

MEGACALIOSIS

(Hipoplasia Medular).

Por los Dres. C. Scorticati - H. Pagliere y S. Rojas.

POLICLINICO DE SAN MARTIN

Ruta 8 y Diego Pmbo
Provincia de Buenos Aires

La megacaliosis es una entidad anátomo-radiológica que tiene su origen en una displasia de las pirámides de Malpighi, las que no se desarrollan normalmente, permaneciendo hipoplásicas, a causa de ello, todos los cálices aumentan su capacidad, ocupando el espacio de la medular renal, que correspondería a dichas pirámides.

Tal trastorno congénito se produce en la última división del brote Wolffiano ureteral de Kupffer, cuando éste va a constituir los tubos colectores de Bellini el conjunto de los cuales conforma la pirámide de Malpighi.

La denominación de hidrocalicosis, con que muchos autores la definen, como Anderson, Fleming, Moore etc. debe ser abandonada pues expresa un trastorno obstructivo (el sufijo "osis") que no corresponde a un proceso de carácter exclusivamente congénito. Es también inexacta la definición de hidronefrosis intrarenal, con que muchas veces se ha confundido esta entidad, pues en su patogenia no actúa de ninguna manera la dificultad en la excreción por las vías renales; y aunque aceptamos, porque creemos que se ha generalizado en el léxico urológico el término de megacaliosis, con que A. Puigvert estudiara y difundiera esta entidad, creemos que dicho hombre, impresiona también como definiendo un proceso degenerativo, por lo que la denominación de hipoplasia medular renal, estaría más de acuerdo con la realidad, sin desorientar sobre su etiopatogenia pues ubica perfectamente al proceso entre las disgenesias médulo-calicales. Ubicada así, la megacaliosis, en el grupo de enfermedades que comprenden las displasias médulo-calicales, y sabido que su origen es la alteración del desarrollo del brote ureteral en su última y quinta división lo que no impide que el ureter haya aportado sin inconvenientes su estímulo trófico a las células metanefrógenas, las que por ello constituirán una cortical renal, anatómica y funcionalmente perfectas, es conveniente considerar las hipótesis patogénicas más aceptables:

1º teoría: Al no desarrollarse normalmente los tubos colectores de Bellini, división terminal del brote de Kupffer, que deben unirse con los túbulos controrneados distales, última expresión del metanefros, la propia cavidad calicular continúa su desarrollo en búsqueda del parénquima secretamente.

2º teoría: Una alteración del metanefros en su desarrollo condiciona el crecimiento excesivo del brote Wolffiano, que va a su encuentro. Esta eventualidad implicaría una alteración de la cortical renal con su correspondiente repercusión sobre las funciones que le son propias, cosa que no existe en el cuadro clínico humoral de la megacaliosis. Esto es suficiente razón para que aceptemos como más lógica la 1º hipótesis. Esta integridad funcional renal hace fácil comprender cual es el substractum anatómico que la caracteriza con particularidades propias bien definidas.

Los riñones tienen tamaño normal generalmente aunque pueden estar algo

agrandados ó disminuídos. Su contorno suele ser abollonado, semejando el riñón fetal. Al corte se reconoce la cortical de espesor y aspecto normal, al igual que las columnas de Bertin. Contrastando con esto la medular se encuentra hueca, ocupada por amplias cavidades calicilares recubiertas de urotelio sano. La pelvis renal y el uréter son completamente normales. Histológicamente se comprueba que el nefrón está perfectamente constituido hasta los tubos colectores, los que son particularmente cortos y no confluyen entre si para constituir los tubos de Bellini, sino que se abocan directamente a los cálices en una amplia extensión, sin conformarse entonces las papilas renales. La estructura músculo calicial está completamente distorsionada. Los estudios angiográficos de Puigvert y colaboradores demuestran que la vascularización renal está respetada y sin alteraciones.

La sintomatología propia de esta lesión es nula, y su existencia no implica ninguna alteración funcional, su hallazgo suele ser consecuencia de la investigación urográfica por alguna de sus complicaciones habituales en especial infecciosas y litiasicas, pues la megacaliosis como toda disgenesia renal es factor predisponente a complicaciones.

