

¿AGENESIA RENAL?

Por los Dres. A. TRABUCCO, B. OTAMENDI, F. MARQUEZ y J. WAINBERG

Queremos presentar un caso de falta de función renal que fué rotulado como una agenesia, debido a una serie de factores que así lo hacían suponer y la evolución que presentó la paciente fué la causa que demostró el error del diagnóstico y es en el curso de este trabajo, donde veremos cuáles han sido esos factores que han incidido en ello y las complicaciones a que se vió abocada la enferma, por esta misma razón.

Historia Clínica. — En octubre de 1956 concurre la paciente a la consulta, por dolor sordo en la región renal derecha sin irradiación, y luego del examen semiológico de rutina se le indica una radiografía simple de árbol urinario y un urograma excretor, comprobándose en este último una ausencia de función renal izquierda, con el borde del psoas apenas visible, estando por el contrario el derecho, perfectamente nítido.

La función renal derecha es buena, con cálices normales, pelvis muy ligeramente agrandada, uréter visible en casi toda su extensión, con flexuosidades marcadas a nivel de su tercio superior, no observándose la zona de unión ureteropélvica en ninguna de las tres placas, dando la impresión de existir un vaso polar, con amplia capacidad. (Fig. 1).

En vista de la falta de función renal izquierda y tratando de descartar un posible dolor contralateral se trata de investigar el porqué de esta patología, practicándosele una cistoscopia con el fin de cateterizar el uréter izquierdo, pero no se encuentra orificio ureteral correspondiente presentando en ese entonces la vejiga, de acuerdo al informe descrito en la historia clínica, una buena capacidad, con mucosa de aspecto normal.

Pensándose en una posible agenesia renal, por falta de función de un riñón, sin nunca haber tenido sintomatología renal que pudiera hacernos pensar en una exclusión e insuficiencia del órgano, se hace una aortografía por punción lumbar, observándose que no existe pedículo renal izquierdo y si la salida de la arteria esplénica y de la renal derecha y la presencia de todo el resto de los vasos arteriales en forma absolutamente normal. (Fig. 2).

Con el conjunto de todos estos datos se pensó en una agenesia renal izquierda y en un dolor renal derecho producido por un posible vaso polar en un riñón hiperfuncionante.

Debido a circunstancias particulares, la paciente es dada de alta y concurre, según luego nos informa a un facultativo quien le practica repetidas sesiones de cateterismo ureteral para hacer dilataciones del mismo e instilaciones de nitrato de plata en la pelvis renal hasta agosto de 1957 que en pleno tratamiento comienza a presentar una cistitis muy intensa con polaquiuria diurna y nocturna, no mejorando con tratamiento de Cloromicetín.

Abandona el tratamiento concurrendo a un homeópata, sin obtener tampoco buenos resultados.

A fines de 1957 presenta pérdidas de sangre y el médico que la trata sin poder aclarar si correspondía a los genitales o era una hematuria terminal, pide la internación en un Servicio de Ginecología.

En ese entonces la sintomatología de la paciente era una intensísima cistalgia, con polaquiuria diurna y nocturna, disuria, dolores difusos en hipogastrio, en ocasiones micción imperiosa y orinas sumamente turbias, con abundantes glóbulos de pus y hematíes.

El recuento efectuado en ese entonces informa una anemia de 3.200.000 G. R. y 7.500 blancos. Con una eritrosedimentación elevada de 67 mm. a la primera hora.

El examen bacilosκόpico de la orina con la coloración de Ziehl-Nielsen mostró la presencia de abundantes bacilos ácido-alcohol resistentes (Dr. Pagniez).

Se le practica un nuevo urograma de excreción no mostrando la radiografía simple, sombras calcúlosas ni alteraciones óseas.

