

HIDRONEFROSIS GIGANTE EN UN RIÑÓN MICROPOLIQUÍSTICO

Por los Dres. ARMANDO TRABUCCO y H. D. MUÑOZ

La sola existencia de un riñón micropoliquístico sería de suficiente interés como para presentar el caso, pero si a ello agregamos la presencia de un riñón con gran hidronefrosis con marcados trastornos dolorosos y febriles, son causas que justifican la lectura de la siguiente historia clínica:

Historia Clínica CCXLVIII, N° 22, del Servicio de Urología del Hospital Rawson. Pertenece a Raúl Tomasini, de profesión Herrero, que ingresa al Servicio el día 27 de julio de 1943.

Relata el enfermo al consultarnos que: hace 5 años sintió dolores en la región renal izquierda, tolerables al principio, que aumentaron paulatinamente hasta hacerse sumamente intensos, seguidos a las pocas horas de elevación térmica de dos días de duración, a veces elevada y acompañados en diversas ocasiones de hematurias más o menos intensas.

Desde entonces constantemente siente dolores vagos en la región lumbar izquierda con irradiaciones al testículo del mismo lado acompañados a veces con vómitos cuya naturaleza no precisa.

Las exacerbaciones marcadas del dolor, como en el síndrome de cólico nefrítico, la temperatura alta y remitente y la profusa hematuria en uno de sus últimos episodios decidió al enfermo ingresar al hospital.

Antecedentes hereditarios y personales. — Padres sanos, cinco hermanos sanos. Hace cuatro años ha tenido congestión pulmonar.

Estado actual. — Desde el punto de vista especial, presenta:

Riñón derecho, palpación y percusión, no demuestran nada de anormal.

Riñón izquierdo: A la palpación profunda se percibe polo inferior del riñón. Debemos hacer constar que se trata de un hombre de contextura física recia y abdomen vigoroso.

Uretra, sin particularidades dignas de mención.

Vejiga, no se palpa ni es dolorosa.

Cistoscopia, se practica con 250 gramos de agua, se tolera muy bien mostrando una mucosa vesical perfectamente normal, siendo sus uréteres bien visibles y sin particularidades dignas de mención.

Próstata y vesículas seminales, nada de particular.

Testículos y epidídimos, nada de particular.

Desde el punto de vista clínico general estamos en presencia de un enfermo robusto, de mucosas rosadas y húmedas.

Aparato respiratorio, sin particularidades dignas de mención.

Aparato circulatorio, pulso regular, rítmico, tenso, igual; tonos cardíacos normales. Presión arterial Mx. 15; Mín. 8.



Figura 1



Figura 2

Aparato digestivo, nada de particular.

Sistema nervioso, normal.

Con respecto a los exámenes generales presenta un análisis de orina que lo relataremos con los detalles que interesan:

pH 5,2.

Color ambar.....	Indican	Ausencia
Aspecto límpido.....	Urobilina	»
Sedimento escaso.....	Albúmina	Presencia
Espuma blanca.....	Glucosa	Ausencia
Reacción ácida.....	Bilis	»
Densidad 1.020.....	Sangre	Presencia
Urea 22 gr. ‰.....	Pus	»
Acido úrico 0,30 gr. ‰.....	Acetona	Ausencia
Fosfatos 2,40 gr. ‰.....	Di-acético	»
Cloruros 10.00 gr. ‰.....		

Examen histobacteriológico: Regular cantidad de células planas, hematíes y leucocitos normales y granulados. Granulaciones de urato de sodio.

Las pruebas funcionales con respecto al aparato urinario: Riñón derecho: Indigo carmín positivo, bien concentrado a los 4'.

Riñón izquierdo: No hay eliminación a los 10', en que se saca el aparato.

Azohemia: 0.45 grs. por mil.