El urograma excretor preferentemente obtenido con dos o más dosis y en tiempos retardados permite obtener las imágenes que caracterizan la enfermedad, a saber: 1º La pronta aparición y buena concentración del compuesto yodado en las vías urinarias, que nos confirma junto con las pruebas y análisis funcionales la capacidad conservada del órgano.

2º Las imágenes calicilares aumentadas en número y tamaño, de contornos poligonales, afacetados, o en mosaico, tan diferentes a los cálices redondos "en bolas" de las hidronefrosis.

3º La existencia de una pelvis renal normal, o hasta pequeña, haciendo evidente la desproporción entre el contenido calicilar y el piélico, a predominio del primero.

4º Tamaño y forma del riñón casi normal, mientras que el espesor del parénquima que rodea los cálices está francamente disminuído.

Por las características anatómicas de la megacaliosis explicamos fácilmente su representación radiográfica; la sustancia yodada, que se excreta rápidamente y con buena moluría, es índice de la integridad cortical renal, sin embargo, para una mejor visualización es conveniente el refuerzo de la dosis del compuesto yodado, ya que este se diluye en la apreciable cantidad de orina que rellena todos los cálices.

La patognomónica morfología calicilar, polifacética, y de gran volumen, descarta la existencia de cualquier factor obstructivo, el que, de existir, imprimiría a los cálices una disposición redondeada resultado de la homogénea fuerza expansiva que condiciona la hipertensión en las vías. Por otra parte la pelvis y uréter sin dilatar, terminan por desechar cualquier factor obstructivo. El pronóstico de la afección es bueno si no es interferido por alguna de las complicaciones habituales. De producirse éstas, el mismo estará en dependencia exclusiva de los factores sobre añadidos.

Su tratamiento es higiénico-dietético con el fin de evitar la infección y la litiasis por lo que son convenientes los controles periódicos de orina y exámenes urográficos. No se justifica ningún tipo de intervención quirúrgica la que no sólo no aportará beneficio al órgano, sino que le condicionará una noxa más; al intentar corregir un factor obstructivo que no existe. Por esta circunstancia, por la importancia que tiene su reconocimiento, y el diagnóstico diferencial con la hidronefrosis, es que creemos útil referir nuestra observación:

Se trata de J. S. de 38 años de edad quien en diciembre de 1963 fue internado en un hospital del gran Buenos Aires, por presentar una retención aguda de orina como consecuencia del enclavamiento en un cálculo en la uretra posterior. Allí se le practica una uretrotomía perineal para extraer el obstáculo; posteriormente el paciente concurre a la consulta privada, siendo portador de una fístula perineal post-quirúrgica.

En sus antecedentes se constata dos blenorragias en su adolescencias, irregularmente tratadas y desde hace unos tres o cuatro años, disuria marcada, polaquiuria intensa y episodios de orinas turbias y frecuentemente rosadas. En el examen se observa la pérdida de unas gotas de orina, durante la mixción, por la reciente incisión perineal, chorro débil, orinas opacas. En el estudio instrumental se verifica la existencia de una estrechez de uretra bulbular, muy estenosante que se comienza a dilatar con bujías. Se interna para su estudio y tratamiento realizándole exámen urográfico que demuestra en la película directa la existencia de un cálculo vesical, ovoideo, regular de 6 x 4 cm. y un cálculo en polo inferior de riñón izquierdo. A los cinco minutos se ve tenuemente la substancia de contraste en ambos riñones, imágenes que se evidencian más en las películas de los 15 y 20 minutos. El tamaño de riñón izquierdo es apreciablemente mayor al del riñón derecho, que en las sucesivas películas demuestra menor capacidad de concentración de contraste, ambos presentan una franca dilatación de cálices, mayor en número también a lo normal, no visualizándose la pelvis y ureteres. Los análisis revelan una urea en suero de 0,30 por mil. Orina con densidad de 1018, neutra, con abundantes elementos celulares de descamación y leucocitos aislados. El urocultivo fue negativo, la eliminación de sulfofenotaleina de 53% en la 1ª hora, la creatininemia de 1,1 por cien centímetros y la depuración uréica reveló un porcentaje de 53 y 59% en las dos muestras correspondiendo a la depuración de 29,11 y 21,10 ml. de sangre por minuto.

