

Hospital Presidente Alvear de  
Y. P. F., Comodoro Rivadavia

Por los Doctores  
**MARCELINO REYES**  
y **PEDRO DI LELLA**

## RIÑÓN UNICO CONGENITO DIAGNOSTICADO PRECOZMENTE

**M**OTIVA la presente comunicación la escasa frecuencia de diagnósticos clínicos de riñón único congénito, siendo la mayor parte de ellos hallazgos de autopsia. Entre los casos diagnosticados clínicamente, N. Repetto presenta una observación en 1913, Galíndez en 1917, Oeconomo en 1920 presenta un caso con uréter permeable en una extensión de 1 y 1/2 cts. y que termina en fondo de saco y se continúa con un cordón fibroso de 3 a 4 cts. en el lado en que está ausente el riñón. Pagliere y Schiappapietra, presentan en 1927 un caso diagnosticado por autopsia y muy interesante por los problemas clinicoterapéuticos que se les planteó en vida del enfermo. Citaremos también las observaciones de Eisendrath, Duwe, Astraldí, de Farlet y Rufino y de Arrues.

Papin y Eisendrath consideran las siguientes variedades de riñón único.

- |                           |  |
|---------------------------|--|
| Riñón<br>único<br>normal  | a) Con trígono completo o incompleto, sin resto de uréter del lado opuesto.                      |
|                           | b) Con trígono completo, con 2 meatos ureterales y uréter opuesto, largo o corto, hueco o lleno. |
|                           | c) Con uréter del lado opuesto y vasos renales modificados.                                      |
| Riñón<br>único<br>anormal | a) Con 2 uréteres desembocando en el mismo lado.   |
|                           | b) En ectopía cruzada.   |
|                           | c) En ectopía pelviana.  |
|                           | d) En ectopía mediana.   |

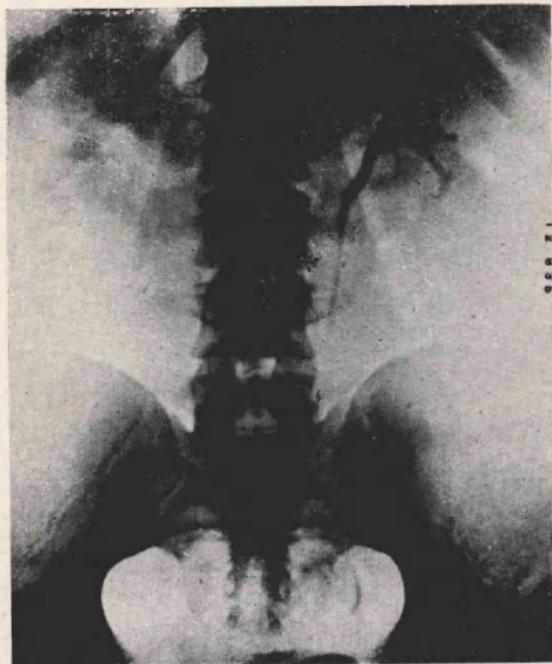
En cuanto a la glándula suprarrenal existe siempre en el lado en que falta el riñón.

Nuestra observación, que pasaremos a referir, corresponde a la variedad de riñón único normal con trígono incompleto.

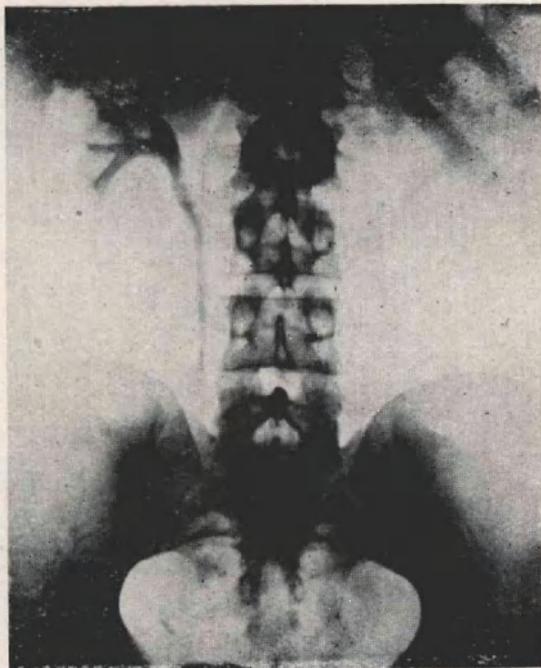
#### HISTORIA CLINICA

M. N., argentino, 26 años, soltero, nos consulta el 5 de enero de 1939. Antecedentes hereditarios y personales sin importancia.

*Enfermedad actual.* — Se inicia hace alrededor de 5 años, con dolores de



Uroselectan a los 5 minutos.



Uroselectan a los 15 minutos.

regular intensidad en región lumbar derecha, que van acentuándose paulatinamente, sin irradiaciones ni reflejos de ninguna naturaleza.

Riñones: No se palpan. Puntos clásicos ureterales negativos. Radiografía simple: En el lado izquierdo no se ve sombra renal. En el lado derecho riñón aumentado de tamaño: diámetro vertical 16 cms. y horizontal  $8\frac{1}{2}$  cms.

