

## RIÑÓN POLIQUÍSTICO UNILATERAL

Por el Dr. OSCAR A. TITTAMANTI LESCANO (+)

La escasa frecuencia y la bilateralidad, con la etiopatogenia son hechos repetidamente anotados del riñón poliúístico, circunstancia eximente de insistir con citas estadísticas o con las doctrinas que se disputan la explicación del origen y desarrollo de la afección.

Es interesante anotar la posibilidad de la existencia unilateral del trastorno que nos ocupa, que es abonada por publicaciones que han certificado esa posibilidad en la mesa de necropsias. Es así como pueden citarse, en esa situación, dos casos de Bugbee y Wollstein: lo mismo que los cuatro de Bell de unilateralidad entre los 44 casos de riñón poliúístico que ha distinguido en autopsias. Debiendo añadirse para completar la estadística de los casos de Ritchie, que han tenido la misma certificación que las anteriores.

A esta enumeración se pueden agregar una lista más numerosa, de comunicaciones que han relatado la unilateralidad clínica del riñón poliúístico, dándose como aceptado, por ende, la existencia de la enfermedad en un solo órgano.

En el país, Arrúes ha señalado el hallazgo radiológico de un caso de unilateralidad entre dieciséis de bilateralidad, en una numerosa estadística radiográfica.

La rareza de la situación comentada hace que deban comunicarse los casos de observación, para anotar su existencia y precisar su frecuencia, así sea desde el punto de vista clínico. Lo cual permitirá, a la vez, ajustar su diagnóstico, su pronosis y tratamiento.

Sin olvidar, por cierto, que integridad clínica, radiográfica y funcional no implica indemnidad histológica: lo cual obliga a mantener en permanente observación a estos pacientes.

Siendo sobre este tópico interesante anotar que incluso ni la exploración quirúrgica o biopsica puede dar esa certificación definitiva de integridad hística, que solamente el examen de la pieza puede afirmar.

Caso de observación personal:

*F. P. A.* — Enfermo de 42 años de edad, argentino, casado. Ocupación: comerciante. Mar del Plata ha sido siempre el lugar de su residencia.

*Antecedentes hereditarios y familiares:* no recuerda que ningún miembro de su familia haya padecido de enfermedad renal.

*Antecedentes personales:* No relata padecimientos importantes de su infancia.

Nacido a término de parto normal.

Ha sido siempre sano, salvo los comunes catarros estacionales.

Hábitos: Alimentación mixta. Bebedor de medio litro de vino en las comidas. Fumador de un atado diario, de cigarrillos negros. Exoneración intestinal diaria.

*Enfermedad actual:* Desde hace años padece de dolor lumbar en el lado izquierdo, por lo cual ha estado en tratamiento con derivados de piramidón y salicilados, sin mayores resultados. Hace un año tiene una profusa hematuria, que cesa con reposo y medicación indicada por el clínico que lo asiste. El 3 de Febrero de 1952, tiene otra profusa hematuria que dura varios días, por lo cual concurre a que lo examinemos.

*Estado actual:* Enfermo en buen estado de nutrición. Panículo adiposo abundante. Piel sana y mucosa sin particularidades patológicas.

*Cabeza:* Ojos: reflejos y motilidad normales. Pupilas: céntricas, iguales; reflejos a la luz y acomodación sin particularidades. Boca: en buen estado de conservación. todas las piezas dentarias. Fauces: libres.

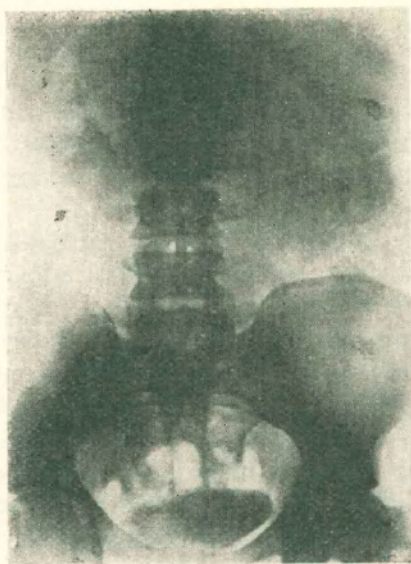


Figura 1

FIG. 1. — Urografía excretoria, muestra buena eliminación del lado derecho y la enorme masa del lado izquierdo, que se encuentra señalada, en su contorno, por una raya.

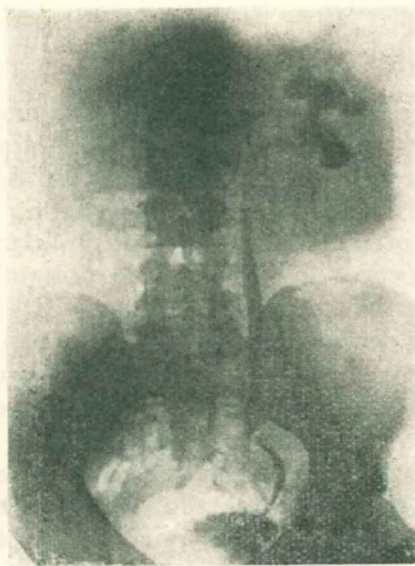


Figura 2

FIG. 2. — Pielografía ascendente izquierda. Muestra la dilatación de la vía excretora.

