

vos intracraneales (613 tumores) teníamos 9 ejemplos de meningiomas de la fosa posterior y 2 meningiomas perforantes del tentorio con una prolongación doble hacia la fosa posterior y otra supratentorial.

Se presenta la historia de uno de estos casos de meningioma perforante tentorial que producía síntomas de hipertensión intracraneal y escasos signos neurológicos focales. El diagnóstico se hizo por la imagen ventriculográfica. En la intervención, por vía temporal, se pudo abordar y extirpar, en un solo tiempo y con

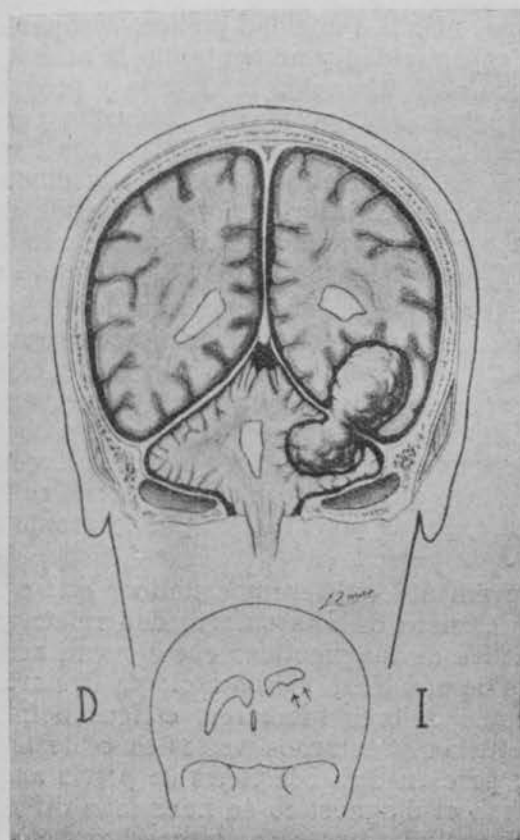


Fig. 5.

buen éxito, las porciones supra e infratentoriales del tumor.

Juntamente con los comentarios sobre esta observación personal se revisa la bibliografía de los meningiomas de la fosa posterior y especialmente de aquellos del tipo perforante de la tienda del cerebelo.

#### BIBLIOGRAFIA

- CASTELLANO, F. y RUGGIERO, G.—Acta Radiologica, Suppl. 104. Stockholm, 1953.  
CUSHING, H.—"Intracranial tumours". Thomas, Springfield, 1932.  
CUSHING, H. y EISENHARDT, L.—"Meningiomas". Thomas, Springfield, 1938.  
D'ARRIGO, A.—Journ. Neurosurg., 7, 227, 1950.  
GRANT, F. C.—Journ. Neurosurg., 11, 479, 1954.  
OBRADOR, S. y URQUIZA, P.—Rev. Esp. Oto-Neuro-Oftalmol. Neurocir., 9, 45, 1950.  
PETIT-DUTAILLIS, D., GUIOT, G. y PERINO, F.—Rev. Neurol., 89, 523, 1953.  
RUSSELL, J. R. y BUCY, P. C.—Surg. Gyn. Obst., 96, 183, 1953.

## MUTISMO SUBJETIVO DE UNA HIDRO-NEFROSIS CONGENITA

A. TORRA HUBERTI.

Instituto Policlínico de Barcelona.  
Jefe de la Sección de Urología.

Ante la gran variedad de clases de hidronefrosis, es conveniente proceder a una ordenación de las mismas y hacer una especial mención de las de tipo congénito, por ser de esta clase la que hoy nos ocupa preferentemente.

Una distinción debe hacerse entre hidronefrosis mecánica e hidronefrosis congénita.

La mecánica, débese a múltiples obstáculos que se localizan en el cuello ureteral o porción adrenal del uréter: unos, intrínsecos, como el cálculo ureteral atascado a este nivel; la estenosis adquirida, la acodadura ureteral y las adherencias inflamatorias periureterales, y otros, extrínsecos, como los tumores y tumoraciones que comprimen al conducto.

