

DISTOPIA RENAL CRUZADA

Por los Dres. CLAUDIO CACCIATORE y ALBERTO E. GARCIA

Se conoce con el nombre de distopía o ectopía renal cruzada, la anomalía de posición en la cual el órgano se halla alojado en la mitad opuesta del abdomen, en conexión más o menos íntima con el riñón que ha conservado su posición anatómica, siendo los dos ureteres independientes y desembocando normalmente a cada lado de la vejiga. *Papin* y *Palazzoli*, consideran únicamente como ectopía renal cruzada los casos en que ambos riñones son independientes, designando con el nombre de "Sínfisis renal unilateral", cuando están unidos, sin hacer distinción en la naturaleza de la unión (85 % de los casos). Pero el concepto de estos autores no ha progresado, y sólo se tiene en cuenta la noción de posición.

La ectopía renal cruzada es una anomalía poco frecuente. *Motzfeldt* dice no haberla observado nunca en 4.500 autopsias en que la ha buscado. *Papin* y *Palazzoli*, en 1910, en un trabajo muy completo, han podido reunir 79 casos en la literatura mundial. *Pagel*, en cambio, en 1923, dice no haber encontrado sino 59 casos, incluyendo 4 personales, pero en su bibliografía faltan las observaciones de *Albarrran* y otras citadas por *Papin* y *Palazzoli*. *Fassiani* cree que hasta 1928, podrían reunirse alrededor de un centenar de observaciones a través de las diversas estadísticas publicadas.

Dentro de este centenar de casos, 80 cuando menos corresponderían a hallazgos de autopsia, y entre los 20 restantes, la mayoría

fueron comprobaciones operatorias, cuando más, presumidas clínicamente. Es indudable que la era de la pielografía ha aportado el único método de diagnóstico inequívoco.

El concepto de distopía renal adquirida, sostenido por *Cifuentes* y *Ontañón* en un trabajo reciente, creemos que no debe separarse del

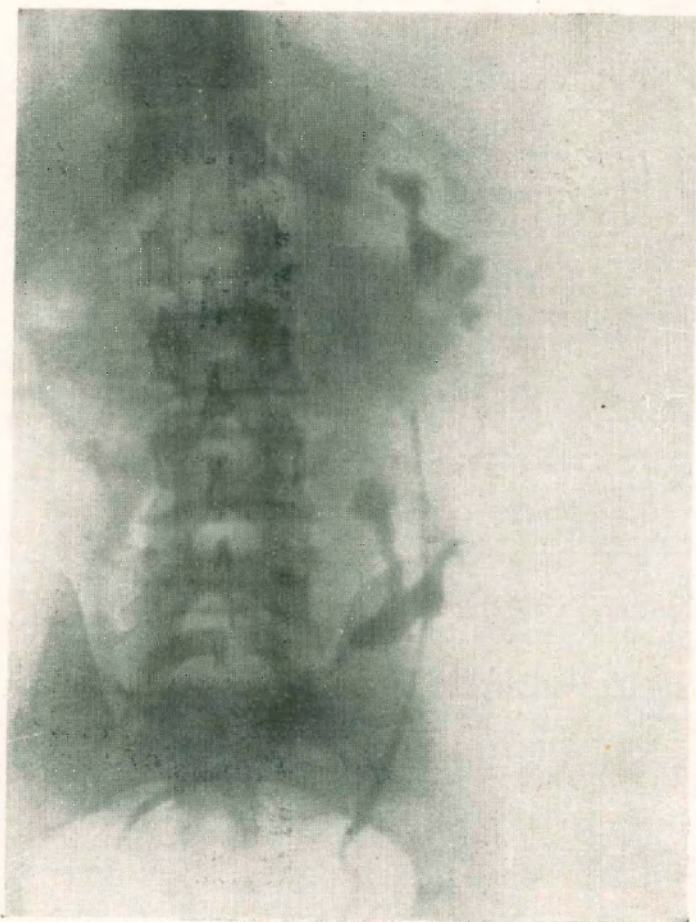


Figura N° 1

estudio de los desplazamientos del riñón por tumores desarrollados en su vecindad, como se ha hecho hasta ahora.

