

RIÑONES ECTOPICOS PELVIANOS

Por los Dres. F. G. ALSINA, A. A. GRIMALDI Y J. A. GOLDARACENA

Entre las anomalías del aparato urinario, la ectopia renal unilateral simple, con riñón adelfo normal, plantea situaciones de orden clínicas y terapéutico cuya resolución no resulta siempre fácil. Si bien la incorporación de la urografía excretoria a los métodos corrientes de exploración permite hoy descubrir malformaciones que se diagnosticaban antes por excepción, o se revelaban como sorpresas en un acto quirúrgico, la sintomatología de este tipo de riñón anómalo atrae la atención hacia los órganos de normal ubicación pelviana, sobre todo si se trata de mujeres, y se prescinde a veces del urograma. Por otra parte, en su exteriorización clínica, los síntomas propios de afección urinaria pueden estar completamente ausentes, hecho que induce a una interpretación equívoca.

Durante el año 1954 hemos tenido oportunidad de observar tres casos, de sintomatología similar, en pacientes del sexo femenino, y en los que la indicación de la nefrectomía resultó impuesta por las características clínicas y la ineficacia del tratamiento médico. He aquí su referencia:

Caso nº 1. — Mayo 20, 1954. (Inst. Arg. del Diagnóstico). - L. B. de M. - 40 años. Casada. 3 hijos nacidos en partos normales. Desde hace trece años sufre dolores intensos en fosa iliaca izquierda, no irradiados ni relacionados con sus períodos menstruales, y sin fenómenos reflejos. Por esta razón, y con diagnóstico de quiste de ovario fué operada hace doce años. No experimentó mejoría. Hace seis meses, previo estudio radiográfico contrastado por neumo peritoneo, se hizo nuevamente diagnóstico de quiste ovárico y se la sometió a otra la parotomía. En el curso de ella, y en reemplazo del quiste presumido, se encontró el riñón izquierdo en posición pelviana. Se cerró sin actuar. Su dolor, ya inveterado, ha adquirido en los últimos tres meses una intensidad intolerable en la marcha y la flexión del tronco. Cotidianamente ingiere buena cantidad de los más diversos analgésicos, sin resultado apreciable. Solamente el decúbito le proporciona alivio.

En la fosa iliaca izquierda se palpa una masa redondeada, de unos diez centímetros de diámetro, fija, exquisitamente dolorosa a la presión. Urograma: riñón derecho de forma, situación, depuración y dinámica normal. Riñón izquierdo ubicado a la altura de la segunda y tercera piezas sacras, entre éstas y la sínfisis sacroilíaca izquierda, con su pelvis orientada directamente hacia adelante. No se ve el uréter. El pielograma ascendente (figura 1) demuestra la pelvis renal con la forma y el volumen de un carozo de durazno. Ureter breve. Los exámenes de laboratorio son normales, excepto una anemia de 3.200.000 glóbulos rojos con 60 % de Hg., no modificada por la medicación correspondiente. Sedimento de orina y cultivo negativos.

La persistencia del dolor y el conocimiento que la enferma tenía de su anomalía renal conformaban una verdadera neurosis; agotados los recursos médicos, se decidió la nefrec-

tomía, accediendo con ella, además, a una súplica de la enferma. La operación se llevó a cabo por vía transperitoneal, por incisión mediana infraumbilical. El riñón se encontró ubicado por debajo y a la izquierda del promontorio, de pequeño volumen, discoideo, con su seno abierto y orientado hacia adelante. Su vascularización estaba compuesta por una arteria de procedencia aórtica bifurcada en horqueta en el polo superior del órgano: su rama posterior ingresaba al parénquima y la anterior al hilio renal. Otras dos arterias procedentes de la iliaca abordaban el riñón por su polo inferior. Dos troncos venosos gruesos, oblicuos, se dirigían a la vena iliaca. No hubo mayores dificultades en la ligadura de estos pedículos. Extirpado el órgano, se cerró sin drenaje. Postoperatorio simple. Alta a los diez días, sin dolor. El control posterior informa que mantiene su bienestar.

