

VALOR DE LA AORTOGRAFIA EN EL DIAGNOSTICO DE UN CASO DE AGENESIA RENAL

Por los Dres. RICARDO BERNARDI y S. WAIMBERG

Los riñones del hombre están expuestos a tantas enfermedades que la ausencia completa de uno de ellos es importante, no sólo desde el punto de vista anatómico, sino también clínico, ya sea para el internista o para el cirujano.

En el estudio de las enfermedades renales, la atención del urólogo debe ser siempre dirigida en primer término a la investigación de si el enfermo presenta sus dos riñones. La agenesia renal, si bien rara, no por ello debe ser excluída por completo de la mente del cirujano.

Agenesia renal significa la falta completa del desarrollo del metanefros y puede ser uni o bilateral, según que la alteración embriológica afecte uno o ambos lados respectivamente. El término Agenesia, debe ser distinguido de la aplasia renal, en donde existen vestigios de tejido renal; y, de la ausencia del riñón de un lado debido a una ectopía cruzada.

Investigaciones del comienzo del siglo XIX discutieron sobre las anomalías del riñón agenésico pero no establecieron ninguna diferenciación acerca de si se trataba de un verdadero riñón ausente o fusionado, o con desarrollo por debajo de lo normal.

Mosler fué quien primero publicó una serie de 14 casos de agenesia renal verdadera congénita, en 1863. Beumer, también en el extranjero, publicó en 1878, 44 casos de agenesia renal unilateral. Continuando con la serie de publicaciones sobre el tema hay que citar las siguientes:

Ballowitz	hasta 1895	reúne	213	casos
Moore	.. 1898	agrega	12	..
Anders	.. 1910	..	61	..
Dorland	.. 1911	..	9	..
Braasch	.. 1912	..	6	..
Kelly y Burnam	.. 1914	..	3	..
Budbee y Losse	.. 1919	..	7	..
Eisendrath	.. 1924	..	20	..
Goldstein	.. 1924	..	2	..

En total hasta el año 1929 los casos publicados alcanzaban la cifra de 373.

En 1944 Nation publicó 30 nuevos casos de agenesia renal. Las publicaciones en nuestro país son las siguientes:

Repetto	1 caso en 1913
Pagliari e y Schiapapietra	1 caso en 1927
Arrues	1 caso en 1937
Buzzi	1 caso en 1937
Massolo y Bartes	1 caso en 1946
Cartelli	1 caso
Castaña, Surra Canard, Bertolazzi	3 casos
Rubí y Grimaldi	1 caso en 1950

Total desde el año 1913 hasta el año 1950 se publicaron 11 casos.

Con posterioridad Vicchy y Asbun publican otro caso en la Revista de la Sociedad Argentina de Urología, año 1953, pero creemos no tratarse de un caso visto en nuestro país. Si algún otro caso existe, que hayamos omitido involuntariamente, rogamos a sus autores nos disculpen.

Con el objeto de ser agregado a la casuística nacional, presentamos esta observación y a la vez deseamos llamar la atención sobre uno de los métodos de diagnóstico que a no dudar, resultará de inapreciable valor en los casos de agenesia renal, tal es, la aortografía.

El enfermo V. F. de 36 años de edad, quien es atendido por un médico privado a raíz de dolores lumbares derechos y a veces con caracteres de tipo cólico con irradiación hacia adelante y hacia abajo, por cuyo motivo le efectúa un urograma de excreción, encontrándosele un riñón izquierdo no funcionante. Con el diagnóstico de abolición funcional renal del mismo lado, por probable tuberculosis de la glándula, según los antecedentes que detallaremos a continuación, es remitido a nuestro Servicio del Hospital Fierito, para que se le efectúe la nefrectomía.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: tuberculosis pulmonar a los 14 años de edad, fué tratado médicamente al parecer con buen resultado. Probable meningitis a los 3 años de edad etiología desconocida.

Enfermedad actual: se inicia 2 años antes de su admisión en nuestro Servicio, con discreto dolor costal derecho, "como si le apretaran", es la expresión del enfermo, y esa irradiación anterior hacia el hemi-abdomen del mismo lado. Es asistido por su médico privado quien prescribe tratamiento desapareciendo sus molestias. Desde 2 meses antes de su internación presenta el mismo tipo de dolor pero en el lado izquierdo. No hay antecedentes de hematuria, fiebre ni expulsión de cálculos. Presenta trastornos urínicos caracterizados por ardor pre y post-miccional. Hace 3 años recuerda haber tenido polaquiuria diurna y deseo imperioso de orinar que se mantuvo durante 2 meses desapareciendo espontáneamente.