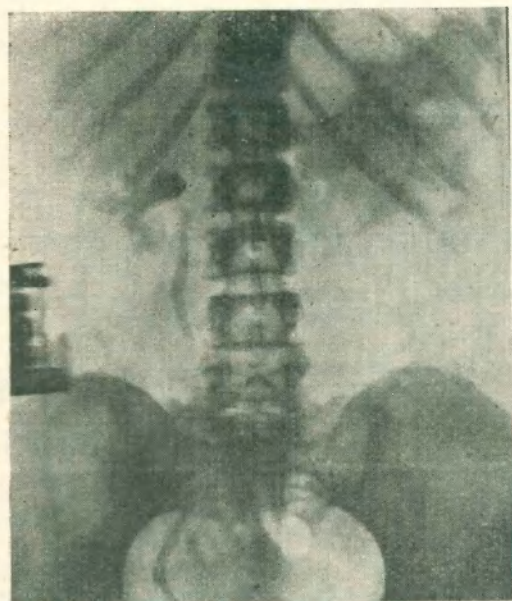


FIG. 1. — Urograma de octubre de 1956.

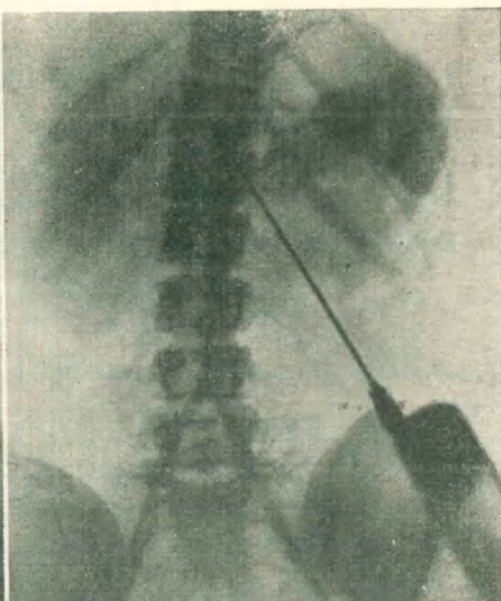


FIG. 2. — Aortografía que sugiere una agenesia renal izquierda. Noviembre de 1956.

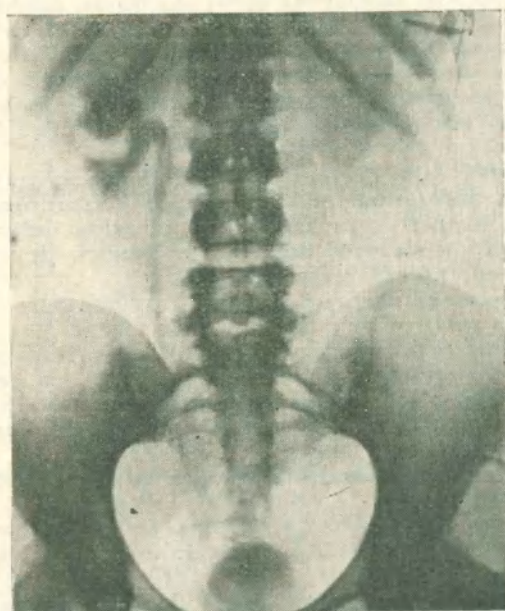


FIG. 3. — Urograma realizado el 31-12-57, Hidronefrosis derecha. Vejiga retraída. Sombra en fosa lumbar izquierda que dibuja una silueta renal, impresionando como un riñón funcionalmente excluido.

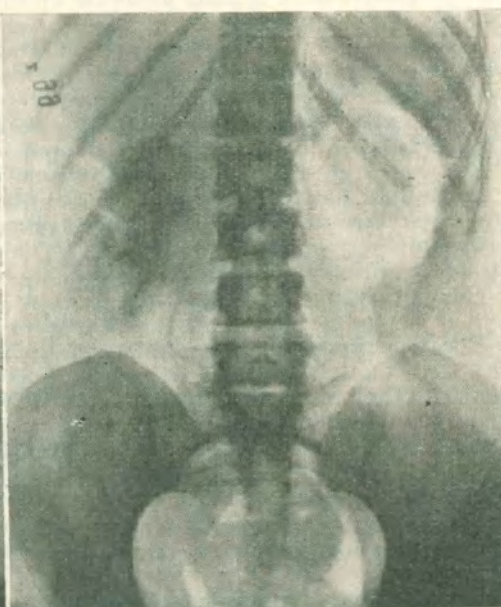


FIG. 4. — Urograma de excreción y enfisema retroperitoneal simultáneo. 12-2-58. Marcada hidronefrosis derecha. Enfisema retroperitoneal encuadra a la izquierda una sombra que reúne las características de un riñón y la suprarrenal correspondiente.