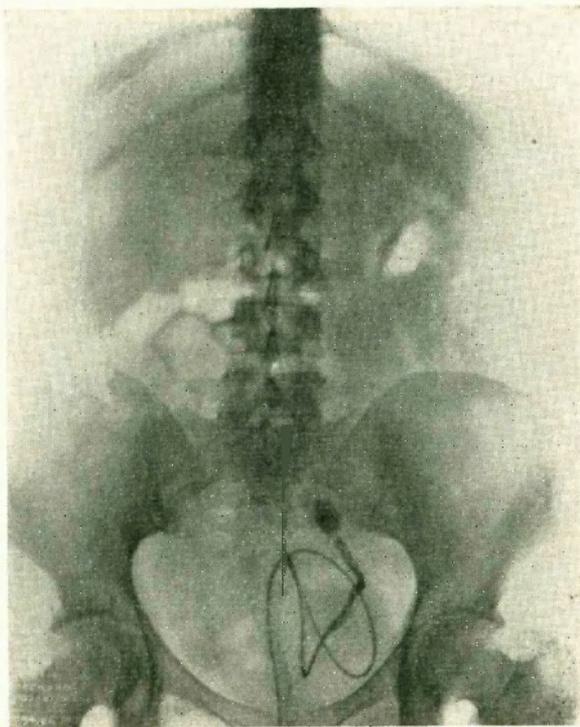


Figura 1

Caso n° 2. — S. K. - Hist. Clínica n° 9143. - 36 años. - Casada. - 2 hijos nacidos en partos normales. Refiere que en el año 1949, a raíz de dolores intensos localizados en la fosa iliaca derecha, fué internada en un hospital de esta Capital, donde con diagnóstico de "tumor o quiste" intraabdominal fué operada, a pesar de que el médico rural que la remitiera atribuía sus trastornos al riñón derecho. En el curso de la operación éste se encontró en ectopia pelviana, y como no había alteración genital, se cerró sin actuar.

Como siguiera con intensos dolores exacerbados por la actividad, a la que no puede substraerse porque de ella depende su sustento, concurre a nuestro Servicio y se interna.

Del examen somático sólo destacaremos que la palpación revelaba una tumoración ubicada en fosa iliaca derecha, en forma de habichuela, de unos 12 centímetros de largo, con escasa movilidad en sentido longitudinal y transversal, consistente y fuertemente dolorosa a la presión. De las pruebas de laboratorio, únicamente el hemograma acusaba una imperfección consistente en una anemia de 3.900.000 glóbulos rojos, con 70 % de Hg., ya observada en exámenes anteriores y no modificada por el tratamiento instituido al efecto.

La urografía estableció normalidad de forma, función y situación del riñón izquierdo, mientras que el derecho se hallaba ubicado en posición pelviana, a la altura del promontorio, presentando una pelvis pequeña, redondeada, orientada en sentido ánteroposterior, sin cálices secundarios y uréter breve. La pielografía ascendente (figura 2), confirma lo inscripto en el urograma.

Considerando el carácter invalidante del dolor, no mitigado con analgésicos administrados por vía oral o parenteral ni fajas ortopédicas que la enferma ha ensayado sin encontrar con nada el menor alivio, decídese la operación. Nefrectomía transperitoneal por vía mediana infraumbilical. El riñón, de volumen inferior al normal, se encuentra a la altura del promontorio, con forma de galleta, su seno orientado hacia adelante. El uréter, tenso abordea una micropelvis anterior. Una gruesa vena surge del hilio y se dirige a la vena ilíaca correspondiente. Existen dos pedículos arteriales: uno superior, de procedencia aórtica, y otro inferior, que nace de la hipogástrica. La masa renal se halla aplicada contra el plano resistente posterior, que le imprime su huella y traccionada en sentido antagónico por el uréter y los elementos vasculares. Realizada la exéresis, se cierra sin drenaje. Post-operatorio simple. Alta a los once

