

AGENESIA DEL RIÑÓN

Por los Dres. MARIO F. VICCHI y JUAN ASBUN Z.

(Relator Dr. ALFREDO A. GRIMALDI)

Los autores refieren un caso de riñón único congénito observado en un individuo que concurrió a la consulta con motivo de un persistente dolor, localizado en la región lumbar derecha, desde hacía 2 años aproximadamente. El examen clínico endoscópico, urográfico y el enfisema perirrenal, revelaron la ausencia del riñón izquierdo e hipertrofia compensadora del derecho.

En síntesis se trata de la observación clínica de un caso de agenesia renal izquierda.

En base a este enfermo, Vicchi y Asbun transcriben consideraciones sobre la embriología urinaria, clasificación de las anomalías renales de número, y, sus características anatómicas, citando luego datos estadísticos sobre la casuística respectiva.

Los últimos casos presentados a esta Sociedad, corresponden a Massolo y Bartes (1946) y a Rubí y Grimaldi (1950), este último diagnosticado y certificado del punto de vista clínico, en endoscópico, radiográfico, quirúrgico y necrópsico. La comunicación de hoy, como podrá apreciarse, se refiere exclusivamente al diagnóstico clínico de un nuevo caso de esta anomalía urinaria poco frecuente. A continuación va el relato de los doctores Vicchi y Asbun, excluidas las transcripciones embriológicas, que todos Uds. conocen y que, por otra parte, se incluyen en un trabajo anterior sobre ectopia renal de los mismos autores.

Clasificación de las anomalías renales en número.

A. — Ausencia de ambos riñones.

B. — Ausencia de un solo riñón.

El riñón único puede ser:

- a) Normal: 1. — Con trígono completo o incompleto sin resto de uréter.
2. — Trígono completo con dos meatos con o sin uréter.
3. — Con uréter del lado opuesto y vasos renales modificados.
- b) Anormal: 1. — Con dos uréteres desembocando en el mismo lado.
2. — Ectopia cruzada.
3. — Ectopia pelviana.
4. — Ectopia mediana.

El caso que presentamos, corresponde a un riñón único congénito con trígono incompleto sin resto de uréter.

Anatomía del riñón único: 1. — *Riñón ausente:* Generalmente están ausentes: riñón, pelvis, uréter y en la vejiga no se observa el orificio ureteral. Raro es la presencia de uréter que termine en fondo de saco. Winter describió un uréter de 8 cms. de largo.

2. — *Riñón presente:* En general el riñón único es normal, en su aspecto exterior. En pocos casos hay alteración de la forma: redondo, discoidal, aplanado: en algunos casos se aprecia una libulación fetal. El volumen presenta variaciones considerables: es raro que sea normal o esté disminuído: generalmente se encuentra aumentado de volumen. La posición casi siempre es normal, pudiendo ser ectópico: iliaco o pélvico. La vascularización está aumentada.

La disposición de los uréteres es muy interesante: único o doble, con dos pelvis y dos orificios que desembocan en un mismo sitio a nivel de la vejiga

La vejiga puede presentar las siguientes formas:

1. — Un trígono bien constituido y dos orificios permeables.
2. — Un trígono bien formado y uno de los cuernos no tiene orificio ureteral.
3. — Existencia de solamente la mitad del trígono, confundiéndose con el resto de la vejiga. la otra mitad.

Malformaciones de los órganos genitales en caso de riñón único: Las relaciones anatómicas y embriológicas, existentes entre el aparato genital y urinario, explican las anomalías concomitantes de los dos aparatos. Es más frecuente, las lesiones de ambos sistemas, en la mujer: Utero unicorne, doble, bicorne, rudimentario; vagina cerrada, doble; ausencia de trompas. En el hombre: ausencia de vesículas seminales, deferente, atrofia del testículo.

Otras anomalías concomitantes: Atresia, ausencia del ano. Situs inversus. Lobulación anormal del pulmón. Persistencia del agujero de Botal. Malformaciones de la válvula aórtica. Anencefalia. Hidrocefalia. Espina bífida. Poli-dactilia.