No todas las hidronefrosis mecánicas están motivadas por obstáculos patológicos como los citados, sino que los hay asimismo originados por una única causa congénita bien delimitada en el sector mencionado. En estos casos, el riñón ha llegado a un perfecto o casi perfecto desarrollo embriológico, pero persiste algún estigma meso o metanefrótico que incluye el obstáculo mecánico entre las causas congénitas. Uno de estos más frecuentes obstáculos está constituido por el vaso anómalo que, dirigiéndose hacia el polo renal inferior, comprime el uréter y crea un estado espástico reflejo que da origen a la pequeña hidronefrosis dolorosa. En otras ocasiones es de observar la estenosis congénita de la parte adrenal del uréter, pero no una estenosis circunscrita, sino de casi todo este segmento, que se presenta al observador como atrofiado o hipoplásico; otras veces queda formado un espolón o una formación valvular en la citada región o existe una defectuosa implantación del uréter en la pelvis renal que impide el libre curso de la orina.

Con lo mencionado ponemos de manifiesto que la hidronefrosis mecánica no siempre está motivada por una lesión patológica no congénita, sino que existen asimismo lesiones limitadas congénitas que pueden originarla y sobre las que debemos dirigir especialmente nuestra mirada terapéutica.

El aspecto normal de la cavidad pielocalicular, más o menos dilatada, que presentan estos riñones hidronefróticos no llegados a la categoría de sacos, es decir, a la fase de inversión del relieve interno, les asemeja más bien a una pielonefroectasia que a una hidronefrosis, palabra que parece ligada preferentemente al tipo congénito. Bueno es recordar la existencia de una variedad morfológica especial de la hidronefrosis mecánica adquirida, cual es la hidronefrosis intrarrenal calculosa, en la que la di-

latación multilocular del espacio intrarrenal tiene lugar exclusivamente a expensas de los cálices, ya que la pelvis está fuertemente retraída sobre el cálculo que aprisiona.

A más abundar mencionaremos que cuando el obstáculo mecánico, adquirido o congénito, asienta en la parte inferior del uréter, se forma la uretero-hidronefrosis, y si tiene lugar en un sitio más bajo todavía, en plenas vías urinarias inferiores, la uretero-hidronefrosis se hace bilateral.

Más interesantes resultan todavía las hidronefrosis congénitas, llamadas también dinámicas o funcionales, ligadas a un defecto de formación de la pelvis renal en un mal desarrollo del extremo cefálico del uréter o conducto de Kupffer del metanefros.

Entre sus variedades, mencionaremos aparte el tipo de la hidronefrosis intrarrenal congénita, que fué objeto de especial estudio en un artículo publicado en 1951, al que nos remitimos.

Las hidronefrosis congénitas están caracterizadas por presentar estigmas embrionarios que indican su defectuoso desarrollo durante la vida fetal. Con frecuencia los riñones están rodeados de una vascularización anormal y profusamente esparcida, que recuerda la de tipo embriológico o red arterial mesonefrótica; en otras ocasiones sólo es de observar algún vaso anómalo o supernumerario acompañando al normal pedículo renal. Otros estigmas anatomo-embriológicos son de tipo metanefrótico: giro defectuoso del riñón, tendencia a la ectopia, anormal implantación del uréter en la pelvis, espólón, acodadura, seno renal aplanado y poco profundo, pelvis extrarrenal, lobulación fetal del riñón, etc.

Junto a tales estigmas visibles o anatómicos, los citados riñones en hidronefrosis congénita presentan otros estigmas que se relacionan con el fisiologismo pieloureteral, los cuales, trastornando el funcionamiento excretor del riñón, dan motivo a la otra denominación de hidronefrosis dinámicas o funcionales.

Existen dos principales variedades de hidronefrosis congénita: la ampular y la latente o hidronefrosis subjetivamente muda.

