

LAS HIDRONEFROSIS

Clínicamente las hidronefrosis se caracterizan sea por dolores renales o reno-ureterales, sea por un aumento de volumen del riñón, sea por una hematuria pseudo-neoplásica.

El dolor renal es a veces sor-do y continuo pero generalmente aparece por crisis de cólico nefrético que traducen la distensión de la pelvis. El sufrimiento depende del estado de contractilidad pélvica conservada cuando la pelvis está poco distendida; al contrario cuando la distensión es exagerada aquélla desaparece por la flacidez de la musculatura de la pelvis; en ese caso el paciente no acusa dolor sino tumor.

Cuando las hidronefrosis solo se manifiestan por dolores con facilidad se diferencian de las otras afecciones renales.

Obteniendo orina límpida se piensa en dos enfermedades: cálculos de la pelvis o del uréter e hidronefrosis. En ambas puede presentarse hematuria, pero si aparece en ocasión de movimientos deberá inclinarse por los cálculos. Radiografía, pielografía y cateterismo de los uréteres concluyen el diagnóstico.

Si la orina es turbia la causa será: " hidronefrosis infectada, pielonefritis calculosa o tuberculosis renal de forma pseudo-litiásica. Orina turbia pálida, cistitis recidivante y persistente evocan la tuberculosis. El examen de la orina total puede mostrar la infección bacilar, son acidas, contienen pus sin

microbios o bacilos de Koch. La división de orina y la radiografía localizan la lesión.

El aumento de volumen del riñón hará pensar en todos los tumores; la renitencia y la variación del tamaño están en favor de la hidronefrosis.

La hematuria como única manifestación es excepcional en la hidronefrosis: es total, insidiosa y espontánea, caprichosa e intermitente y puede presentarse sin dolor como la del cáncer; el diagnóstico es entonces difícil y sólo podrá hacerse por el cateterismo de los uréteres, medida de la capacidad piélica y pielografía.

La medida de la capacidad piélica es un método no muy preciso; consiste en introducir por el catéter en la pelvis un líquido aséptico hasta que el enfermo acuse una sensación de tensión; se anota la cantidad introducida y desde luego se deja salir recogiéndola hasta que aparecen las eyaculaciones normales, es decir con un ritmo de varias gotas seguido de un tiempo de reposo. Resulta que a veces el líquido inyectado se escurre entre el catéter y la pared del uréter siendo entonces necesario introducir una cantidad mayor a una pelvis de capacidad normal. Otras veces, al contrario, la pelvis puede tener una capacidad de 150 y sin embargo aparecer la sensación de tensión al introducir 5 a 10 c. c; una pelvis que se vacía mal se llena rápidamente con pequeña cantidad.

Una vez averiguada la hidronefrosis conviene saber la causa para los efectos del tratamiento. En casos de extrema dificultad está indicada una lumbotomía exploradora; pero siempre serán buscadas en el uréter.

DIAGNOSTICO. — Causas localizadas a la parte superior del uréter. Casi todas de origen congénita; una arteria polar inferior que acoda el uréter e interrumpe la evacuación de la pelvis. Unos autores niegan tal causa y muchos la afirman.

Un riñón grande y pesado puede caer y acodar el uréter.

El abocamiento anormal del uréter en la pelvis haciéndose muy alto.

Estrecheces e imperfecciones congénitas del uréter; la presencia de una válvula ureteral yuxta-piélica; afecciones estas de la infancia de diagnóstico difícil cuando no imposible.

Las dilataciones piélicas llamadas idiopáticas se deben a malformaciones congénitas como bridas ureterales o piélicas como la membrana de Jackson en el ciego o a un ligero abajamiento del riñón, reconocible por la pielografía, las primeras por la intervención.

El riñón móvil causa dilatación piélica con mayor rareza de lo sospechado; esta proviene sea de la caída del riñón, de estrecheces congénitas del uréter o una dilatación congénita del uréter coincidiendo con el riñón móvil.

Causas sobre el trayecto del Uréter. Cuerpo extraño del uréter: cálculo, pólipo, obstruyendo el paso de la orina; los signos

clínicos y la radiografía resuelven la cuestión, si hay cálculo. El pólipo se diagnostica por el cateterismo ureteral: si se ve sangre al nivel de un orificio ureteral, la sonda introducida deja escapar al principio sangre después, a partir de un cierto punto orina clara; o bien si al pasar la sonda se siente alguna dificultad y sangra abundantemente. Recoger orina limpia de la pelvis por medio de la sonda después de haber visto eyaculaciones de sangre indica claramente la presencia de pólipo.

Una ureterorrafia produce tarde o temprano una dilatación pielo-ureteral que a la larga destruye el riñón.

Los cánceres de la cavidad pelviana constriñendo el uréter causan hidronefrosis.

Los fibromas uterinos, pequeños y enclavados por compresión sobre el uréter.

Los traumatismos sobre el uréter por el mecanismo de las estrecheces.

Inflamaciones de intestino, sobre todo apendiculares, por propagación de la infección, uréteritis, y como consecuencia estrecheces.

Malformaciones congénitas sobre el trayecto del uréter: válvulas anormales, duplicidad o bifurcación de los uréteres. La cistoscopia pone en evidencia los agujeros ureterales anormales y la pielografía con sondas en cada uréter la duplicidad e hidronefrosis.

Existe la dilatación congénita de la pelvis y todo el trayecto del uréter. Solo el pielogra-

tna está en condición de resolver el diagnóstico.

Causas localizadas a la parte Inferior del uréter. Al nivel de la desembocadura del uréter en la vejiga existen numerosas causas capaces de producir hidronefrosis: congénitas y adquiridas. La estrechez congénita del agujero ureteral provoca además de una dilatación de la pelvis una dilatación quística de la extremidad inferior del uréter. Lo mismo produce una válvula ureteral retro-meática. El diagnóstico de estrechez se hace por la tentativa de cateterismo; la imposibilidad de introducir una sonda de calibre medio no deja ninguna duda. La presencia de válvula retro-meática debe sospecharse cuando la dilatación quística y la hidronefrosis no provienen de estrechez del meato ureteral.

El abocamiento anormal del uréter en la vejiga; el cateterismo muestra la posición anormal del orificio y un largo recorrido del uréter en la vejiga.

La reimplantación de un uréter en la vejiga causa tarde o temprano una retención piélica con distensión; en la sutura uretero-vesical se forma un anillo fibroso que estrecha la luz del conducto.

Cálculo ureteral enclavado en la porción parietal de la vejiga; la imposibilidad de introducir un catéter, el edema del meato y la radiografía hacen el diagnóstico.

Tumores de la vejiga, pólipos regularmente insertados en el orificio lo obstruyen parcial o totalmente; la cistoscopia los muestra bien.

Retenciones vesicales con distensión por estrechez ureteral o hipertrofia de la próstata obstaculizan la evacuación de los uréteres por lo que se dilatan lo mismo que la pelvis.

La hidronefrosis bilateral es un serio trastorno que agrava considerablemente el pronóstico de las distensiones vesicales.

O. M.