

cantidad empleada. La figura 3 es un pie-lograma en donde comprobamos que la extremidad de la sonda ureteral derecha seguramente por la mayor presión y líquido inyectado, se ha desviado hacia afuera, separándose del cuerpo vertebral unos dos centímetros. La sombra, la vemos arrancar a diferencia de la anterior radiografía, desde la misma sonda para dirigirse hacia abajo hasta el nivel de la segunda lumbar, en donde bruscamente sigue una dirección ascendente, formando en conjunto un gancho bien marcado. La mancha antes descrita la comprobamos ahora de mayor tamaño, pero cuyos límites y en especial el superior no pueden limitarse por falta de espacio en la placa. Después de esta exploración hacemos un diagnóstico de ectasia uréteropélvica por acodadura ureteral.

Como acontece en muchos enfermos con hidronefrosis al sondarles su pelvis y más aún cuando se les inyecta líquidos de contraste, sobrevino un estado febril que resolvimos con inyecciones intravenosas de urotropina, lo cual nos privó de proseguir las exploraciones durante unos quince días.

Practicamos nuevamente la cistoscopia con el objeto de poder caterizar los uréteres, con el doble fin de explorar la función renal derecha y obtener líquido de la pelvis izquierda, cosa que tuvimos la suerte de conseguir, dándonos lugar a comprobar salida rápida y continua de un líquido cuyo examen daremos a continuación:

R. D.

Urea 21, por mil.

Sedimento, resultado igual al de los anteriores cateterismos.

P. S. P. — 0,45.

R. I.

Urea, 1,40 por mil.

Sedimento, leucocitos, Koch. negativo y ausencia también de otras bacterias.

P. S. P. — negativo.

El examen de la urea en la sangre fué de 0,35 por mil.

Con todo lo que antecede, decidimos operar al enfermo, dispuestos en último término a la exeresis renal.

Intervención el 23-8-1932, anestesia etérea. Duración total de la operación, cinco cuartos de hora. Practicada la lumbotomía, llegamos a cápsula renal, comprobando en seguida la existencia de una voluminosa masa fluctuante que iba agrandándose a medida que intentábamos limitarla, pudiendo afirmar que ocupaba prácticamente toda la cavidad abdominal, por detrás del peritoneo. En vista de esto y viendo la imposibilidad de poder exteriorizar tan enorme masa, decidimos vaciarla previamente, lo que llevamos a cabo mediante aparato de vacío *ad hoc*, consiguiendo extraer más de 4 litros de líquido y reduciéndola así a proporciones susceptibles de poderla aislar, cosa que pudimos hacer con cierta facilidad, no sin ciertas precauciones para no desgarrarla. Luego ligamos el uréter y el pedículo, no encontrando anomalías de vasos. Dejamos dos gruesos tubos de drenaje: uno que llegaba hasta la región renal del otro lado y otro hasta pelvis, rellenando la gruesa cavidad virtual que quedaba, con un taponamiento de gasa adecuado y dimos tres puntos de aproximación.

Debido a las características traumatizantes de la operación, fueron necesarios cuidados extremados durante los primeros días; luego, rápidamente fué curando, siendo dado de alta al mes y medio de la intervención ya completamente cicatrizada la herida operatoria. Posteriormente, fuimos teniendo noticias de su buen estado y en 15 de abril último lo reconocimos, encontrándole sin la más pequeña molestia, en perfecta salud y en plenitud de fuerzas, como no había estado nunca, según manifestó.

