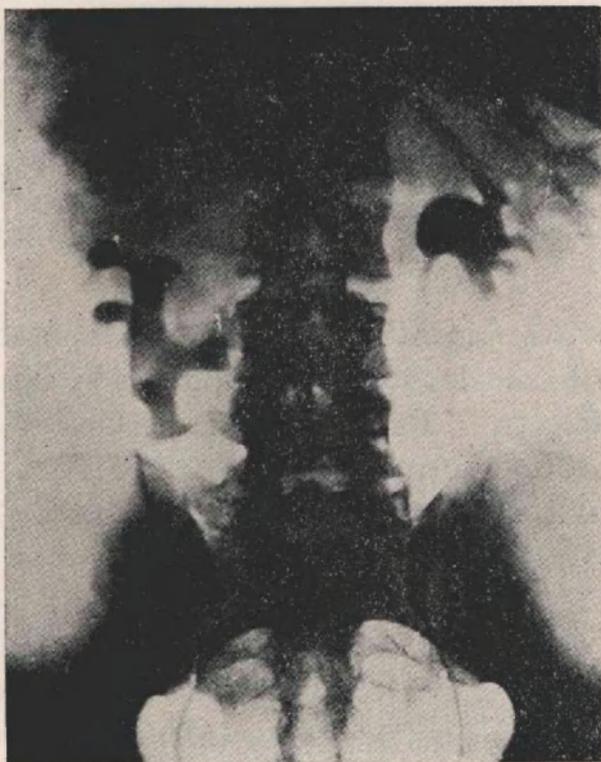


Figura 4

Post operatorio sin incidencias. La enferma ha sido vista un mes después en perfectas condiciones.

Como una contribución al estudio radiográfico de la falta de rotación del riñón, presento esta pielografía ascendente (Fig. 4), que considero bien demostrativa de la falta de rotación del riñón. El paciente no aceptó nuestras indicaciones y se perdió de vista.

Los doctores Popescu, Buzeu y Constantinescu han tenido la oportunidad de observar tres casos ("Journal d'Urologie"; tomo

3°) Puede manifestarse simplemente por dolores, sin que haya un proceso agregado a la deformación.

4°) Con mucha frecuencia los trastornos empiezan por una complicación, tales como hidronefrosis, hidropionefrosis, calculosis, etc.

5°) Con frecuencia existen vasos que lo fijan en su posición anormal que, posiblemente, intervienen en la causa de la anomalía.

6°) Puede ser uni o bilateral.

7°) El tratamiento puede ser radical o conservador: será radical cuando exista una alteración anatómica y fisiológica bien marcada, y conservador cuando el riñón está en buenas condiciones y se le puede colocar en condiciones de buen funcionamiento, lo mismo que a sus vías excretoras.