

Por el Doctor

PEDRO G. MINUZZI

UN CASO INTERESANTE DE ENFERMEDAD QUISTICA DEL RIÑON

B. Q. C., 37 años, argentina, soltera.

Antecedentes hereditarios. — Padre: específico tratado; constitución artrítica. Madre: obesa, sufre de reumatismo crónico.

Antecedentes personales. — Enfermedades propias de la infancia.

Hace dos años presenta una micro-poli-adenopatía cervical que es interpretada como de origen heredolúético, haciéndosele tratamiento específico. Esta ha desaparecido.

Enfermedad actual. — En plena salud y sin mediar causa alguna que pudiera atribuirse como factor determinante, inicia una hematuria abundante con coágulos, indolora y que vista por el médico de familia, aconseja reposo, coagulantes (coaguleno, calcio, vitamina C.) y como al cabo de 24 horas continuaba sin mayores modificaciones, aconseja a la enferma a que nos consulte.

Nos consulta después de 48 horas de iniciada la enfermedad; constatamos que la hematuria continúa en forma intensa con grandes coágulos, que provocan disuria y sin ninguna otra manifestación dolorosa.

Al examen clínico encontramos; como datos positivos, que se palpa, del lado derecho, una gran tumoración, redondeada, indolora, con franco contacto lumbar y del lado izquierdo, en las inspiraciones profundas, el polo inferior del riñón correspondiente.

Percusión de Giordano negativa de ambos lados. Tensión arterial 14/8.5; enferma emotiva e impresionable.

Se pide un examen citológico completo que da el siguiente resultado:

Glóbulos rojos	3.800.000
„ blancos	15.000
Hemoglobina	70%
Valor globular	0. 29

Fórmula leucocitaria.

Basófilos	0
Eosinófilos	2
Mielocitos neutrófilos	2
Metamielocitos neutrófilos	2
Núcleo en bastón „	3
Neutrófilos segmentados... ..	79
Linfocitos... ..	11
Monocitos	1

Examen de orina: revela solamente enorme cantidad de hematíes bien conservados, albúmina 0.10 %.

Dosaje de úrea	0.32 ‰ grs.
Tiempo de hemorragia	4' minutos.
„ „ coagulación	9' 30".

Se le practica una radiografía, previa enema evacuante, en el lecho de la enferma (Fig. 1) que revela la existencia de una masa redondeada del lado derecho que parece formar cuerpo con el polo inferior del riñón y que rechaza al intestino grueso hacia adentro y abajo.

Bajo anestesia con gases, practicada por el Prof. Antonio Sartori practicamos un examen cistoscópico en el cual constatamos las eyaculaciones hemáticas francas del lado derecho.

Como primera medida practicamos una transfusión sanguínea de 350 c.c. con una dadora universal, la que es tolerada perfectamente bien y continuamos con toda la medicación coagulante.

Como la hematuria continúa sin mayores variantes, repetimos a las 24 horas, otra nueva transfusión de 350 c.c. que también es tolerada perfectamente.

Al día siguiente repetimos el examen citológico completo, que da:

Glóbulos rojos	3.850.000
„ blancos	6.000
Hemoglobina	71 ‰
Valor globular	0.93

La eritrosedimentación:

1ª hora	49 m. m.
2ª „	85 m. m.
Índice de Katz	45,75 m. m.

Dosaje de glucosa en sangre:

1 gr. ‰.

Como la hematuria continúa sin mayores variantes, decidimos practicar una urografía endovenosa con Per-abrodil, que el siguiente resultado:

La radiografía directa confirma los datos de la anterior.

La primera urografía a los 10 minutos (Fig. 2) demuestra un funcionamiento perfecto del lado izquierdo supuesto sano, pero con una imagen de parénquima regularmente aumentada (¿hipertrofia funcional y anatómica?): en cambio del lado derecho vemos: la imagen de la pelvis y cálices comprimidas y rechazadas hacia arriba por una gran masa redondeada, que parece asentar en el polo inferior del riñón correspondiente y cuyos bordes se continúan insensiblemente con el borde del parénquima; esta masa desplaza el uréter francamente

hacia la línea media y da la impresión por la nitidez y regularidad de su borde de tratarse de un tumor quístico.