El líquido extraído era del mismo aspecto

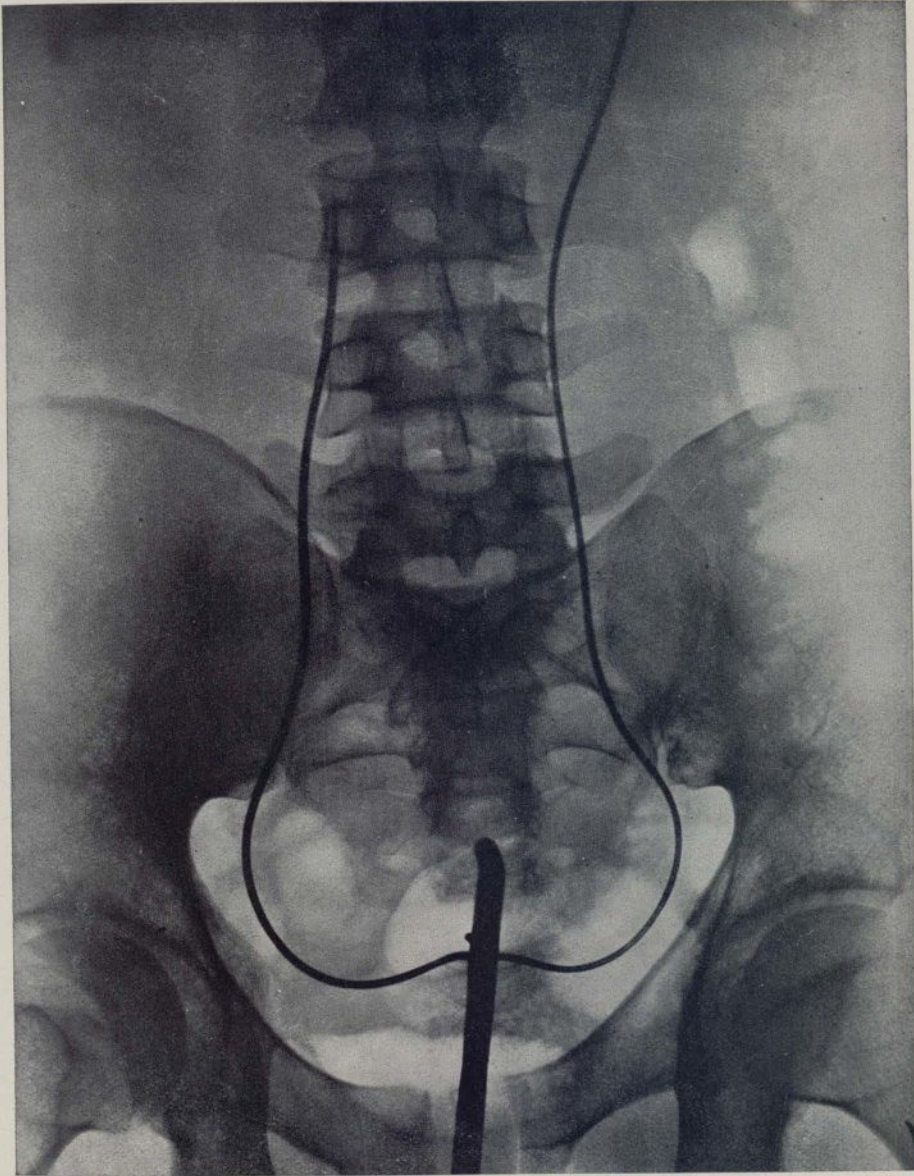


Fig. 1. Urograma directo con sondas opacas colocadas

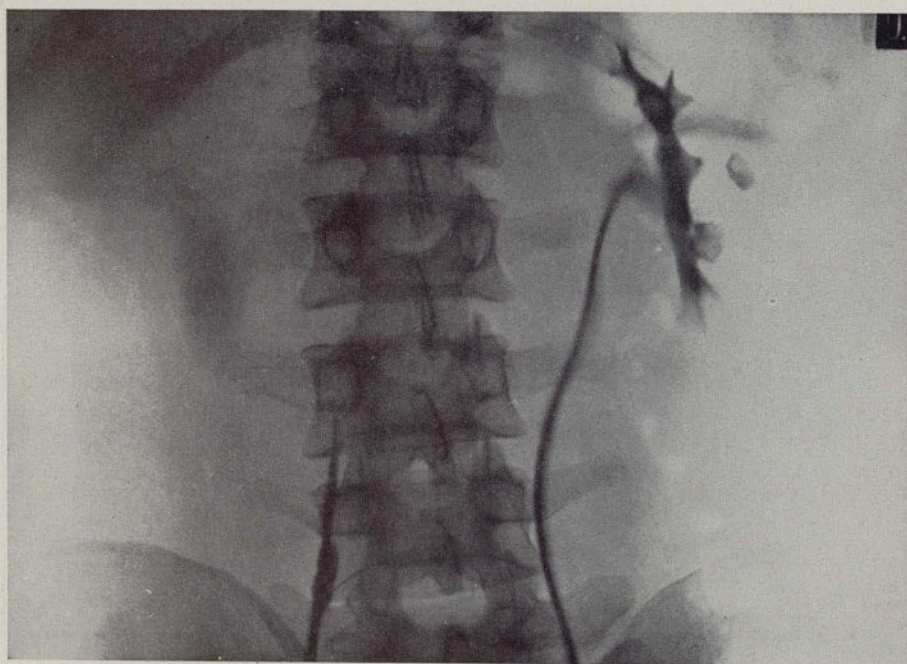


Fig. 2. Pielograma

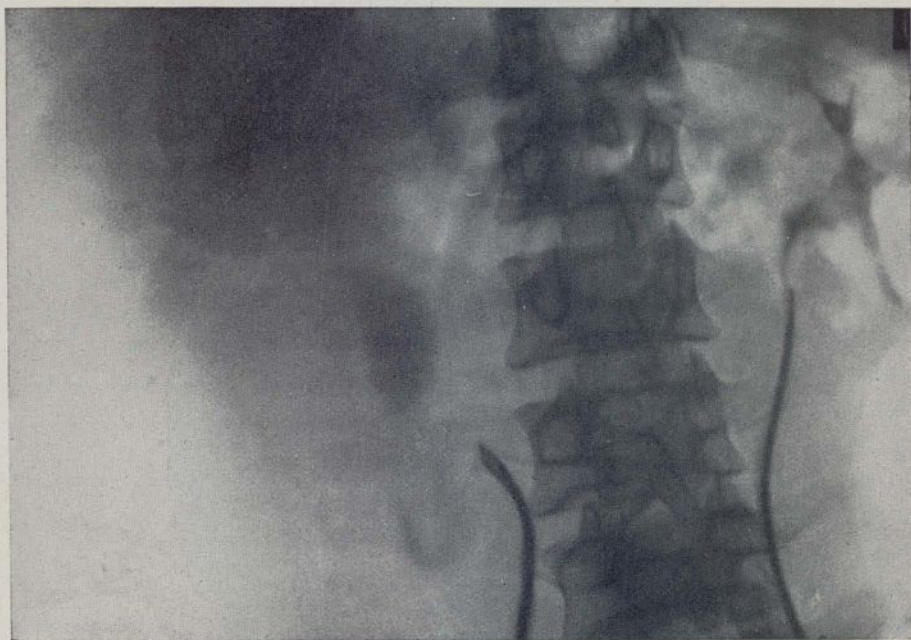


Fig. 3. Pielograma a mayor presión



Fig. 4. Fotografía de la pieza

del recogido en el último sondaje, de color pálido y turbio y sin mal olor.

La pieza patológica, cuya fotografía puede verse en la fig. 4, es una voluminosa bolsa que, después de preparada, tiene unos diámetros máximos de 24 centímetros de longitud por 10 de ancho y 13 de grueso, teniendo que observar que estas cifras no corresponden a los verdaderos diámetros de la bolsa cuando se encontró en el abdomen, aun mayores, debido a una mayor distensión de aquélla. Vista por su exterior es algo abollonada, arrugada con preferencia en sus bordes que corresponden a las antiguas caras renales y más lisa en sus extremidades y caras anterior y posterior que representan los bordes interno y externo del riñón. Por tanto, vemos que el máximo aumento fué hecho a expensas del diámetro anteroposterior, que es cuatro veces mayor que el correspondiente a un riñón normal.