*Cuello:* no se palpan tiroides, no hay ingurgitación venosa.

*Aparato respiratorio:* no se observa ninguna particularidad patológica.

*Aparato cardiovascular:* Corazón: choque de la punta a nivel del quinto espacio intercostal. Ruidos: netos en los cuatro focos. Tensión arterial: máxima  $13 \frac{1}{2}$ ; mínima 7 con baumanómetro. Pulso: regular, rítmico, igual. Frecuencia: 70 pulsaciones por minuto.

*Abdomen:* globuloso, depresible. Hígado: no se palpa, se percute en sus límites normales. Bazo: no se palpa.

*Sistema nervioso:* reflejos sin particularidades patológicas.

*Aparato motor y articular:* En condiciones normales.

*Aparato urogenital:* Uroscopia: orinas rojas. Riñones: del lado derecho no se palpa. Del lado izquierdo se palpa una gran masa, lisa, que no pelotea.

*Cistoscopia:* Se introduce sin dificultades el instrumento. Buena capacidad vesical.

Los meatos ureterales normalmente implantados; el izquierdo grande y entreabierto deja salir sangre, que fluye continuamente, babeante. Del lado derecho eyaculaciones de características normales de orina clara. Cuello: sin particularidades patológicas.

*Tacto Rectal:* Próstata normal.

*Examen radiográfico:* Urografía excretoria: Lado derecho sin particularidades patológicas; órgano de tamaño normal, ligero alargamiento de los cálices. No se visualiza el sistema excretor del lado izquierdo, hay una enorme imagen, que corresponde al riñón, que ocupa desde el diafragma hasta la pelvis.

*Pielografía ascendente:* Dilatación bastante crecida de pelvis, cálices y uréter.

*Exámenes de laboratorio:* 3-V-952. Azoemia: 0.38 %, glucemia: 1.05 %.

*Análisis de orina:* Densidad: 1.020, ácida. No se observan elementos anormales. Sedimento: Leucocitos normales, células planas, gérmenes comunes, no se ven elementos renales.

*Recuento globular y fórmula leucocitaria:* Glóbulos rojos: 3.720.000. Glóbulos blancos 6.000. Plaquetas normales. Fórmula leucocitaria: Polinucleares neutrófilos: 64, Linfocitos: 25. Monocitos: 8. Eosinófilos: 2.

*Eritrosedimentación:* 1ra. hora: 30 mm. 2da. hora 60 mm. Índice de Katz: 30 mm.

*Tiempo de coagulación:* 1 minuto. Tiempo de sangría: 4 m.

*Operación:* 10-IV-52. Incisión de Pflaumer, se reseca la duodécima costilla.

*Anestesia:* Pentothal-eter. Se llega al riñón, cuya cápsula adiposa ha desaparecido. Se comprueba el tamaño enorme del mismo y las profusas e íntimas adherencias que lo vinculan



Figura 3

FIG. 3. — Sección del riñón. Se observan los quistes hemáticos en oscuro y las cavidades de otros.



Figura 4

FIG. 4. — Superficie exterior del riñón.

a todos los planos vecinos. Se liga el uréter, se llega al pedículo se coloca clamp, se liga y se extrae la enorme masa. Sulfamida en polvo, drenaje de rubber-dumm, cierre por planos. Postoperatorio: En perfectas condiciones, enfermo apirético. Se levanta al sexto día.

Vuelto a ver repetidas veces luego de la intervención se encuentra mejorado de todas sus molestias subjetivas. Los exámenes de orina son de características normales y con una densidad por encima de 1.020.

*Examen histopatológico:* Dr. Juan B. Llosa.

*Macroscopía:* Tumorción renal ovoide de más o menos 18 cms. de longitud por 12 cm. Hay una parte que recuerda el aspecto del riñón, apareciendo entre zonas de parénquima, numerosas e irregulares lobulaciones, de hasta el tamaño de una nuez chica, con pared delgada, en partes transparente y de contenido líquido seroso amarillento. Algunos de ellos con contenido hemático y en otros puriforme. En la superficie de sección aparecen estas lobulaciones como otros tantos quistes urinarios en los que ha tenido lugar la hemorragia o la supuración.

*Microscopía:* En el parénquima no destruido de la cortical se observan zonas de infiltración plasmolinfocitaria o purulenta retracción de glomérulos y tubos con compresión por la infiltración conjuntiva. En las zonas quísticas de la cortical se constata en algunos quistes una pared epitelial cuboide, en otros el epitelio ha desaparecido por la flegmasia.

En la medular predominan las lesiones de compresión por la infiltración de las células inflamatorias, llegando también en algunas partes a la fusión purulenta.



