

# **HIDRONEFROSIS DE PELVIS INFERIOR EN RIÑÓN DE DOBLE VÍA EXCRETORA.**

*Drs. GARCIA RODRIGUEZ-ACOSTA, NAVARRO Y PASTOR.*  
Residencia Sanitaria S.S., Jaén.

Presentamos un caso clínico poco frecuente, ya que se trata de una joven con riñón izquierdo de doble vía excretora, cuya pelvis inferior presenta una hidronefrosis gigante.

El tratamiento quirúrgico ha consistido en una plastia pieloureteral con un resultado bastante aceptable.

Historia clínica:

D. M. N., de 17 años de edad, domiciliada en Santo Tomé (Jaén).

Antecedentes familiares: Un hermano padece distrofia muscular.

Antecedentes personales: Sin interés.

Enfermedad actual: Se queja de dolor en fosa lumbar izquierda irradiado a región pelviana, a veces con ligera disuria, desde hace varios años.

Exploración clínica: Se palpa riñón izquierdo aumentado de tamaño, algo doloroso. Dolor a la percusión en zona costo-lumbar izquierda. T.A.: Normal. No se palpa riñón derecho ni hay puntos dolorosos renoureterales de dicho lado.

El resultado de los análisis de orina y sangre es el siguiente:

Orina: albúmina, 0'10 grs./mil; glucosa, no; sedimento; leucocitos (10-12)/campo; hematíes, (1-2)/campo. Células renales aisladas. Células de vías urinarias bajas. Sangre: hematíes 4.800.000; leucocitos, 6.200; fórmula, normal, índice de Katz, 14; tiempos de hemorragia y coagulación, normales; urea, 0'34 grs./mil; glicemia, 0'90 grs./mil; proteínas, 8'20 grs.%.

Practicada exploración radiológica apreciamos lo siguiente: Aparato urinario, en vacío normal, (figura 1) sin sombras de litiasis. En el urograma excretor se aprecia el riñón derecho normal; el riñón izquierdo tiene una doble vía excretora, apreciándose la pelvis superior normal y la pelvis inferior con una gran hidronefrosis siendo la dilatación de la misma de una capacidad retensiva de unos 150 c.c. aproximadamente. (Figura 2 y 3).

Diagnóstico: Riñón izquierdo, doble vía excretora, estando normal el tercio superior de dicho riñón que está evacuado por una formación calicial y su correspondiente pelvis y uréter. Los dos tercios inferiores del riñón, que están evacuados por otra vía excretora presentan una gran hidronefrosis por probable estenosis de la unión pieloureteral.

Tratamiento: Se procede, bajo anestesia general, a practicar una lumbotomía clásica. Abierta la cápsula de GEROTA se realiza la disección cuidadosa del riñón y la megapelvis; a la que está íntimamente unido el uréter procedente de la vía excretora superior.

Una vez disecados uréter y pelvis hasta la unión de ambas unidades anatómicas, que se realiza por, casi diríamos, un cordón fibroso corto y prácticamente ciego (figura 4), realizamos una resección amplia de la megapelvis antedicha (figura 5). Cerramos la misma con puntos separados de cat-gut crónico; dejando, en el ángulo inferior, una apertura de menos de un centímetro (figura 6).

En el uréter, a nivel de donde se unía con la pelvis, practicamos una apertura lateral longitudinal del mismo tamaño. Se hace una sutura término-lateral con puntos entrecortados de cat-gut crónico de los seis ceros. Previamente, se ha introducido una sonda endodigestiva de lactante a través de la apertura de uréter, que queda incluida en vejiga y el otro extremo sale por una apertura de la pelvis, cerca del seno renal, que luego se sacará al exterior por fuera de la herida de lumbotomía.

Esta sonda tiene practicados unos orificios a nivel de su situación en la pelvis, para drenaje de la orina, durante los primeros siete días del curso post-operatorio, que fluye a vejiga y al exterior.

A los seis días se controla el estado de la anastomosis, practicando una pielografía ascendente previa extracción de la sonda de la vejiga mediante

