

AGENESIA RENAL. TRES CASOS

Por el Dr. JUAN B. DERDOY

(de Río Cuarto, Córdoba)

Me refiero en la presente comunicación a estos casos que encuadramos en el síndrome de agenesia renal, por responder a tal anomalía en los exámenes clínicos-urológicos; ya que en ninguno pudimos confirmarlo con la lumbotomía o con la autopsia —y al enfermo (N° 3)— a quien efectuamos la laparotomía, no llegamos a explorar la zona renal.

Esta anomalía congénita se caracteriza por la ausencia del riñón que durante la vida intrauterina, se ha detenido en su desarrollo embriológico.

Recordamos que el riñón, como órgano adulto, está formado por el parénquima, los conductos excretores vasos sanguíneos; cuyo origen deriva, para el parénquima el blastema metanefrógeno; y para los colectores, cálices, uréteres del conducto de Wolf o resto mesonéfrico. Al llegar este conducto a desembocar en la cloaca, da nacimiento a un mamelón llamado nódulo del conducto renal de Kupfer, que aparece a la 5ª semana de la vida embrionaria. Ello da origen al uréter y luego por una expansión de la extremidad del mismo a los cálices, pelvis y tubos colectores. Todos estos conductos de las divisiones de la yema ureteral (porción Colectora) se ramifican en el espesor de la masa celular primordial subcapsular y utilizan directa y progresivamente estas células en la formación de glomerulos y túbulos. Es, como si las ramas de la yema ureteral ejercieran sobre la masa metanefrógena una influencia organizadora que permitiera el desarrollo de la porción contorneada de la nefroma por la adición sucesiva, como elementos constitutivos de esas células epiteliales transformadas a las células epiteliales preexistentes del túbulo en crecimiento. En otras palabras, no parece que las porciones proximal y distal de la nefroma se desarrollan separadamente y se unan después sus respectivas luces; antes bien, podría aceptarse que sólo existe una luz en vez de dos, en la nefrona en desarrollo (Allen).

Junto a la agenesia renal, es común constatar otras anomalías orgánicas, en especial de la esfera genital; por ser órganos de origen embriológico muy vecino. En la mujer los elementos derivados del Conducto de Müller, faltan la vagina, útero, trompas, etc. En el varón el epidídimo, deferente, conducto eyaculador.

En nuestros casos constatamos Situs Inversus en la enferma (N° 1), y agnesia vaginal y uterina con conservación de trompas en la enferma (N° 3). observación quirúrgica en este caso.

A la anomalía de número, que siguiendo la clasificación de Papon, corresponde la agenesia, debemos distinguirla de las aplasias e hipoplasias, encuadradas en las de volumen. En éstas existe un riñón de escaso desarrollo, incompatible con la vida del sujeto; en la aplasia, encontramos una masa renal amorfa, no tiene eliminación, pero en los cortes histológicos se observa tejido renal. La hipoplasia es un riñón congénito pequeño y según Allen, toma una de las siguientes formas, o es un riñón pequeño, con falta de cálices, o pelvis renal ausente, deformada, etc., con un peso total no pasando los 60 gramos (Bell). Con un número de lóbulos inferior al normal, 3 a 5 en vez de 12 ó 18; pudiendo también presentar la forma de quistes únicos o múltiples, túbulos dilatados y un estroma con tejido fibroso calcificado, arterias escleróticas, etc.

Las estadísticas extraídas de autopsia realizadas son numerosas y hasta la era radiológica, fué el único medio de conocer esta malformación.

Bell sobre 35329 autopsias, encontró 68 casos, es decir 1 por 519.

En el grupo de Eisendrath, la frecuencia fué aproximadamente la mitad.

El riñón pelviano único, observa una vez en cada 22000 personas (Stevens).

De 2400 nacidos muertos, 16 tenían agenesia unilateral, es decir 1 por 150 (Bell).

Gutiérrez constata 1 por 6000 autopsias. Anuario de Urología, 1943).

En el tratado de Urología de Hugh y Cabot, que cita Vicchi y Aslon (R. A. de U.), pág. 220, Año 1953, dan varias cifras —estadísticas de algunos autores, considerando la cantidad, número, sexo, lado, etc., de casos autopsiados.

Refiriéndonos a nuestros enfermos, diremos que las dos mujeres tenían ausencia de lado derecho, en cambio el hombre lo era del izquierdo.

Actualmente con los procedimientos radiológicos, es más frecuente el conocimiento durante la vida del sujeto. Hay numerosas publicaciones nacionales y extranjeras de las que mencionaré algunas que he podido consultar.