La pelvis ampular acostumbra a ser pequeña, extrarrenal y con tendencia a la forma esférica; pero lo más interesante lo constituye su defectuosa innervación por el sistema vegetativo que en relación con los centros nerviosos medulares entra en el propio riñón, mientras que ella, la pelvis, es fácilmente excitable por el plexo nervioso intramural y sus centros automotores neuroganglionares. La tal excitación obliga a una hipertonia e hipertrofia consecutiva de la musculatura pélvica con su consiguiente hiperquinesia, que una vez descompensada, no siempre logra la expulsión completa de la orina contenida en la pelvis, motivando una retención que incita a los espasmos (cólicos nefríticos, o mejor, hidronefróticos), especialmente observa-

dos cuando la enfermedad entra en los primeros decenios de la vida, dando motivo a la denominación de hidronefrosis hipertónica-espástica por ALLEMANN. La hipertonia y los espasmos transmitidos a la porción adrenal del uréter dificultan su relajación ante la onda peristáltica que se avecina, y esta acalasia u obstáculo dinámico aumenta todavía más la disquinesia pelviureteral por alteración del juego rítmico coordinado del peristaltismo normal. La disquinesia es, pues, el síndrome característico de la hidronefrosis dinámica ampular.

A medida que avanza el tiempo disminuye cada vez más la tonicidad piélica, desapareciendo la espasticidad y aumentando la atonía, que conduce a la dilatación moderada y progresiva de la pelvis. Así, pues, a la retención por disquinesia pelviureteral de los primeros tiempos clínicos de la enfermedad, sucede la dilatación de las cavidades interiores del riñón por atonía hasta terminar en la fase de atrofia hidronefrótica por adelgazamiento del parénquima.

Al llegar a esta fase avanzada de dilatación, puede la hidronefrosis estar obstaculizada secundariamente por un vaso aberrante, o puede por excesiva distensión pélvica provocar, también secundariamente, un desplazamiento de la porción adrenal del uréter que, en forma de acodadura, dificulte mecánicamente el curso de la orina, ya de por sí lento por la atonía existente.

Brevemente quisiéramos indicar que existen casos clínicos de esta enfermedad relativamente fáciles de diagnosticar cuando van acompañados de una clara sintomatología urinaria, tales como dolores lumbares, cólicos nefríticos, hematurias, trastornos vesicales o de la micción; pero en otras ocasiones de pelvis ampular pequeña el diagnóstico se hace más difícil por tratarse clínicamente de formas latentes extrarrenales que fácilmente pueden interpretarse, a causa de un reflejismo exagerado, por afecciones muy diferentes que ninguna relación tienen con el aparato urinario, y así son frecuentes los diagnósticos de dispepsias de tipo apendicular, gastrointestinal o hepatovesicular, de neuralgias pelvianas de origen úteroanexial, de oclusión intestinal, etc. No es raro que estos enfermos, antes de llegar a su verdadero diagnóstico, hayan sufrido una o más operaciones de aparato digestivo, especialmente del apéndice, de vesícula biliar o de aparato genital femenino.

La otra variedad de hidronefrosis congénita es la llamada latente, porque llega a límites avanzados, e incluso exagerados, sin haber experimentado dolores ni otros síntomas. Se comprende que el título de hidronefrosis subjetivamente muda está mucho más indicado que la calificación de asintomática, ya que raramente llegan al urólogo sin manifestarse al menos por una tumoración de estancación fácilmente apreciable a la palpación, febrículas en los casos in-



fectados, hipertensión arterial, hematuria, síntomas compresivos sobre los órganos vecinos, íleus dinámico, síndrome dispéptico de tipo gastrointestinal o hepatobiliar, molestias abdominales indeterminadas, quejas de tipo reumático, etc.

Se caracteriza por una dilatación idiopática congénita del extremo cefálico del uréter metanefrótico, con pérdida absoluta de la tonicidad y completa relajación de la musculatura pélvica, como factores de carácter dinámico que dificultan la excreción urinaria.

