

## HIPERTENSIÓN ARTERIAL "UROLÓGICA"

Por el Dr. HUGO C. SALING

Con alguna frecuencia se puede encontrar riñones pequeños unilaterales, debidos a distintas causas. Entre ellas, la hipoplasia y la atrofia pielonefrítica constituyen la mayoría. Se trata de órganos de un tamaño reducido a un tercio o más, afectos casi siempre de alguna lesión, generalmente infección o litiasis.

La mayoría de las veces el enfermo consulta por una afección urológica: cistitis, cólico renal, hematuria, que lleva a realizar los estudios de rutina. Pero otras veces la urografía se realiza para buscar el origen de una hipertensión arterial, aunque no exista ningún signo relacionado con el aparato urinario.

Los riñones hipoplásicos son órganos pequeños, con una constitución histológica similar a la del riñón normal, y con una función muy reducida. Estos riñones son rudimentarios y están expuestos fácilmente a la infección y cuando ésta está presente, el diagnóstico diferencial con la pielonefritis atrófica es dificultoso.

Los riñones retraídos pielonefríticos fueron normales y luego de sufrir un largo proceso infeccioso, llegan a la retracción y a la atrofia.

El estudio radiológico es fundamental y la mayoría de las veces establece el diagnóstico. En la radiografía simple podrá observarse una sombra renal disminuida y una franca hipertrofia en el riñón opuesto. En la urografía excretoria puede suceder que no haya eliminación del lado afectado, que exista una función muy disminuida, o que ésta sea normal. Cuando no exista función excretora, se impone la pielografía retrógrada.

Estos riñones, atróficos o hipoplásicos, con infección agregada, establecen toda una sintomatología de piuria, cólicos, hematuria, etc., y el tratamiento médico sólo aporta mejorías en el cuadro clínico. Solamente la extirpación de este foco séptico obtendrá la curación definitiva de estos procesos.

En cuanto a la hipertensión, durante años se ha discutido sobre el significado de la pielonefritis. Hoy sabemos perfectamente que una minoría de pacientes con hipertensión presenta una asociación segura de pielonefritis como causa, e hipertensión como secuela.

El mecanismo intermediario se cree que es vascular, de engrosamiento endoarterial en las zonas pielonefríticas, con resultados comparables a los que siguen a una ligadura parcial de los vasos renales. La relación causal se demuestra mejor en los pacientes con pielonefritis unilateral y cuya hipertensión cede o cura por nefrectomía, y en algunos casos de enfermedad bilateral en los cuales la hipertensión se alivia por tratamiento antibacteriano eficaz.

Las estadísticas muestran que el 50 % de los enfermos con pielonefritis atrófica tienen hipertensión. Desde los trabajos de Goldblatt y los de Houssay, Page y Braun Menéndez, se reconoce el papel hipertensor de las afecciones renales unilaterales y en especial el de las pielonefritis atróficas. Teniendo presente este concepto, no cabe duda de que debe extirparse siempre estos riñones pequeños, no sólo por la sintomatología urológica cuando la hay, sino por la hipertensión que provocan y mantienen.

Los fracasos del tratamiento quirúrgico en estos casos de lesión unilateral grosera, podrían encontrar su explicación en la existencia de afecciones más o menos precoces en el riñón opuesto. De ahí la importancia que han adquirido las pruebas funcionales de los riñones por separado, el radiorrenograma y la angiorenografía, para establecer el pronóstico del resultado quirúrgico.

El objeto de esta breve comunicación sólo es el de relatar un caso de riñón pequeño hallado en un hipertenso grave, que mejoró con la nefrectomía. Con tal motivo, no nos hemos referido al interesante capítulo de las hipertensiones provocadas por las alteraciones de la arteria renal y su tratamiento por la cirugía vascular, en cuyas maravillas podemos hoy cifrar grandes esperanzas.

El enfermo en cuestión es un hombre de 62 años, que nos consulta en abril de 1963, en mal estado general, y cuya afección remonta a dos meses atrás. Presenta cefaleas y lipotimias, acompañadas de "sensaciones" epigástricas y abdominales que ceden al evacuar el intestino. Simultáneamente trastornos de la visión, que consisten en nublamientos de la vista. Anorexia y gran pérdida de peso (unos 20 Kg. en esos dos meses). Algunos vómitos pero no intensos. La tensión arterial oscila entre 22 y 26 de máxima y 10 y 13 de mínima. No recuerda haber sido hipertenso. Fondo de ojo grado IV, con hemorragias y exudados recientes y antiguos. Estudio radiológico gastroduodenal, nada de particular. Tórax, fibrosis difusa. Ligeramente anemia, 35 % de linfocitos, orina ligeramente turbia, con 0,80 gr. de albúmina. Urea en sangre, 0,48 gr. No hay diabetes. El examen físico renoureteral es negativo y no recuerda antecedentes urológicos. Próstata ligeramente aumentada de tamaño, blanda, lisa, bien delimitada. La urografía excretoria pone de manifiesto un riñón pequeño no funcionando del lado izquierdo, y una hipertrofia en el opuesto.