La distopía renal cruzada es más frecuente del lado izquierdo, se encuentra mayor número de veces en la mujer, y va acompañada casi siempre de otras anomalías y deformaciones del aparato urinario y genital, y de la columna lumbosacra.

El riñón ectópico se encuentra casi siempre situado por debajo del riñón mantenido en posición normal, está unido a él en la mayoría de los casos (85 %), por tractus de naturaleza diversa, algunas veces hasta muscular (Goomaghtigh), y comúnmente de polo a polo. El ri-

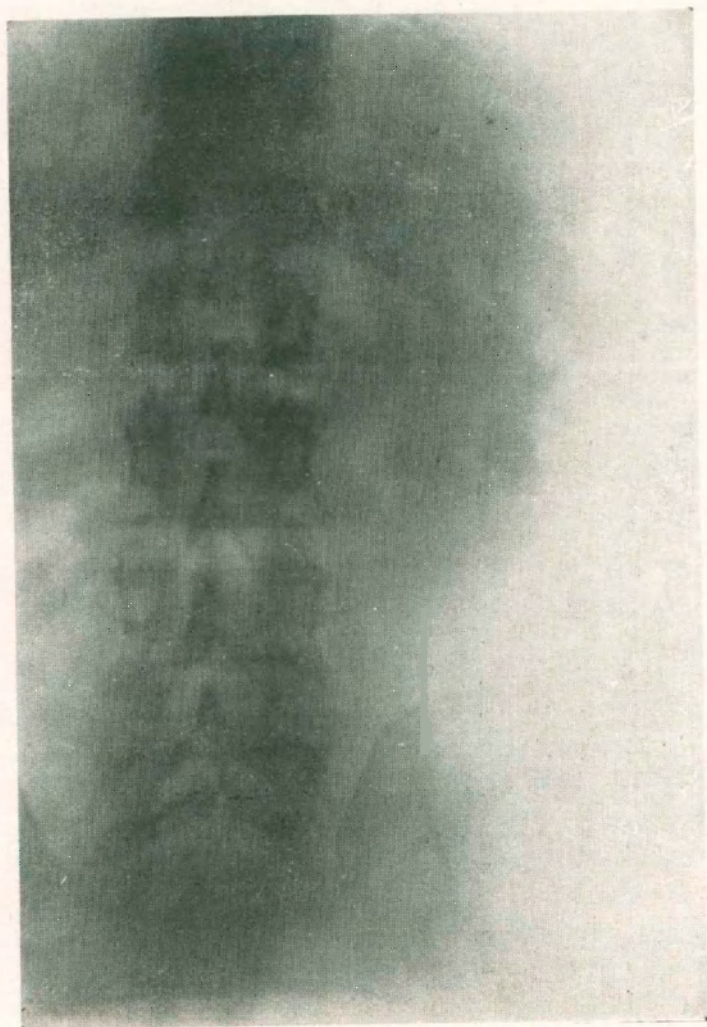


Figura N° 2

ñón ectópico presenta con frecuencia alteraciones de tamaño, forma y orientación, y el bacinete y los cálices suelen estar anormalmente conformados y orientados. Los uréteres conservan su independendencia, el del lado ectópico cruza habitualmente la línea media a nivel del promontorio y desembocan normalmente en los límites del trigono. La vas-

cularización es casi siempre múltiple (aorta lumbar, iliacas, etc.) como si le prestara una rama cada tronco vascular próximo. Por último, el riñón ectópico parece ser funcionalmente inferior a su homólogo, y en la mayoría de los casos es además un riñón frágil (Albarrán).

