

Trabajo en colaboración de la Clínica Quirúrgica "F" de la Facultad de Medicina del Prof. Dr. José A. Piquinela, de la Clínica Urológica del Hospital Pasteur del Prof. Dr. Jorge A. Pereyra y del Servicio de Radio Diagnóstico del Instituto de Cirugía para Post-Graduados del Dr. M. Arias Bellini.

HIDROURETERONEFROSIS GIGANTE COMPLICANDO UNA BIFIDEZ PIELO-URETERAL BILATERAL (*)

Dres. Juan René Delger y Nelson B. Varela

A los Profesores Dres. Piquinela y Pereyra, así como a los Dres. Arias Bellini y Ormaechea, deseamos testimoniar nuestro agradecimiento por la colaboración que hemos recibido.

Las malformaciones congénitas del aparato génito-urinario son de frecuente observación en la práctica corriente.

Se insiste siempre que ellas son un elemento de meiorpragia donde es fácil que se añada una causa patógena para motivar la consulta.

Nuestro caso no escapa a esta regla corriente. Sin embargo, tiene varios aspectos que creemos interesantes a destacar no sólo dentro de la patología y el diagnóstico, sino también del punto de vista quirúrgico.

HISTORIA CLINICA

P. P., 36 años. Ingresa con fiebre (39°). Dolor Lumbar derecho y piuria. Este Cuadro apareció 10 días antes, no tuvo remisiones, se acompañó de frecuentes chuchos de frío y en algunas oportunidades de hematiuria que no se comprueba al ingreso. Fascies tóxico, lengua saburral y palidez de mucosas. Abdomen asimétrico por abombamiento del hipocondrio derecho que corresponde a una tumefacción que ocupa todo el hipocondrio, el flanco y la fosa lumbar derechas, llegando a contactar con la F.I.D. y sobrepasando la línea media. No se separa del Hígado y el Colon tiene su sonoridad hacia la F.I.D. Toda la Tumefacción es mate. Ligeramente desplazable con la respiración y el decúbito lateral izquierdo. Poco dolorosa a la palpación y con límites precisos salvo hacia el reborde

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 23 de julio de 1958.

costal, donde se pierde por debajo de él sin diferenciarse del borde hepático.

Citoscopía: Mostró 2 orificios ureterales normales, en ambos ángulos de un trigono normal. Del lado derecho hay eyaculación de orina piúrica y la cromo citoscopia evidencia un retardo de eliminación de 18 minutos para el azul de índigo en ese lado. La sonda ureteral se detiene a 15 cms. de colocada.

Exámenes Radiológicos: La U.I.V. mostró una bifidez uretero-piélica a izq. de tipo habitual a pelvis chica superior y a la bifurcación ureteral baja tipo pélvico.

Del lado derecho mostró una buena eliminación del contraste visua-



FIG. 1. U.I.V. Bifidez izq. a pelvis chica superior y anomalía morfológica con buen valor funcional a derecha.

lizándose una pelvis muy alta (8ª y 9ª costillas, teniendo en cuenta que no existe la 12ª). Considerable alejamiento de la línea media, aspecto vertical, "como en paracaídas" de cálices, pelvis y uréter. Este último descendiendo paralelo a la columna pero muy alejado de ella.

La U.P.R. del lado derecho, muestra en la Radiografía de Frente el mismo aspecto que recuerda la imagen comparable con un paracaídas, muestra el alejamiento ureteral y el codo que detuvo la sonda sobre el cruce de los vasos ilíacos desde donde continúa a la pelvis siguiendo un trayecto normal. En el Perfil se destaca el desplazamiento oblicuo hacia adelante de la pelvis con sus cálices y del uréter bajo iliopelviano, lo cual testimonia el origen retroperitoneal del proceso. Este fue confirmado por la no penetración de gas al efectuar el neumorretroperitoneo.

La Aortografía traslumbar (Dr. Ormaechea) mostró la duplicación



FIG. 2. — U.P.R. a derecha. Alteración topográfica y estructural de la vía excretora. Pelvis sobre 9ª costilla. (Ausencia de la 12ª Costilla.



