

RIÑÓN EN ESPONJA

Por los Dres. RODOLFO I. MATHIS y HECTOR G. BERRI (h.)

La entidad nosológica denominada "riñón en esponja" fué descrita por primera vez en 1948 por R. Cacchi y V. Ricci de Padua, quienes presentaron una comunicación al XXI^o Congreso de la Sociedad Italiana de Urología de Bologna.

Posteriormente pocos trabajos sobre este tema han sido publicados; sospechamos que muchos no han sido interpretados como tales, por desconocimiento de este cuadro.

Ultimamente hemos visto un caso que merece su publicación, dejando constancia de que creemos que es el primero que se describe en nuestro país, de acuerdo a la bibliografía consultada.

Historia clínica: T. A., argentino, 35 años, casado, obrero, domiciliado en Mar del Plata.

Antecedentes hereditarios y familiares: Padre fallecido a los 48 años de neo gástrico. Madre fallecida a los 49 años de neo hígado.

Antecedentes personales: Eruptivas de la infancia. A los 15 años traumatismo sin lesiones viscerales (luxación de clavícula derecha, fractura de mano derecha y pie izquierdo).

Casado. Esposa sana. No hijos. Fumador de 15 cigarrillos por día. No bebedor. Evacuación intestinal normal.

Enfermedad actual: Hace unos dos años comienza con dolor en ambas regiones lumbares, de carácter sordo, sin irradiación, que no se modifica con el reposo y que se acompaña con cansancio muscular, escalofríos, cefalea occipital y trastornos visuales. A estos síntomas se agregaba polaquiuria diurna y nocturna (3 ó 4 veces).

En agosto de 1953 consulta, en el lugar de residencia a un especialista, quien previo examen clínico-radiográfico (radiografía de tórax, árbol urinario, urograma de excreción, pielografía ascendente y endoscopia); lo medica con Estreptomina, 1 g. cada 24 horas durante 35 días. Como el paciente mejora no consulta más facultativos, pasando el año 1954 sin trastornos.

En marzo del corriente año aparecen nuevamente los síntomas mencionados anteriormente, haciéndose más evidente la poliuria diurna y nocturna (6 ó 7 veces) por lo que concurre una vez más al especialista, quien luego de otros exámenes radiográficos le prescribe un antiséptico urinario. Como no mejora viene a esta Capital, concurriendo a nuestro servicio médico.

Estado actual: Regular estado de nutrición, panículo adiposo escaso. Enfermo apirético. Piel sana y mucosas coloreadas.

Boca: Dientes en regular estado de conservación, falta alguna pieza.

Aparato respiratorio: Semiológicamente normal. Radiografía de tórax negativa.

Aparato circulatorio: Tonos normales en los cuatro focos. Pulso 85 por minuto. Presión 110/80.

Abdomen: Sin particularidades.

Aparato urinario: Esfera urológica superior: Puño percusión positiva ambos lados. Puntos ureterales ídem.

Esfera urológica inferior: Genitales normales. Calibre uretral conservado, uretra posterior: 3 cm. Orinas turbias poco concentradas en ambos vasos.
Tacto rectal: Próstata y vesículas seminales, sin particularidad.