Se citan tamaños extraordinarios de tales estancamientos urinarios en la infancia, tanto,

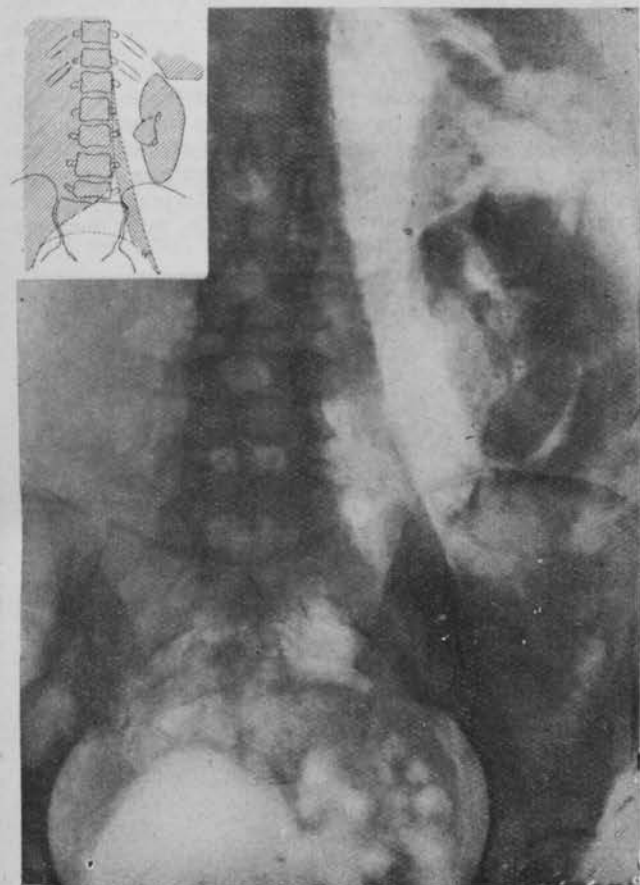


Fig. 1.

que se confundieron con la ascitis y la peritonitis tuberculosa, mientras que en casos de tumoraciones tensoelásticas más limitadas se diagnosticaron como quistes renales, mesentéricos, retroperitoneales, neoplasias renales y rara vez se han confundido con el quiste del ovario (equivocación ésta más corriente en la edad adulta).

En los adultos las tumoraciones no son de volumen mucho más reducido, ya que ellas proceden de la infancia o adolescencia, en que habían pasado inadvertidas, gracias a su mutismo subjetivo, pero siempre en el bien entendido caso de que la deformidad haya sido unilateral y bien compensada por un riñón congénere sano que haya dejado al enfermo, asimismo, en atrofia de inactividad. Ocurre con excesiva frecuen-

cia que el hallazgo de una tumoración de tal índole sea despreciado por el enfermo, y lo que es peor, por el propio clínico, ante todo por ser tal descubrimiento nada nuevo y por no haber causado con los años la más mínima molestia. La normalidad de un análisis químico y parcial de orina y la ausencia de componentes patológicos en el sedimento urinario no indica, en ésta como en otras enfermedades, una intangibilidad anatómica y funcional de las vías urinarias superiores.

La conducta del médico es totalmente diferente en los casos que el saco hidronefrótico se infecte secundariamente por cualquier motivo, en cuyo caso el enfermo acusa dolores subjetivos de la tumoración, polaquiuria, piuria y molestias de cistitis que obligan al facultativo a una detenida exploración y a un apropiado tratamiento quirúrgico.

Puede sentarse como casi seguro que el adulto que presenta en el abdomen una tumoración de aspecto quístico, que luego se confirma debida a una hidronefrosis sin obstáculo de salida, la hidronefrosis se podrá clasificar previamente de congénita y latente cuando el mutismo subjetivo que la acompaña es manifiesto.

Un caso de esta clase se presentó en la enferma que a continuación relatamos y que, sin dolores, acusaba una tumoración quística en la parte baja lateral derecha del abdomen, junto a una elevada hipertensión arterial.