La placa de los 5 minutos muestra función derecha con poca concentración y marcada dilatación calicial. Del lado izquierdo se nota bien la sombra renal sin observarse cálices ni pelvis en su interior, pero sí como si existiese una función en conjunto de todo el parénquima, apareciendo como un verdadero nefrograma. (Fig. 3).

La placa de los 30 minutos muestra del lado derecho una dilatación calicial muy marcada, especialmente los cálices superiores, pelvis de tamaño normal, uréter visible en sus dos tercios superiores, rígido y con una serie de estenosis que delimitan zonas dilatadas. Vejiga pequeña, de paredes netas, inextensibles. Del lado izquierdo ídem a la placa anterior.

En razón de vislumbrarse esa sombra de aparente aspecto de una glándula renal y conociéndose el diagnóstico anterior de agenesia se le hace un perineumo riñón (Dr. Wainberg) que muestra perfectamente la presencia de una masa con todas las características de un riñón. (Fig. 4).

Se realiza además una radiografía de tórax que muestra un complejo primario calcificado del lado derecho.

Durante su estada en el Servicio de Ginecología la paciente recibió 40 gramos de estreptomocina, Nicotibina 300 mgr., diarios y la última semana Inhapas 10 comprimidos diarios.

Al comienzo del tratamiento médico registró una marcada mejoría clínica que duró 10 a

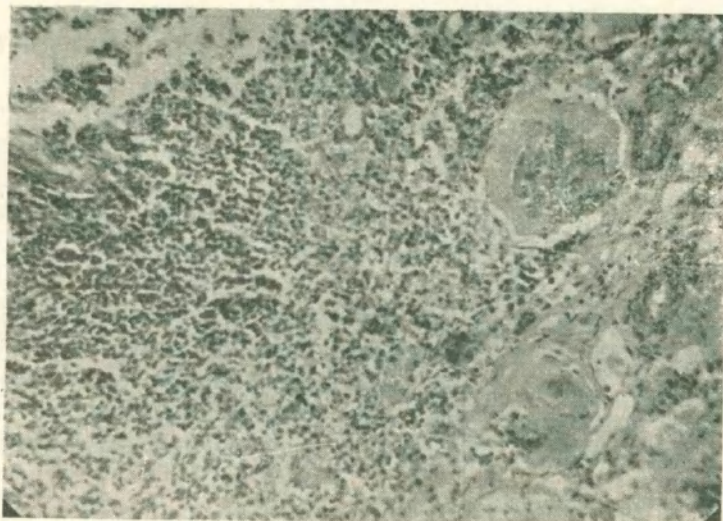


Figura 5

15 días, para luego volver a reaparecer los síntomas y asimismo al examen bacilosκόpico repetido un mes después de iniciar el tratamiento específico seguía aún mostrando la presencia de abundantes bacilos ácido-alcohol resistentes.

En este momento la paciente es devuelta al Servicio de Urología, donde luego de breve período de preparación es intervenida el 13 de marzo de 1958 practicándosele una lumbotomía, con incisión oblicua lumbar, sección de los planos musculares y resección de los dos tercios externos de la 12ª costilla.

Se explora el riñón que se encuentra reducido de tamaño y muy adherido a los planos vecinos. Se hace la liberación del mismo seccionando a tijera numerosas adherencias. En el polo superior se encuentra un vaso venoso de regular tamaño que partiendo de la cara anterior del polo superior penetra en la suprarrenal. Se secciona el vaso separando así ambas glándulas. Se termina la liberación del polo superior que presenta con el diafragma firmes adherencia fibrograsosas.

Se investiga el uréter que es muy fino y con gran reacción periureteral.

Se confecciona el pedículo ligándolo y seccionándolo. El uréter se aboca a la pared. Cierre por planos.

El post-operatorio de la paciente fué normal, continuándose con el tratamiento con ácido paraminosalicílico y nicotibina, suspendiéndose la estreptomocina por zumbido de oídos.

Anatomía patológica: En la figura adjunta, que es la fotografía de preparación anatómopatológica, del riñón extraído, se observa: una zona central de necrosis con infiltrado linfocitario, en su alrededor. Asimismo gran número de células epitelioides y algunas células gigantes, con esclerosis concéntrica glomerular (Fig. 5).

