

APLASIA RENAL, DIAGNOSTICO CLINICO, QUIRURGICO E HISTOLOGICO

Por los Dres. ROBERTO A. RUBI Y ALFREDO A. GRIMALDI

Las esporádicas comunicaciones sobre "riñón único" que han sido presentadas a esta Sociedad suscitaron siempre interesantes consideraciones relativas a los medios de diagnóstico, y criterio terapéutico, e inclusive discusiones lingüísticas acerca de la verdadera etimología terminológica. Bernardi y Wainberg en 1956 y Trabucco y colaboradores en 1958, exponen importantes conceptos en este terreno que deseamos recordar muy sucintamente. Aquellos se refieren al valor de la aortografía para el establecimiento de la ausencia congénita de un riñón, repasan la casuística y comentan la terminología. A su vez, Trabucco y colaboradores, documentan un primitivo error de diagnóstico, al que indujo la aortografía, que aclaran posteriormente al comprobar que la presunta agenesia consistía, en realidad, en un riñón tuberculoso excluido.

La consideración de estas comunicaciones nos lleva a la conclusión de que a pesar del gran valor de ciertos métodos modernos (aortografía, por ejemplo) es menester recurrir a todos los medios complementarios indicados (urografía de necesidad, perineumorrriñón) para establecer el diagnóstico de *riñón único* y aún así, muchas veces, *solamente la lumbotomía exploradora y el estudio anatómopatológico* podrán asegurar la real existencia de una agenesia o una aplasia renal.

Antes de transcribir la breve historia clínica que sustenta este trabajo, dejamos aclarado que nosotros estamos con los que consideran que al referirse al riñón, "*agenesia*" significa falta de formación, ausencia total de tejido nefrogénico, es decir, del riñón, uréter y trigono correspondiente; y "*aplasia*" implica detención en el desarrollo; el riñón no ha llegado a formarse, limitándose a una insignificante masa amorfa de restos no funcionantes, con existencia de trigono y uréter, casi siempre atrófico. Del punto de vista práctico, ambos términos conforman la idea genérica de "*riñón ausente*". Viene bien pues, citar la afirmación de Manquet: "el riñón atrófico —muerto funcionalmente— supone desde el punto de vista terapéutico un problema superponible al del riñón único anatómicamente hablando, ya que en uno u otro caso, el paciente no cuenta más que con un solo riñón, con todo lo que ello puede comportar en sus consecuencias patológicas futuras".

Historia clínica: J. M. R., 37 años, argentino, casado. Sin antecedentes dignos de mención. Aqueja, desde hace unos tres meses, *lumbalgia* indefinida, con discreta relación con los movimientos, que calma generalmente con el reposo. Bruscamente, se instala el dolor en flanco y región inguinoabdominal derechas, que obliga a calmarlo (depropanex, buscapina compositum, etc.). Este dolor, tipo cólico, se acompaña de discreto meteorismo,

franca polaquiuria y ardor miccional. Al término de 20 horas, cesa repentinamente con la eliminación de un pequeño cálculo oxálico del tamaño de medio grano de arroz.

En estas condiciones vemos al paciente y, además del análisis del cálculo (sic), solicitamos el estudio radiográfico.

Podemos observar, que la radiografía directa es negativa, aunque se aprecia una gran masa renal derecha. La urografía excretora a los 10', 20', 30' y 60', revela exclusión funcional absoluta del lado izquierdo sin visualización de sombra renal y, a la derecha, una perfecta imagen anatómica y funcional de la vía excretoria correspondiente a una glándula hipertrofiada.

El examen endoscópico pone en evidencia una vejiga de caracteres normales. Existe trigono y meatos ureterales, pero el carmín-indigo, no aparece por el meato izquierdo