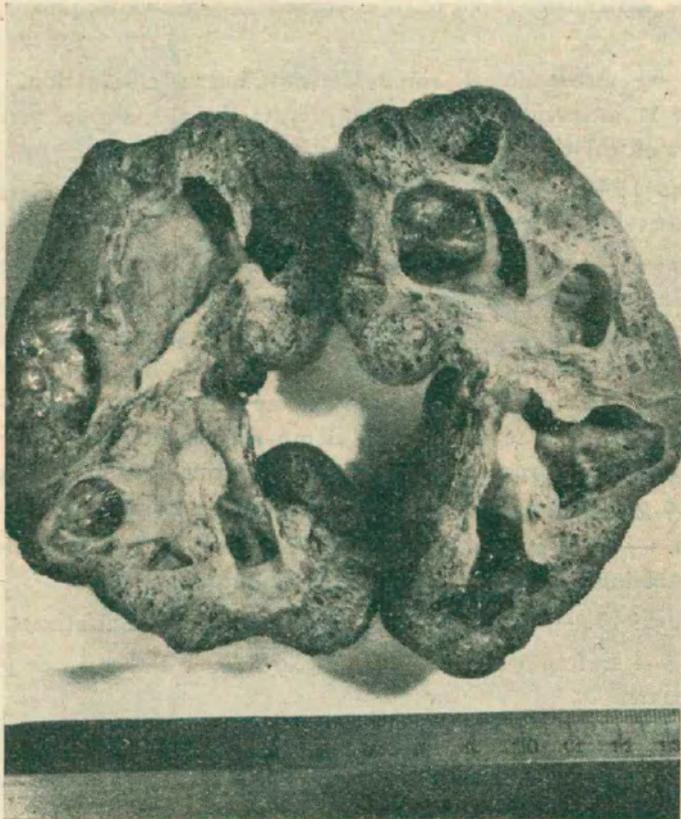


Figura 3

Cloruremia. Cloroplasmático 3.60 grs. por mil. Cloroglobular 1.80 grs. por mil.

Reserva alcalina 56 c.c. CO_2 por ciento.

El examen radiológico a la radiografía simple no muestra en realidad sombras renales cuya precisión de límites pueda ser inobjetable. Atribuimos el hecho de que han sido obtenidas en papel en donde los detalles finos se pierden prácticamente.

La pielografía ascendente del lado doloroso, el izquierdo, nos revela el ureter en todo el trayecto hasta el riñón perfectamente normal, hasta su inserción en la pelvis donde se observa una pérdida de relleno muy marcada en forma de muesca que nos hace pensar en un probable vaso polar. La pelvis renal se encuentra dilatada y las sombras caliciales considerable-

mente agrandadas sobreponiéndose unas sobre otras y ocupando un gran espacio que comprende desde la última vértebra dorsal hasta la tercera vértebra lumbar. Estamos ante una marcada bolsa hidronefrótica gigante cuya relación a favor de los cálices es evidente con respecto a la pelvis, pero debemos dejar constancia que, los bordes de estas enormes cavidades son nítidos sin irregularidades marcadas, ni zonas que puedan indicar una destrucción de parénquima inicial en el riñón.

La pielografía ascendente (I-IX-1943) nos muestra la sombra renal aumentada de volumen cuyas imágenes caliciales en número de 3 no son normales, presentando como característica especial la pluralidad de las papilas y el alargamiento muy poco marcado de los infundíbulus. Podría describirse como cálices agrandados con múltiples muescas en todo su alrededor.

Tratamiento. — Acusando el riñón derecho buena eliminación, siendo nula en el izquierdo, se decide la intervención quirúrgica preparando al enfermo previamente con gluconato de calcio intramuscular diariamente.

5 de agosto de 1943. — Intervención. Anestesia con éter, Dr. Carreño. Opera Dr. H. D. Muñoz. Ayudantes Dres. Capelli y Ponte.

Incisión de Israel. — Seccionados los músculos se repliega peritoneo y se penetra en la atmósfera perirrenal. Esta, afectada de marcada perinefritis obliga a la liberación subcapsular; llama desde ya la atención el tamaño del riñón imposible de exteriorizarlo, lo que motiva la resección de la 12ma. costilla. Se liga el uréter y se trata de hacer un pedículo de por sí muy corto, lo que dificulta aún más las maniobras operatorias. Bajo un clamp se coloca una ligadura y por encima del primero se colocan dos clamp más ligando nuevamente entre ellos.

La pelvis se abre al extirpar el órgano, accidente que facilita la operación se deja drenaje. Se suturan los planos profundos con catgut, piel con crin.

Postoperatorio. — 6 de agosto, buen pulso, diuresis 500 c. c. El enfermo toma líquidos. Ligeró timpanismo abdominal. Se prescribe enema salino hipertónico.

9 de agosto de 1943. — Muy buena diuresis. Fiebre 38°. Sulfatiazol, 6 por día.

11 de agosto. — Enfermo ligeramente disneico. Rales ambas bases pulmonares. Ventosas Antisépticos pulmonares.

12 de agosto. — Todo entra en la normalidad.

17 de agosto. — Curación húmeda por abundante pus fluido. Sulfatiazol en polvo, localmente.

18 de agosto. — Se retiran los puntos.

20 de agosto. — Se levanta.