Castex, Astraldi, Repetto. (Sobre riñón único congénito). Diagnóstico clínico. Semana Médica. Año 1933.

Castaño, R. Surra Canard, A. Bertolasi. R. A. U. Agenesia Renouretal tres casos, pág. 289. Año 1938.

M. Llanos. Año 1939. Relato al Congreso Nacional de Medicina. Anomalías renouretales.

M. Hernández. — Riñón único ectópico. R. A. U. Año 1940.

N. Cartelli. — Agenesia renal derecha. R. A. U. Año 1940, pág. 499.

Massolo y Bartes. — Agenesia renal derecha. R. A. U. Año 1945, pág. 393.

Minuzzi y Torresi. — Agenesia de riñón. R. A. de Cirugía 5 casos.

Vicchi y Asbun. — Agenesia de riñón. R. A. U. Año 1953, pág. 222.

DIAGNOSTICO:

En nuestros enfermos el diagnóstico fué basado en los exámenes clásicos de semiología urinaria y los conceptos generales vertidos por Dourmaskin y Light (Anuario urológico), 1944, pág. 74, sobre este tema.

El interrogatorio no acusó síntomas dolorosos del lado del riñón ausente en ninguno de los enfermos.

La inspección y palpación fué negativa, demostrando sólo una fosa lumbar libre en que no se palpaba el riñón.

CITOSCOPICAMENTE:

1º Ausencia del orificio ureteral sobre el lado correspondiente a la anomalía, dato constatado en los tres casos.

2º En uno de ellos (caso N° 2) se constataba una imagen nacarada, plana sobre el hemitriángulo correspondiente al lugar del orificio ureteral.

3º El indigocarmín endovenoso, no es eliminado por ningún sitio, sobre el lado considerado anormal.

4º Para los enfermos (1 y 2) se comprueba su eliminación y eyacuación buena en el lado sano, para el caso 3 no hubo función controlable.

5º En este enfermo existía una anomalía de implantación ureteral que la hacía sobre cuello vesical.

En el resto de la cavidad vesical pudimos observar cistitis difusa y en el enfermo (Ficha N° 2) papilomas de diversos tamaños.

RADIOGRAFICAMENTE:

1º Ausencia de sombra renal a la radiografía directa y de excreción en los tres casos.

2º Aumento de tamaño del riñón único (Caso 2), por hiperfunción compensadora.

3º Deformación de la pelvis renal para los casos (2 y 3), es de mencionar que la enferma N° 1 tiene una discreta uronefrosis, que no realizamos pielografía ascendente para evitarle cualquier posible complicación y ser bastante ilustrativa, la de eliminación.

4º En la paciente (N° 1) practicamos el control con el método del perineumo-riñón, inyectando en el espacio retrorectal aire en una cantidad que variaba de 300 a 900c.c. Que luego se difunde en el retroperitoneo (A. Juri, Boletín de la Soc. de Urol. de Córdoba). Año 1947, pág. 276, relata este procedimiento original de M. Ruiz Rivas.

5º Como dato complementario para la enferma N° 3, fué la constatación que mientras permaneció con la derivación lumbar por la necrostomía, no hubo orina vesical, durante todo ese tiempo de más de tres meses.

Historia Clínica N° 1: Servicio de V. Urinarias, Jefe: Dr. Juan B. Derdoy. Ficha 4358. Hospital Regional 17 de Octubre, Río Cuarto. Ana Anzola, Arg., Soltera, 24 años, Isla Verde, Prov. de Córdoba, Enero 11 de 1954.

Ant. Hereditarios: Padre desconocido, Madre, vive. Son 8 hermanos por parte de madre, 4 viven y son sanos, según cree, pues hace mucho tiempo que no los ve.

De los 4 muertos, dos al nacer, uno a los 17 años, por trastornos a la micción, retención de orina, de cuya causa fué la muerte. El otro también falleció joven por enfermedades internas.

Antecedentes personales: Nacida a término, a los 12 años tuvo congestión pulmonar que curó bien. Menstruó a los 13 años, dolorosas, que después se han mantenido irregulares, prolongadas.

Muy constipada intestinal y hace uso de laxantes. Hace 2 ½ años tuvo un dolor agudo de abdomen que le diagnosticaron apendicitis. Fué intervenida, pero luego de una prolongada búsqueda no pudo extirparse por no haberlo encontrado. Posteriormente por otras crisis dolorosas la reoperaron encontrándolo en la F. I. I.