FIG. 3. Aortografía (Riñón Discoide, elevado, de buena funcionalidad y a 3 arterias en el lado derecho).

arterial para el riñón izquierdo, las anomalías vasculares del riñón derecho y en la Fase Nefrográfica el aspecto DISCOIDE, con ausencia de rotación y con la extraordinaria elevación. Con respecto al proceso,

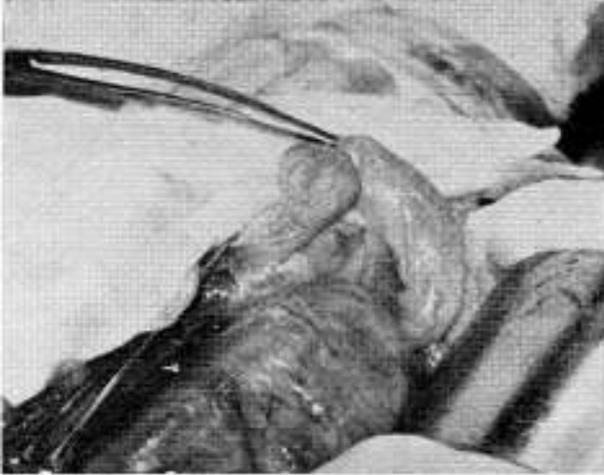


FIG. 4. — Bolsa piélica gigante y mega uréter.

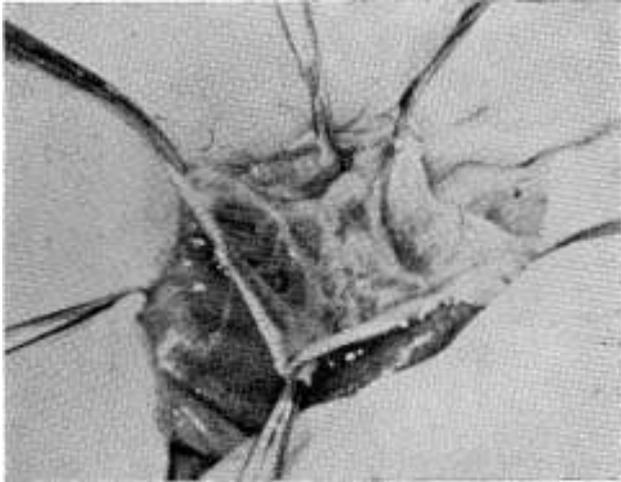


FIG. 5. — Resto piélico membranoso del riñón inferior adhiriendo al riñón superior.

sólo evidenció una pobreza vascular reducida a un pedículo arterial fino y de cierta longitud.

El enfermo fue sometido a un tratamiento antibiótico y reconstituyente previo uroantibiograma. Mejoró su piuria, las orinas se aclararon y se operó con urocultivo negativo.

OPERACION

Tóraco-freno-laparotomía sobre la 10ª costilla con resección de ésta; abertura amplia hasta F.I.D. Se descubre y libera gruesa bolsa renitente que por su parte antero-inferior se continúa con un uréter muy dilatado (3 a 4 cms.) y delgado cuya disección nos lleva hasta la pelvis por debajo

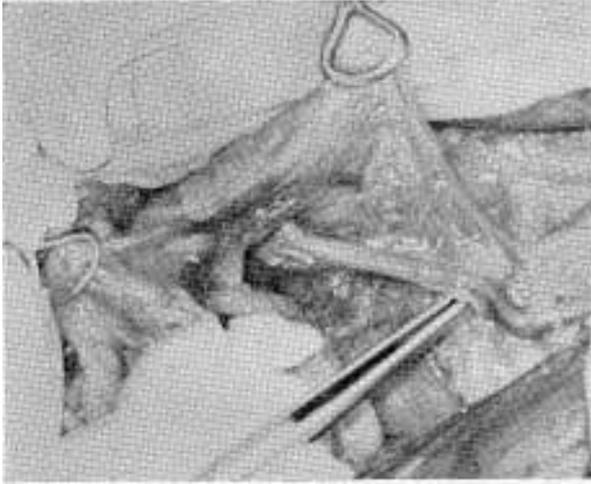


FIG. 6. — Riñón y uréter superiores tal como fueron conservados.