Fué visitada en enero de 1953 y tenía sesenta y dos años. Como antecedentes importantes citaba que había sufrido una histerectomía a los cuarenta y nueve años y que a los cincuenta estuvo enferma de un proceso febril de carácter septicémico que duró ocho días obedeciendo a las sulfamidas, pero que anteriormente a todo esto, y desde los años de nuestra guerra, en la que había perdido 20 kilos, venía sufriendo una afección cardíaca con cefalalgias e hipertensión arterial que se manifestaba con crisis de palpitaciones de tipo paroxístico de corta duración y crisis espontáneas de dolor retroesternal. Desde hace cuatro años era asistida y vigilada por un competente cardiólogo de su afección esclerosa cardiovascular, el cual desde las primeras visitas había apreciado que algo indeterminado ocupaba el vacío derecho. Durante este tiempo la tensión arterial había oscilado entre 210-170/120-95 y la enferma experimentaba una lenta y progresiva disminución de peso así como una menor agudeza visual. La orina era de aspecto normal, sin albúmina ni glucosa. En alguna ocasión tuvo, sin fiebre, lumbalgias bilaterales de pocos días de duración y hacía dos años que había tenido una crisis de cistitis, curada rápidamente con estreptomina que probablemente tenía relación con un moderado prolapso vaginal que la enferma presentaba.

El cardiólogo, ante la tumoración no diagnosticada del vacío derecho, ordenó la práctica simultánea de un neumorretroperitoneo con urografía excretoria (doctor Osés). La exploración permitió la fácil entrada del oxígeno hacia el retroperitoneo del hemiabdomen izquierdo, poniendo claramente en evidencia un riñón izquierdo alargado en hipertrofia compensadora, así como la sombra esplénica y el borde bien delimitado del psoas correspondiente, todo en contraste con el pronunciado ensombrecimiento difuso de la región similar derecha. Al poco de lograr esta neumorradiografía simple, se inyectaba endovenosamente la sustancia de contraste de la urografía, consiguiendo en espacios corrientes de tiem-

po sólo imágenes normales pélvicas del riñón izquierdo (figura 1).

En estas circunstancias vemos a la paciente para dictaminar con respecto a la tumoración urológica de la que es portadora.

Al examen cistoscópico fué normal la vejiga y resultó fácil el cateterismo ureteral derecho, pero dió la sensación como si el catéter no hubiese penetrado a fondo, no obstante lograrse algunos pocos c. c. de orina para su análisis; a continuación se practicó una pielografía

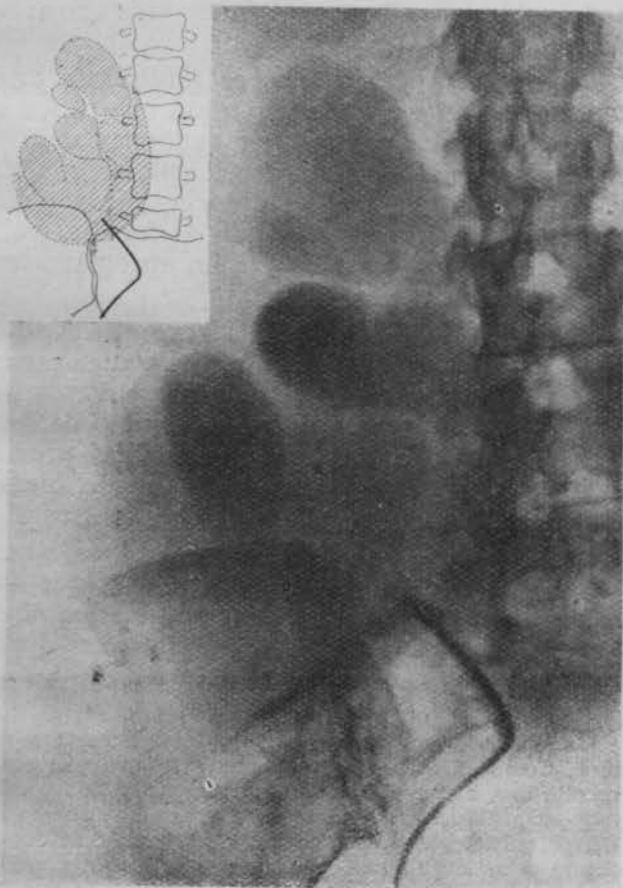


Fig. 2.