Con el objeto de controlar y precisar aún más el diagnóstico, efectuamos bajo anestesia con gases, una pielografía ascendente con Torotrast (Fig. 3);

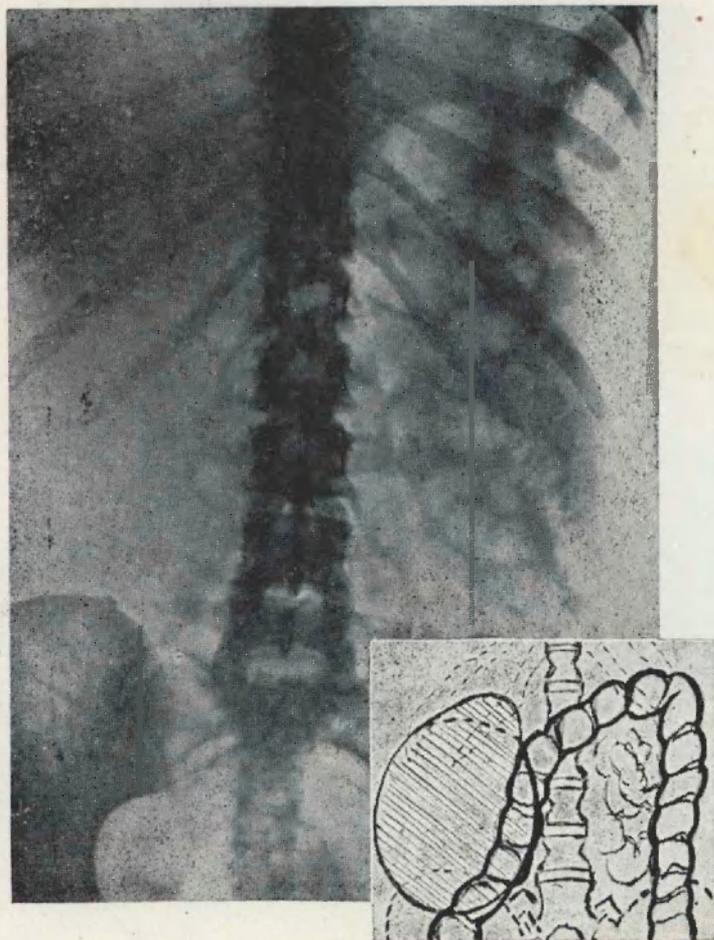


FIG. 1

Radiografía simple; obsérvase la imagen redondeada del quiste del polo inferior que rechaza el colon ascendente hacia abajo y hacia adentro.

en la que se puede observar el borramiento del cálice inferior en forma más evidente; se evacua el Torotrast, se lava la pelvis con agua destilada esterilizada y antes de retirar la sonda ureteral hacemos una cauterización con nitrato de plata al 1 %.

Se efectuó también las reacciones de Wassermann y Kahn (standard y presuntiva) que fueron negativas y lo mismo las reacciones de Weimberg - Ghedini y la intra-dermo-reacción de Cassoni.

La tarde de este examen, se reagudiza su hematuria y comienza su menstruación, el pulso se acelera (110 p. por minuto) la tensión disminuye 10.5/6.5 en vista de lo cual esa misma noche practicamos una nueva transfusión sanguínea de 300 c.c. la que tampoco consigue yugular la hematuria, por lo que resol-