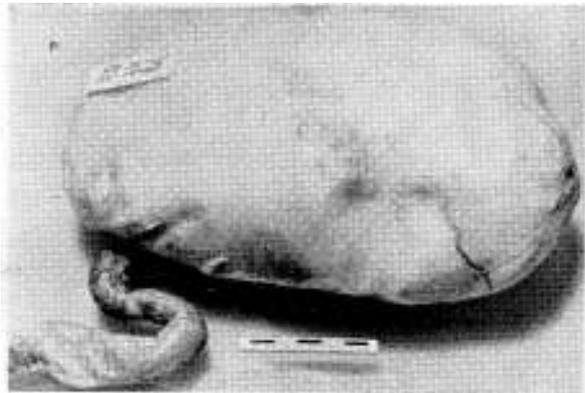


FIG. 7. — Pieza operatoria extirpada.

de los vasos ilíacos donde se secciona. Hacia arriba adhiere al riñon por una membrana gruesa, rugosa en la que se observan restos adelgazados de renículos atróficos. Extirpado este resto, queda el riñón superior disocido con buen aspecto parenquimatoso y buena motilidad pieloureteral por lo cual se conserva. Cierre con drenaje retroperitoneal por contra-abertura.

COMENTARIO

Como se aprecia por esta descripción hay algunos puntos y detalles que merecen un comentario e interesan ser destacados.

1*) *La Anomalía Congénita* de la Duplicación reno-ureteral parcial es muy común, 2 a 3 % de todos los individuos en las estadísticas consultadas (Bib. 1). Nuestro caso tiene a este respecto algo de particular.

Clasificado como bifidez pelvi-ureteral bilateral aparece como más rara que las unilaterales. Dentro de ellas la independencia vascular, secretoria y excretoria se mantiene entre el Riñón superior y el inferior. Ambos riñones jamás son equivalentes, siendo siempre el superior más chico y el que presenta con más frecuencia la patología asociada. Contrariamente a esta constante Clínica, nuestro caso recuerda esa afirmación sólo para las dos unidades del sistema excreto-secretor izquierdo, pero ellas se invierten para el lado derecho donde hay una unidad superior completa con su sistema vascular anómalo (3 arterias), su parénquima con ausencia de rotación, y sus vías de excreción con la casi totalidad de los cálices.

2*) Como *Complicación Asociada* la Hidro-uretero nefrosis (Bib. 2)

- del riñón-uréter inferior (no la hemos visto publicada).
- a bifurcación baja pelviana (1/5 de los casos).
- con bajo grado de fusión renal (1/20 de los casos).
- del sexo masculino (1/3 de los casos).

muestran los caracteres excepcionales de este tipo en el que no hemos podido antes del acto operatorio comprobar la duplicación parcial derecha ni en el acto operatorio comprobar la naturaleza de la estenosis en la embocadura del uréter inferior en el superior a nivel de la pelvis, por debajo de los vasos ilíacos.

Hösel en su monografía (Bib. 3) insiste para explicar el extremo ciego inferior en una conjunción de factores que sumados actúan en círculo vicioso:

- Irrigación precaria con menor resistencia a las infecciones.
- Alteraciones constantes en la dinámica de evacuación pielo-ureteral.

— Trayecto muy largo paralelo y forma en pico de flauta de la desembocadura de un uréter sobre el otro.

3º) En el *Diagnóstico* el caso reviste interés pues:

— Obligó a poner en juego todos los recursos del diagnóstico Urológico.

— Mostró una vez más que la Aortografía es una indicación de necesidad en las malformaciones renoureterales, sean ellas vasculares o parenquimatosas como insiste Fabre (Bib. 4). No sólo suministra ideas sobre pedículos anormales de conocimiento quirúrgico imprescindible (Probreza vascular: posibilidad de una malformación quística; Vaso único y largo: posibilidad de fácil ligadura), sino que además:

— orienta frente a programas tácticos y técnicos diferentes según la aspiración a una Cirugía conservadora o radical. (Recordamos al pasar que en las duplicaciones renales una heminefrectomía será siempre conservadora y radical).

— Informa con más exactitud sobre la morfología y capacidad funcional del Riñón-uréter que se aspira a conservar cuando se estudia la fase final nefrosecretoria.

4º) Por último en el plano *Quirúrgico* nuestro caso tiene interesantes detalles a comentar:

— *La Vía de Acceso* exigía dos condiciones: *Alta* pues la glándula renal útil se proyectaba sobre la 9ª y la 10ª costillas frente a D₉ y D₁₀.

