

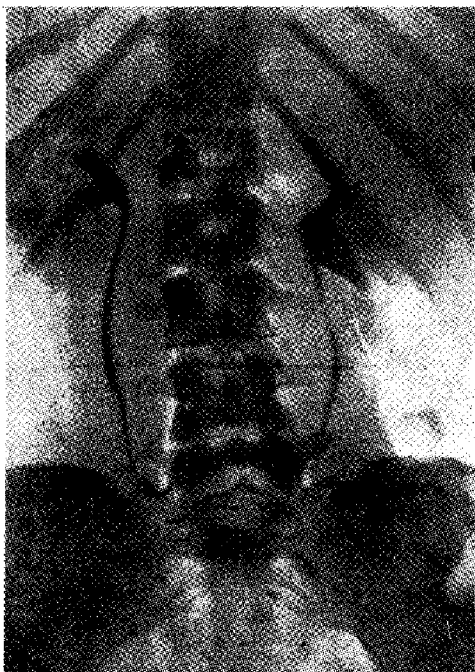
UNA OBSERVACION DE RIÑON UNICO CONGENITO SU DIAGNOSTICO CLINICO

Por los Dres.

Prof. M. R. CASTEX, A. ASTRALDI y R. L. REPETTO

Habiendo tenido oportunidad de estudiar un caso de riñón único congénito, nos induce a publicarlo por la escasa frecuencia de su diagnóstico clínico. En efecto, él, se hace casi siempre (aun en la actualidad), sobre la mesa de Morgagni y algunos pocos casos durante el acto operatorio (órgano muy aumentado de volumen, conservando su forma normal). El número creciente de medios de exploración dentro del campo de la urología, obliga al especialista a sospechar su presencia, a efectuar su diagnóstico correcto y evitar así la nefrectomía del único riñón existente; error funesto que por desgracia ha pasado entre nosotros y en el exterior, con mayor frecuencia de lo que debiera. Diríamos nosotros: siempre se debe tener presente la idea de estar frente a un enfermo con riñón único al examinar a cualquier paciente con finalidades urológicas. Se podrá tildar de exagerada esta manera de pensar; es exacto, pero ello es preferible a desconocer tal anomalía:

Si nos atenemos al ensayo de clasificación de las anomalías reno-ureterales que propone **Papin et Eisendrath**, existe riñón único cuando el otro falta totalmente, designándose también con el nombre de: agnesia o aplasia unilateral renal. Los autores ya citados consideran las siguientes variedades, según se trate de riñón único normal o anormal. En-



Para la
radiografía
de la
pelvis renal
ectópica
y cística

ABRODIL

M.R.

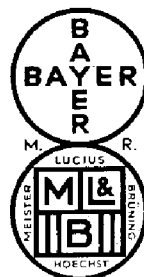
P O R V I A E N D O V E N O S A

No desprende yodo y carece de todo efecto secundario sobre las venas y el riñón. Preparación sencilla - Soluciones estables.

ABRODIL:

Solución al 40%: frasco de 50 cc.
Substancia: frascos de 20 y 100 grs.

EN BREVE, en venta: PER ABRODIL en ampollas de 20 cc.
1 amp. Per Abrodil alcanza para una radiografía.



LA QUIMICA "*Bayer Meister Lucius*" S.A., ALSINA 1644/52, Bs. AIRES

URILITINA SERONO

(ANTES UROLITINA)

Diurético, antiúrico y desinfectante de las vías urinarias

(GRANULAR EFERVESCENTE)

Preparada en el "Instituto Massone"

Fórmula: Bicarbonato de litina, Salicilato de litina, Exametilentetramina, Bicarbonato de sodio, Acido cítrico, Yoduro de rubidio y Extracto seco de estrofantio.

Indicaciones: Por las sales de litio y de rubidio, está indicada en el tratamiento de las formas artríticas y gotosas, en las arenillas, en el reumatismo y en la calculosis renal, actuando, por la hexametilentetramina, como óptimo antiséptico de las vías urinarias en todas las formas de cistitis y pielonefritis.

Dosis: Disolver el contenido de 3-4 cucharadas, usando la que acompaña al frasco, en un litro de agua pura, a beberse diariamente, sola o mezclada con vino o leche.