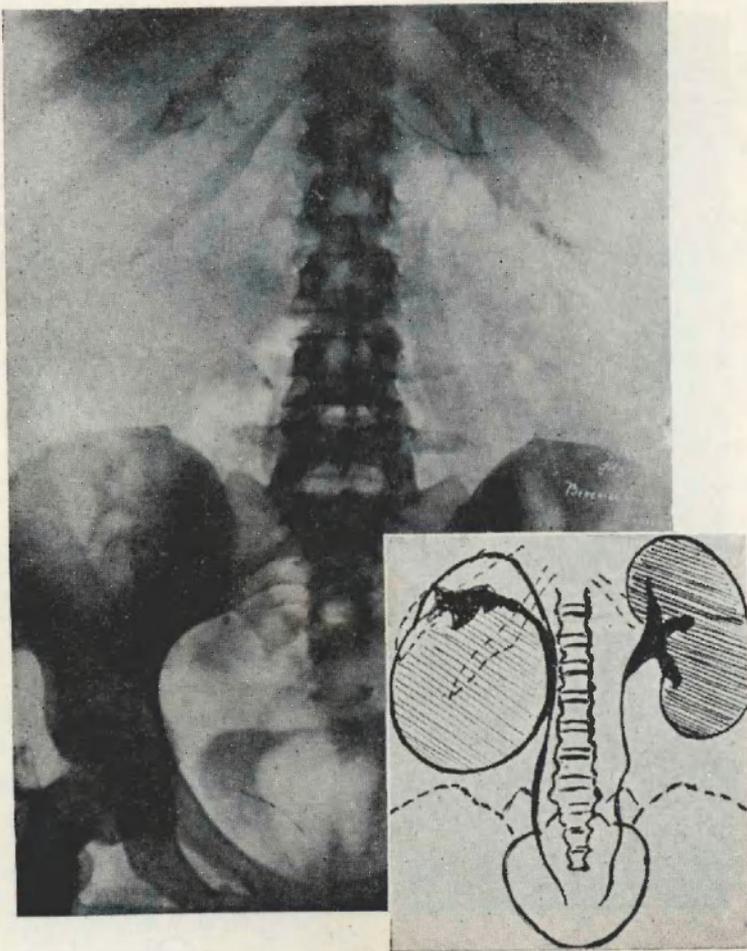


FIG. 2

Urografía endovenosa. Del lado derecho se ve la pelvis renal aplastada y rechazada hacia arriba por el enorme quiste. Del lado izquierdo, parénquima y pelvis renal en hipertrofia funcional y anatómica.

vemos consultar a la opinión de un clínico Prof. Jorge Orgaz, con el objeto de solicitarle un examen general e imponerle de la situación de gravedad inminente, que nos planteaba esta enferma, cuya hemorragia resistía a un tratamiento tan enérgico.

El Prof. Orgaz no encontró, en su examen, ninguna otra alteración orgánica digna de mención y aprobó el tratamiento efectuado hasta ese momento.

Planteamos la necesidad de tomar una resolución quirúrgica ante la gravedad y rebeldía de la hematuria por temor que una excesiva espera pudiese hacernos perder la enferma o colocarla en un estado de menor resistencia para soportar un acto quirúrgico de tal importancia.