ascendente antero-posterior consiguiendo una imagen intrarrenal de amplias dimensiones y de sombras francamente cumulares que no sólo daba el diagnóstico de hidronefrosis, sino que permitía precisar el grado avanzado de la enfermedad en plena fase de inversión del relieve interno o de vaciamiento del parénquima renal por excavación de los rénculos (fig. 2). La poca cantidad de líquido opaco inyectado fué suficiente para conseguir plenamente estas apreciaciones, pero insuficiente para revelar las verdaderas dimensiones de la tumoración, pues ante el peligro de una intoxicación por reabsorción del citado líquido se renunció a la inyección de una mayor cantidad que desplagara totalmente el amplio sistema cavitario del riñón que se exploraba. Una radiografía de perfil en estas condiciones revelaba la proyección de la tumoración sobre la segunda, tercera, cuarta y quinta vértebras lumbares (sobrepasándolas por delante y por detrás) y la invasión de la cavidad de la pelvis propiamente dicha por la sombra sacular de referencia (fig. 3).

La orina vesical revelaba indicios claros de albúmina y el examen del sedimento urinario comprobada la presencia de hematias (15 ó 20 por campo), leucocitos libres y en pequeños grumos (2 ó 3 por campo) y células de revestimiento epitelial; nada de cilindros, ni de gérmenes patógenos. Similar era el análisis del sedimento urinario de la orina recogida por el catéter ureteral.

Entre otras exploraciones se practicó la reacción de Cassoni, con resultado negativo; la velocidad de sedi-

mentación globular, que acusaba una ligera aceleración, y una cromocistoscopia, que resultó normal para el riñón izquierdo y ausencia de color para el lado derecho.

Con un diagnóstico de hidronefrosis congénita de tipo latente y sacular propusimos la nefrectomía e hicimos reservas en cuanto al resultado que se podía conseguir respecto a la hipertensión arterial, tratándose de una enferma de edad ya respetable y de una malformación congénita.

Los exámenes químicos de sangre y las pruebas hematológicas que con miras a discrasias hemorrágicas son de rigor en operaciones de importancia, resultaron normales y permitían la intervención quirúrgica.

Efectuada la nefrectomía en febrero de 1953, pudo comprobarse la riqueza vascular que rodeaba al riñón, pudiendo ligarse vaso por vaso por fuera de la herida lumbar después de atacar previamente al pedículo vascular y bascular después el riñón al exterior.

La pieza anatómica consistía en un gran saco hidronefrótico conteniendo unos 700 c. c. aproximados de orina que ocupaban, a gran tensión, la pelvis renal y las cavidades interiores del riñón en atrofia hidronefrótica con parénquima renal muy adelgazado que exteriormente se traducía en gibosidades prominentes, revelando el vaciamiento interior de los rénculos. El uréter era normal de calibre, pero presentaba a nivel de su cuello una marcada torsión que interpretamos como secundaria a la gran distensión pélvica, pues desapare-