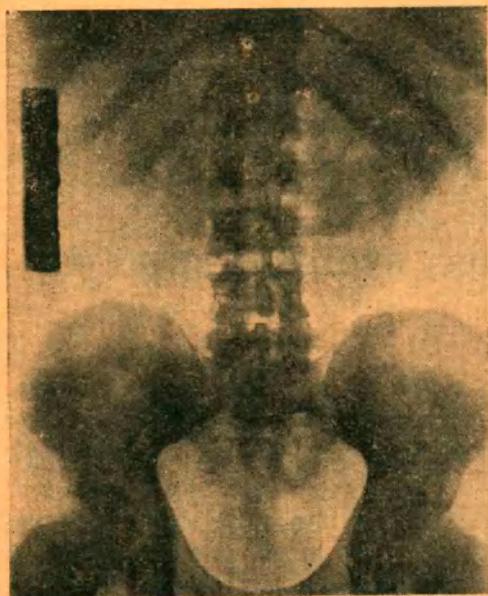


Figura 1

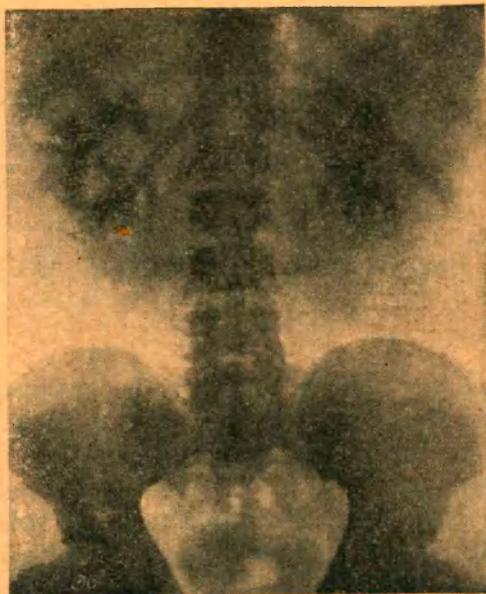


Figura 2

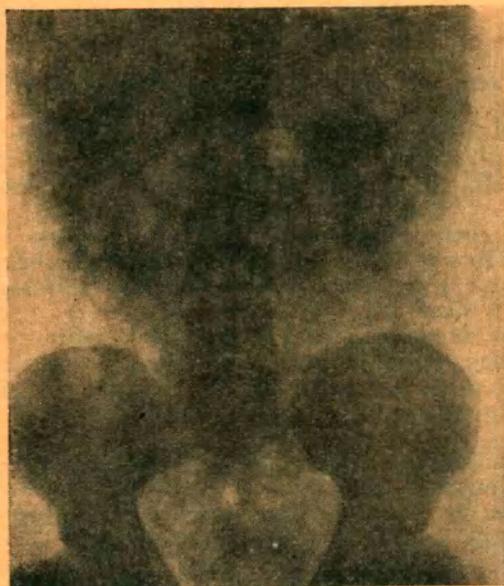


Figura 3

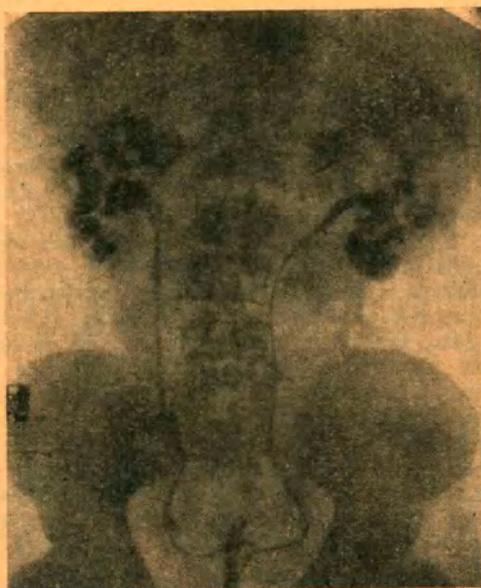


Figura 4

Cistoscopia: No retención. Capacidad 250 cc. Mucosa congestiva. cuello irregular edematoso. Meato ureteral derecho, 9 hs. rodeado de edema bulboso; eyacula rítmicamente orinas turbias. Meato ureteral izquierdo, 3 hs. eyacula rítmicamente orinas turbias.

El cuadro clínico de los pacientes se manifiesta por piuria (signo casi dominante) hematuria, acompañados de polaquiuria diurna y nocturna. A veces se presenta como un cuadro de litiasis renal o de pielonefritis y al efectuar el examen radiográfico se encuentra con esta entidad nosológica.

El examen de los enfermos afectados de este proceso presenta una tensión arterial normal o casi normal. El análisis completo de orina revela la presencia de: hematíes, pus y albúmina en forma casi constante y el bacteriológico jamás demostró bacilos de Koch, pero de manera general se pone de manifiesto la presencia de gérmenes del tipo Coli.

La cromocitoscopia demuestra por lo general, que el estado funcional de ambos riñones, a pesar de las aparentes grandes destrucciones del parénquima, tiende a conservarse mucho tiempo en forma eficiente.

El elemento fundamental del diagnóstico de esta afección lo constituye el examen radiográfico. La radiografía simple pone en evidencia en alguna oportunidad, pequeños cálculos diseminados en el parénquima renal. El urograma de excreción muestra los riñones con cavidades intraparenquimatosas, de distinto tamaño, múltiples, esféricas o alargadas, verdadero "complejo poroso" como lo llama Cacchi y Ricci, no acompañados de dilatación de pelvis.

La función renal es por lo general satisfactoria o ligeramente disminuida. El uréter poco alterado, a veces dilatado, sinuoso, atónico. La vejiga es normal.

La pielografía ascendente confirma las lesiones comprobadas por el pielograma intravenoso, encontrándose lesiones de los pequeños y grandes cálices, sin alteración del bacinete, en la mayoría, de los casos. Estas numerosas cavidades yuxtapuestas se abren en los cálices cual si fuera un "ramillete de flores" (Lhez). Siguiendo a este autor, los distintos tipos radiográficos pueden ser esquematizados así:

"Cavidades irregulares esféricas únicas para un cáliz y teniendo una comunicación, sea larga, sea estrecha".

"Cavidades irregulares esféricas múltiples para un cáliz, cavidades en ramillete de flores."

"Cavidades irregulares esféricas sin comunicación radiográfica con los cálices."

"Cavidades irregulares alargadas, múltiples, para un cáliz."

"Cavidades irregulares finas y estrechas, múltiples, en llamarada."

El diagnóstico diferencial se efectúa con:

1) La tuberculosis renal a forma bilateral: Es primordial descartar esta afección pues es la que puede dar lugar a dudas en el primer momento. La ausencia de bacilos de Koch, el hallazgo radiográfico de cavidades numerosas y que no se modifican durante la evolución del proceso, permite descartar la tuberculosis renal.

2) El riñón poliquístico: Proceso bilateral como la nefropatía, en estudio; pero con cavidades corticales en lugar de peripiramidales, sin comunicación por lo general, con las vías excretoras.