El estado actual no revela ninguna alteración digna de ser mencionada. Presión: Mx. 12 - Mm. 7.

Se efectúa examen cistouretroscópico que revela lo siguiente: "Introducción dificultosa del aparato por obstáculo a nivel de la uretra posterior y cuello vesical. Mucosa congestiva especialmente, a nivel del cuello y uretra posterior, que se exacerba con las manobras instrumentales. Meato ureteral derecho normal, el izquierdo no se visualiza debido a la gran proyección del labio posterior del cuello y la situación profunda del trigono. Indigo carmín aparece a los 5 minutos por el lado derecho. No aparece a los 20 minutos por el izquierdo. El tacto rectal revela una próstata aplanada y escleroatrófica. Diagnóstico presuntivo: T. B. C. renal izquierda con abolición funcional completa y probable T.B.C. prostática. Inmediatamente se solicitan espermo-inoculación e inoculación al cobayo del sedimento urinario. A continuación se le instituye al enfermo tratamiento a base de estreptomicina, P.A.S. y amina del ácido isonicotínico. Los análisis generales de sangre no revelan alteraciones dignas de ser mencionadas. Se repite el estudio urográfico confirmando el resultado de las primeras: "abolición funcional izquierda con buena función eliminadora por el lado derecho. El riñón y el sistema ureteropielocalicial de este último lado se presentan de tamaño mayor que lo habitual. La ureteropielografía ascendente sólo es posible en el riñón derecho. El izquierdo fué postergado en 3 diferentes oportuni-

dades por la imposibilidad de practicar el cateterismo a pesar de haber intervenido diferentes operadores con el objeto de eliminar el factor técnico personal. Es entonces que comenzó a llamarnos la atención la falta de sombra renal izquierda por lo que decidimos efectuar un retro neumoperitoneo. Practicado éste, demostró la presencia de una gran masa renal en el lado derecho y una sombra sospechosa de ser renal en el izquierdo. Al no haberse aclarado el diagnóstico con este último examen, se decide recurrir a la aortografía que, a nuestro juicio, era lo único que pondría punto final a nuestra incertidumbre.

Dicho procedimiento es llevado a cabo 1 mes después de haberse internado el enfermo. Se utilizó como sustancia de contraste el Umbradil al 70 % y como aparato inyector a presión, uno fabricado ad-hoc, siguiendo los principios de Dcs Santos.

Es de hacer notar que la inyección a gran velocidad también la hemos efectuado sólo con una buena jeringa de 100 cm³ tipo Luer Lock directamente conectada a la aguja que punza la aorta o por intermedio de un corto tubo de polietileno. El enfermo fué preparado previamente con 50 mg. de Benadryl y 50 ó 100 mgm. de Demerol suministradas 1 hora antes del procedimiento. Igualmente se efectuó el test conjuntival con la sustancia opaca utilizada. No tuvimos que lamentar ninguna complicación inmediata o tardía y nuestro enfermo deambuló sin ninguna ayuda desde el Servicio de Radiología hasta el de Urología.

La aortografía nos reveló: "presencia de 2 arterias renales en el lado derecho; ausencia completa de arteria renal en el lado izquierdo". Con ello quedaba sentado definitivamente el diagnóstico de "Agenesia Renal Izquierda" en nuestro enfermo, quien nos solicitó ser dado de alta para continuar su tratamiento en forma deambulatoria. Con posterioridad recibimos el resultado de las 2 inoculaciones efectuadas previa a toda terapéutica (esperma y orina) y fueron "Negativas".

Conclusión. — La aortografía, medio de diagnóstico de inestimable valor, nos ha permitido reconocer una agenesia renal unilateral en un enfermo a quien, sin lugar a dudas, se planteaba la posibilidad de una lumbotomía exploratoria. No obstante sostenemos que este método no debe ser usado en forma indiscriminada sino con fines de diagnóstico, que de otra forma no podrían alcanzarse. Agreguemos igualmente que las indicaciones de este procedimiento son, en la actualidad, bastante numerosas.