La forma es piramidal con la base y el vértice engrosados, tiene una cara cóncava que no es más que el borde externo y una cara convexa que corresponde al borde interno del riñón primitivo, donde puede observar en la zona central una superficie cuadrangular hundida que corresponde al hilio y donde puede verse el muñón del uréter. El grueso de la pared de esta bolsa no es uniforme, encontrándose porciones adelgazadas en forma tal, que son transparentes.

No se comprueba por ninguna parte la existencia de substancia renal, así como se hace imposible marcar el punto donde empieza la dilatación renal y donde acaba la ectasia pélvica, de forma tal que riñón y pelvis forman un conjunto único. El interior se encuentra tabicado por paredes delgadas de tejido conjuntivo fácilmente desgarrable, lo que permitió poderla vaciar en el acto de la intervención. El muñón ureteral retraído, no da idea de la forma dilatada que lo encontramos. El primer problema que

que se nos presenta es el de conocer la etiología de este caso.

Es bien sabido que el concepto etiológico y patogénico de las hidronefrosis ha variado mucho. Hasta poco ha, sólo se tenía en cuenta los factores mecánicos como causante de aquéllas, fué necesario que los conocimientos de la fisiología y fisiopatología fueran dominando en todas las ramas de la medicina para que poco a poco aquel exclusivismo etiológico de índole estático desapareciera y tomara incremento el factor dinámico para explicarse gran parte de las hidros. Es de un modo especial a la Escuela de Necker y a su director el profesor Legueu, a quien se debe los estudios del metabolismo pieloureteral hechos, en especial, mediante la pieloscopia, que han motivado un gran avance en la etiología y patogenia del síndrome llamado hidronefrosis. Hoy, como nos pudimos convencer en el último Congreso de la S. I. de M. celebrado en Madrid, la mayor parte de los urólogos están conformes que son bien contadas las hidros cuya causa sea únicamente mecánica y aun en aquellas en las cuales el agente mecánico coincidía ser el causante, hemos de confesar intervienen más tarde, de manera directa y aun con carácter preferente, factores dinámicos, quedando los estáticos, como secundarios y aun perdiendo en ocasiones toda su influencia.

También se ha modificado el criterio simplista de incluir cada caso de hidronefrosis en uno de los tres grupos en que se ha convenido dividirlos; congénitas, adquiridas y traumáticas, debido, entre otras razones, a que las hidros primitivamente congénitas, después, por causas adquiridas o traumáticas, quedan modificadas en su marcha y evolución.

Algo de lo que hemos manifestado creemos ha pasado en este caso. Individuo que por la exploración encontramos sin ningún obstáculo ni congénito ni adquirido, en pene

ni uretra, tales como estenosis de prepucio, meato uretral o conducto uretral, etc. Tampoco observamos anomalías del riñón ni de su vascularización. Las uréteres, tanto por los cateterismos, como por los urogramas, no mostraban válvulas, cálculos, ni estenosis, ni tampoco patologismos en su porción inferior, tales como prolapso, dilataciones quísticas, cálculos, tumores, etc.

Podríamos pensar que una ectopia o una inserción alta del uréter fuera el elemento causante, pero francamente, las modificaciones sufridas por la pieza durante su desarrollo son tan grandes que no podemos afirmar, ni dejar afirmar, que dicho determinismo haya actuado y es que, como muy bien afirma Albarrán, en ocasiones, es imposible encontrar la patogenia que interprete las ectasias pielo-renales avanzadas y antiguas.

En nuestro enfermo sólo descubrimos una acodadura ureteral, pero sin que podamos explicarnos su verdadera causa. ¿Era congénita? O tal vez se formó secundariamente a los traumatismos recibidos por periureteritis o por una estenosis tardía por lesiones endoureterales, como las referidas por Barling y Tenger en casos algo parecidos.

No nos atrevemos a precisar la verdadera etiología y patogenia de nuestro paciente; tan sólo apuntamos que una predisposición congénita latente fuera puesta en función por una causa traumática que obró como determinante y sólo nos limitamos a declarar que se trata de una ectasia pielo-renal de marcha muy lenta y de tipo, dentro de ciertos límites, abierta.