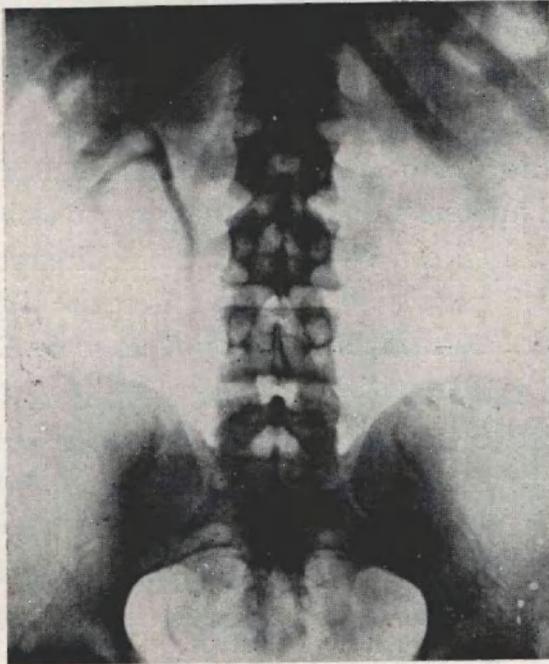
Pielografía descendente (con uroselectan B): A los 5, 15 y 30 minutos no se perciben ni vestigios de vías excretoras en el lado izquierdo, ni se visualiza riñón del mismo lado; en el lado derecho, las vías excretoras ligeramente alargadas pero de aspecto normal: la silueta renal aumentada de tamaño.

Uretra: Explorador 24: no percibe anillos.

Uretroscopia anterior y posterior nada de particular.

Vejiga: Examen externo nada de particular. Interno con el explorador olivar, ídem.

Cistoscopia: Mucosa de aspecto normal; llama la atención el ligamento interureteral, que bien constituido a la derecha, va paulatinamente borrándose, no percibiéndolo en el lado izquierdo; la búsqueda del meato ureteral izquierdo resulta infructuosa, a pesar de ser una vejiga de aspecto normal y de practicarse la cistoscopia en condiciones óptimas. A objeto de mayor seguridad de la no existencia de dicho meato ureteral, se practica cromocistoscopia con índigo carmín,



Uroselectan a los 30 minutos.

colocando al mismo tiempo una sonda ureteral gruesa en el uréter derecho, para evitar el enturbiamiento del medio; a los 4 minutos se ve aparecer índigo carmín por la sonda ureteral, permaneciendo el medio vesical completamente límpido, después de 20 minutos de la inyección de la substancia colorante.

Uretroscopia posterior: Previa inyección de índigo carmín, tampoco permite constatar la desembocadura del uréter a este nivel.

#### COMENTARIOS

Resulta interesante constatar que la causa que nos ha llevado a estudiar este enfermo fué debido a dolores lumbares del lado derecho, es decir del lado donde existía el riñón único, interpretando dicho dolor, como efecto de la hipertrofia compensadora, producida por la falta del otro riñón y por lo tanto un aumento de tra-

bajo del órgano, efecto que todos hemos constatado también en enfermos a quienes por una causa patológica se les ha extirpado un riñón, o en casos de eliminación funcional de uno de los riñones.

El descubrimiento de la pielografía descendente ha venido a facilitar el diagnóstico de riñón único, al permitirnos, en primer lugar, constatar la substancia opaca eliminada a través de las vías excretoras y en segundo lugar, al reforzar la imagen renal, dándonos generalmente un buen nefrograma; la no existencia de silueta renal en estas condiciones, puede ser una presunción de la no existencia de la glándula. En nuestras radiografías no se perciben, en el lado izquierdo, sombra renal alguna ni eliminación del uroselectán; en cambio, en el lado derecho, las vías excretoras un poco alargadas, así como el aumento de los diámetros vertical y horizontal del riñón, 16 y 18 y 1/2 cts. respectivamente (siempre que la imagen obtenida sea la real, pues se tratan de radiografía simple y no tele-radiografía) siendo normalmente 12 y 1/2 y 6, 2 cts.

Este examen radiográfico nos hace sospechar la falta de riñón izquierdo, diagnóstico reforzado por la falta de cuerno ureteral izquierdo y del meato ureteral del mismo lado, no encontrándose tampoco éste en uretra posterior y eliminando por los datos anamnésticos su abocamiento en otros órganos como ser el recto: en vesículas seminales o conducto eyaculador, pero en estos casos que generalmente se tratan de riñones atróficos hipoplásicos, se visualizan las vías excretoras con la pielografía descendente, o en caso de haber un déficit funcional marcado, se visualizaría la glándula renal, con tanta mayor razón, por ser característico de las atrofas renales congénitas o adquiridas, la transformación fibrosa de su estructura y por lo tanto el aumento de su opacidad a los rayos.

Es indiscutible que la lumbotomía es el único medio de llevar al diagnóstico absoluto de riñón único congénito: sin embargo, creemos que los datos aportados por el estudio de nuestro enfermo nos da la seguridad de su diagnóstico, dentro de la relatividad de lo absoluto en medicina.

---