Vamos a referirnos a un caso de riñón único congénito, anomalía que en otras épocas era hallazgo de autopsia casi exclusivamente pero con los modernos métodos exploratorios urológicos (urografía excretora, cistoscopia, etc.) permiten en la actualidad hacer el diagnóstico, en vida, de los enfermos. El conocimiento de esta anomalía, tiene considerable importancia desde el punto de vista quirúrgico, porque no es excepcional, en la literatura, encontrar relatos sobre nefrectomías practicadas en enfermos portadores de esta anomalía, con las consecuencias desastrosas de imaginar. Thomson y Walker han reunido 18 casos de nefrectomías practicadas en esta anomalía. Por esta razón insistimos en la importancia que tiene el examen urológico completo, frente a posibles intervenciones sobre el riñón, ya que es inconcebible, que en la medicina actual, ocurran accidentes cuando disponemos de medios tan precisos e inocuos para estudiar nuestros enfermos.

Esta anomalía generalmente pasa desapercibida, salvo que, cuando el riñón único da sintomatología o cuando se somete al enfermo a una exploración urológica por otras razones.

Diagnóstico: El Diagnóstico de esta anomalía, puede hacerse por varios métodos exploratorios:

1. — Cistoscopia: cuando realizamos un examen endoscópico, nos encontramos con un meato único y ausencia de una mitad de trígono, podemos presu-

mir esta anomalía y completar el estudio con cromocistoscopia y urografía excretora.

2. — Urografía excretora: Indudablemente este es el método diagnóstico más importante que tenemos.

Generalmente la ausencia de un riñón, se acompaña de otras anomalías, sobre todo del aparato genital, y la ausencia de la cápsula suprarrenal correspondiente. En nuestro enfermo no hemos encontrado ninguna de estas circunstancias, ya que no existía otra anomalía y existía la cápsula suprarrenal. Deseamos destacar, que además de los métodos habitualmente empleados, hemos recurrido al enfisema perirrenal, con el doble objeto de poner, más nítidamente, en evidencia la ausencia de sombra renal y cerciorarnos si existía o no cápsula suprarrenal.

Tratamiento: Naturalmente nos referimos al caso de una afección agregada, en presencia de un riñón único: en todo momento deberá ser conservador, desde el punto de vista urológico y quirúrgico. En caso de oliguria, infección marcada o manifestaciones urémicas, debe asegurarse el drenaje y dominarse la infección. Si se requiere una intervención de urgencia por cálculo o con objeto de drenar, debe conformarnos la nefrostomía, ya que con la pielostomía, corremos el riesgo de producir una estrechez. En presencia de un tumor retroperitoneal hay que asegurarse de que no se trate de un riñón único ectópico, antes de extirparlo. Un riñón grande, palpable y doloroso, exige un examen cuidadoso del otro riñón, para evitar el error diagnóstico y terapéutico, en el caso de este tipo de anomalía.

De la literatura revisada, encontramos la siguiente casuística: En el tratado de urología de Hugh Cabot, encontramos el siguiente cuadro indicador de la ausencia de un riñón único en la literatura, a base de descubrimientos post-mortem.

	Nº de casos	Riñ. izq. ausente	Riñ. der. ausente	Lado no indicado	Femenino		Masculino	
					Der.	Izq.	Der.	Izq.
Ballowitz	213	117	88	8	70	42	31	34
Cadore	236	127	97	12	76	47	31	34
Cathelin	22	10	10	2	1	1	8	7
Campbell	10	6	4	—	2	2	4	1
Braash	9	8	1	—		4		5
Collins D. C.	581	318	238	25	231		281	

En la revista Argentina de Urología:

Dr. León D. Arrues 1 caso. Año 1937.

Dr. Oscar T. Buzzi 1 caso. Año 1937.

Drs. Massolo y Luis Roque Bartes 1 caso, con doble sistema excretor y litiasis a nivel de la pelvis. Año 1946.

Drs. Gamboa Rafael y Marano 2 casos de agenesia renal izq. y de la cápsula suprarrenal hallazgo de autopsia. Año 1933.