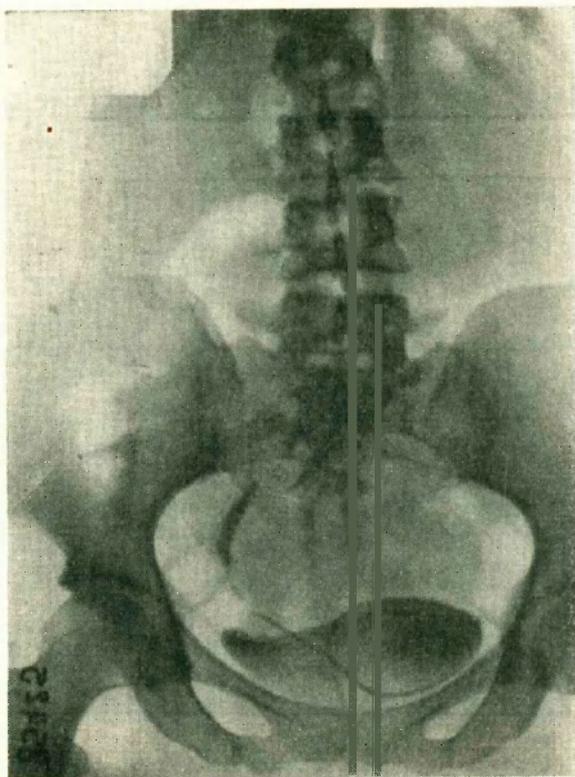


Figura 2

días, sin dolor. El control posterior nos informa que la enferma se encuentra en perfectas condiciones y ejecuta su rudo trabajo sin trastornos de ningún género.

Caso nº 3. — C. G. G. - Hist. Clínica nº 9208. - 14 años. Soltera. 17-XII-1954. Desde los 12 años padece dolores en fosa ilíaca izquierda que se exacerban durante su periodo premenstrual. Manifiesta que las diversas prescripciones aconsejadas, analgésicos, Trendelenburg, etc., no modificaron sus trastornos y que éstos invalidan a tal punto de impedirle el estudio y el desarrollo de sus actividades cotidianas.

El examen clínico permite apreciar a la palpación una masa tumoral que llena la palma de la mano, situada en región infraumbilical izquierda, consistente, regular, discretamente móvil en sentido longitudinal y transversal, dolorosa.

El examen urográfico muestra el riñón y la vía de excreción derecha de caracteres normales, mientras que el izquierdo se halla ubicado en posición ectópica pelviana claramente revelada por la pielografía ascendente (figura 3). El examen ginecológico (Dr. Nehin) es negativo. Exámenes de laboratorio normales, excepto una cifra de 3.780.000 glóbulos rojos. Con diagnóstico de riñón ectópico pelviano izquierdo doloroso se decide ofrecer otro periodo de tratamiento médico, por lo que se le da el alta con las indicaciones correspondientes.

Aproximadamente un mes después la enferma solicita reinternación y el tratamiento radical que la coloque en situación de normalidad, pues sus dolores persisten y se acrecientan a pesar de todas las indicaciones prescriptas. Se completa el estudio y se interviene el 2-III-1955. Nefrectomía transperitoneal anterior por laparatomía mediana infraumbilical. El órgano, de unos 8 centímetros de largo, se halla a la altura del promontorio, adosado a la vena cava por su soplo superior, con el hilio orientado hacia adelante. Se observan dos vasos venosos voluminosos que abordan la glándula por su polo superior y uno arterial, los que aplican ésta contra la pared posterior y no le permiten sino muy escasa movilidad. Seccionados, previa ligadura, los vasos y el uréter, se completa la operación. El informe anatómopatológico (Nº 24.051) describe un órgano pequeño con "discretas lesiones involutivas del parénquima. Postoperatorio excelente. Ultimamente se halla en asistencia ginecológica por pertinaces trastornos menstruales".