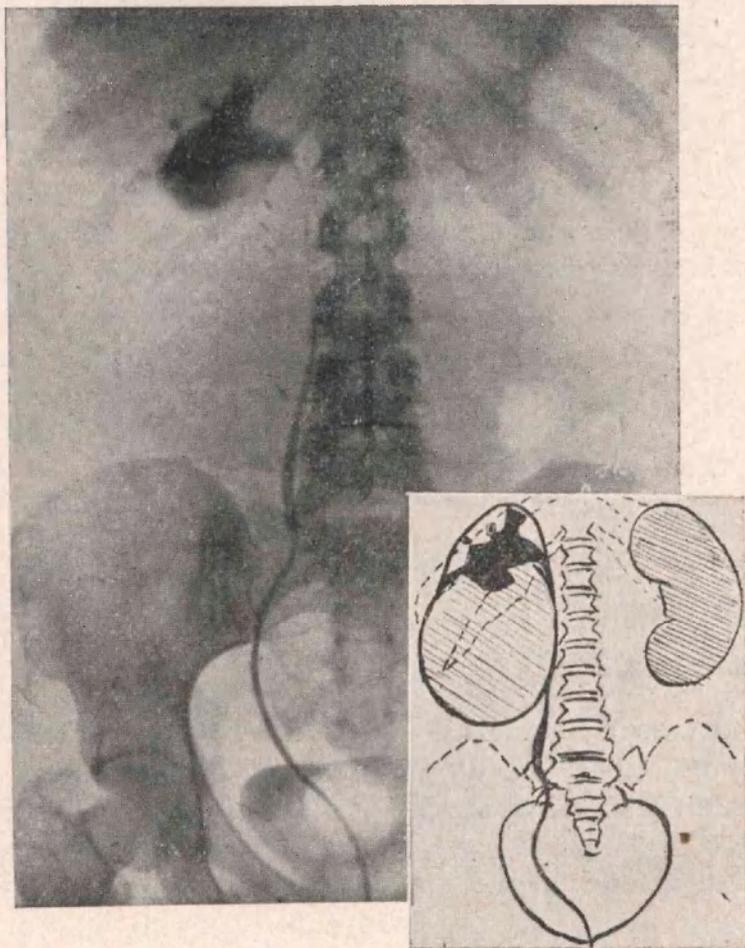


FIG. 3

Pielografía ascendente al Tarotrast. Se vé la deformidad del cálize inferior por el quiste y el desplazamiento del uréter hacia la línea media.

El Prof. Orgaz pidió mantener toda la medicación y esperar 24 horas, para seguir observándola, manteniéndonos en expectación armada.

Al cabo de las 24 horas la hematuria persistía y nuestra enferma perdía terreno visiblemente, por lo cual se decide, como último recurso practicar una lumbotomía exploradora bajo anestesia con gases.

Operación. — Cirujano: Prof. Dr. Pedro G. Minuzzi.

Ayudantes: Dr. Salvador Torresi — Pte. Alberto Gattoni.

Anestesista: Prof. Dr. Antonio Sartori.

Presencia la intervención el Prof. Dr. Jorge Orgaz.

Hacemos una amplia incisión siguiendo la vía posterior y resecamos la duodécima costilla para abrirnos un amplio campo, siguiendo el sabio consejo del Maestro Marion, cuya bondad hemos comprobado tantas veces. Llegamos a la celda renal y nos encontramos un enorme quiste de polo inferior y además con una hemorragia subcapsular de polo superior que ponían en evidencia que la hemorragia se había iniciado en este lugar, por cuyo motivo decidimos efectuar la nefrectomía.

El post-operatorio de nuestra enferma, es muy satisfactorio; cesa la hematuria, la enferma comienza a alimentarse, desde el primer día en forma casi normal; la terapéutica antianémica es continuada en forma intensa. La mejoría del estado general va acentuándose en forma visible. Al séptimo día de la operación le hacemos practicar un nuevo examen citológico, que dió el siguiente resultado:

Glóbulos rojos	...	...	...	...	...	3.000.000
„ blancos	...	...	...	...	...	8.600
Hemoglobina	...	...	...	...	...	60%
Valor globular	...	...	...	...	...	1

Ligera anisocitosis y poikilocitosis.

Eritrosedimentación:

1 ^a . hora	...	...	...	...	...	93 m. m.
2 ^a. „	...	...	...	...	...	129 m. m.
Indice de Katz	...	...	...	...	...	78,75 m. m.

Dosaje de úrea en sangre:

0.34 gr.‰.

Al décimo día la herida ha cicatrizado y a los quince días controlamos a nuestra enferma.

Examen citológico:

Glóbulos rojos	...	...	...	...	...	3.500.000
„ blancos	...	...	...	...	...	10.800
Hemoglobina	...	...	...	...	...	65%
Valor globular	...	...	...	...	...	0,92

Muy ligera anisocitosis.

Dosaje de úrea:

0.38 gr. ‰ (con régimen completo).

Eritrosedimentación:

1 ^a . hora... ..	50 m. m.
2 ^a. „ | ... ..	88 m. m.
Indice de Katz	47 m. m.

Examen completo de orina:

Absolutamente normal.