Dr. N. Repetto. Año 1913.

Drs. Pagliere y Schapapietra 1 caso en autopsia. Año 1927.

Dr. N. Cartelli 1 caso. Diag. en vida.

Drs. E. Castaño, R. Surra Canard y A. Bertolazzi, publican 3 casos. Año 1939.

En el Journal of Urology:
 Dr. Charles P. Mathe y G. Dum. 1 caso con doble conducto deferente y
 riñón único derecho.

RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA. — A. F., 45 años.

Antecedentes: Sin importancia. Salvo uretritis de etiología indeterminada.

Enfermedad actual: Desde hace dos años, dolor lumbar permanente en el lado derecho, lo que lo obliga a diversas consultas, sin obtener diagnóstico etiológico. Se presenta a nuestra consulta, manifestando como única sintomatología: dolor lumbar persistente.

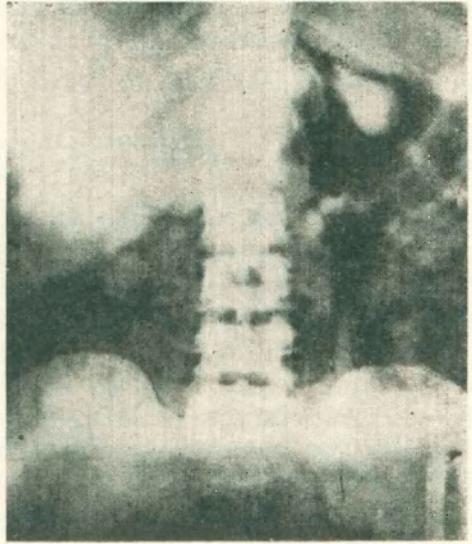
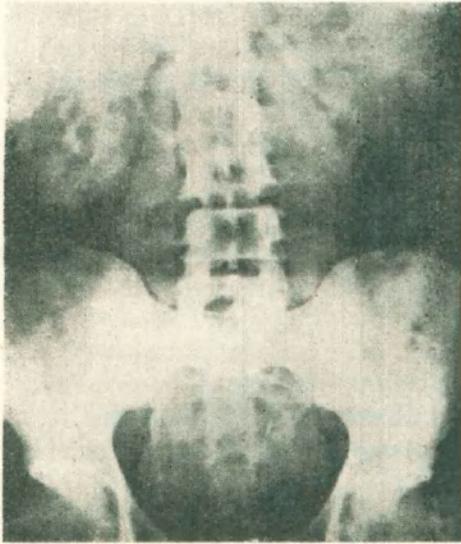


Figura 1

Figura 2

Pielografía y enfisema perirrenal del caso que presentamos.

Examen físico: Buen estado de nutrición. Orinas limpias. Uretra libre, no hay residuo. Tacto rectal: Próstata con caracteres normales.

Palpación: Se palpa riñón derecho aumentado de tamaño, movable, ligeramente doloroso.

Uretrocitoscopia: Mucosa de aspecto normal. Meato lado derecho bien situado. Se observa únicamente el desarrollo de la mitad derecha del trígono. Notándose ausencia típica del hemitriango izquierdo.

Cromocitoscopia: El índigo carmín endovenoso, es eliminado a los 5 minutos por el riñón derecho, no observándose eliminación del colorante por ningún otro meato anómalo.

Uretroscopia posterior: Veru montanum normal. No se observa lesión orgánica uretral. *Riñón simple,* no se observan sombras calculosas.

Urografía excretora: El medio de contraste es eliminado a los 5 minutos, por el riñón derecho, el cual se encuentra muy aumentado de tamaño con vías excretoras normales. Ausencia de sombra renal del lado izquierdo (figura 1).

Enfisema perirrenal: El aire inyectado, muestra ausencia de riñón, en cambio se observa una formación que corresponde a la cápsula suprarrenal (figura 2).

Diagnóstico: Agenesia del riñón izquierdo. Hipertrofia compensadora del riñón derecho.