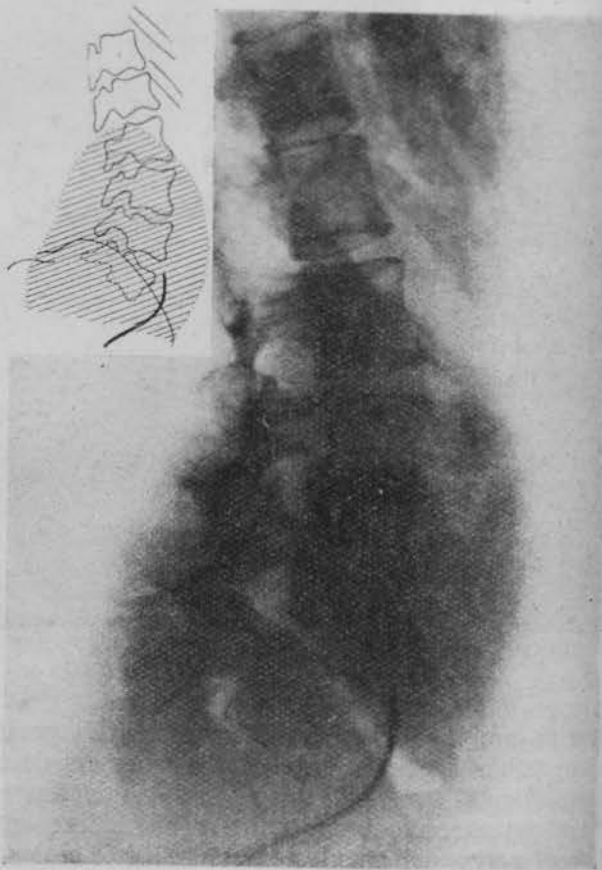


Fig. 3.

cia tan pronto como se vaciaba el riñón. Numerosos vasos anómalos penetraban por diferentes sitios del parénquima y especialmente por los polos renales (fig. 4), dando a entender la posibilidad de que uno o varios de ellos hubiesen comprimido, extrínseca y secundariamente, las vías excretoras, añadiendo nuevos obstáculos mecánicos al que fué considerado como primitivo o dinámico, representado por la atonía de una pelvis idiomáticamente dilatada. Observando la superficie interior del saco renal podía apreciarse el gran número de golfos correspondientes al vaciamiento del parénquima del órgano (fig. 5).



La herida cicatrizó por primera intención, pero el curso de los primeros días postoperatorios fué alterado por una fiebre irregular de unos doce días de duración que no tuvo explicación clínica y que resistió a la penicilina, estreptomycin y piramidón, cediendo, en fin, a la terramicina. A pesar de este curso febril, la enferma pudo darse de alta a los dieciséis días de la operación. La presión arterial fué descendiendo durante el curso postoperatorio, acusando en el día de alta 13,5/8,5 para el brazo izquierdo y 15/10 para el derecho.

El examen histológico del parénquima renal fué clasificado de nefrosclerosis por el doctor ROCA DE VINYALS.

La orina retenida en el saco renal contenía 4,41 por 1.000 gr. de urea.

Posteriormente la enferma ha continuado bien de su aparato urinario, del que nunca se había quejado, pero siguen sus molestias cardiovasculares, quizá algo más espaciadas, de palpitaciones y crisis dolorosas retroesternales. La tensión arterial oscila entre 200-180/120-100 y continúa progresando discretamente la hipertrofia ventricular izquierda al electrocardiograma, presentando a su vez algún extrasístole auricular.

Finalmente, añadimos e insistimos sobre algunas consideraciones generales de utilidad.

A base de una hidronefrosis congénita latente y sacular, se establece una de las varias cla-

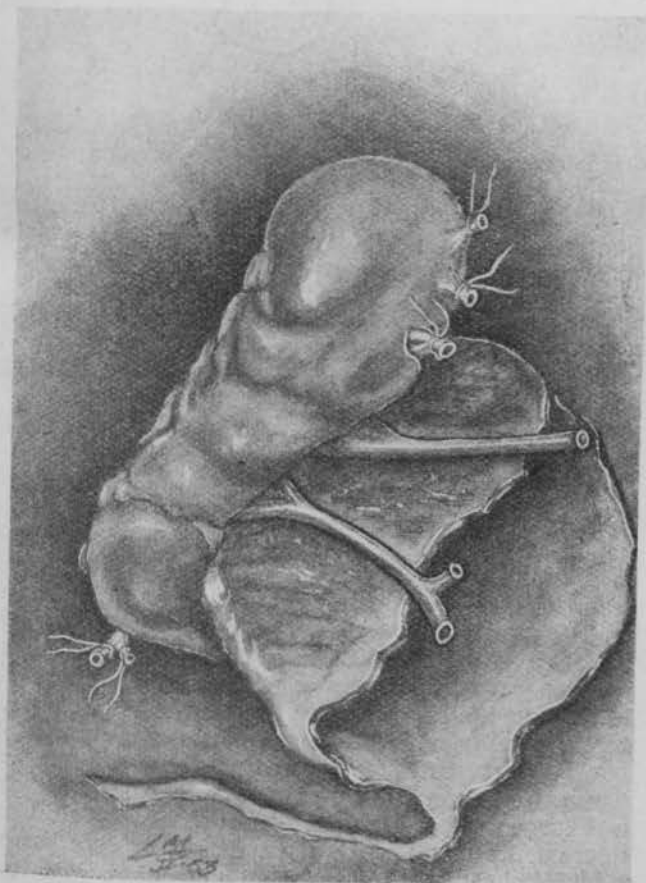


Fig. 4.