CONSIDERACIONES:

Hemos presentado este caso clínico que nos ha dejado una gran enseñanza y que creímos interesante traer a vuestra consideración, para evitar así en lo posible que otros puedan cometer el mismo error.

Cuando se comete un error, existen habitualmente causas que influyen a llevarlo a uno por una senda equivocada y que por desgracia no parecen tales en primera instancia.

Así al venir esta paciente, en el concurrido medio hospitalario, con dolor lumbar y comprobándose por el estudio radiológico la falta de función de un riñón, ausencia de sintomatología pasada y presente de ese lado y no existiendo orificio ureteral vesical; pareció en vista del auge actual de la aortografía, que este sería el método o sendero inmediato a seguir para tener la máxima seguridad del diagnóstico.

Y así al no vislumbrarse el pedículo renal y con todos los datos recopilados anteriormente se le rotuló como agenesia renal.

Cuál no sería nuestra sorpresa cuando al año de esto, la paciente concurre con una sintomatología distinta que la anterior y con comprobación radiológica de la presencia de ambos riñones.

El riñón tuberculoso excluido, produjo la contaminación vesical y renal opuesta que no fué interpretada como tal por los médicos que la atendieron particularmente.

Este ataque e insuficiencia concomitante del riñón derecho provocó el bien llamado riñón de necesidad del Dr. Rebaudi y al ser nuevamente estudiada la paciente, su silueta se demarcó perfectamente en el urograma.

Los estudios posteriores y los tratamientos seguidos no tienen importancia de entrar a considerar, pues son los comunes en esas afecciones una vez diagnosticadas.

Debemos por lo tanto recalcar una vez más la importancia de seguir en el estudio de un enfermo urológico y especialmente en los casos que puedan tener lugar a dudas, con todos los métodos habituales de diagnóstico, sin descartar ninguno y sin dejarse llevar por nuevas técnicas que creemos que reemplazan a las anteriores y en cambio sólo la complementan.

No queremos bajo ningún punto de vista descartar el enorme valor de la aortografía en el diagnóstico de las afecciones renales, pero debemos estar de acuerdo en decir, que la falta de arteria renal en la misma, no significa la ausencia de la glándula, ni la atrofia de la misma y que es necesario complementarla con todos los otros métodos de diagnóstico y a veces llegar a la lumbotomía exploradora para una confirmación definitiva y absoluta.

Si a esta paciente en primera instancia se le hubiera realizado una perineumorrifón, lógicamente no hubiera tenido todo el grave problema que por suerte ha sido solucionado con feliz éxito.

DISCUSION

Dr. Bernardi. — Deseo felicitar a los comunicantes por la interesante observación aportada de la que tenía noticias a través del doctor Wainberg.

Se trata de un caso sumamente difícil en el que quiero agregar solamente una interpretación a la falta de la imagen a la aortografía. En las lesiones renales tuberculosas avanzadas, la aortografía resulta negativa, por procesos de arteriolitis destructiva, y la sustancia de contraste no puede penetrar a través de un vaso ocluido. Todos hemos observado enfermos con intensas pionesis calculosas, cuyo pedículo esté atrofiado y ocluido.

Tienen razón los colegas al señalar que el retroneumoperitoneo es de extraordinario valor. Esta intervención justifica la ausencia de imagen en la aortografía.

Dr. Grimaldi. — Desearía sugerir a los comunicantes que convendría aclarar un poco más el título. Me ha tocado confeccionar alguna vez el índice de la Revista. Además de agenesia renal, podría aclararse algo más de la etiología del proceso de que se trata.

El doctor Bernardi era partidario de que los títulos de las comunicaciones fueran lo más explícitas posibles y sería el caso de completarlo.

Dr. Bernardi. — Es muy interesante lo de poner casi todo en el título, como lo sostienen, no sólo Bernardi, sino los autores franceses. Sería interesante que gran parte de los conceptos enunciados en las comunicaciones, estén, sintéticamente expuestos, en el título.

Dr. Otamendi. — Al doctor Bernardi le diré que estamos de acuerdo sobre la alteración de la arteria. Eso ha sido la etiología del proceso.

Quisimos hacer notar en nuestro trabajo cómo se puede llegar a una conclusión errónea pasando por alto un medio de diagnóstico que no fué empleado en este caso.

Acepto la sugestión del doctor Grimaldi en lo que al título se refiere.