Quedó siempre con más dolores abdominales tipo cólicos obstructivos, con reacción inflamatoria en la pelvis. Se constató un quiste de ovario izquierdo del tamaño de una naranja, e intervenida en el Hospital Regional por el Dr. A. Mainero.

Mejóro parcialmente de sus dolores, pues en ocasiones volvía a sentir molestias a tipo cólico renal izq. que se sumaron a trastornos vesicales cistíticos, por cuyo motivo nos envían la enferma a nuestro Servicio.

Enfermedad actual: Desde unos 20 días tiene dolor lumbar izq. con irradiación a la ingle, dolor intermitente no muy intenso que se confunde con dolores y molestias abdominales difusas, tipo perivisceral. Se calma en ocasiones espontáneamente, pero en general es permanente. Presenta en los últimos días intensa polaquiuria y piuria.

Estado actual: Ha bajado algunos kilos de peso. 53. Afebril.

Buen estado general: Piel: Presenta en las palmas de la mano y pies una queratosis crónica que, según el especialista (Dr. B. Bender), puede depender de la insuficiencia ovárica o al arsenisismo crónico regional (agua), dado que la enferma es nativa de lugar en que las aguas son malsanas.

Mucosas rosadas. Cabeza: Cabello bien implantado, seco, quebradizo. Ojos: Reaccionan bien a la luz y acomodación. Lengua: Húmeda saburral. Dentadura: Bien conservada.

Tórax: Bien conformado, buena excursión respiratoria. Pulmones: Palpación, Vibraciones vocales, conservadas. Auscultación. Nada de particular.

Corazón: Se palpa y se ausculta la punta en el 5º espacio intercostal derecho, hay dextrocardia, constatada además por la radiografía. Pulso: regular, rítmico, igual. Mx. 12 Mn. 8.

Abdomen: Globuloso, con cicatrices quirúrgicas, se desplaza bien a la respiración.

A la palpación es bien tenso pero hay dolorosas sobre todo en la F. I. I. e hipogastrio. Excursiona bien a la respiración. Hígado Bazo No se palpan.

Riñones: Derecho No se palpa. No hay puntos dolorosos en la zona renal, ni ureteral. Riñón Izq. Se palpa a la inspiración profunda, es liso, y algo doloroso, superficie regular, ligeramente rosado. Orina. Turbia. Micción frecuente, aproximadamente cada hora.

Cistoscopia. Buena cap. vesical, vejiga que se lava bien y se aclara fácil el medio con el lavaje. Se introduce el cistoscopio, y constatamos que existe una mucosa hiperhemiada con zona de cistitis secundarias. Se observa bien el orificio ureteral izquierdo, ubicación correcta con ritmo de eyaculación normal. Del lado derecho, vale decir, del que corresponde al riñón ausente, se constata una superficie plana. El índigo carmín inyectado endovenoso aparece a los cinco minutos, del lado izq. No se observa ninguna eliminación en la porción derecha.

Radiografías: Pielografías de excreción: No hay eliminación del lado derecho. Hay sombra renal y eliminación con algo de dilatación del izq. Se procede a sacar nuevas radiografías mediante el perineumo riñón, con radiografías directas y de eliminación.

Se han sacado radiografías de intestino grueso mostrando el sítyis, de vesícula y de corazón con su dextrocardia.

Análisis: Espudo Koch Negat. Orina Koch Negat. Orina: Completa. No elementos patológicos. Densidad: 1020 Ácida, Sangre Kahn: Negativa. Urea 050. Glucemia: 1 por mil. Eritro. I de K. 19 G. R. 3.710.000 G. Blancos 8000. For. Poli. Neu 52 Ecos 2. Linfo, 28 Baeo. O Mono O.

Tratamiento: Se mejoró su estado general. Se curó la infección vesical, siendo dada de alta muy mejorada, con indicación de volver a los dos meses.

Historia Nº 2: M. S., 51 años, Casado, Arg. Moldes. Enfermo enviado por el Dr. V. Vaggione. Diciembre 1 del 944.

Caso presentado en la Sociedad de Urología de Córdoba. Agosto de 1949.

Ant. hereditarios: Sin importancia.

Ant. personales: Sano en la infancia, padece desde varios años de bronquitis asmática. niega venéreas, no tiene hijos, no hubo abortos en la esposa, no bebe, no fuma.

Mueve regularmente el vientre. Nunca hubo trastornos urinarios fuera de la enfermedad actual, no acusó síntomas dolorosos abdominales.