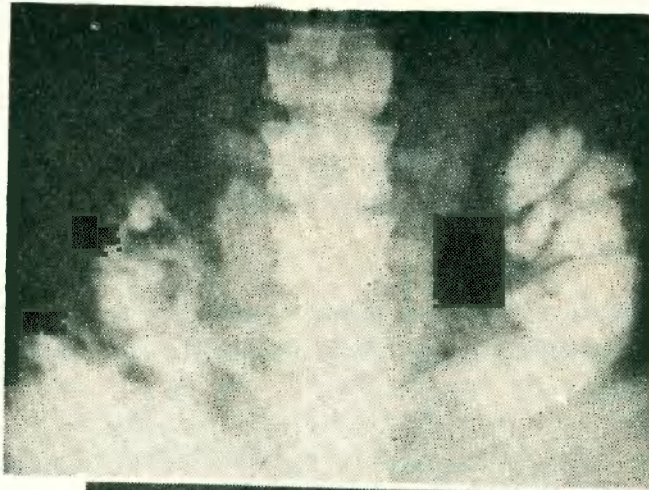
Se dilató la uretra, se realizó una cistostomía para extirpar el cálculo, encontrando un cuello vesical normal. Una sonda uretral en permanencia permitió el cierre rápidamente de la fístula perineal.

Al mes se realizó nuevo urograma, que no mostró diferencias en las imágenes renales, y a los 14 meses, en abril de 1965, y estando el paciente asintomático se repite el examen con doble dosis de sustancia de contraste obteniendo las típicas imágenes que caracterizan a la entidad que nos ocupa.

Se le propuso realizar un estudio arteriográfico que no aceptó, la litiasis calicular no se intervino por ser asintomática y no infectada. El caso fue consultado al Profesor Antonio Puigvert de España, por correspondencia quien confirmó nuestro diagnóstico.

En síntesis: se presenta un caso de megacaliosis recalcando los elementos que permiten reconocerla y la importancia de su diagnóstico diferencial con la hidronefrosis.

MEGACALIOSIS



BIBLIOGRAFIA

- MOORE, Th. Hydrocalycosis Brit. Urol 22 304 1950
- PUIGVERT, A. La megacaliosis Rev. Clin. Esp. XXIV, T. XCI. 69/80 - 1963
- PUIGVERT, A. Hidronefrosis e hidrocalicosis. Rev. Inst. Urol. Hosp. SS Cruz. y San Pablo Barcelona España 13º serie 1964.
- PUIGVERT, A. Interpretación etiopatogenica de las dilataciones calicilares. Rev. Inst. Urol. Hosp. SS Cruz y San Pablo Barcelona España Serie 13 1964.
- PUIGVERT, A. Megacaliosis: Diagnóstico diferencial con la hidrocaliectasia. Rev. Inst. Urol. Hosp. SS Cruz y San Pablo, Barcelona España Serie 13º 1964.
- PUIGVERT, A. Semiologie radiologique de la Megacaliose. Rev. Inst. Urol. Hosp. SS Cruz y San Pablo. Barcelona España. Serie 14 año 1964.
- PUIGVERT, A. Semiología radiológica de las malformaciones medulares. Rev. Inst. Urol. Hosp. SS Cruz y San Pablo, España Barcelona Serie 16 1965.
- PUIGVERT, A. Malformaciones congénitas de la pirámide de Malpighi. Rec. Urol. Hos. SS Cruz y San Pablo, Barcelona España, 17º serie 1966.
- PUIGVERT, A. Megacalicosis. Differentiation from Hydrocaliectasis. alev. chir. Acta. 31 414-419, 1964.
- PUIGVERT, A. Le megacalice. J. Urol. Nephrol. 70 321, 1964.

Segunda sesión - 30 de mayo de 1967

HOMENAJE AL 25 DE MAYO

Señores Consocios:

La Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Urología ha querido rendir homenaje a los patriotas de Mayo es por ello que hoy evocamos la gesta heroica de aquel día de 1810.

Han pasado 157 años y la idea de aquellos hombres libres, que mancomunados en un mismo ideal llegaron a lograr la independencia argentina debe seguir viva en nuestra generación para que unidos y estrechando filas podamos llegar a conseguir el adelanto y progreso de la urología y con ello aportamos un grano para la grandeza de nuestra patria.

Nada más.

ENTREGA DE DIPLOMAS

La Comisión Directiva propuso en Asamblea la designación de Miembros Honorarios a los Drs. José Monserrat é Isidoro Galvez. La Proposición fue aceptada por unanimidad. Ambos colegas han contribuido en una forma u otra al engrandecimiento de la Sociedad Argentina de Urología.