BIBLIOGRAFÍA

- Vicchi Mario F. y Asbun Z. Juan: Agenesia Renal. Rev. Argent. de Urología. Vol. XXII. Julio-Agosto 1953; Nos. 7. 8; Pág. 222.
- Vicchi, Mario F. y Asbun Z., Juan. — Agenesia Renal. Rev. Argent. de Urología. Vol. XXII. Julio-Agosto 1953; Nos. 7. 8; Pág. 222.
- Goldsstein, A. E.: Congenital absence of One Kidney: The Southern Medical Journal. Vol. XVIII. October 1925. N° 10; Pages 750-757.
- Abshouse, B. S.: Surgery of the Congenital Anomalous Kidney; Sur., Gynec. and Obst., 78, 288, 1944.
- Collins, Donald C.: Congenital unilateral Renal Agenesis, Ann. Sur., 95, 715, 1932.
- Eisendrath, Daniel N.: Congenital Renal Hypoplasia, J. Urol., 33, 331, 1935.
- Hennessey, Russell, A.: Congenital Solitary Kidney, J. Urol., 21, 193, 1929.
- Nation, Earl F.: Renal Agenesis. Surg., Gynec., and Obst., 79, 175, 1944.
- Nation, Earl F.: Renal Aplasia. J. Urol., 51, 579, 1944.
- Shoemaker, Rosemary and Braasch, William, F.: Fused Kidney, J. Urol. 41, 1, 1939.
- Weingarten, M. F., Orem, John N., and Cox, O. C.: Agenesis of the Right Kidney with Retroperitoneal Cyst Arising in a persistent Metanephros, J. Urol., 57, 829, 1947.

DISCUSION

Dr. Bernardi. — Consideramos que la aortografía es un procedimiento muy interesante. No la hemos practicado porque tenemos un concepto formado sobre este método de excepción. Su técnica es difícil y de acuerdo a los relatos de muchos autores, los enfermos se exponen a una serie de inconvenientes, se han descrito hematomas retroperitoneales muy grandes, paraplejas transitorias o definitivas por lesión medular; punciones de mesentérica superior, del estómago, infarto renal por punción de las renales, de modo que a pesar de ser un procedimiento, como digo, sumamente interesante, debemos ser muy cautos en su aplicación.

Hemos tenido oportunidad de conversar con colegas que practican la aortografía en

forma sistemática y nos han expresado que han tenido accidentes de escasa importancia. Pero los relatos sinceros de los autores extranjeros demuestran que se trata de un método de excepción.

Entiendo que podemos llegar a diagnósticos correctos por medio de los exámenes habituales, si es que los sabemos interpretar.

Sr. Presidente (Dr. Schiappapietra). — Estoy de acuerdo con el doctor Bernardi, por las razones dadas.

Dr. Wainberg. — Señalamos en nuestro trabajo que la aortografía no debe utilizársela en forma indiscriminada, sino cuando por otros medios no se puede llegar al diagnóstico.

Reglamentación Editorial

(Con las modificaciones aprobadas en la Asamblea Extraordinaria del 26 de Junio de 1952).

- a) El trabajo presentado debe ser original.
- b) Los originales deben ser escritos a máquina, con doble interlínea, sobre un solo lado de las hojas, numerando las páginas, evitando errores de ortografía, sobre todo en idiomas extranjeros.
- c) Título breve (con aclaración en párrafo aparte).
- d) Las citas bibliográficas deben mencionar: 1º. Apellido del autor. 2º. Iniciales de sus nombres. 3º. Título del trabajo. 4º. Título de la revista (abreviado). Año. Volumen. Página.
- e) Los trabajos de casuística deben constar exclusivamente con una historia clínica sucinta con las radiografías o dibujos del caso presentado.
- f) Los socios designados Relatores en jornadas, como así también los que fueren invitados a pronunciar conferencias en nuestra Sociedad, gozarán con respecto a la publicación de la impresión de 10 páginas y 8 sitios para clisés o dibujos. Lo que exceda queda a cargo del autor.
- g) Todo miembro titular o adherente que presente trabajos en nuestra Sociedad queda sujeto al compromiso del pago que demande el texto, clisés y dibujos.
- h) Los apartados de la Revista estarán a cargo de los autores y deberán ser solicitados al hacer entrega de los originales del trabajo (modificación art. 14. - Regl. Revista - Asamblea 22 Julio 1948).
- i) La Comisión de la Revista tiene amplias facultades para publicar o no un trabajo científico. Tendrá en cuenta para resolver en esta materia el valor científico de dicho trabajo.

Estas resoluciones se tomarán después de oír la opinión de todos sus miembros.