

POLIGLOBULIA ROJA POR HIDRONEFROSIS

Dres. E. SOLDANO, H. PAGLIERE y C. SCORTICATI

Más que una enfermedad es un síntoma debido, según Danon y colaboradores, a un incremento de la masa de glóbulos rojos con disminución del plasma sanguíneo.

EVALUACIÓN

Danon establece que la cantidad de hematíes debe ser mayor de 6.000.000 con un hematocrito superior a 55 % y una concentración de hemoglobina de más del 18 %. Así por ejemplo: el caso Campbell, 7.750.000 hematíes - Hematocrito 76 %, Hb. 23 %.

CAUSAS

Puede ser secundario a fenómenos de hipoxia, que Kulis los agrupa en:

- a) Procesos cardíacos, Shunts arteriovenosos, enfermedades pulmonares.
- b) Fibromas uterinos, tumores cerebrales, hepatoma.

Pero el incremento de la masa eritroidea no solamente se halló entre los casos citados, sino que por el contrario con buena saturación de oxígeno el aumento de hematíes podía existir, por lo cual otro órgano podrá ser el responsable.

Jacobson y colaboradores experimentan en animales resecaando parcial o totalmente diferentes órganos tales como el hígado, bazo, intestino, estómago, páncreas, gonadas, etc., sometiendo al animal a la acción de ion cobalto, a hemorragias agudas y anoxias, elementos con los cuales esperaba incrementar la masa hemática, pero sin resultados positivos. Osner experimentó con ratones a los que irradia produciendo procesos actínicos semejantes a la glomerulonefritis, comprobando que la insuficiencia renal y la anemia son fenómenos paralelos e independientes, deduciendo que el riñón produciría un principio activo importante en relación a la eritropoyesis. Para demostrar el rol del riñón en relación a la concentración de hematíes, Jacobson nefrectomiza bilateralmente a cobayos no obteniendo respuestas a los estimulantes conocidos y sí lo encuentra en animales a quienes les había ligado los uréteres, siendo mayor en aquellos en quienes el riñón se mantenía indemne.

Estudios semejantes siempre sobre el riñón permitieron vislumbrar un importante factor agregado por este órgano, la eritropoyetina. Jacobson sugiere que el proceso comienza en cualquier parte del organismo en forma de proeritropoyetina, siendo activada por el riñón.

Si bien es cierto que el órgano ha sido individualizado, el lugar del mismo todavía no. Para Osnes estaría en relación directa y como responsable en el aparato yuxtglomerular ubicado fuera del hilio en los espacios delimitados por las arteriolas aferente y eferente próximas al tubo contorneado distal. Es un conglomerado celulosofibrilar que tiene relación directa con el flujo sanguíneo de las asas capilares. Para Jaworsky la compresión, que en su expansión produce el tumor sobre el parénquima renal, puede ser la causa que incremente la producción de eritropoyetina. Nixon considera que las células del epitelio tubular, son el sitio de producción de la eritropoyetina dado que éstas serían el origen del tumor o el quiste, al igual que sobre ellas repercutiría la presión retrógrada de las hidronefrosis.

Si bien es cierto, la poliglobulia acompaña en ocasiones a afecciones renales tales como hipernefomas, adenomas, quistes, sarcomas, hidronefrosis, es necesario recalcar que en el caso de los tumores la poliglobulia desapareció con la erradicación del tumor, reapareciendo luego por acción de sus metástasis, las cuales serían sitios aberrantes que proveen también eritropoyetina.

NUESTRO CASO:

G. U., argentino, casado, 32 años, oriundo de la provincia de Entre Ríos; ocupación: puestero de campo.

Concurre a la consulta el día 1º/VII/65, manifestando padecer de lumbalgia en el decúbito, calmado con la deambulación y al sentarse. Las características del dolor eran gravativas y sin propagación. Acompañaban a este síntoma polaquiuria, ardor miccional y orinas rojizas. Como antecedentes, una caída desde un caballo 15 días atrás. Al examen, pudimos apreciar el color oscuro de su piel que en las zonas descubiertas era propio de su actividad, pero en sus extremidades inferiores era rojovioláceo tipo acrocianosis con zonas de eczemas. Su abdomen era globuloso asimétrico con un abombamiento muy marcado del lado izquierdo que se extendía desde el borde de la parrilla costal, de línea media a línea axilar y ambas fosas ilíacas. Excursionaba con la respiración, siendo mate a la percusión, indolora a la palpación y con onda líquida. Del mismo lado existía un pequeño hidrocele.

EN TÓRAX

Aparato respiratorio: Bases ampliadas, percutiéndose a la altura del 10º espacio, excursionando un través de dedo. El estudio funcional pulmonar descarta patología a ese nivel.

Aparato circulatorio: Impulsión sistólica máxima en 5º espacio intercostal por dentro de la línea media hemiclavicular. A la auscultación el primer ruido desdoblado en los 4 focos con silencios libres, 98 pulsaciones por minuto, con una tensión arterial máxima de 160 y una mínima de 110.

Exámenes complementarios: 6/VII/65: Reacción de Casoni negativa. Eritrosedimentación, 1ª hora 16; 2ª hora 32; índice 16. Urea, 0,40 g %. Glicemia, 1,00 g %. Hematíes, 6.500.000. Leucocitos, 12.000.

Fórmula normal

Urograma excretor muestra rechazo visceral hacia la derecha por una gran masa. Riñón derecho hipertrófico y en buena función, riñón izquierdo no funcionante. Se intenta una pielografía ascendente con Chevassu con resultado negativo.

Se repite un nuevo hemograma con fecha 3/VIII/65, encontrando un recuento de hematíes, 6.500.000; Hto., 63 %.

Se opera el paciente el día 28 de agosto, encontrándose una gran masa quística que punzada con el trocar de Finochietto permite aspirar 9 litros de líquido no hemático, disecándose en forma roma y a tijera la bolsa quística, observándose un uréter fino y sin patología macroscópica.

La anatomía patológica de la pieza informa escleroatrofia hidronefrótica con persistencia de escasos glomérulos aparentemente normales. Sector pieloureteral con epitelio endoteliforme atrófico, muscular conservada y esclerosis.

El postoperatorio es cursado sin ninguna complicación. Solicitado un nuevo hemograma el 10/IX/65, se confirma la poliglobulia pero ya en franco descenso, rojos, 5.890.000; leucocitos, 6.700; hematocrito, 57 %.

Controlado el paciente a los 10 meses de su intervención se comprueba su buen estado general. La piel de sus extremidades presentan una coloración