El Prof. Dr. José Monserrat desde el año 1929 socio de la A. M. A. Socio titular de la S. A. U. desde 1932.

Secretario en el período 1932-1944. Secretario de redacción.

Varias veces relator en Congresos de la especialidad, ha presentado 47 trabajos en el seno de nuestra Sociedad.

El Dr. Isidoro Galvez socio de la A. M. A. desde 1930, Miembro titular de la S. A. U. desde 1933 hasta la fecha. Secretario durante el período 1939-1940. Secretario de redacción de la revista desde 1943 a 1945. Ha presentado también gran número de trabajos.

En mi carácter de Presidente de la S. Arg. de Urología es para mí un alto honor el hacer entrega a tan distinguidos colegas de su diploma como miembros honorarios de esta Sociedad.

Dr. Monserrat.

Dr. Gálvez.

SESION QUIRURGICA

SR. PRESIDENTE. Esta mañana se realizaron las sesiones quirúrgicas previstas para hoy. Asistimos al Servicio de Urología del doctor Trabucco en el Hospital Rawson. La mesa directiva agradece al señor profesor su valiosa colaboración.

DR. GRIMALDI. Deseo expresar mi agrado por la reanudación de las sesiones de este tipo. En el servicio del Hospital Fernández suspendimos las actividades para poder concurrir esta mañana, lo que resultó muy útil y provechoso. Del mismo modo quiero manifestar, que será de beneficio para todos el nuevo método de que se exponen los asociados en la sesión de la noche sobre lo que se ha visto a la mañana como así también que se pueda preguntar y extraer al máximo los conocimientos que se han podido percibir en la sesión práctica.

Personalmente, hemos quedado muy satisfechos y muy agradecidos por la hospitalidad con que se nos recibió.

Quería preguntarle al doctor Trabucco por qué hace la suprenalectomía cuando está hecha la indicación operatoria, y por qué elige la izquierda, casi sistemáticamente.

También quería preguntar al doctor Sánchez Sañudo si en todos los casos como los operados esta mañana, se eligen siempre esas técnicas operatorias y esas vías porque es una directiva del servicio o si se trata de una actitud personal. En una palabra, quisiéramos conocer el mecanismo del servicio, cómo funciona.

DR. TRABUCCO. Agradezco al doctor Grimaldi sus conceptos. En realidad, los casos que se presentaron esta mañana son, en cierto modo, de rutina y hacen un poco a la orientación que le hemos dado a la cátedra de Urología de Buenos Aires. Es decir, la intensificación de la búsqueda o de la investigación científica en el hombre, especialmente en cuanto a ciertas características particulares de algunos órganos, como es el caso de la acción de la glándula suprarrenal, que tiene una importancia considerable en la patología del organismo, que podría ser corregible con la cirugía. No entramos a discutir aspectos particulares y no hablamos tampoco de un 100%, pero podemos decir que en muchos casos se trata de una operación muy estable.

El primer caso fue una suprarrenalectomía en un prostático. Un cáncer de próstata ya con metástasis desde hace varios años. Hemos observado que en los casos que vienen con grandes dolores, la suprarrenalectomía provoca un alivio inmediato prácticamente. Cesan espectacularmente. No pretendemos curar el cáncer de próstata con esta intervención, desde ningún punto de vista, pero la consideramos paliativa y de gran importancia. Tan es así, que al día siguiente aún sin necesidad del sostén corticoesteroide, el enfermo se encuentra como si no hubiese sido operado; sin ninguna dificultad absolutamente.

Con respecto a la segunda pregunta, elegimos la izquierda por varios motivos: primero, la suprarrenal izquierda pesa más que la derecha; segundo, la suprarrenal izquierda, contrariamente al riñón, es más baja que la derecha; tercero, el pedículo de la izquierda, es más sencillo generalmente que el de la

derecha. Sobre todo en lo que se refiere a vena, es una porción que va a parar a la cava, que tiene por lo general un centímetro a un centímetro y medio, a veces hasta dos. No ocurre lo mismo con la derecha en donde la distancia con la vena central es muy escasa y obliga a una ligadura prácticamente encima de la cava, y todos sabemos lo que eso significa. Un tironcito de más y tenemos que pasar un mal rato. En cuanto a la arteria no hay diferencias.