MUESTRAS Y BIBLIOGRAFIA A DISPOSICION DE LOS SRES. MEDICOS
QUE LAS SOLICITEN

Dirigirse a: **HIJOS DE ATILIO MASSONE** - Calle Córdoba 2088-92 - Bs. Aires

Sucursal en **CHILE:** Calle San Antonio 437 - Cas. de Correo 3584 - **SANTIAGO**

BRASIL: Ancona, López y Cía., Rua Boa Vista 3 - 3o. andar, — S. Pablo

URUGUAY: F. Greco y Cía., Uruguay 1227 - 31 — Montevideo

PARAGUAY: G. Peroni, Palma 28 — Asunción

IOBISQUINA "ISA"



Suspensión oleosa de iodobismutato de quinina; muy tolerable y absolutamente indolora

0.20 cgrs. de sal por amp. de 2 cc. — Cajas de 10 amp. - jeringas

DOSIS EXPERIMENTALES A DISPOSICION DE LOS SRES. MEDICOS

INSTITUTO SEROTERAPICO ARGENTINO

Córdoba 2050

Buenos Aires

tre los primeros colocan: a) riñón único con trígono completo o incompleto, sin restos de riñón y ureter del lado opuesto; b) con trígono completo, con dos meatos ureterales y un ureter opuesto que puede ser corto o largo, hueco o lleno; c) riñón único con ureter del lado opuesto, más o menos desarrollado y vasos renales rudimentarios. En cuanto a la supra-renal, existe siempre en el lado sin riñón, en posición normal o ectópica.

Entre los segundos (riñones únicos anormales): a) un riñón único, con dos uréteres desembocando en el mismo lado; b) en ectopia cruzada; c) en ectopia pelviana y en d) ectopia mediana.

Nuestra observación corresponde a la variedad de riñón único normal, con un solo ureter y trígono incompleto.

Es indiscutible que la lumbotomía sola es capaz "in vivo", de demostrar en forma irrecusable, la existencia de la afección en estudio, pero este medio de exploración no puede emplearse por razones obvias; sin embargo creemos que los restantes procedimientos exploratorios bastan para asegurar la naturaleza de un riñón único congénito, dentro de la relatividad de lo absoluto en medicina.

Pueden dividirse estos procedimientos en dos grandes grupos: 1o.) los que permiten evidenciar la existencia de un sistema de excreción (cistoscopia, uretroscopia, indigo-carmin y pielografía en cualquiera de sus tres modalidades); 2o.) los que ponen de manifiesto el sistema de secreción (nefrografía por sustancias opacas administradas por vía bucal enteral o intra venosa).

Pueden escapar a nuestra observación empleando estos medios, los riñones excluidos funcionalmente, sean congénitos o adquiridos, y siempre que ellos no desemboquen en la vejiga por un sistema normal de excreción; no estando comprendida en esta eventualidad las hipoplasias renales unilaterales congénitos o adquiridas; pero aun en el supuesto de que un riñón excluido funcionalmente (bien entendido en forma definitiva), escapará a nuestros medios de exploración actual, no tendría importancia práctica alguna.

Los casos diagnosticados clínicamente son raros: los pasaremos rápidamente en revista.

En 1913, **N. Repetto**, presenta una observación cuyo diagnóstico fué hecho en vida del enfermo. En 1917, **A. Galández**, hace el diagnóstico de otro caso, basándose en las cistoscopías y cateterismo ureteral y puede asegurar, dice, "que se trata de un riñón único, de origen congénito por la pielografía intravenosa, con uroselectan, cuya presencia había sido sospechada por los datos suministrados por la cistoscopia;