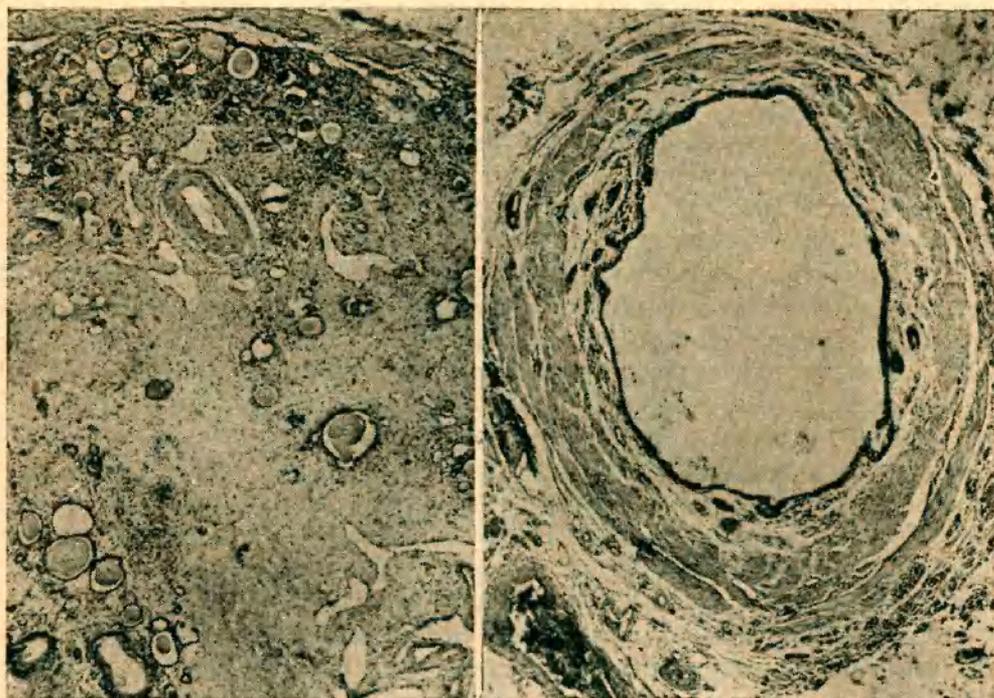


Figura 1. — Campo correspondiente al brote renal no desarrollado constituido por tubos atróficos y tejido conjuntivo. Coloración: Hemalumbre-eosina. Leitz, obj. 1, ac. 6x per pl., aumento 50x.

Figura 2. — Corte del uréter con su luz amplia y pared delgada con mucosa atrófica. Coloración: Hemalumbre-eosina. Leitz, obj. 1, oc. 6x peripl., aumento 50x.

(hasta 15'), mientras que surge intensamente concentrado y con buena proyección a los 3', del lado derecho.

Se efectúa, entonces, *ureteropielografía a lo Chevassu*. Se cateteriza el M. U., izquierdo y la inyección del yoduro de sodio, al 2% rellena el uréter hasta el borde superior de la 2ª vértebra lumbar. Se trata de un uréter muy delgado y no se logra rellenar pelvis ni cálices... La imagen radiográfica es nítida. Con el fin de obtener el relleno piélico se efectúa una 2ª radiografía, inyectando a presión 2 centímetros cúbicos más de la sustancia opaca, lo que provoca vivísimo dolor y nos brinda una imagen semejante a la anterior, pero al relleno de ese uréter, delgado, se ha superpuesto en su extremo un huso de unos 4 centímetros de ancho, casi al lado de la columna.

Con el diagnóstico presuntivo de *riñón único congénito*, desechamos otros exámenes complementarios (enfisema perirrenal, aortografía), que conceptuamos superfluos, —en este caso— y no inocuos, métodos que no son de rutina y que el público no acepta con facilidad.

Optamos, pues, por la vía directa, proponiendo la *lumbotomía exploradora* izquierda.

En el Sanatorio Otamendi y Miroli, el 13-VIII-1960, se realiza una *lumbotomía económica intermuscular* del lado izquierdo. Nos permite abordar el uréter, reseca el delgado conducto a la altura de la cuarta vértebra lumbar y siguiéndolo hacia arriba extirpar con él una pequeña masa esclerolipomatosa, como una habichuela. Sin la certeza de pedículo vascular ni cosa semejante, se efectúa, sin embargo, una ligadura de seguridad en su extremidad cefálica.

Cierre anatómico de la pared, sin drenaje.

Deambulacion a las 30 horas. Alta: tercer día.

El profesor Julio C. Lascano González, efectúa el estudio *histopatológico* de la pieza extirpada.

Examen Nº 11.688. Sr. J. M. R. Remitido: doctores Rubi y Grimaldi.

Examen macroscópico: El material quirúrgico que se estudia, comprende un uréter atrófico que se continúa en el extremo proximal con una pequeña masa fibroadiposa que parece corresponder a un brote renal hipoplásico.

El uréter es muy delgado presentándose como un tubo de paredes finas con una luz proporcionalmente amplia que varía según las regiones.

Para el estudio histológico se incluyen en parafina secciones transversales a diferentes alturas del uréter y varias completas de la masa fibroadiposa, haciendo luego cortes que se colorean con hemalumbre de Mayer y eosina.

