

Servicio de Urología del Hosp. Español de Bs. Aires.
Jefe; Dr. Alberto E. García

RIÑÓN POLIQUÍSTICO UNICO Y LITIASIS

Por los Dres. JOSE CASAL y HUGO C. SALING

La patología de las complicaciones del riñón poliquístico es variada y en esta anomalía renal pueden encontrarse todas las afecciones que se encuentran en glándulas de arquitectura normal.

De todas ellas, una de las más frecuentes es la litiasis renal, que se encuentra en el 10 % de los casos. Favorecen la formación de cálculos en el riñón poliquístico factores muchas veces presentes como la infección y la estasis urinaria, cuya capacidad litogénica es evidente.

A su vez, la presencia de una litiasis en un riñón poliquístico puede acarrear todas las alternativas existentes en la evolución de un cálculo renal (uronefrosis, pionefrosis, pio y perinefritis, anuria mecánica, etc.).

El caso que presentamos tiene la particularidad de tratarse de un riñón único poliquístico (el adelfo había sido extirpado quirúrgicamente varios años antes) en el que la presencia de un voluminoso cálculo pélico, hasta entonces silencioso, provocó un episodio de anuria obstructiva.

A pesar de que la litiasis en el riñón poliquístico es citada como complicación frecuente, las publicaciones no abonan esta aseveración.

En la revisión de la literatura argentina a nuestro alcance sólo hemos hallado publicados dos casos de litiasis y riñón poliquístico, correspondiendo uno de ellos a Antelo y el otro a Arrúes.

Walter y Braasch, en la Mayo Clinic, sólo encontraron cinco litiasis en ochenta y cinco poliquistosis.

Bell encuentra un caso en cuarenta y cinco poliquísticos y cita un caso de Mazzeo.

Marion en su tratado de urología cita esta complicación al pasar y Campbell expresa que la litiasis puede ensombrecer el pronóstico.

Nuestro caso corresponde a la Historia Clínica N° 19.698 del Servicio de Urología del Hospital Español.

Fecha ingreso: 29/1/57. Fecha de alta: 28/V/57.

Antecedentes: Operada de hernia umbilical, quiste de ovario y apendicitis crónica. Operada en dos oportunidades por una afección gástrica.

Hace diez años se le practicó la nefrectomía izquierda por "tumor renal" y desde entonces no ha tenido trastornos hasta hace un año, en que tuvo un episodio de dolor lumbar derecho, polaquiuria, orinas turbias y hematuria. No eliminó cálculos y el examen radiológico practicado entonces no puso en evidencia concreciones visibles a los Rayos X.

Enfermedad actual: Cuarenta y ocho horas antes de su ingreso, tiene un intenso dolor lumbar derecho, con irradiación al flanco del mismo lado: bruscamente deja de orinar y en esas condiciones ingresa al Servicio.

Estado actual: Enferma pálida, delgada, febril, con vómitos abundantes e incoercibles.

Está en anuria desde hace 48 horas.

El examen físico revela cicatriz de lumbotomía izquierda.

Se palpa un voluminoso riñón derecho, abollonado, doloroso, móvil.

No se palpa globo vesical y el cateterismo vesical no permite extraer orina.

Se hace de inmediato una Radiografía directa de abdomen (fig. 1) que muestra una sombra densa con caracteres de cálculo en el cuadrilátero de Bazy-Moyrand derecho; a continua-

