

RIÑÓN "SANGRANTE", ABOLICION FUNCIONAL TEMPORARIA

Por los Dres. RICARDO BERNARDI y J. B. KAPLAN

Solamente en cuatro ocasiones tuvimos oportunidad de observar una abolición funcional transitoria ("riñón mudo", "d'hivernage" o "en sommeil") en nuestra intensa práctica urológica de más de 20 años. Las tres primeras fueron por litiasis y la última, hace un mes aproximadamente, en un "riñón sangrante", expresión que implica por cierto nuestra ignorancia con respecto a su etiología y que fuera motivo de una consulta con los distinguidos colegas doctores Kaplan y Levin.

En síntesis, se trata de una paciente de 42 años, sin antecedentes personales de tuberculosis, que presenta hace un mes aproximadamente, dos grandes hematurias totales e indoloras, que duran 24 y 48 horas, respectivamente, y la tercera, acaecida cuatro días después, acompañada de un discreto dolor tipo cólico, con franca localización en el punto ureteral medio derecho, con expulsión de algunos coágulos alargados (tipo ureteral), pero *sin eliminación de cálculos*. Dos días después de la última hematuria, cuando las orinas eran ligeramente sanguinolentas, se le practicó un estudio urográfico, observándose un mega-riñón derecho con abolición funcional concomitante a la urografía.

La ureteropielografía practicada 48 horas después, muestra un meato derecho ligeramente rojizo y entreabierto, por la presencia de un pequeño coágulo, que permitió el fácil pasaje del cateter hasta unos 10 cm. La orina recogida estaba apenas teñida por sangre, saliendo gota a gota en forma continua y prolongada (orina de éstasis). La pielografía mostró una dilatación pielo-calicial con una deformación del cáliz superior sospechosa (¿tuberculosis? ¿neo?), una estenosis del uréter lumbar con un huso inferior (¿estrechez? ¿tuberculosis? ¿tumor ureteral?) y un meato ureteral dilatado y desflechado?

En vista de la dilatación pielo-ureteral, el enfermo quedó con el cateter varias horas, circunstancia que suprimió total y definitivamente su dolor.

Los repetidos exámenes de orina mostraron una albuminuria muy discreta, sin cilindros, hematíes en cantidad, una piuria intermitente y ausencia de Koch en tres frotis realizados por un distinguido laboratorista (Dr. Mi-

ravent). La inoculación al cobayo está en curso y el Papanicolaou practicado por el Dr. Lazcano González, fué negativo.

A los seis días de la primera urografía y a los cuatro del pielograma ascendente, se le practicó una segunda serie de radiografías en las que se observó: 1º) un riñón de tamaño normal; 2º) una recuperación funcional total, y 3º) unas vías excretorias aparentemente normales, salvo un cáliz superior todavía sospechoso.

El tratamiento consistió en reposo, penicilina, vitaminas K y C y alimentación general.

El enfermo fue dado de alta de la clínica privada a los ocho días, con orinas macroscópicamente normales, salvo una piuria y hematuria microscópicas.

Pero hace cinco días, a los 25 de comenzada su enfermedad, hallándose se el paciente en plena convalecencia, expulsó el pequeño cálculo que ustedes podrán ver, del tamaño de una cabeza de fósforo.

Nosotros preguntamos: 1º) ¿Es este pequeño cálculo el responsable de tan intensa hematuria, en un riñón que sólo acusó discreto dolor después de la tercera, habiéndonos hecho pensar, por sus características clínicas y radiológicas, en una tumoración ureteral (benigna o maligna) o en una tuberculosis a forma hematórica, pseudo-tumoral?

2º) Si, de acuerdo con la experiencia acumulada sobre etiología del riñón "en sommeil" o "mudo", la litiasis es la causa única o más frecuente, ¿cómo se explica que el órgano haya recuperado su función muchos días antes de eliminar el cálculo, contra lo que es habitual? Vale decir, que *primero aparece la piedra y después reaparece la función.*

La bibliografía consultada y nuestra experiencia con los tres casos referidos, es concluyente en este orden de hechos.

3º) ¿Este pequeño cálculo será realmente el causante del alarmante cuadro clínico y urográfico descrito, o es accidental, secundario, formado a expensas de algún núcleo hemático?

Es, pues, el caso que presentamos esta noche a esta reunión con la mejor de las intenciones, sin propósitos capciosos, para que los estimados colegas, con más experiencia que nosotros, emitan su opinión en un caso que nos tiene preocupados por la posibilidad de encubrir la más grave de las enfermedades.

El que habla no tiene inconveniente en manifestar que estuvo a punto de someterlo a una operación radical, de la que fué salvado después de una consulta con un distinguido colega. ¿Podrá excluirse definitivamente el temperamento quirúrgico?

Como entiendo que los errores bien interpretados y asimilados tienen más valor que los éxitos, repetiré aquí, con toda modestia, las sabias palabras del venerado maestro Chutro, cuando dijo en una reunión científica a propósito de los casos demasiado exitosos presentados por algunos colegas: "Si un ángel del cielo asistiera a las sociedades científicas, creería que nunca nos equivocamos" . . .

BIBLIOGRAFIA

R. Bernardi y J.Castelli: "Riñón en sommeil", Soc. Arg. de Urología. 26 oct. 1950.