

5ª Cátedra de Medicina
Hospital de Clínicas
Profesor Dr. DAVID GOTLIEB

SINDROME NEFROTICO ASOCIADO CON RIÑON POLIQUISTICO

Dres. CARLOS A. FELDSTEIN, ALEJANDRO MARTINEZ SEEBER, MIGUEL A.
NADAL, DAVID GOTLIEB

La asociación de poliquistosis renal con poliquistosis hepática y de otros órganos, aneurismas intracraneanos y otras malformaciones es una observación relativamente frecuente y se explicaría por el origen hereditario de la enfermedad, admitiéndose una transmisión genética similar en todas.

En los trabajos de revisión se hallan también referencias a otras asociaciones de la poliquistosis renal con diversas enfermedades que pueden ser consideradas como meras coincidencias. En ninguna de las revisiones hemos podido comprobar la coexistencia de dicha malformación renal con síndrome nefrótico, por lo que nos ha parecido de interés la descripción de este caso.

Historia clínica: R. C., ficha 4370, 57 años, sexo masculino, raza blanca. Comenzó en octubre de 1967 con edema bimalleolar y bipalpebral que se fué extendiendo y oliguria moderada. Se le inició tratamiento con clorambucil, 4 mg. diarios, metil-prednisona, 16 mg. por día, furosemida y espironolona a dosis variables, obteniéndose reducción del edema y mejoría del estado general. Una urografía excretora, a pesar de la eliminación pobre del contraste, evidenció deformidad y alargamiento de los cálices de ambos riñones. A principios de junio de 1968 el edema se acentuó y aumentó de peso, a pesar de continuar con la medicación referida, por lo que fué internado el 5 de julio de 1968. Los antecedentes personales y familiares carecen de importancia.

El examen físico evidenció edema generalizado, blando y pálido y desplazamiento del choque de la punta hacia la izquierda. La tensión arterial era de 170/105 mm. de Hg. y el pulso 80 en el minuto, regular. Se palpaban ambos riñones aumentados de tamaño, con predominio del izquierdo; irregulares. No se palpaban el hígado ni el bazo y la semiología pulmonar era normal. Las venas del cuello no estaban distendidas.

Exámenes complementarios Hb.: 9 g./100 ml.; H¹⁰: 29%. Eritrosedimentación: 101/122 mm.; glucemia: 86 mg./100 ml. Proteinograma. Proteínas totales: 3,8 g./100 ml.; albúmina: 1,14; globulinas 2,66; α_1 : 0,32; α_2 : 0,90; β : 0,75, y γ : 0,70 g./100 ml. Colesterol: 396 mg./100 ml. Prueba del Rojo Congo negativa; Reacción de Mantoux 1%₀₀ negativa. Orina: densidad con dieta seca 1018; proteínas: 7 g./24 horas; hematíes (1-4 por c.m.a.) cilindros granulados, cereos y grasos, cuerpos ovales grasos. Azoemia: 110 mg. 100 ml.; creatinemia: 4,8 mg./100 ml. Clearance de la creatinina: 21 ml./min., 1,73 m². Fondo del ojo: retinopatía hipertensiva y arterioesclerótica, grado II (K. y W.). Una urografía por goteo y un centelleograma renal no mostraron imágenes renales. El retro-neumo-peritoneo, por último, demostró aumento apreciable del tamaño del riñón izquierdo; el derecho se visualizó pobremente, siendo su contorno irregular.

Discusión: En este enfermo la presunción clínica de síndrome nefrótico fue confirmada por los exámenes de laboratorio, absolutamente característicos. La palpación de ambos riñones grandes e irregulares, agrandamiento que confirmó el retro-neumo-peritoneo, y la deformidad del sistema pielocalicial en

la urografía excretora, permitieron afirmar casi con certeza la coexistencia de una poliquistosis renal. La insuficiencia renal avanzada, seguramente condicionada por la suma de ambas enfermedades, imposibilitó que se obtuvieran imágenes en la urografía por goteo y en el centelleograma, que hubieran confirmado este último diagnóstico. Por la misma razón, no se juzgó prudente efectuar la aortografía y la pielografía ascendente se desechó ante el temor de agregarle una infección, a pesar de lo cual los hechos señalados en primer término fueron considerados suficientes para fundamentar el diagnóstico.

En cuanto a la etiología del síndrome nefrótico consideramos, por el cuadro clínico y por razones de frecuencia, que debía tratarse de una glomerulonefritis. No se practicó la biopsia renal —a cielo abierto en este caso— por existir serias contraindicaciones en la hipertensión arterial y la insuficiencia renal avanzada.

Sólo en la serie de poliquistosis renal de Rall y col. (1), de entre las numerosas y extensas existentes en la literatura (2), (3), (4), se señala la coexistencia de glomerulonefritis, en un caso que por otra parte no tuvo síndrome nefrótico y murió por insuficiencia renal. En general la alteración más frecuente del parénquima renal remanente entre los quistes, suele ser de tipo pielonefritico.

Parece obvio destacar que en nuestro enfermo no puede existir ninguna relación causal entre la poliquistosis renal y el síndrome nefrótico, y que se trata de una asociación casual.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Rall, J. E. and Odel, H. M.: Congenital Polycystic disease of the Kidney. *Amer. J. Med. Sc.* 218: 399, 1949.
- 2 Simon, B. H. and Thompson, G. J.: Congenital Renal Polycystic Disease. *J.A.M.A.* 159: 657, 1955.
- 3 Mc Namara, J. J.: *Pyelonephritis in Polycystic Disease of the Kidney.* *Amer. J. Surg.* 109: 178-81, Feb. 1965.
- 4 Higgins, C. C.: Bilateral Polycystic Kidney Disease. Review of 94 cases. *Arch. Surg.* 65: 318, 1952.