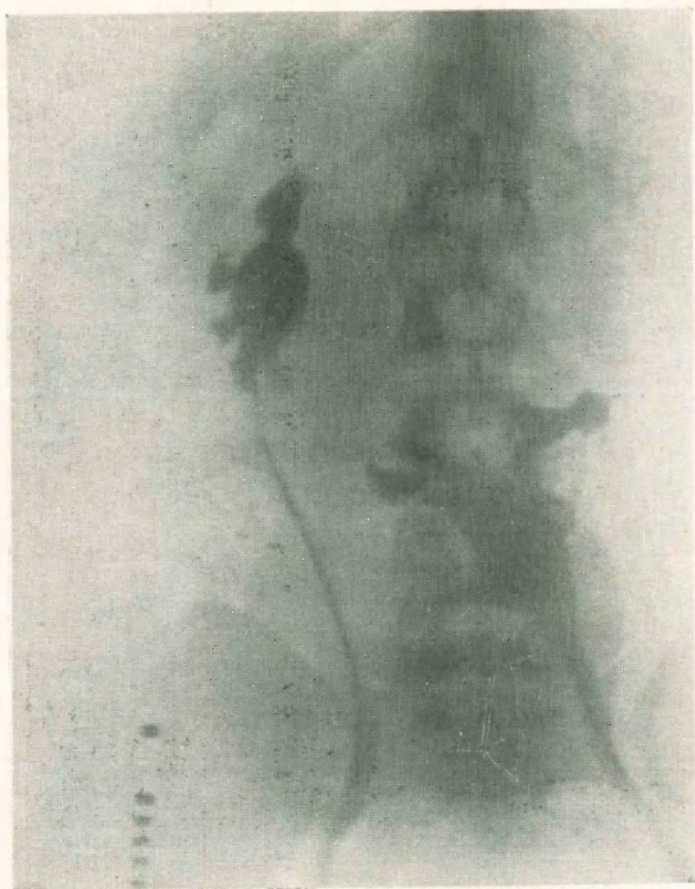


Figura N° 3

Otra observación de distopía renal, en estudio.

El caso que motiva esta comunicación lleva el N° 4.065 de historia clínica del servicio de urología del Hospital Español, y corresponde al enfermo J. T. Español, de 37 años de edad, soltero, empleado, que ingresa el 23 de Agosto del corriente año.

No registra ningún antecedente hereditario de importancia, y como antecedente personal no recuerda sino un chancro específico contraído hace 11 años, y una blenorragia hace 6 años, que fué tratada y curada en poco tiempo.

El enfermo hace remontar la iniciación de su enfermedad actual a 6 años atrás, época en la que comienza a sentir dolores en la región lumbo-sacra que aparecen en ocasión de los movimientos, y ciertas molestias vagas abdominales, que relaciona con las comidas, y que coinciden con un estado diarreico (3 o 4 deposiciones en las 24 horas) que ha persistido sin variantes.

Hace aproximadamente 3 años, en ocasión de un examen clínico, dice que le "descubrieron" una tumoración en el flanco izquierdo, que desde entonces ha ido aumentando de tamaño y haciéndose más palpable, sintiendo dolores que refiere como una sensación de pinchazos a ese nivel, fugaces, poco intensos y sin irradiación determinada.

Desde entonces, el enfermo vive con la obsesión de su tumoración, cuya naturaleza no han podido precisarla en los numerosos servicios a que ha concurrido, y a la cual le atribuye todos sus males, que en rigor de verdad no los puede determinar categóricamente. En cuantas ocasiones lo han examinado, le han instituído los más diversos tratamientos específicos y sintomáticos.

No refiere ningún trastorno urinario.

Examinado el enfermo, constatamos la existencia de una tumoración que ocupa el flanco izquierdo, de tamaño aproximado al de un puño, con dos polos netamente perceptibles, el superior a dos traveses de dedo por encima del ombligo y el inferior a nivel de la espina ilíaca. El borde externo es convexo, y el borde interno presenta a nivel de su parte media una escotadura que se aprecia claramente. La superficie es lisa, la consistencia es firme, y la sensibilidad es tórpidas, salvo a nivel de la escotadura mencionada, donde una fuerte presión digital despierta un dolor vivo con intensa reacción muscular de defensa. La tumoración se desplaza con la respiración y se moviliza de arriba a abajo con las maniobras de palpación bimanuales. No pelotea.

Por encima de dicha masa tumoral, ocupando el hipocondrio izquierdo, y situada más profundamente que ella, se palpa otra tumoración con todos los caracteres de un riñón aumentado de tamaño. Se percibe el peloteo, es indolora, y parece independiente de la tumoración del flanco, con la cual no es solidaria en sus movimientos. El resto

del abdomen depresible, sin particularidades. No se palpa ni pelotea el riñón derecho.