Amplia porque la bolsa a extirpar era de gran tamaño y existía la posibilidad de extirpar su uréter hasta la bifurcación pelviana. Una tóracofrenolaparotomía, actualmente de riesgo y jerarquía corriente, condensa estas dos condiciones.

— *La Exploración* confirmó la naturaleza del proceso, orientó sobre el elemento de más importancia: Los Pedículos arteriales en un todo superponibles al visto en el arteriograma. Mostró luego el uréter interno, fino, cordiforme del Riñón superior y el uréter externo voluminoso, fluctuante y con múltiples flexuosidades que continuaba a la bolsa piélica gigante del Riñón Inferior. Una Vaina separable de cada uno fue comprobada. La Cava fue vista

en toda la longitud que tenía contacto con el proceso, lo mismo el origen de los vasos espermáticos.

— *La Exéresis* fue metódica, primero posterior, luego polar inferior, más tarde anterior clivable del peritoneo por la ayuda de una mano que en dicha gotera la convertía de virtual en real. Por último interna, donde recién es que se puede dominar una zona yuxta aórtica que exigió más cuidado por el recorrido de dos uréteres cruzando los pedículos del riñón superior, del riñón inferior y del testículo.

— *Los Incidentes*, en una operación no hemorrágica, derivaron simplemente:

1) Del volumen de la Bolsa que al final es necesario evacuar (cediendo al deseo de sacarla entera).

2) De la doble abertura serosa pleuro-peritoneal. Una protección adecuada en este caso sin infección *actual* de la cavidad torácica y la mano del ayudante entre las dos hojas de reflexión lateral del peritoneo, fueron más que incidentes, gestos que simplificaron la intervención.

RESUMEN

Se presenta un caso de hidroureteronefrosis del riñón inferior derecho en una bifidez urétero renal bilateral a bifurcación pelviana. Una exacta valoración de las posibilidades de una cirugía conservadora fue obtenida por la arteriografía que mostró el predominio anatomofuncional del riñón superior. Fue puesto de manifiesto la comodidad de la vía de acceso combinada tóraco-abdominal (o trans - torácica como la llama Hughes) para estas grandes bolsas hidroureteronefróticas con ascenso tan marcado del riñón superior. Se acompaña el relato con unas breves descripciones estadísticas y patogénicas relacionadas.

BIBLIOGRAFIA

- 1) HARPSTER, C., BROWN, T. H. y DELCHER, H. A. — Abnormalities of the Kidney and Ureter. J. Urol. 8:459, 1952.
- 2) HERBUT, P. A. — Urological Pathology 353-359, 1952. H. KIMPTON Ed. London.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

- 3) HÖSEL, M. — Bietrag zur Diagnose und Behandlung der Doppelnieren. Zeitsch. für Urologie 49:12, 739-742, 1956.
- 4) FABRE, P. — La Place de la Aortographie rénale parmi les moyens d'investigation. V Congrès de la S.d'U. de la Médit. Latine. (in J. d'Urol 59:685, 1953).

DOCUMENTACION GRAFICA

1) De la serie de **Radiografías** obtenidas seleccionamos:

Fig. 1: U.I.V. muestra la Bifidez a izquierda y el buen valor funcional a derecha.

Fig. 2: U.P.R. muestra la alteración topográfica y estructural de la vía excretora derecha.

Fig. 3: ARTERIOGRAFIA muestra Riñón superior discoide, a 3 arterias, con falta de rotación, con buena funcionalidad. Un solo vaso largo y fino para el proceso inferior. Duplicación vascular para el doble riñón izquierdo.

2) De la serie de **Fotografías operatorias** seleccionamos:

Fig. 4: Detalle de la extirpación de la bolsa piélica gigante y de su megauréter que la prolongaba.

Fig. 5: Detalle del resto piélicorenal inferior que adhería al Riñón superior y como se ve era sólo una delgada lámina.

Fig. 6: Detalle que muestra al Riñón Superior y su uréter una vez extirpada la pieza operatoria en su totalidad.

Fig. 7: Pieza operatoria reconstruida pues había sido evacuada durante las maniobras de exéresis.