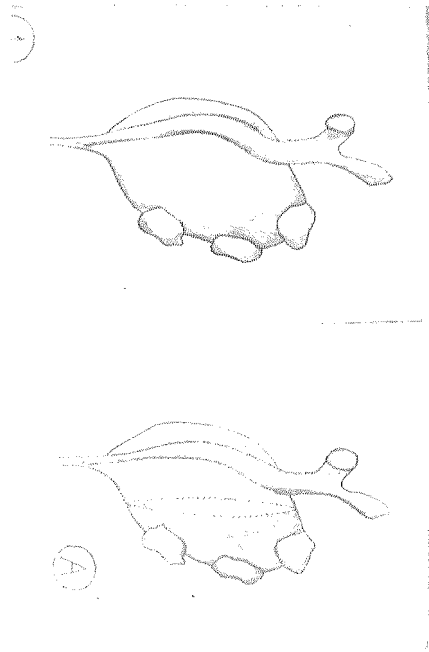


Figura 1.<sup>a</sup>, 2.<sup>a</sup>, 3.<sup>a</sup> y 4.<sup>a</sup>

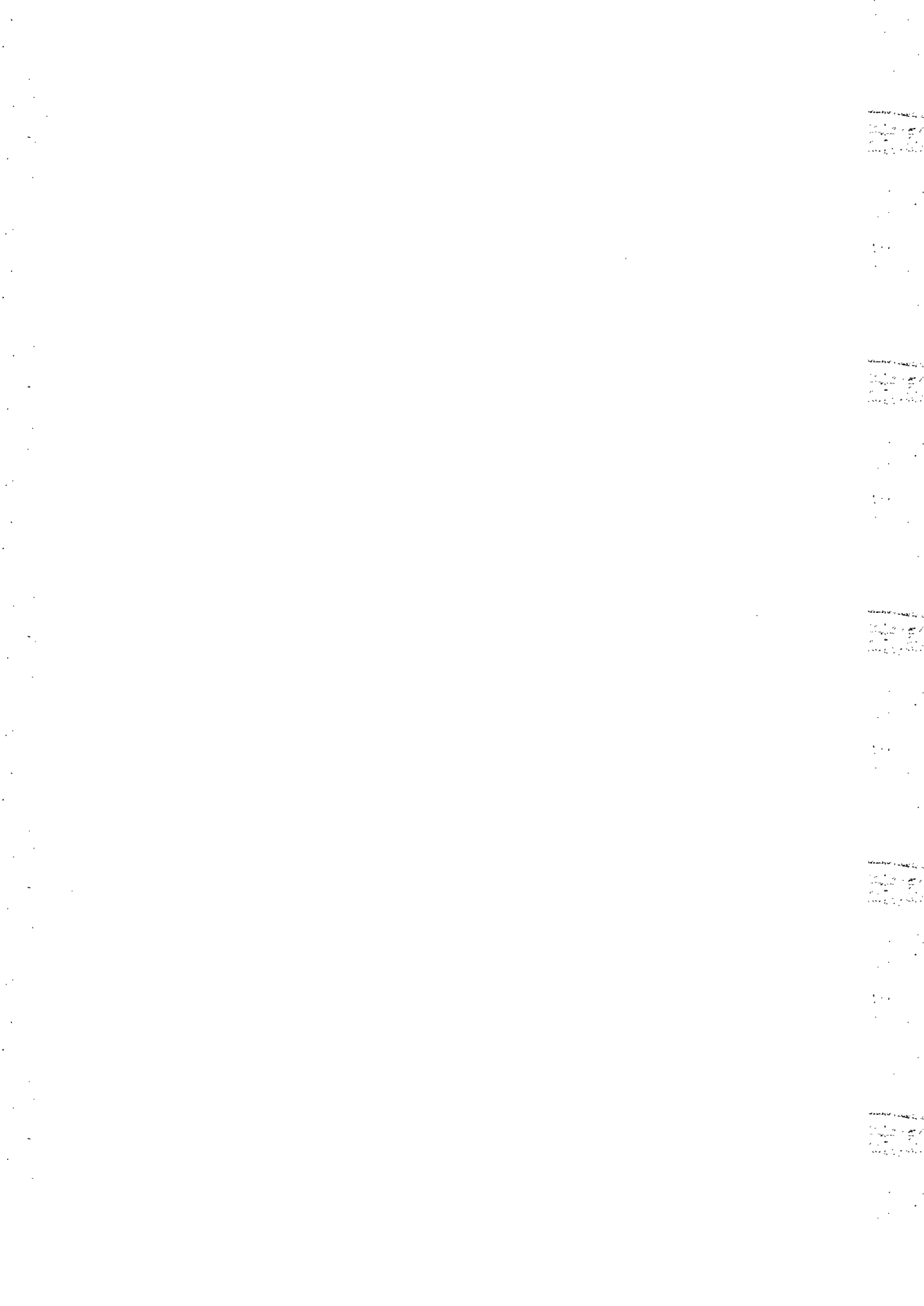
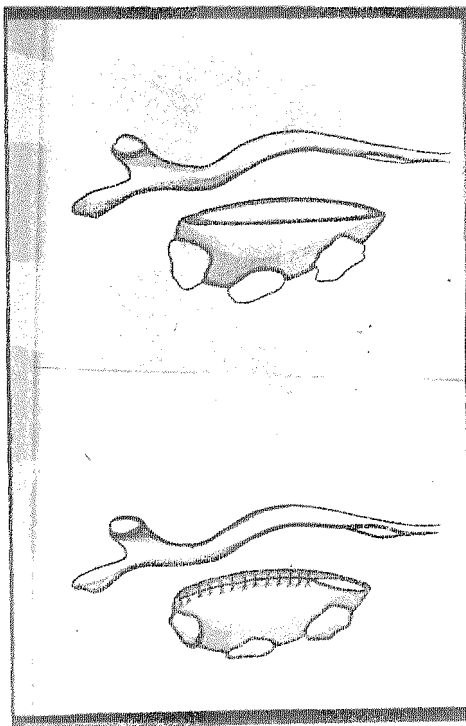