Otro punto, que es preciso llamemos la atención, es el referente a la semiología especial que presenta nuestro caso. Recordemos que sólo un factor sintomático motivó su ingreso en el Servicio la hematuria y aun lo particular de la misma era que, al menos en las últimas, tenía que ser referida

al riñón no afecto de hidronefrosis, como nos lo demostró la ausencia de sangre en el lado ectasiado, que pudimos comprobar con el cateterismo y con el examen del contenido de la pieza, en la cual no había ni coágulos ni líquido hemático. Es de suponer, en cambio, que los hematurias eran procedentes del riñón no ectasiado, debido a una congestión por el trabajo sobrefuncional a que estaba sometido, por una parte, y tal vez por otra, a la compresión de que era objeto por la enorme masa de la bolsa pielo-renal del lado afecto. Dicha congestión se ponía en evidencia a nuestro entender, por la facilidad con que sangraba de los cateterismos.

En cambio, no encontramos el síntoma más corriente, que es el de la voluminosa tumoración fluctuante en el lado correspondiente. Esto era debido, como se comprobó en la intervención, a la falta de una fuerte tensión del líquido y también a que en el lado izquierdo la tumoración se desarrolla por debajo el colon, encontrándose sonoridad del mismo y, en cambio, en el lado derecho, es más corriente que la hidronefrosis empuje hacia abajo el colon, comprobando una macidez entre colon e hígado, al mismo tiempo que la fluctuación se hace más perceptible mediante la palpación combinada.

No se encontraron los síntomas de hidronefrosis intermitente y tampoco acusó dolores de ninguna clase.

Y, no obstante, una hidronefrosis muy lenta logró ocupar casi toda la cavidad abdominal, tan bien repartida que pasaba desapercibida, cosa que se demostró postoperatoriamente al quedar la pared abdominal cóncava y retraída.

Sólo la exploración dió la clave del diagnóstico y aun, sin demostrar las verdaderas proporciones de la bolsa, debido sin duda a que sólo la celda en comunicación con el uréter era inyectada.

Bajo el punto de vista terapéutico, hemos de señalar nuestra preferencia por la vía lumbar alargando por abajo la incisión todo lo necesario, así como el vaciamiento con aparato apropiado, de cuya utilidad no se insiste en urología lo suficiente.

RESUM

L'autor descriu un cas de Megalonefropiectàsia, detalla les exploracions complementàries que es feren per a arribar a un diagnòstic cert, especialment les urogrames; i després tracta de la possible etiologia d'aquest cas. Després de resumir les distintes teories que s'han exposat per a explicar aquesta lesió, solament es troba en aquest cas la possibilitat d'una predisposició congènita latent en funcions per a una causa traumàtica. Descriu, també, l'especial semiologia d'aquest cas: hematúria originada al ronyó oposat, i la falta de tumoració a pesar de l'enorme tamany que després es va observar. Efectua una nefrectomia per via lumbar amb èxit terapèutic.

RÉSUMÉ

L'auteur décrit un cas de mégalonéphropyclectasie. Il explique les explorations complémentaires

auxquelles il a dû recourir pour arriver à un diagnostic sur. Il parle surtout des urogrammes et aussi de la possible étiologie de ce cas. Après avoir fait un résumé des différentes théories qui veulent expliquer cette lésion, il dit que dans ce cas elle se doit à une prédisposition congénitale latente stimulée par une cause traumatique. Il décrit la semiologie spéciale de ce cas; hématurie originaire du rein opposé et l'absence de tumeur.

Il a pratiqué une néphrectomie par voie lombaire avec succès thérapeutique.

SUMMARY

The author describes a case of megalonephropyelectasis and gives in detail the complementary explorations to which he had recourse in order to make a correct diagnosis. He speaks in particular of the urograms and then describes the probable etiology of this case. After his summary of the different theories which try to explain this class of lesion, he says that in this case it was due to a latent congenital predisposition stimulated by trauma. He describes the semiology particular; haematuria from the other kidney and no tumouration.

He carried out a nephrectomy with complete success.