26 de agosto. Curetaje de la herida en donde estaba el drenaje.

1 de septiembre, alta, curado.

ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO

El riñón extraído se presenta a nuestra vista aumentado de volumen alcanzando un tamaño aproximado a 15 cm. desde el polo superior al inferior por 7 cm. en su parte media.

Su superficie es multilobulada semejante en cierto modo a un riñón fetal aunque su hendidura no sea del tamaño de los fetales ni de los riñones a lóbulos separados.

Su consistencia es ciertamente particular porque si bien da la impresión de ser blanduzco, permite apreciar una sensación particular en la pared, que está lejos de concordar con la sensación que acusan estos órganos cuando están en estado de hidronefrosis como éste, por lo

menos en la presunción clínica. Esta consistencia es más elástica, algo endurecida y desigual en los distintos puntos del órgano.

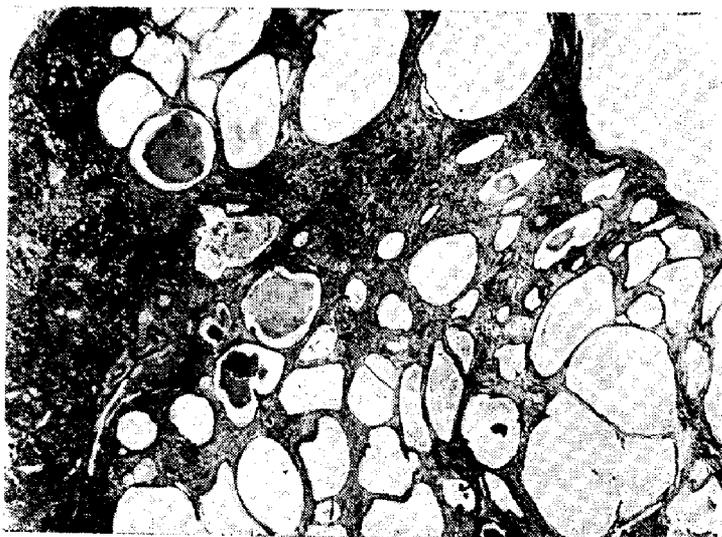


Figura 4

El color es rojo subido uniformemente distribuido en toda la glándula. El aspecto de la superficie externa demuestra que la cápsula ha sido extirpada en la maniobra quirúrgica,

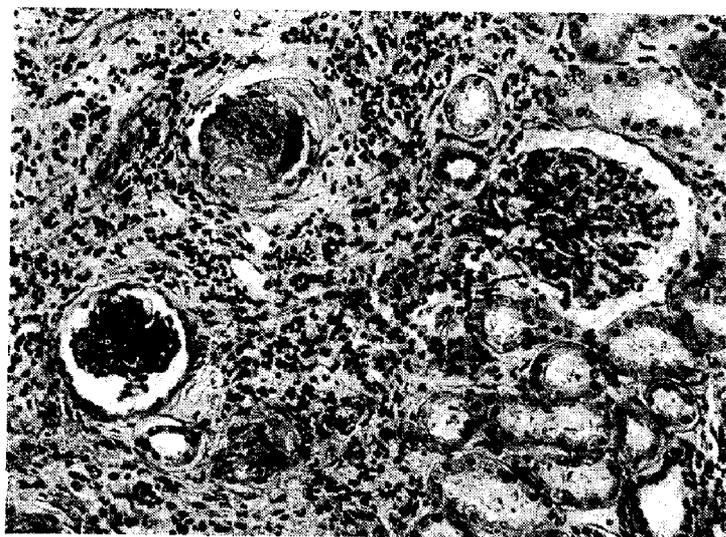


Figura 5

puesto que en lugar de la superficie lisa que refleja bien la luz y que es dada cuando está la cápsula propia nos encontramos ante una superficie finamente granulosa más bien opaca.

Las granulaciones que se ven por la parte externa son de aspecto regularmente distribuída en toda la superficie del órgano y sobre todo en los bordes prominentes de las lobulaciones para desaparecer en algunos sitios, especialmente en el fondo de las hendiduras.