sificaciones que en materia de hidronefrosis pueden hacerse, exponiéndose la más apropiada para el desarrollo del tema que nos ocupa.

Remarcamos la rica sintomatología correspondiente a la hidronefrosis, una de la más abundante de la patología, que a los síntomas urinarios junta otros de extraurinarios, lo cual hace que se rechace la denominación de asinto-

máticas para las de ciertas hidronefrosis que subjetivamente son mudas en quejas urológicas.

Conviene conocer "a priori" el pielograma en estos casos, pues de confirmarse la existencia de la inversión del relieve interno, es decir, del saco hidronefrótico, sólo cabe la nefrectomía

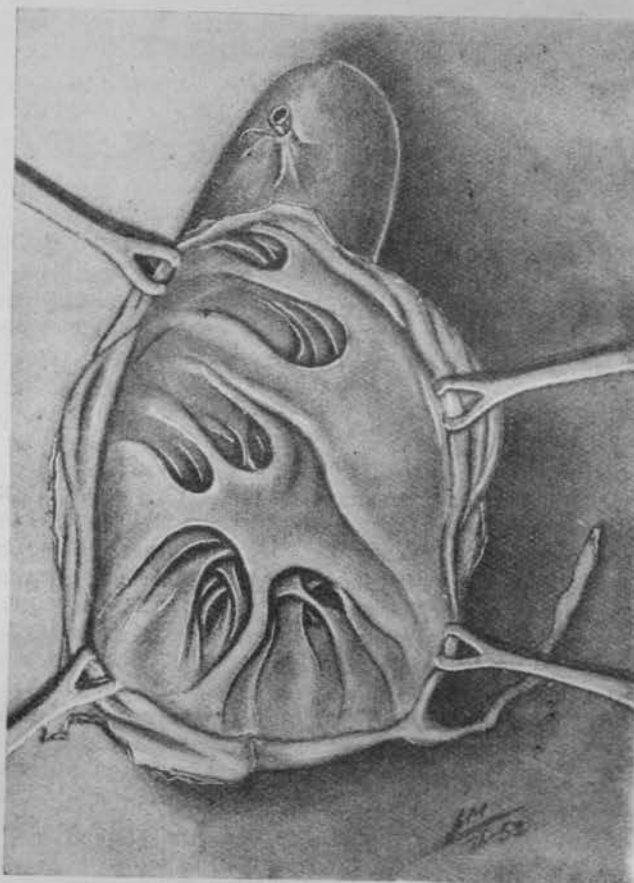


Fig. 5.

como recurso terapéutico, sea cual sea el volumen de la hidronefrosis. En cambio, es posible intentar determinadas operaciones conservadoras en los otros, aun en los de gran tamaño, pues en ellos el parénquima renal está todavía en condiciones de funcionar y estará tanto más justificado el intento cuanto más necesidad de tejido renal tenga el organismo por ausencia o deficiencia del otro riñón.

Las operaciones son preferibles de efectuar en casos asépticos y simples, pues toman otro cariz más grave en los casos complicados como sucede si se sobreañade una infección banal o específica, si se establece una hemorragia en la cavidad hidronefrótica, si se complican de litiasis secundaria, si sobreviene una degeneración maligna del tejido epitelial o del conjuntivo o al establecerse una ruptura traumática o espontánea del saco.

La hipertensión arterial nefrótica es posible, pero pocos resultados de normalización de tensión cabrá esperar cuando los operados son gente madura y portadores inveterados de la hidronefrosis. Ninguna esperanza cabe esperar en los que la hipertensión reconoce otro origen.