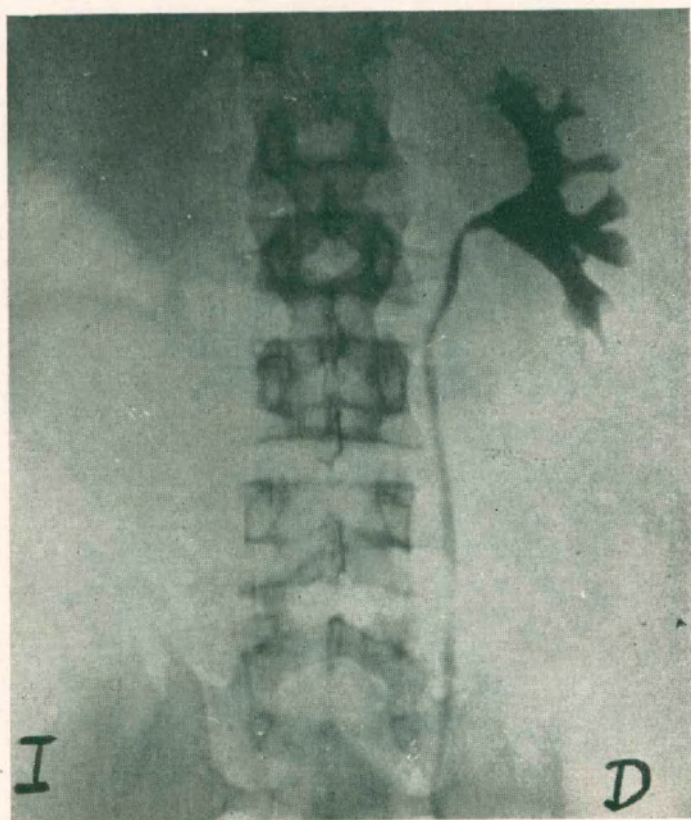


Figura 1

cateterismo y la pielografía habitual. Le es imposible percibir a la cistoscopia el orificio ureteral izquierdo, a pesar de los exámenes repetidos y prolongados; la radiografía simple dió una silueta renal derecha, perfecta, con ausencia absoluta de la correspondiente izquierda. Termina diciendo, "sin autopsia o sin operación ha sido siempre hasta el presente este diagnóstico muy temerario. El caso que acabo de someter a vuestra consideración, prueba que puede afirmarse hoy día por los resultados de la pielografía intravenosa, la pre-

sencia de riñón único, cuando los exámenes habituales: cistoscopia, cateterismo y radiografía (nosotros agregamos la cromo-cistoscopia), permitían sólo presumir su existencia".

Más adelante, el mismo autor agrega: debe señalarse una causa de error, la posibilidad de la exclusión completa de un riñón con ureter que aboque anormalmente, pero en ese caso habría ausencia de imagen pieloureteral.

En la observación de **Oeconomo**, publicada en 1920, se trataba de un riñón único con hidronefrosis sospechada durante la intervención y confirmada por la autopsia y tiene de interesante el hecho de la existencia de un ureter permeable en una extensión de 1 1/2 centímetros en el lado ausente de riñón y que terminaba en fondo de saco para continuar por un cordón duro y fibroso de 3 a 4 cms.

También encierra interés (aunque lamentamos que se trate de un caso de necropsia), la observación de riñón único relatada por **Pagliariere** y **Schiappapietra**. A la autopsia encontraron del lado donde faltaba el riñón, un ureter íntegro, terminando en fondo de saco y concluyen su comunicación, afirmando que ninguno de los métodos de examen: cateterismo, pielografía e indigo-carmin, hubieran permitido afirmar la ausencia del riñón izquierdo, si bien ella podría haber sido sospechada; sin embargo, admiten que, desde el punto de vista del tratamiento quirúrgico, los métodos más arriba citados, les hubiera permitido diagnosticar la no funcionalidad de dicho riñón.

Eisendrath publica también una observación diagnosticada clínicamente con ausencia de riñón izquierdo y lo hace exclusivamente aportados por la cistoscopia, cateterismos indigo-carmin y pielografía intra-venosa.

Duwe posee otra observación semejante, basando el diagnóstico en los mismos métodos, excepción hecha de la pielografía intra-venosa (por cuanto aun no se conocía).

Uno de nosotros, **A. Astraldi**, ha enviado para ser presentada en la Soc. de Urología de París, una observación de este género, pero, encontrándose afecto el riñón de tuberculosis. Los elementos de juicio, para llegar al diagnóstico no fueron otros que los mismos que sirvieron para asegurar esta cistoscopia, cateterismos, indigo-carmin, pielografías habitua-

ies, a lo **Chevassu** e intravenosa.

Con respecto a la frecuencia del lado con que se presenta esta anomalía, **Testut** cree que es más frecuente a la derecha; **Young** comprueba que falta 153 veces en el lado izquierdo y sólo 120 veces en el derecho; **Cathelin**, también afirma la mayor frecuencia del lado izquierdo.