Enf. actual: Hace aproximadamente un año, que tiene su primera hematuria, que explica ser total, con forzamiento final indolora, espontánea que desaparece sin dejar rastros. Durante unos meses estuvo sano y luego en forma inesperada se repite la hemorragia con los mismos caracteres, abundante indolora, con refuerzo terminal. En los últimos días se presentó con mayor intensidad motivo por el cual se nos envió el enfermo.

Estado actual: Sujeto delgado, buen desarrollo muscular. Cabeza: Ojos: Nada de Part. Boca: Lengua húmeda.

Análisis: Sangre: Urea 0,36 gr. por mil; Huddleson: Neg. Orina: Normal. Escasos hematíes.

Tórax: Discretamente enfisematoso. A la auscultación se constaba rales difusos de tipo asmático. *Corazón:* Nada de particular: Pulso: Regular rítmico. Tensión: MX 15 ½ MIN1. 8.

Abdomen: Depresible no doloroso, gorgoteo cecal.

Riñón: Derecho. Se palpa algo aumentado de tamaño. liso no doloroso.

Izquierdo: No se palpa ni hay puntos dolorosos.

Genitales externos: Normales. Próstata: Discretamente aumentada de tamaño, tipo adenomatosa. Uretra: Libre al explorador 18. Micción sin alteraciones. Orina: Ligeramente hematurica. Se hace anestesia uretral con solución de percaína al 1 por mil durante unos minutos, procediéndose a hacer después una cistoscopia.

Hay buena capacidad vesical, mucosa congestionada, algunas celdas y pequeñas columnas.

En la pared posterior izquierda existe un tumor papilomatoso a pedículo amplio, del tamaño de una nuez, cuya superficie presenta lesiones ulcerosas y coágulos.

El orificio ureteral derecho es normal. Ritmo conservado, eyaculación correcta. El orificio ureteral izquierdo, no lo pudimos localizar, y en la zona donde él debía estar, observamos el hemitriángulo plano liso de superficie nacarada.

Discreta hipertrofia de cuello vesical. Hay comienzo al Signo de Marion. El índigo-carmín endovenoso aparece a los 2 $\frac{1}{2}$ minutos en el ureter derecho, no así del izquierdo cuya eliminación está ausente a los 15 minutos.

Pielografía: Ausencia de sombra renal izquierda, y falta de eliminación de sustancia opaca.

Agrandamiento del riñón derecho, buena función de eliminación, hiperfunción compensadora.

El tumor vesical es electrocoagulado por vía endoscópica, en dos sesiones y posteriormente se controla su posible recidiva.

Durante estos tratamientos se controló la ausencia ureteral confirmándose la misma.

Después de tres años vimos al enfermo, encontrándose con perfecta salud.

Resumen del 3er. Caso: M. P. Arg. 37 años, Solt. 20-VIII-941.

Ant. Hereditarios: Padre fallecido. Madre vive, es cardíaca, 73 años. Fueron 9 hermanos. 6 murieron de diversas enfermedades.

Ant. Personales: Sana en la infancia, regular en sus funciones intestinales, buen apetito. Nunca tuvo menstruaciones. Durante un viaje a Italia se hizo examinar y le diagnosticaron aplasia vaginal; periódicamente ha tenido amigdalitis.

Hace 8 años tuvo una hematuria total, con cólico izq. Posteriormente comenzó a sentir trastornos de orden general, algunas cefaleas e irritabilidad, síntomas que con el correr del tiempo se hicieron muy intensos. En lo relacionado con su árbol urinario presentaba dolores cólicos intermitentes, polaquiuria.

Hace 4 meses fué a Córdoba y examinada en el Hosp. de Clínicas, se le diagnosticó quiste seroso de riñón con indicación quirúrgica. La enferma se trasladó a Río Cuarto para operarse. Persistían sus molestias de orden urémico, cólicos y polaquiuria.

Estado actual: Longilínea, panículo adiposo escaso, piel seca. Irritabilidad neuromuscular. Cabeza: ojos nada de particular. Boca: Lengua roja.

Tórax: Pulmones nada de particular. *Corazón:* Normal. Pulso amplio, rítmico Mx. 15 Mn 8. — *Abdomen:* depresible; Blando, se observa una deformación sobre el lado izq. (hipocondrio) que se mueve con los mov. respiratorios.

Palpación: Abdomen no doloroso en el hemi derecho, se palpa el hígado a la inspiración. Sobre el hipocondrio izq. se palpa una tumoración del tamaño de un pomelo, lisa, que excursiona. Cuerda cólica dolorosa. Bazo no se palpa. Riñón der. no se palpa, no hay puntos dolorosos. Riñón Izquierdo: Se palpa una tumoración con contacto lumbar que pelotea y es lisa tiene fijeza expiratoria. Puntos renales dolorosos. Sistema nervioso. Excitabilidad neuromuscular. La enferma se niega a los exámenes urológicos y ginecológicos.

