

Por eso, no podríamos decir qué es lo mejor. Entiendo que es preferible conservar la aponeurosis unida a la cresta iliaca. Aun admitiendo lo dicho por el Dr. Sáenz, es probable que la vascularización sea mejor que si se trasplanta por completo un trozo suelto de aponeurosis.

Al doctor Delporte, cuya contribución agradecemos, le diremos que no nos hemos referido a la prevención de las eventraciones. Debe reconocerse que en muchos casos escapa a una técnica muy cuidadosa la posibilidad de evitar que ocurran.

No en todos los enfermos estas eventraciones están ligadas a complicaciones postoperatorias inmediatas. Con la mejor técnica, a veces, se produce este problema.

La más segura manera de prevenir las eventraciones es utilizar una incisión anatómica siempre y cuando el proceso lo permita. De ahí que la incisión de Ekehorn sea la que mejor previene una eventración.

Instituto Gral. San Martín
La Plata, Buenos Aires

Rev. Arg. Urol. Nefrol. Tomo 40, 1971
Sociedad Arg. Urología, 22-7-71

POLYQUISTOSIS RENAL Y LITIASIS URICA

Dres. N. J. VIGO, E. E. CONTRERAS * y E. F. WILKS

En la mayoría de los casos, durante el curso de una enfermedad poli-quística renal el urólogo no interviene a menos que ocurra una complicación y así procede porque se encuentra desarmado frente a la misma. Entre las complicaciones por las que el Servicio de Urología fue consultado se llevan sin duda las palmas, la hematuria y el cólico nefrítico, con o sin litiasis aparente; y a ello nos hemos de referir luego.

La hematuria es, a no dudar, la más frecuente de las complicaciones, interpretada como consecuencia de una ruptura quística o por una litiasis, el cólico nefrítico es dable observarlo, según los autores entre el 18 y 23 % de los casos, fácilmente explicable por una litiasis evidente. Algunos, hacen referencia a que la eliminación de coágulos podría ser la causa del cólico nefrítico.

La anuria como complicación merece un párrafo aparte, fue interpretada en la mayoría de los casos como una insuficiencia renal terminal, habiendo olvidado que sin antecedentes patogénicos previos, el prefijo privativo "a" nos inclina hacia una anuria presuntamente obstructiva.

Teniendo presente los conceptos anteriores es que en el último año hemos encontrado entre nuestra clientela privada y el Servicio de Urología 3 casos de poli-quistosis renal con litiasis úrica. Solamente presentaremos un caso, que es el perteneciente al Servicio.

H. C., N° 1327/70.

P. E. sexo masculino, de 64 años, motivo de consulta: intensa hematuria, con eliminación de coágulos y como antecedente inmediato dolor en fosa renal derecha con irradiación abdóminogenital. Dicho cuadro se acompañaba de polidipsia. Fue medicado en su ciudad, Olavarría, con analgésicos, antibióticos, sueros, coagulantes y transfusiones sanguíneas no recordando la cantidad ni el tipo de medicamentación correspondiente. Concorre munido de un infor-

* Calle 6 n° 1243, La Plata.

me que reza de la siguiente forma: "Enfermo con hematuria en que la cistoscopia no arroja elemento diagnóstico por encontrar coágulos en su interior".

Al internarse se efectúa una nueva cistoscopia comprobando en forma categórica que proviene del lado derecho. Se realiza tratamiento médico sintomático y la indicación de los análisis de rutina. Al día siguiente el paciente se encuentra sin hematuria, efectuándosele un estudio radiográfico que mostró en la radiografía simple la carencia de un contorno renal delimitado, y en el urograma excretor la anulación funcional radiográfica del lado derecho y un riñón poliquístico característico del lado izquierdo, situación que persiste a los 60 minutos. Con todos estos elementos decidimos solicitar la colaboración del Servicio de Cirugía Cardiovascular y 24 horas después se le efectúa una arteriografía percutánea translumbar como verán Vds., con dos graves errores de técnica; extremo de la aguja de punción por debajo de las arterias renales y extravasación de la substancia de contraste por puntura o por disección de la aorta. Pero aprovechable en sus tiempos pielográficos en que observamos retardo en la eliminación del lado izquierdo y una muy correcta imagen derecha. Todo lo cual nos impedía realizar diagnóstico alguno.

Nuestro paciente recomienza con hematuria de 12 horas de duración a los dos días de la arteriografía y nos decidimos a realizar nosotros una arteriografía segmentaria retrógrada. La misma nos ilustró sobre el estado renal, enfermedad poliquística renal, de árbol sin hojas, con nefrograma pobre pero positivo para los dos lados, mostrando una silueta agrandada renal bilateral con mayor tinte del lado izquierdo, presumiblemente por obstrucción.

Los análisis fueron normales y a los tres días luego de una moderada hematuria y dolor en flanco derecho elimina una litiasis úrica y a los dos meses con el mismo cuadro una nueva litiasis úrica del lado izquierdo, expulsada.

Por todo lo expuesto, debemos en una poliquistosis renal adoptar una conducta algo más activa y no dar explicaciones patogénicas no corroboradas en presencia de complicaciones que son habituales en el curso de la enfermedad, como el cólico nefrítico y la hematuria, y eventualmente la anuria.

En cuanto a la concomitancia entre estas dos enfermedades, nos había parecido exagerada la afirmación de Ward. MacQuaid de una sola observación mundial de asociación entre poliquistosis renal y litiasis úrica, encontrando luego el trabajo de Steg, Raziciner y Aboulker cuyo título nos eximirá de mayor comentario: "Una asociación curiosa y frecuente: poliquistosis renal y litiasis úrica".

DISCUSION

Dr. Steinberg. — Nosotros presentamos hace un par de años en la Sociedad de Urología de la Provincia de Buenos Aires, varios casos de asociación de litiasis úrica en riñones poliquísticos.

Los riñones poliquísticos son eliminadores de sodio. Hacíamos la consideración de la gravedad de este problema sobre todo en los hombres. Un trabajo de Cendron habla de una edad límite de 50 años.

Este es un caso interesante porque se trata de un hombre de 74 años. La mujer es más fácil que pase esa edad, pero el hombre termina insuficiente renal antes de los 50 años.

Es importante tomar nota de la asociación de la insuficiencia renal con la hipertensión que crea un círculo vicioso, porque si se trata ésta, aumenta aquélla. Si se suprime el sodio, se aumenta la insuficiencia renal. El pronóstico es tan severo que el único tratamiento factible sería el del trasplante.

Hemos visto algunos enfermos con anuria en riñones poliquísticos, provocada por litiasis. Deseo saber el motivo, en el caso presentado, del examen endoscópico y la realización de dos cistoscopias seguidas.