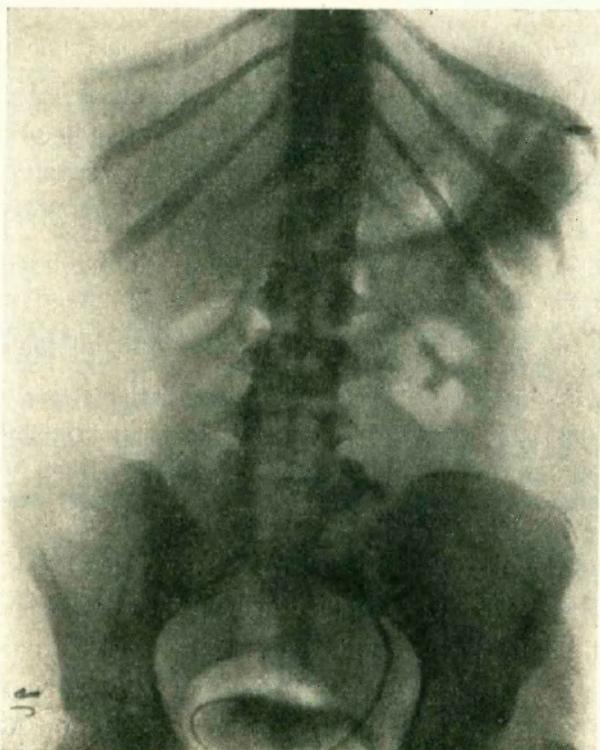


Figura 3

COMENTARIOS:

Nos remitimos al trabajo de uno de nosotros con Rubi R. A., publicado en la Revista Argentina de Urología, T. XIX, pág. 75, para no volver sobre un tema que ya ha sido ampliamente expuesto en el seno de esta Sociedad. Las consideraciones que juzgamos de interés en esta breve serie se refieren a que, tratándose de mujeres, la anomalía no ha sido causa de distocia en las que por su estado pudieron tenerla (casos 1 y 2); la anemia, comprobada en los tres casos, espontáneamente corregida a continuación de la exéresis del órgano anómalo y sobre la que no nos permitimos formular ninguna sugerencia, pero recomendamos su observación en los casos que en adelante se presentaren para verificar su frecuencia; y por último, la sintomatología reducida a dolor abdóminopelviano, no vinculado a morbilidad asociado a la malformación.

En dos de nuestras enfermas, un urograma oportuno hubiera evitado las exploraciones quirúrgicas efectuadas con antelación al diagnóstico correcto, informando además sobre el estado del riñón adelfo.

Creemos que la indicación quirúrgica solo ha de aconsejarse al término de un período suficiente de observación y medicación sintomática que contemple la modalidad psicossomática de cada caso, sin olvidar, como lo anotan Campbell y Lowsley, que la extirpación de un riñón en ectopia pelviana puede ofrecer extremas dificultades peculiaridades de su irrigación.

La vida de abordaje transperitoneal, mediana o lateral según la ubicación conocida del órgano, nos parece la elección. El drenaje es innecesario.

RESUMEN

Los autores han observado tres casos de ectopia renal pelviana homolateral dolorosa, con riñón adelfo normal. Practicaron la nefrectomía transperitoneal por laparotomía mediana infraumbilical en los tres.

Plantean consideraciones de índole clínico-terapéuticas y son partidarios de la intervención radical una vez agotados los recursos de la conducta conservadora.

BIBLIOGRAFÍA

- Rubi R. A. y Grimaldi A. A. — Traumatismo en riñón ectópico pelviano. *Revista Arg. de Urol.* — XIX, 1950, pág. 75.
- Tittamanti Lezcano O. A. — Ectopia renal pelviana. nefrectomía transperitoneal. *Rev. Arg. de Urol.* — XX, 1951, pág. 184.
- Mathis. R. — Hidronefrosis en un riñón en ectopia pelviana. Su abordaje por vía intraperitoneal. *Rev. Arg. de Urol.*, 1954 pág. 93.
- Fonio O. A., J. Yanicelli y Fainman N. — Ectopia renal pelviana. *Rev. Arg. de Urol.* 1954, pág. 107.
- García A. E., Casal J. y González Marting. — Riñón único pelviano ectópico. *Rev. Arg. de Urol.* XXIV, 1955, pág. 60.
-