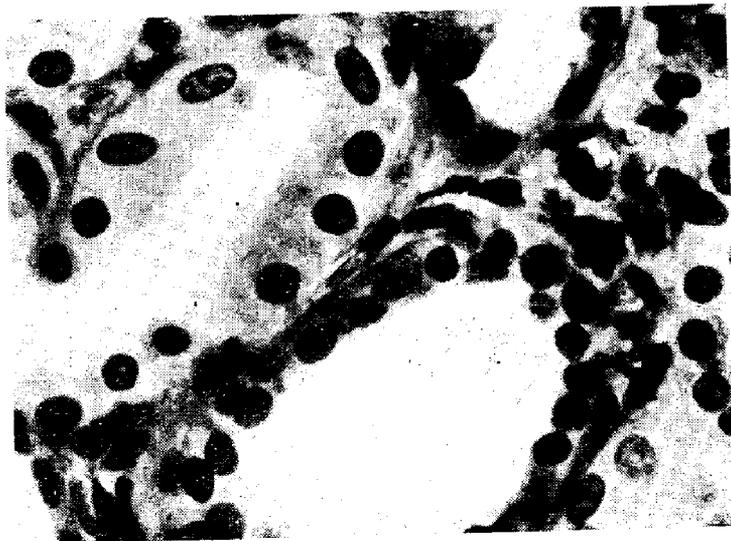


Figura 6

La observación atenta de la cara externa permite ver pequeños quistes distribuídos caprichosamente en todo el órgano y de distinta dimensión, siendo los más grandes del tamaño de un grano de pimienta y los más pequeños del de una punta aguda.

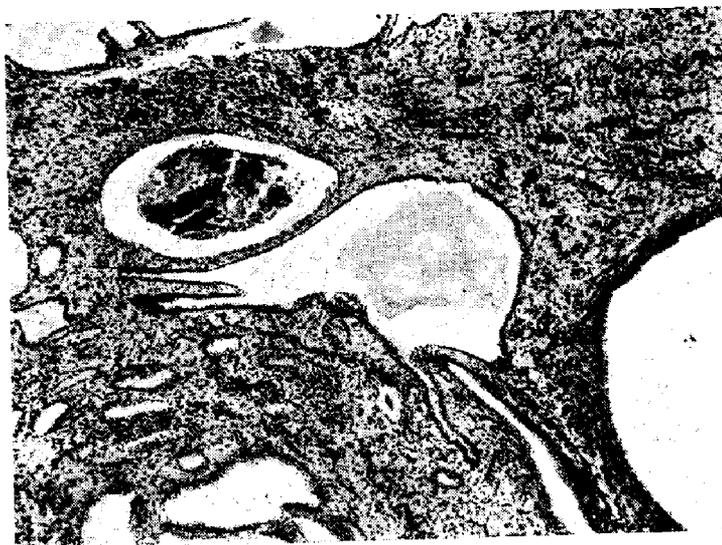


Figura 7

Observada con lente de aumento da la impresión de que las granulaciones de que hablamos más arriba son elementos quísticos diseminados.

En el polo inferior, borde interno existe la entrada de un pequeño vaso arterial situado aparte del pedículo.

Abierta la pieza por su eje longitudinal nos encontramos con un órgano en evidente estado de hidronefrosis. Las cavidades caliciales alcanzan hasta la cortical disminuyendo de espesor hasta llegar, en algunos sitios a pocos milímetros de la superficie externa. En el resto del parénquima se puede observar un cribado particular formado por la abertura de múltiples quistes, cuyo tamaño mayor no alcanza al de un grano de pimienta, predominando en general el tamaño pequeño que invade especialmente lo que queda de columnas de Bertin y lo que queda de parte medular y en algunos sitios invadiendo completamente la cortical.

Existen, sin embargo, algunos sitios, especialmente en la parte media del órgano en donde puede verse un borde muy pequeño de substancia renal cortical en que aparentemente no hay quistes, notándose un piqueteado congestivo de los glomérulos. Estas zonas corticales parecen continuarse hasta abajo con pequeños bordes medulares, con la misma disposición.

En el corte podemos comprobar la no existencia de la cápsula que ha sido extirpada quirúrgicamente.

El contenido de los pequeños quistes está formado por un líquido claro en algunas partes y por una substancia amorfa tipo coloide en otras.

Estudio histológico.

Para el estudio histológico se han cortado varios trozos de tejido interesando distintas partes del parénquima renal.

Puede notarse, en general, un predominio netamente marcado de los microquistes en la región de la medular, pudiéndose dividir el estudio histológico en las observaciones practicadas en la cortical y en la medular.

Cortical. — Se observa el sistema glomerular discretamente conservado en lo que se refiere a ovillejo capilar. Existe, sin embargo, una cápsula de Bowman ligeramente espesada y rígida a expensas principalmente del tejido vecino, dándole un cierto aspecto de rigidez.

En otros glomérulos, la esclerosis llega a invadir el ovillejo, teniendo la cortical todas las etapas que caracterizan las esclerosis glomerulares hasta el glomérulo macizo sin diferenciación particular de ninguna especie como es el llamado glomérulo en oblea.