Examen microscópico: Los preparados de la masa fibroadiposa muestran que corresponde a un brote renal no desarrollado, es decir, que se trata *no de una agenesia sino de una aplasia*, cosa que era de imaginar por la existencia del uréter, que falta por completo en las agenesias y se lo encuentra, aunque atrófico, en las hipoplasias.

El *brote renal* se caracteriza por su *constitución exclusivamente tubular sin glómerulos* (figura 1), por la existencia de una *fibrosis difusa* y de una gruesa cápsula en la superficie.

El uréter muestra los caracteres generales de una atrofia; existen todos los componentes histológicos de la pared (figura 2), pero muy escasamente desarrollados.

Diagnóstico: Uréter atrófico correspondiente a una aplasia renal.

COMENTARIOS

Las anomalías del uréter están en íntima relación con las anomalías similares del riñón, de modo tal, que en la *agenesia renal unilateral* (la bilateral es una monstruosidad incompatible con la vida) es casi la regla la ausencia de la vía excretoria correspondiente, como lo corrobora Anders, en cuya recopilación de 272 casos de R. único, el uréter no existía en 248 y era muy rudimentario en los 24 casos restantes (Young). En cambio, la agenesia renal con persistencia completa del uréter es una anomalía por demás infrecuente, pero aceptable si se tiene en cuenta la dualidad embriológica del blastema renal y de su vía excretoria. Caben aquí las consideraciones que hemos formulado anteriormente sobre la terminología y la diferencia conceptual entre *agenesia* (sin vía excretoria) y *aplasia* (con vías atróficas y restos rudimentarios renales no funcionantes).

Creemos, por otra parte, que el *control operatorio* es, sin discusión, el medio de seguridad para establecer la real incidencia de estas anomalías.

En nuestra observación cabe el diagnóstico clínico de *riñón único congénito* y de no mediar el minucioso estudio histopatológico del profesor Lascano González, bien podría defenderse esa presunción diagnóstica en aquel terreno.

Bastaría, de no proceder a una prolija disección del muñón ureteral, confundir la masa embrionaria restante con el tejido esclerolipomatoso circunvecino, dilacerarla y subestimarla, lo que nos hubiera inducido a rotular erróneamente el caso.

Por eso, al insistir sobre el *valor real de la lumbotomía*, lo hacemos recalcando la necesidad de una *investigación minuciosa* de todo lo que gire alrededor del muñón ureteral proximal.

En cuanto a la interpretación de la *pielografía* ascendente, la imagen obtenida no es específica de la aplasia renal. Podría también corresponder a una

exclusión ureteral tuberculosa o a una obstrucción tumoral. En el primer caso, recordando otra vez la comunicación de Trabucco ya citada, existen, además, antecedentes de un pasado urinario de forma clínica variada que puede acercarnos a la verdadera pista. En el segundo caso, siempre debemos sospechar una posibilidad. Tuvimos oportunidad de examinar a un paciente, joven de 31 años, aquejado de lumbalgia izquierda persistente. La exclusión urográfica izquierda nos llevó a realizar la pielografía ascendente. Nos reveló una imagen similar a la del caso presente (con un uréter más grueso). El paciente rehuyó la intervención y 6 meses más tarde, en el Hospital Israelita, el malogrado Dr. Arrúes comprobó, por lumbotomía exploradora, la existencia de un tumor inextirpable.

CONCLUSION

Debe establecerse la diferencia entre la *agenesia* y la *aplasia* renales. Los medios de diagnóstico, que, en términos prácticos, tienden a establecer la ausencia de una de las glándulas, no pueden resistir la comparación con la lumbotomía exploradora como método indiscutido de seguridad.

RESUMEN

Se presenta una observación de *aplasia renal* izquierda: restos rudimentarios embrionarios renales no funcionantes y uréter atrófico, certificado por la lumbotomía exploradora.

BIBLIOGRAFIA

- Lowsley y Kirwin. Urología clínica, 1944. Pág.: 1371.
Bernardi R. y Wainberg S. Valor de la aortografía en el diagnóstico de un caso de agenesia renal. Rev. Arg. de Urología. 1956, Pág.: 228.
Trabucco A., Otamenti B., Márquez F. y S. Wainberg. Agenesia renal. Rev. Arg. de Urología. 1958. Pág.: 343.
Vicchi M. y Vargas Sylva M. Aplasia renal. Rev. Arg. de Urología. 1959. Pág.: 56.
-