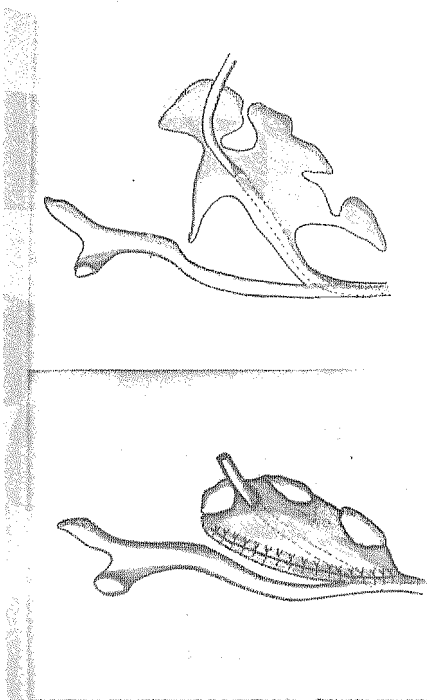


Figura 5.<sup>a</sup>, 6.<sup>a</sup> y 7.<sup>a</sup>

7



5



6

MEMORANDUM FOR THE RECORD  
DATE: 10/10/54  
SUBJECT: [Illegible]

1. [Illegible]

2. [Illegible]

3. [Illegible]

MEMORANDUM FOR THE RECORD  
DATE: 10/10/54  
SUBJECT: [Illegible]

1. [Illegible]

2. [Illegible]

3. [Illegible]

MEMORANDUM FOR THE RECORD  
DATE: 10/10/54  
SUBJECT: [Illegible]

1. [Illegible]

2. [Illegible]

3. [Illegible]

MEMORANDUM FOR THE RECORD  
DATE: 10/10/54  
SUBJECT: [Illegible]

1. [Illegible]

2. [Illegible]

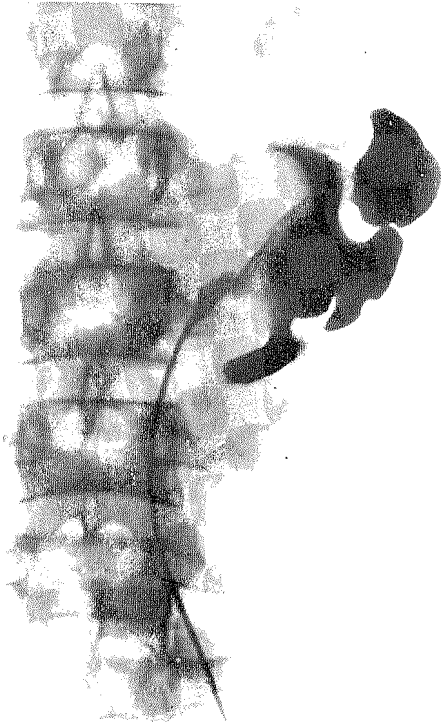
3. [Illegible]

MEMORANDUM FOR THE RECORD  
DATE: 10/10/54  
SUBJECT: [Illegible]

1. [Illegible]

2. [Illegible]

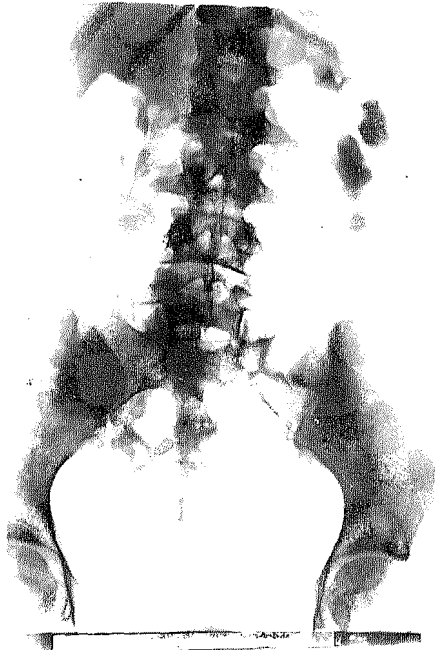
3. [Illegible]



8



9



10



11

Figura 8.<sup>a</sup>, 9.<sup>a</sup>, 10 y 11





maniobra endoscópica (figura 7). Bajo control, en la pantalla televisiva se va retirando la sonda hasta el interior de la pelvis para mantenerla «in situ», hasta que la sutura se haya hecho más firme; de modo que se retira dicha sonda a los doce días de la intervención.

El curso post-operatorio es bueno. No hay salida de orina por el drenaje de REDÓN durante los días del post-operatorio.

La enferma es dada de alta a los trece días con orinas claras y asépticas. Por supuesto en el post-operatorio hemos administrado ampicilina, pues todos sabemos la facilidad con que se infectan los pacientes con catéteres.

En la diapositiva, presentamos una urografía, a los tres meses de la intervención, en la que se aprecia el satisfactorio resultado operatorio (figura 9, 10 y 11).