No hemos observado ningún glomérulo en estado de ectasia nefrótica y más bien nos da la impresión de predominar el proceso de esclerosis substitutiva.

Los tubos contorneados se encuentran en algunas zonas en un relativo estado de conservación, aunque todos presentan marcadas degeneraciones albuminoideas.

En cambio, los tubos colectores superiores casi todos se encuentran distendidos, hidrópicos, pseudoquísticos, dilataciones que muchas veces se pueden seguir desde el tubo colector cortical hasta la parte medular. El epitelio de estos tubos colectores es cilíndrico a núcleo redondo basal, bien picnótico.

El tejido intersticial de la cortical ofrece una marcada congestión en sus vasos y una hemorragia difusa intersticial; además existe una proliferación conjuntiva neta habiendo en ciertos sitios, especialmente cerca de la cortical, conos de infarto con proliferación conjuntiva, y una que otra célula gigante que interpretamos como elemento de defensa específica más que como de origen tuberculoso.

Medular. — Más hacia la medular vemos múltiples quistes de superficie irregular, de contenido en ciertas partes amorfo, pero en otros está compuesto por leucocitos de degeneración, hemosiderina y células descamadas en necrosis.

El epitelio que tapiza estos quistes, al parecer pavimentoso, tiene mucha semejanza con el epitelio de los tubos colectores, pero achatado probablemente por el contenido de los quistes.

Muchos de estos elementos quísticos se continúan o son precedidos por tubos colectores típicos y característicos de forma perfectamente normal. Se observan estas modificaciones cerca de la parte papilar. El tejido intersticial de la medular es también asiento de una marcada proliferación conjuntiva con capilares de neoformación e intensa reacción histiocitaria.

Otros quistes tienen por contenido un conglomerado de substancia necrótica granulosa con forma de gelificación sólida y estrias un tanto concéntricas muy semejantes al tipo de solidificación que se observa en el interior de ciertos acinis glandulares, como ser la próstata cuando tiene tendencia a formar cuerpos amiloideos.

Ciertos quistes parecen ser multiloculares con comunicaciones estrecha sentre unos y otros.

En general existe una reacción inflamatoria pielonefritica ascendente.

COMENTARIOS

Ex profeso nos limitaremos a la presentación del caso y como comentario haremos tan sólo unas reflexiones sobre el comportamiento terapéutico que hemos seguido expresando que la intervención quirúrgica ha sido practicada por el motivo primordial de existir una hidronefrosis que supusimos a consecuencia de un vaso polar inferior, presumido en las imágenes pielográficas, hidronefrosis que molestaba al paciente y que como cavidad supurante y sangrante era necesario extirpar, etiología por otra parte confirmada con el estudio anátomo-patológico.

No hemos titubeado en el procedimiento quirúrgico a seguir, puesto que era un riñón completamente nulo, en cambio el riñón opuesto nos daba todas las seguridades de una buena función y depuración orgánica.

Confesemos que la existencia de la enfermedad micropoliquística no la hemos sospechado, motivo por el cual la radiografía del riñón derecho no se practicó sino después de la intervención del enfermo. Como regla general, habiendo un riñón funcionante completamente normal como el presente, ahorramos siempre el traumatismo pielográfico del lado opuesto. Desgraciadamente en ese momento no tuvimos el recurso de la urografía por excreción, puesto que en el servicio hospitalario escaseaban los medicamentos de contraste y el enfermo no podía adquirirlo por sus propios medios, falla de examen disculpable en el momento actual.

La intervención quirúrgica fué laboriosa y como vimos, hubo que resear costilla para exteriorizar el órgano. Había grandes adherencias, lo que obligó al cirujano a hacerla subcapsular, impidiendo la libre exploración del pedículo de por sí corto, a fin de certificar o no la existencia de un vaso anómalo.

Pero ya con la pieza en la mano resolvimos hacer la pielografía ascen-

dente del lado opuesto, lo que nos reveló un riñón que también tiene la misma afección, siendo a nuestro entender también un micropoliquístico, pero sin el agravante de la hidronefrosis.

Según el estudio histológico, podemos catalogar a esta afección quística, como de acuerdo a lo que Astraldi, Monserrat y Torroba y Monserrat, por otra parte, lo hacen, en micropoliquístico a expensas de los tubos de excreción urinarios y no glomerular, variedad, por otra parte, más rara que la glomerular, lo que nos parece hace más interesante aún comunicar este caso.