Se desprende de las observaciones mencionadas, que los

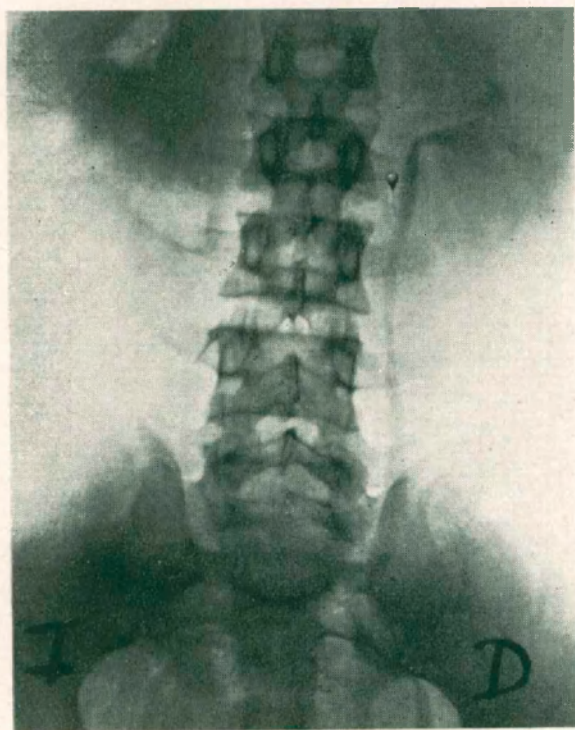


Figura 2

diagnósticos clínicos de la lesión en estudio, se ha realizado siempre con los medios de exploración conocidos actualmente y que, por otra parte, han sido usados por nosotros en este enfermo. **Boeckel**, opina que la pielografía descendente con Uroselectan (o cualquier otro preparado semejante: Abrodil usado por nosotros), permite "afirmar" en forma rotunda el diagnóstico de riñón único congénito. Por el contrario, **Pagliariere** y **Schiappapietra** piensan que estos mismos procedimientos exploratorios son insuficientes; pero es de suponer que, por razones elementales no nos adherimos a tales conclusiones.

Trataremos ahora de demostrar, como en nuestra observación hemos podido efectuar el diagnóstico clínico de riñón único normal de origen congénito, con los simples medios de que hoy puede disponer la clínica urológica.

Historia clínica.—

Se trata de un enfermo de 29 años de edad, que ingresa en la sala V, cama 20, el 22 de agosto del corriente año.

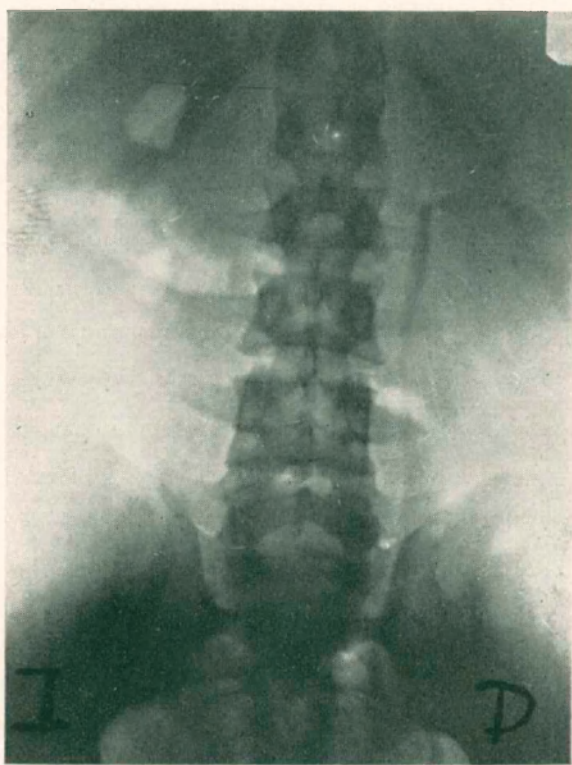


Figura 3

Su enfermedad actual, se inició en julio ppdo., con una sintomatología clásica de cólico renal derecho, que terminó a los cuatro días, por la eliminación por la uretra de un pequeño cálculo y persistiendo hasta su ingreso en el servicio, sensación de malestar y peso en la región lumbar derecha, exacerbándose con los movimientos violentos. Sólo nos referiremos en el examen clínico, a la parte urológica, pasando por alto el resto del examen somático, que no aporta ningún elemento de valor para su afección actual.

Los **riñones** no se palpan; no hay puntos dolorosos.

Los **uréteres**, los puntos clásicos principales y accesorios, no des-

piertan dolor alguno a la palpación superficial como profunda.