Prueba funcional (sulfofenoltaleína):

1 ^{os} . 40' — 315 c. c. —	65 %
2 ^{os} . 30' — 130 c. c. —	20 %

A los 21 días después de la operación, damos de alta nuestra enferma, perfectamente bien y un examen citológico que demostró:

Glóbulos rojos	4.100.000
„ blancos	8.200
Hemoglobina	71 %
Valor globular	0,86

Estudio anátomo-patológico. — (Prof. Julio González Warcalde).

Aspecto macroscópico: riñón que conserva groseramente su forma pero dilatándose en uno de sus polos en forma de una masa fluctuante y siendo el conjunto del tamaño de una cabeza de feto, cuyo peso es de 950 grs. (Fig. N^o 4). El polo superior conserva aproximadamente la configuración normal del órgano y está revestido por una cápsula renal espesada, sembrada de sufusiones hemorrágicas, a veces decolada por colecciones sanguíneas extensas, dispuestas en láminas delgadas que la separan del parénquima renal.

Efectuado el corte del riñón (fig. N^o 5) encontramos en la gran cavidad quística que ocupa el polo inferior abundante líquido transparente y de color amarillo claro; sus paredes delgadas y traslúcidas presentan abundante vascularización no observándose en ningún sitio la presencia de tejido renal.

Aspecto microscópico. — *Pared del quiste voluminoso:* Muy delgada su superficie interna, carece de revestimiento celular que seguramente ha descamado como lo atestigua la existencia de algunas células aplanadas que quedan todavía adheridas a la superficie interna; ésta está formada por un tejido conjuntivo fibroso compacto que toma intensamente la coloración de Van Gieson; sigue a esta otra capa de tejido conjuntivo menos denso y que se tiñe menos intensamente por el Van Gieson; en ésta se advierten vasos sanguíneos dilatados y en algunos sitios haces de fibras musculares lisas; más hacia afuera aún, otra capa de tejido fibroso denso y tejido adiposo escaso. En algunos sitios infiltración linfocitaria difusa.

A medida que la pared va adquiriendo mayor espesor y aproximándose al tejido renal, aparecen en la misma tubulos y glomérulos.

Material extraído del tejido renal con cavidades quísticas de menor tamaño: aquí el tejido renal es bien reconocible aunque presenta en algunos sitios alteraciones profundas: aumento del tejido intersticial que tiene aspecto fibroso y se colorea en rojo intenso con el Van Gieson; glomérulos completamente obliterados y transformados en masas casi hialinas que adhieren a la cápsula de Bowman espesada y fibrosa; glomérulos con la cápsula de Bowman muy dilatada, tubos dilatados y con el epitelio descamado o tumefacto y granuloso. En general en las zonas donde el tejido renal está menos alterado los tubos están algo dilatados y contienen células descamadas y cilindros; las paredes de los quistes pequeños están formadas por el tejido renal y su superficie interna parcialmente revestida por células epiteliales cubicas o aplanadas semejantes a las que revisten los tubos rectos. Algunos quistes algo más voluminosos tienen una delgada pared fibrosa y en su superficie interna sólo se observa una que otra célula epitelial de revestimiento (Fig. 6).

Diagnóstico anátomo-patológico: Se trata de una variedad de riñón poli-quístico.

Diagnóstico clínico: Aunque semiológica y radiológicamente considerado, debíamos pensar en la existencia de un gran quiste seroso de polo inferior, existían dos hechos importante que se oponían para que pudiésemos afirmar dicho diagnóstico con las mayores probabilidades de éxito:

- 1º La existencia de una hematuria tan intensa y tan rebelde más parecida a las hemorragias de los tumores malignos por un lado, y por otro, que este síntoma es considerado, por los autores clásico (Marion, Legueu, etc.) como sumamente raro en los quistes simples; y
- 2º Que la existencia de un riñón regularmente aumentado de volumen, del lado opuesto, supuesto sano, debía lógicamente hacernos pensar en la posibilidad de un riñón poli-quístico.

Es por dichos motivos que al llevar nuestra enferma a la mesa de operaciones no nos atrevimos por los hechos anteriormente anotados, a afirmar un diagnóstico de certeza y por lo tanto con las reservas que el caso imponía, creímos que lo más justo y prudente era indicar una lumbotomía exploradora, con carácter de urgencia.