El examen del aparato urinario es negativo, así como el de los órganos genitales. no apreciándose ninguna malformación. Las micciones son normales, la orina es limpia en las dos copas, y el examen químico y del sedimento de la misma, no acusa ningún elemento patológico.

Practicamos una cistoscopia y observamos una vejiga de aspecto normal, con los uréteres bien implantados, que eyaculan rítmicamente orina limpia. Inyectamos carmín de índigo, que aparece a los 4' 10" en el uréter izquierdo, y a los 5' 20" en el derecho. Eliminación intensa en ambos lados.

Los detalles recogidos por la palpación de la tumoración del flanco, que reúne todos los caracteres de un riñón ectópico, nos hicieron pensar en la existencia de esta anomalía, y a fin de despistarla, llevamos a cabo una pielografía ascendente bilateral.

El pielograma (fig. Nº 1) que debió de hacerse retrógrado por la imposibilidad de introducir la sonda más de 4 centímetros en cada uréter, nos resultó muy interesante y demostrativo. En él puede apreciarse claramente la posición de los dos riñones, alojados en el hemiabdomen izquierdo. El riñón de ese lado está situado normalmente: aumentado de tamaño con conservación de la forma, y una imagen piélica que aunque incompletamente rellena, no acusa mayores alteraciones. El riñón derecho, en cambio, en ectopía cruzada, situado por debajo de su homólogo, sin poder apreciarse sus contornos, pero con una modificación grosera de la forma y relaciones de los cálices y de la pelvis. El uréter cruza la línea media a nivel del promontorio, para ir a desembocar en la vejiga, en posición normal. El uréter izquierdo sigue más o menos su trayecto normal algo desviado hacia afuera a nivel del riñón ectópico.

En la misma radiografía puede observarse la existencia de una espina bífida a nivel de la 5ª lumbar, y un esbozo de espondilolistesis en dicha vértebra.

Con el objeto de precisar las relaciones entre ambos riñones, practicamos una pielografía endovenosa (fig. N° 2), pero a través de ella no pudimos determinar los contornos del parénquima.

Llevamos a cabo también una separación de orina, que nos acusó un discreto déficit, traducido por una disminución de la cantidad y concentración de úrea y cloruros del riñón ectópico. El estudio químico y el examen del sedimento, no revelaron, sin embargo, la existencia de ningún elemento patológico.

Concluimos, pues, diciendo:

Que estamos en presencia de una distopía renal cruzada, a localización izquierda, que reúne todas las condiciones mencionadas como clásicas en esta anomalía de posición.

Que consideramos a ambos riñones independientes, o cuando menos con un puente de unión muy débil, por la perfecta limitación de los contornos del riñón ectópico, y la falta de solidaridad de sus movimientos, en relación con el riñón normal.

Que la pielografía es una vez más el medio decisivo de diagnóstico, y que conviene hacerla siempre bilateral, pues en casos como el presente, la pielografía izquierda (el presunto lado enfermo) habría demostrado un pielograma normal que obliga a deshechar la participación del riñón en el proceso en estudio.

Que la deformación de los cálices y de la pelvis, y el discreto déficit funcional del riñón ectópico son de regla, considerando a ambos riñones sanos, y por ende innecesario todo tratamiento.

Que los dolores lumbo-sacros que acusa el enfermo los atribuimos a su malformación de columna, proponiéndonos iniciar unas aplicaciones de radioterapia profunda, que parecen beneficiar mucho en algias semejantes.

Montenegro A.

DISCUSION

Refiere una observación de un riñón derecho situado por detrás de la matriz con ptosis simple.

Como ectopía cruzada cruzada refiere una observación de una enferma que se intervino por una tumoración del lado derecho, encontrándose en la operación de que se trataba de un caso de ectopía cruzada, sin poder precisar si los riñones estaban o no corridos.

Castaño E.

Como malformaciones renales publicó una observación con tres riñones, 2 en su ubicación normal y el tercero en ectopía pelviana, diagnosticándose clínicamente, quiste de ovario.