Pielografía de excreción: Negativa al control de la sustancia opaca, de ambos lados.

Análisis: Orina: Albúmina rastros, Gluc. aceto. No contiene. Numerosos leuc. célula de pus, aislados hematíes, células epiteliales planas, cristales de fosfato de amonio.

Uremia: 0,67 por mil. Kahn: Neg. G. R.: 4.540.000. Hemog., 99 %. Valor globular 109. G. B. 6.850. Neutrof: 75 %. Eos.: 3. Linf.: 20. Mono: 2

Operación: Es intervenida por el Dr. Miguel Angel Rodríguez.

Hace lumbotomía y constata un quiste de polo inferior de riñón. Lo extirpa a bisturí eléctrico, abriendo el cáliz inferior en dichas maniobras se sutura el cáliz. Se deja drenaje. La enferma hace buen post. operatorio, pero posteriormente permanece su fístula lumbar. Pierde mucha orina colocándole una sonda Pezzer en dicha fístula. Transcurren unos tres meses en estas condiciones, lo cual trastornó mucho a la enferma por los inconvenientes de llevar la sonda además de los dolores que le ocasionaba.

Es de hacer notar que durante todo este período que eliminó la orina por la fístula, no hubo micción vesical, a pesar de múltiples observaciones.

En este período examinamos a la enferma quien consiente y permite le efectuemos los exámenes endoscópicos.

Cistoscopia: Buena capacidad vesical, hay cistitis difusa, con mucosa hiperhemiada. No pudimos encontrar el orificio ureteral derecho, y ese lugar del triángulo que era plano, sin movimientos rítmicos. Sobre el lado izq. (riñón operado) se constató un relieve mucoso

edematizado estando el orificio ureteral sobre cuello de vejiga. (Implantación anómala). Trate de introducir un cateter maniobra repetida varias veces, logrando sólo que penetre un centímetro.

El indigocarmín endovenoso no llegaba a vejiga aún pinzando la sonda lumbar. Repetimos las radiografías de excreción sin resultado. Efectuamos otras inyectando el líquido opaco por la sonda lumbar constantando así el megauréter.

Ante esta situación y considerando el estado de sufrimiento moral y orgánico de la enferma decidimos operarla, con el plan de hacer una resección del uréter.

Anestesia general: Cirujano: Dr. Juan B. Derdoy. Ayudantes: Dr. Miguel A. Rodríguez. Señorita H. San Millan.

Se hace una incisión mediana infraumbilical, se abre el peritoneo. Constatamos ausencia de cuerpo de matriz y ovarios quiéticos. Se abre el peritoneo posterior en la región pelviana izq., se localiza el uréter que es amplio dilatado con flexuosidades, y acodaduras. Se lo disecciona liberándolo en su porción inferior en un trayecto de 5 centímetros de la vejiga. Una vez diseccionado, se lo secciona, a unos 5 centímetros de la vejiga ligando el cabo distal. Luego se atrae el proximal hasta la vejiga, en donde hacemos una incisión próxima a la primitiva desembocadura del uréter, y allí introducimos el cabo proximal suturándolo con el método bivalvo de Payne, reforzando esta sutura con varios puntos separados. Se sutura el peritoneo posterior, luego el anterior, dejando un drenaje retroperitoneal a la fosa iliaca izq. Pared abdominal por planos.

El postoperatorio es bueno, no hay filtración de orina por el drenaje que se retira a los seis días cerrando muy bien la herida. Desde los primeros días salía orina por la vejiga y parte filtraba por la fistula. Esta se resecó quirúrgicamente. Durante varios meses la enferma orinó por vía vesical, mejorando su estado general, y renaciendo en ella el optimismo, pero luego de algunos meses, reaparecieron los síntomas urémicos y la insuficiencia renal precipitó este cuadro que terminó con la vida de la enferma, posiblemente por estrechez y esclerosis del uréter abocado.

Conclusiones: Dada la posibilidad de existir esta anomalía renal asintomática, hace más justificada la pielografía de excreción como examen de rutina en los enfermos urinarios. Siendo su indicación absoluta para los pacientes desconocidos que se presenten al urólogo, ya con un traumatismo renal agudo, una infección quirúrgica de urgencia etc., en que el cirujano deba proceder a intervenir, y sea esta precaución radiográfica la que determine una conducta conservadora evitando una fatal nefrectomía.