Ante la rápida evolución de la enfermedad y la evidencia de una afección renal unilateral, se decide la nefrectomía, que se efectúa el 26 de abril de 1963. Técnicamente se realiza sin inconvenientes, y se extirpa un riñón pequeño que se ve rodeado de una intensa esclerolipomatosis. El posoperatorio fue accidentado, con importantes caídas tensionales que desaparecieron a los seis días de la operación, momento a partir del cual la tensión arterial se mantuvo sin variaciones en 14 de máxima y 8,5 de mínima.

A los doce días se le dió de alta y controlado frecuentemente, presenta en este momento, seis meses después, la misma tensión arterial. El estado general es bueno y ha recuperado su peso habitual. El examen del fondo de ojo revela la regresión de las lesiones y no hay exudados ni hemorragias.

## COMENTARIOS

La relación etiológica entre pielonefritis crónica e hipertensión ha sido sugerida por autopsias y estudios clínicos, aunque existe todavía considerable confusión. Las evidencias clínicas que implican a la pielonefritis crónica como una causa de hipertensión incluyen: 1) la relativa alta incidencia de la coexistencia clínica de las dos enfermedades y 2) el hallazgo empírico de que en la pielonefritis crónica unilateral, la exéresis del riñón enfermo puede resultar en la cura o el control de la hipertensión. En consecuencia, como los riñones pequeños funcionantes o no, son en tan alto porcentaje causa de hipertensión por la facilidad con que están expuestos a la pielonefritis, éstos deben ser extirpados toda vez que en un hipertenso no existan contraindicaciones formales para ello.

## BIBLIOGRAFÍA

1. *Lobo Onell y Díaz Muñoz*: Hipertensión y afecciones renales unilaterales. A propósito de un caso de hipertensión curada con la extirpación de un riñón piónefrótico. *Rev. Méd. Latinoamericana*, 1941, XXVI, 1073.
2. *Braasch, W. F.*: El riñón quirúrgico como factor etiológico en la hipertensión. *Cátedra y Clínica*, 1942, IX, 390.
3. *Belchor, G.*: Estudios urológicos en la hipertensión arterial. *Enfermedad renal unilateral como factor etiológico*. *La Semana Médica*, 1943, 11, 412.
4. *Gaudino, N. M.*: Efecto de la extirpación del riñón que provoca la hipertensión arterial. *Rev. de la Soc. Arg. de Biología*, 1944, XX.
5. *Dotta, J. y Delporte, T.*: Sobre un caso de hipoplasia renal en una enferma con gran hipertensión arterial. *Rev. Méd. de Rosario*, 1945, XXXV, 692.
6. *Donoso Castro, L.*: Hipertensión; riñón quirúrgico. *Anales del hospital del Salvador*, 1946, vol. 162.
7. *Arrúes, L.*: Hipertensión y nefropatía unilateral. *Rev. Arg. Urol.*, 1950, XIX, 27-38.
8. *Dotta, J. y Delporte, T.*: Importancia patogénica de los riñones pequeños. VI Congr. Americ. y III Arg. de Urol. M. del Plata, 1957.
9. *Brea, M. M.*: Hipertensión arterial; revascularización renal. *Soc. de Cirugía de Buenos Aires, Boletines y Trabajos*, 1960, núm. 25.
10. *Hughes, F.*: Aspectos urológicos de la hipertensión. *La Prensa Médica Argentina*, 1961 48, núm. 6, pág. 337-341.
11. La hipertensión por isquemia renal unilateral. *El Día Médico*, 1961. 33, núm. 48, pág. 1306-1308.
12. *Bellizzi, M.*: Tratamiento de la hipertensión arterial de origen renal vascular. *El Día Médico*, 1961, 33, núm. 14, pág. 265-267.
13. *Miatello, V y col.*: Importancia de la biopsia renal bilateral para establecer el pronóstico de la curación de la H. A. por la nefrectomía en ciertas nefropatías unilaterales. *El Día Méd.* 1961, 33, n° 31.
14. *Brest, A. and Moyer, J.*: Renal hypertension. *The Medical Clinics of North America*, vol. 47, n° 4, July, 1963.