3) La hidronefrosis parcial: Esta lesión toma un sólo cáliz o un número muy limitado de ellos, de acuerdo con la obstrucción etiológica.

4) La degeneración quística de la mucosa de las vías excretoras: Teniendo en cuenta las escasas publicaciones efectuadas sobre este proceso, se comprueba la existencia de alteraciones en el bacinete y el uréter, constituídas por formaciones quísticas en distinto período evolutivo.

5) El "hidrocáliz" y los divertículos caliciales: El diagnóstico diferencial es más sencillo, pues se trata de entidades nosológicas cuyas cavidades interesan a un cáliz.

Comparando las enfermedades quísticas del riñón, Convelaire dice: "del riñón poliquístico al quiste solitario, del riñón en esponja al divertículo quístico calicial, existen los eslabones de una cadena, que un estudio en conjunto algún día fijará".

Pronóstico: Severo en cuanto a las propiedades curativas, permite juzgar por las observaciones presentadas, sobrevidas muy largas, tolerándose la infección y manteniendo una suficiencia renal por mucho tiempo.

Tratamiento: Es únicamente médico, los antibióticos mejoran los síntomas, actuando favorablemente sobre el estado general.

R E S U M E N

Se describe en la presente comunicación, un proceso de etiopatogenia no bien dilucidada, cuya imagen radiográfica típica es el único medio de hacer el diagnóstico, su tratamiento es conservador.

B I B L I O G R A F I A

- Cacchi R. y Ricci V.*: Sur une rare maladie kistique multiple des pyramides renales le "rein de eponge". J. d'Urol. LV, 497-518, 1949.
- Jey B. Gouygou y Teinturier*: Diverticules kistiques des calices. J. d'Urol. LVII, 3-10, 1951.
- Hickel R.*: Un cas de rein de eponge. J. d'Urol. LIX, 408-411, 1953.
- Lhez A.*: Le rein en eponge. J. d'Urol. LX, 575-590, 1954.
- Neveu M. J.*: Un cas de maladie kistique multiple des pyramides renales. J. d'Urol. LVI, 564-565, 1950.
- Ceconomos N.*: Degenerescence kistique de la muqueuse des voies excrétrices ou ureterite et cystite kistique. J. d'Urol. LVI, 32-45, 1950.
- Petkovic J.* (Belgrado): Contribution a l'etude de la maladie kistique des pyramides renales. J. d'Urol. LVIII, 425-431, 1952.
- Viala J. P. y Nahon A. S.*: Deux cas de "rein spongieux". J. d'Urol. LVIII, 27-29, 1952.

D I S C U S I O N

Dr. Sandro. — Desearía preguntar a los comunicantes qué analogía tiene el riñón en esponja con el poliquístico. ¿No podría tratarse de una asociación de ambas formas ya que en algunos casos existe riñón en esponja o riñón poliquístico?

Afirmo esto ya que ambas formas presentan la misma sintomatología. La hematuria es común a ambas afecciones, lo mismo que la tumoración, la disontogenia, la familiaridad. No podría interpretarse esto como aquellos cuadros descritos en las cistopatías porque también existe riñón en esponja concomitantemente con la enfermedad cística, tal como existe en el riñón poliquístico. Son tantas las analogías que desconozco por qué se hace esta división. He leído un trabajo en el que no se rechaza por completo y se dice allí que el urograma ascendente no se calca sobre el descendente. En este caso, parece que sí.

Pregunto a los comunicantes en qué puede basarse su diferenciación ya que embriológica, etiológica y sintomatológicamente ambas afecciones son parecidas.

Dr. García. — Esta disposición del riñón en esponja o riñón en racimo es conocida desde hace mucho tiempo, pero se le presta atención desde hace poco.

El concepto de su patogenia desde luego, es una malformación la que es el remedo de un riñón ramicular, como son los riñones de ciertos animales, entre ellos, el de la ballena. En el crecimiento del brote ureteral de Kupffer se forman cálices primarios y secundarios que corresponden a cada una de las papilas. En este caso, la conformación de los cálices primarios y secundarios está perturbada por un trastorno del crecimiento cuya causa desconocemos y entonces, tiene lugar la disposición ramicular del riñón, en que cada papila tiene el cáliz correspondiente y da el aspecto del riñón en esponja o en racimo que tiene un significado

patológico por la perturbación de la evacuación que es seguramente el factor causal de todas las complicaciones que se desarrollan ulteriormente.

Respecto a la analogía con el riñón poliquístico, entiendo que puede ser más morfológica que conceptual. Aquí se trata de una malformación del crecimiento del brote ureteral de Kupffer, pero no de la unión del brote ureteral de Kupffer con el blastema renal primitivo que es posiblemente el origen de todas las quistosis generalizadas múltiples en el poliquístico y único o localizado en los quistes solitarios con toda la gama intermedia entre uno y otro proceso.

Dr. Berri. — Después de la afirmado por el doctor García —a quien agradezco su interesante aporte en la dilucidación de este tema—, no me queda nada por decirle al doctor Sandro.