Antes de la intervención, no nos fué posible efectuar una prueba funcional con sulfofenoltaleína por la enorme cantidad de sangre, cuyo resultado hubiera sido un factor importante a considerar para fundar un diagnóstico, pues no olvidamos los trabajos de Negro y Colombet, de la escuela de Marión, sobre la importancia fundamental que atribuyen a los resultados de esta prueba, para afirmar o negar la existencia de un posible riñón poli-quístico.

Hemos realizado esta prueba durante la convalecencia de nuestra enferma, y cuya cifra elevada (85 %) parecería indicar que el riñón restante aumentado de tamaño lo sería en virtud de un proceso de hipertrofia funcional y anatómica compensadora, y no de un estado de degeneración poliquística.

Si bien no efectuamos la prueba de la sulfofenoltaleína, previa a la intervención, no hemos dejado de tener presente el dato importantísimo dado por la urografía endovenosa, convencidos cada vez más, de su intrínseco valor funcional y cuyo paralelismo con las pruebas funcionales se cumple siempre; hecho que ya hiciera notar uno de nosotros (Minuzzi) en el trabajo presentado al Congreso Nacional de Medicina del año 1934, en la Ciudad de Rosario, e intitulado "Mi experiencia en la Pielografía Endovenosa", y que en nuestra experiencia posterior hasta el presente, no hemos visto más que confirmarse.

Creemos digno de señalar, que en nuestro caso, por circunstancias especiales de la enferma, recibió tres anestésias por gases en el término de una semana habiéndolas tolerado perfectamente bien a pesar del creciente estado de agotamiento; condición importantísima de esta variedad de anestesia por su inocuidad y cuya indicación es formal, en los estados renales graves y sobre cuyas bondades insistiremos próximamente, dando los resultados de nuestra experiencia, con el Prof. suplente de Fisiología, Dr. Antonio Sartori.

No podemos terminar las consideraciones de nuestro caso, sin hacer especial mención al documentado e importante trabajo de los Dres. Astraldi, Monserrat y Torroba sobre los "Riñones quísticos, algunas consideraciones sobre su naturaleza y diagnóstico"; cuyos fundamentos y conclusiones creemos se confirman, con nuestro caso y declaramos que nosotros también nos vimos con las mismas dificultades para clasificarlo y de acuerdo con las conclusiones de dicho trabajo debemos clasificar a éste como un nuevo caso de *poliquistosis*, intermedio entre los quistes simples y los clásicos riñones poliquísticos.

Lamentamos sinceramente haber omitido solicitar al anatómo-patólogo la investigación del yodo en el líquido de los quistes, para haber aportado un dato complementario a la hipótesis de la patogenia de los quistes.

Para terminar diremos que en nuestro estudio urográfico la imagen radiológica del quiste parece hacerse más nítida después de la inyección del Per-abrodil; hecho que también señalan los colegas en su trabajo.

DISCUSION

Dr. Von der Becke. — *El doctor Minuzzi dice en su trabajo que en estos casos le parece muy rara la hematuria. Hace poco hemos operado dos enfermas en iguales condiciones, las que han concurrido a consultar al urólogo por hematurias profusas totales.*

Dr. Minuzzi. — *En nuestro caso se confirma también eso. La hematuria, como puede verse en la pieza, se ha iniciado en el polo superior; la zona del gran quiste no ha dado hematuria. La*

hematuria ha sido producida quizá por estallido de los quistes superiores, iniciándose en polo superior, lo que nos ha movido a hacer la nefrectomía. De lo contrario, hubiéramos hecho una nefrectomía parcial del polo inferior, pero al ver que la hematuria era del polo superior provocada por una lesión que no podíamos precisar, fué que hice la nefrectomía. Si yo me hubiera encontrado con el quiste simple y hubiera podido atribuir la hemorragia al quiste, hubiera hecho una nefrectomía parcial o una resección del quiste, pero el hecho de haberse iniciado la hematuria en el polo superior, fué lo que me hizo hacer la nefrectomía.