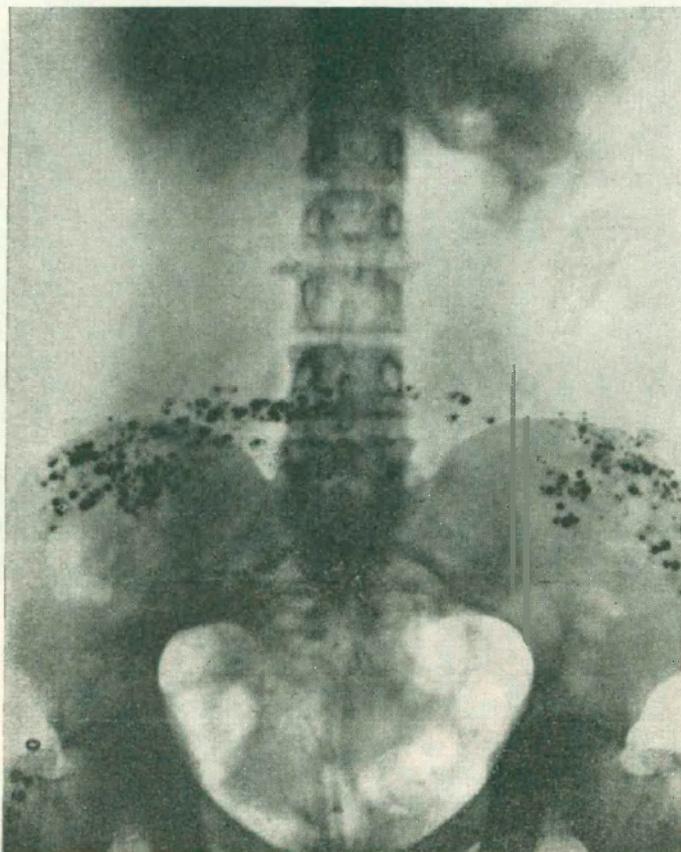


Figura 1

ción, un cateterismo ureteral permite franquear el obstáculo y por la sonda ureteral sale orina ligeramente turbia con ritmo de retención.

La enferma recupera su diuresis que oscila alrededor de 2.500 cc. y mejora notablemente su estado general.

A los pocos días se practica un piélograma retrógrado (Fig. 2) y se establece la permeabilidad del orificio pieloureteral y la presencia del cálculo en el caliz inferior. Se extrae la sonda ureteral; la enferma permanece en buenas condiciones cuatro días al cabo de los cuales tiene un nuevo episodio superponible totalmente al que motivó su ingreso.

Se le coloca nuevamente la sonda ureteral y el 20 de marzo de 1957, se la interviene.

Operación: Anestesia general. Cirujano, Dr. Casal; Ayudantes, Dres. Saling y Guzmán.

Lumbotomía con resección de la XIIª costilla derecha; liberación de un voluminoso riñón poliquistico que en su superficie presenta quistes hemáticos y quistes de contenido puriforme.

Se consigue exteriorizar la glándula después de la punción de numerosos quistes y

decorticación (Payr), realizándose una pielolitotomía posterior sin ninguna dificultad. Sutura de la pelvis con catgut simple 00. Drenaje de la celda renal y cierre por planos.

El post-operatorio fué tormentoso, con intenso colapso cardiovascular y oliguria acentuada, recuperándose luego gradualmente la enferma.

La urografía excretora practicada tres meses después de la operación revela una disminución del volumen de la glándula, dilataciones calicilares y una evacuación aceptable en el cistograma obtenido a los 60 minutos de la inyección del medio de contraste (Fig. 3).

Seis meses después el control humoral de la enferma señala una azohemia de 0.85 gr.%, orina de 1010 de densidad y un cuadro hemocitológico normal.