Uretra meato congénitamente estrecho, que obliga a practicar una meatotomía. Exp. No. 20, nada de particular, a excepción de un fondo de saco muy alargado (bulbar), uretra posterior sensible más de lo normal, a nivel del veru. A la uretroscopia posterior a MacCarthy, se observa que el veru, está aumentado de volumen y con caracteres de la infiltración blanda.

Vejiga: nada de particular a la exploración semiológica; a la cistoscopia llama la atención: 1o.) el meato ureteral derecho está normalmente colocado a nivel de la 9. redondeado y con buena musculatura y eyaculaciones; 2o.) el triángulo es incompleto, existiendo solo la porción derecha; 3o.) la simple búsqueda del meato izquierdo resulta infructuosa en todo el ámbito vesical. Esto obliga a pensar en la ausencia del ureter izquierdo, que desemboca por propio meato en la vejiga. Para dilucidar este punto, se efectúa una cromocistoscopia, con indigo-carmin por vía intravenosa a lo Pagliere, solución al 1 o/o e inyectándose sólo 2 cc. con cateterismo previo del ureter derecho para tornar más sencilla la búsqueda del meato izquierdo. Se deja especial constancia de la fina atención de que fué objeto durante todo el tiempo de observación, el meato ureteral derecho entre él y la sonda correspondiente a los efectos de comprobar que no saliera gota alguna de orina coloreada de azul y que podría haber alterado el resultado.

El indigo-carmin apareció a través de la sonda ureteral, a los 4 1/2 minutos y en totalidad, a través de ella lo que permitió simplificar la experiencia; durante 15 minutos, a partir del momento de la eliminación, el medio vesical no se coloreó. A los 25' se volvió nuevamente a observar y el medio estaba tan límpido, es decir igual el color al medio agua que se le inyectó. Este resultado nos permitió inferir: que, a excepción del orificio ureteral derecho que debe corresponder lógicamente al riñón del mismo lado, no hay comunicación directa entre el riñón izquierdo (si existe) y la vejiga.

Se practica a continuación la pielografía del riñón derecho por los medios habituales, con yoduro de sodio al 15 o/o y sonda ureteral, hasta la pelvis. Inyectamos 30 cc. de la solución opaca y se obtiene una silueta pielo-cilical de conformación normal, pero de tamaño mayor a lo normal, (siempre que la imagen obtenida, sea la real, pues se efectuó una radiografía simple y no una teleradiografía). El aparato excretor pertenece al tipo ramificado con pelvis que se halla ligeramente descendida, aunque sea imagen normal en todo sentido, lo mismo que el ureter. La sonda se ha detenido a nivel del borde superior de la tercera vértebra lumbar, punto en el cual, el ureter está ligeramente desviado por el descenso renal. Como no pudo practicarse el uretero-pielograma retrógrado a lo Chevassu, por cuanto el enfermo estaba ya cansado de tantas maniobras (que hubiera sido necesario para descubrir un posible ureter bífido), lo subsanamos con la pielo-

grafía intravenosa que, en definitiva debería aportarnos igual resultado ante la sospecha de un riñón único, que fué, por otra parte, en lo primero que se pensó. Se le inyecta 100 cc. de Abrodil en solución al 20 o/o, con un tiempo de inyección equivalente a 5', obteniéndose la primera pielografía a los 5' de finalizada la inyección y la segunda a los 11' del final de la misma.

Se obtiene en la primera placa, la imagen renal derecha y se visualiza todo el aparato excretor, con ausencia absoluta de todo, lo que puede ser riñón o aparato excretor izquierdo. A los 11' la imagen renal y pielo-ureteral derecha, es bien visible, no observando ninguna sombra en el lado izquierdo.

Examen funcional renal global.—

Azohemia 0.38 o/o

K de Ambard 0.083

P. S. P. 68 o/o

La uretoscopia posterior, previa inyección de indigo-carmin, es infructuosa con respecto a la búsqueda de un posible meato ureteral que pudiera abrirse a este nivel.

Comentarios

El simple examen cistoscópico, nos hizo sospechar en la posible existencia de una anomalía renal, por dos motivos: a) trígono incompleto y b) ausencia de meato ureteral izquierdo.

Qué anomalía podía presentar el enfermo?

1o.) Riñón único congénito.

2o.) Dos riñones que desemboquen ambos en la vejiga, por un solo ureter.