Esas son las razones por las que elegimos la izquierda en lugar de la derecha, pero no hay inconvenientes en buscar la otra si las condiciones lo requieren. Se me preguntó esta mañana por qué elegimos la vía lumbar. Ustedes vieron que fácil es esa vía. Es una intervención que se puede hacer en 15 o 20 minutos. Esta mañana el inconveniente fue la hemostasia que hay que hacerla bien, sobre todo en un anciano. De todas maneras es más sencilla la izquierda.

Ensayamos algunas veces las incisiones en boca de horno, es decir, de lado a lado por abdomen. Es una intervención larga, que dura fácilmente un par de horas o más, y allá al final con una incisión grande, en donde no tenemos ninguna facilidad para hacer la disección de la suprarrenal. Y por supuesto, transperitoneal.

Con respecto al cáncer de próstata, no sólo abordamos la suprarrenal en los casos extremos como el de esta mañana por el dolor especialmente, sino que creemos que en todo cáncer de próstata castrado, estrogenizado incluyendo los corticoesteroides, cuando aumentan por arriba de cuatro a cinco gramos del drenaje de la suprarrenal, debe procederse así, porque ese aporte de andrógenos sobre la próstata ya no son inhibidos por los estrógenos que se le dan ni por los corticoesteroides. Así, puede tener cuatro o cinco años más. Tenemos algunos casos de diez años. No diré que se ha curado el cáncer, pero un individuo que vive diez años después de operado, puede estar muy satisfecho.

El segundo caso que hemos operado, tal vez sea más interesante que el primero. Es un hipertenso que ha tenido un traumatismo del riñón hace aproximadamente quince años, y la tensión oscilaba en 24, 25, 26. En el urograma de excreción se ve un riñón izquierdo un poco grande con relación al derecho más chico, con una función aparentemente buena del lado izquierdo. No obstante, la visión radioisotópica nos denotó un riñón izquierdo sin función, prácticamente. En cambio, del lado derecho, tenía una función perfecta, absolutamente normal. Para prevenir por si hubiera alguna lesión de más importancia, hicimos una aortografía. El izquierdo es un riñón pequeño de poca (pepsia iódica) con una diferencia muy grande en la arteria en relación con la otra que es mucho más fina y más pequeña. En la sala se entabló una discusión sobre este tipo de arterias. Significan que es un proceso de esclerosis arterial que se confirmaba en cierto modo con la ausencia de las hipogástricas y un desarrollo mayor de las glúteas. No obstante la aorta es muy limpia, la ilíaca primitiva también. Abordamos el lado izquierdo. Primero nefrectomía, por la pequeñez del órgano, por el antecedente del trauma y por los datos radioisotópicos que nos indicaban la pobre función renal. Pero también con la idea de efectuar la otra intervención si encontráramos alguna suprarrenal hiperfrenada o agrandada. Por suerte nos tuvimos que limitar a lo previsto. Los que vieron la intervención de cerca, pudieron observar que se trataba de un pedículo grueso, cargado de grasa y duro. Tan es así que hubo que hacer la ligadura en masa; razón importante para pensar que la isque-

miã renal que se estaba presentando en este caso era debida a su arteria pequeña y a la compresión que estaba sosteniendo el pedículo, que estaba comprometiendo el hilo. Me acaba de decir uno de los ayudantes de esta mañana que el enfermo está en este momento con 14 y 8 de presión. Indudablemente que después de operado tiene un valor muy relativo; pero pensamos que esta noche está bien y que antes de la operación estaba en 24, 26 o 28. Quiere decir que un éxito inmediato, por supuesto lo tenemos.

SR. PRESIDENTE. La mesa directiva le agradece mucho su colaboración, doctor Trabucco.

DR. TRABUCCO. Yo soy el agradecido.

DR. SANCHEZ SAÑUDO. Esta mañana me tocó operar un caso común, un enfermo con un cálculo en el uréter.

El doctor Grimaldi preguntó si siempre usábamos la misma técnica y si era impuesta por directivas del servicio. En realidad, en el servicio, salvo cuando se trata de técnicas poco comunes, la elección de la vía queda librada al cirujano, porque se supone que no se pueden adaptar todos los enfermos a la misma técnica. Hay que adaptar la técnica al enfermo.