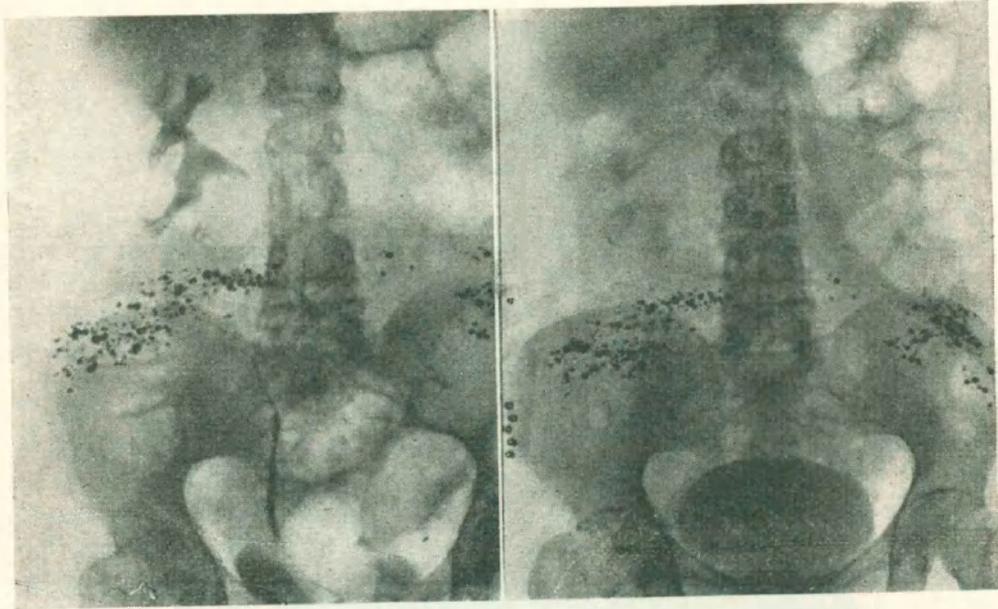


Figura 2

Figura 3

CONSIDERACIONES

Es un hecho ya establecido que la terapéutica quirúrgica en el riñón poliquístico debe ser eminentemente conservadora. El concepto cambia cuando esta afección se complica con afecciones tumorales o que destruyen totalmente el órgano.

En general, todas las técnicas de cirugía renal conservadora son aplicables en la poliquistosis renal, donde es de importancia fundamental el conservar la mayor cantidad de parénquima posible, en las mejores condiciones.

En el caso particular aquí presentado además de la pielolitotomía se practicó la operación de Payr, ignipuntura con resección de la parte sobresaliente de los quistes accesibles.

Esta intervención, que la hemos practicado en otras ocho oportunidades, nos ha dado excelentes resultados sintomáticos, sobre todo en lo que se refiere al dolor, hematuria y volumen del tumor, pero no hemos obtenido con ella mejoramiento de la función depuradora del riñón.

RESUMEN

Presentamos un caso de riñón poliquístico único, el otro había sido extirpado, complicado con una litiasis renal que provocó un episodio de anuria.

Fueron efectuadas la pielolitomía y la operación de Payr, con la recuperación de la enferma, que actualmente tiene una función renal compatible con un buen estado general.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Antelo, M.* — Reflexiones sobre un caso de anuria en riñón poliquístico único y calculoso. *Prensa Med. Arg.* XXXIII: 820. 1946.
2. *Arrues, L. D.* — Riñón poliquístico y litiasis unilateral. *Rev. Arg. Urol.* XVI: 113. 1947.

Dr. Schiappapietra. — Considero que pudo haberse practicado la desobstrucción de primera intención, tratándose de un riñón único obstruido por la presencia de un cálculo ureteral.

De acuerdo a lo que luego sucedió, el cateterismo rechazó el cálculo a un cálice renal, donde pudo haber permanecido y transformado la técnica elegida en una serie de complicaciones.

Dr. Saling. — Nosotros consideramos que en este caso iba a resultar de utilidad la pielografía ascendente, a pesar de los peligros de infección que la misma acarrea. Nuestro propósito era saber si no existía una obstrucción en la conjunción uréteropélvica.

Queríamos investigar por qué razón el cálculo no había quedado en el cálice donde estaba al principio. Si hubiera habido allí una retracción, el problema quirúrgico probablemente, hubiera sido distinto. Desde luego, que el proceso pudo haberse resuelto en el acto quirúrgico de primera intención.