3o.) Dos riñones en que el ureter de uno de ellos se abriera en un lugar anormal: intestino; uretra posterior, vesícula seminal; conducto deferente dentro de las anomalías más frecuentes.

4o.) Las simples hipoplasias renales unilaterales congénitas y todo el grupo de las exclusiones simples renales por cualquier proceso patológico anterior.

El riñón único es la eventualidad más factible. Qué elementos de juicios tenemos para fundar esta opinión?

a) El meato ureteral único, abierto en la vejiga; b) Trígono incompleto; c) el tamaño aumentado de la silueta pielo-renal derecha; d) la ausencia de una imagen que pueda atribuirse al riñón izquierdo en la radiografía simple; e) el re-

sultado incontrovertible de la cromocistoscopia; f) la pielografía intravenosa que muestra en forma absoluta la ausencia de toda imagen renal izquierda y fundamentalmente de todo o parte del aparato excretor pieloureteral; g) el resultado negativo de la cromo-cistoscopia, cuando se practicó acompañada de la ureteroscopia posterior.

Basta la simple pielografía intra-venosa para descartar la presencia del riñón izquierdo y por lo tanto, la segunda eventualidad, bien entendido que nos referimos al riñón funcional, ya que si está excluido, nada podemos esperar de este procedimiento.

La tercera eventualidad se descarta también por el resultado de la pielografía intravenosa, que demostró la ausencia del aparato excretor izquierdo y no como se creía a primera vista, por el abocamiento anormal del ureter izquierdo que fué buscado, sin embargo, y con resultado negativo en la uretra posterior y eliminada la posibilidad de los otros posibles abocamientos, ya citados por la anamnesis y resultados derivados de las cromo-cistoscopias.

Con respecto a la cuarta hipótesis que debe entrar en consideración en este caso, descartamos la hipoplasia renal unilateral congénita, por la pielografía intravenosa en toda su amplitud, en cuanto al riñón excluido, no podemos descartarlo en forma absoluta con los medios de exploración hasta aquí utilizados y que de otra parte son los existentes en el campo de la urología. Sin embargo, la presencia del trigono vesical incompleto, la conformación viciosa y congénita del pene, en lo que se refiere a la disposición del glande, y la disposición del meato urinario (ureteral), con caracteres absolutamente anormales de tipo congénito, hace que estas circunstancias abonen en favor de aquella anomalía congénita también. Si existe otra anomalía dentro del campo genital en este enfermo? vesículas seminales, por ejemplo, no se ha intentado su búsqueda ya que el enfermo rehusaba toda exploración.

El diagnóstico en este paciente de riñón único congénito, con un sólo ureter y trigono incompleto, según la clasificación de **Papin et Eisendrath**, es de capital importancia para la vida del enfermo, frente al tratamiento de las posibles

complicaciones que podrían sobrevenir. En efecto podrían sólo tratarse las factibles de una operación conservadora: nefrotomía parcial o pielotomía en caso de litiasis o anuria y nefrostomía en caso de una hidronefrosis infectada. Igual conducta deberíamos seguir si se tratase de una exclusión renal o de una hipoplasia renal unilateral congénita, por cuanto en la primera, la nefrectomía está contraindicada por razones obvias y en la segunda, por la imposibilidad de hipertrofia compensatriz de los riñones en estado de hipoplasia congénita, como lo ha demostrado **Albarrán** y uno de nosotros, el Dr. **Astral di**, en su tesis de profesorado.

DISCUSION

Salleras. —

Llama la atención la regularidad del contorno renal, y se trata de un caso en que la pielografía descendente, tiene importancia para el diagnóstico.

Montserrat. —

Dado que se ha hecho una excelente revisión bibliográfica especialmente nacional, recuerda que el profesor Llambías estudió una interesante observación, publicada en La Prensa Médica, si bien se trataba de un caso de necropsia.

Schiappapietra. —

Por el conjunto de datos aportados evidentemente no cabe otro diagnóstico, pero insiste en que la pielografía descendente no basta porque podría tratarse de una exclusión funcional.

Astral di. —

Evidentemente puede tratarse de una exclusión renal y así lo expreso en mis comentarios, y sólo la lumbotomía da el diagnóstico de certidumbre, pero prácticamente los métodos de exploración de que disponemos pueden llevarnos a un diagnóstico que creo es el exacto en nuestro caso, por el conjunto de datos que he expuesto.