## RESUMEN

Se presenta un caso de observación de un enfermo que apareció al examen con una enorme tumoración renal izquierda. Su examen histopatológico demostró que se trataba de un riñón poliquístico. La falta absoluta de signos clínicos, radiológicos y funcionales en el riñón opuesto inducen a aceptar que el mismo se halla, desde esos puntos de vista sano.

Hallándonos por lo tanto frente a un caso de unilateralidad de esa afección,

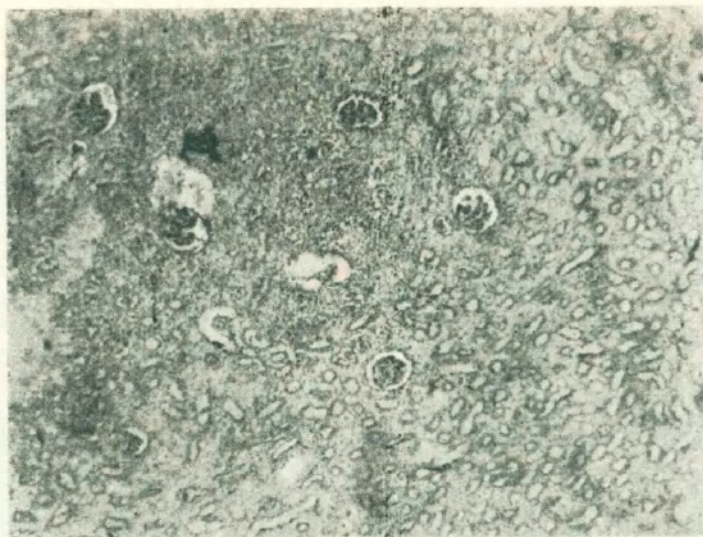


Figura 5

FIG. 5. — Cortical más o menos conservada. Predomina la infiltración plasmoinfectaria y compresión y alteración de los tubos por la misma.

## BIBLIOGRAFÍA

- Arrúes L. D. — "Riñón poliquístico y litiasis unilateral." Rev. Arg. Urología. 112, 1947.  
 Bell, E. T. — "Cystic disease of the kidneys". Am. J. Pathol. 11-373, 1935.  
 Bunge, R. G. and Harness, W. N. — "Unilateral polycystic kidney in an infant." J. Urol. 65-972, 1951.  
 Hepler, A. B. — J. Urol. 44-206, 1940.  
 Howe, C. P. and Hill, J. H. — "Unilateral múltiple cysts of the kidney." J. Urol. 61-187, 1949.  
 Oppenheimer, G. D. and Natins, L. — "Unilateral polycystic kidney disease." J. Urol. 61-866, 1949.  
 O'Donnell L. D. and Presti J. C. — "Congenital cystic kidney". J. Urol. 62-651, 1949.  
 Schwartz, J. — "Unilateral multicystic kidney in an infant". J. Urology. 35-259, 1936.

## DISCUSION

Dr. Alfonso Pujol. — Desearía saber si se hizo pielografía retrógrada del lado derecho.

Dr. Oscar Tettamanti Lescano. — No. doctor.

Dr. Pujol. — Sería muy interesante para asegurar si no había un tumor poliquístico, en un lado muy desarrollado, y el otro muy poco.

*Dr. Armando Trabucco.* — Quisiera advertir una cosa. Muchas veces, hay blastomas de tipo disembríoplástico que cuando llegan a la edad adulta parece una degeneración poliquística y es una degeneración quística del blastoma. Por supuesto, es monolateral.

Habría que hacer una diferenciación muy exacta, sobre todo porque la anatomía patológica que mostró el Dr. Tettamanti no es característica del poliquístico y macroscópicamente ese pieloblastoma disembríoplástico simula un riñón poliquístico monolateral.

Los cortes histológicos habría que hacerlos en muchos sitios para ver si no existe una zona en donde pueda observarse un estado de mesénquima con algún tubo en formación que daría la clave de si es un blastoma disembríoplástico con degeneración plástica y si es un poliquístico.

*Dr. Irazu.* — Quiero mencionar un hecho de observación. Los poliquísticos que hemos encontrado, por lo general, son bilaterales. Hace dos días, operando un enfermo de tuberculosis renal con el Dr. Nolasco, encontramos un riñón de mayor tamaño, con todo el aspecto de un poliquístico, sembrado de quistes la superficie y el interior, con sus cavernas y bacilos-copia positiva.

Hago referencia a esto por lo que manifiesta el Dr. Trabucco, que sin un examen anatomopatológico prolijo y otros datos, podemos cometer un error de diagnóstico.

*Dr. Oscar Tettamanti.* — El examen pielográfico del riñón supuestamente sano no se efectúa porque el examen urográfico no es tan eficiente como para que pueda apreciarse en la copia de la película proyectada por el aparato.

La imagen pielocalicial urográfica es clara, como para hacer innecesario el examen pielográfico que no iba a añadir otro elemento de juicio.

Posiblemente, la microfotografía no es afortunada, pero en lo que respecta al examen anatomopatológico, ha sido hecho cuidadosamente por dos histopatólogos que merecen nuestra absoluta confianza, uno de ellos es el doctor Lazcano y lo han hecho con toda precisión.