

## RIÑÓN EN ESPONJA

Dres. CARLOS MACKINTOSH y CESAR E. AZA ARCHETTI

La existencia de una numerosa casuística nacional y extranjera sobre esta curiosa patología, nos exime de ser muy profundos en la descripción etiopatogénica y clínica de la afección.

En nuestra sociedad desde el caso publicado por los Dres. Mathis y Berri en el año 1955 han presentado observaciones los Dres. Pagliere H., Roca J. y Ganduglia J. en 1964, el Dr. Antelo en 1969, los Dres. Castría M. y Zobh I. en 1972, además de publicaciones en otros medios científicos. En todos ellos se ha tratado en forma exhaustiva los tópicos precitados. El objeto de esta nueva presentación, es aparte de adicionar un caso más a la lista anteriormente mencionada, mostrar el típico aspecto macro y microscópico de la afección, que han sido registrados muy claramente, estudios que consideramos han de resultar útiles y gráficos para aquellos colegas que se desempeñan fuera del ámbito nefro-urológico y desconocen o no llegan a interpretar bien esta afección.

Esta variedad de displasia medular, se la conoce también como: ectasia canalicular precalicial difusa, espongirosis renal, enfermedad quística de las pirámides renales o enfermedad de Cacchi-Ricci, autores éstos que fueron los primeros en realizar su descripción anátomo-clínica en el año 1948. Ya en el año 1938 Leonarduzzi descubrió las manifestaciones radiológicas, debiéndose a Aschoff la descripción anatómica en 1936. Es una afección congénita, uní o bilateral, más común en el sexo masculino que habitualmente cursa en forma asintomática y desde el punto de vista anatómico se caracteriza por presentar dilataciones tipoquísticas de los conductos colectores, que comunican con la cavidad calicial. Si bien algunos autores afirman que no es hereditaria. Lathrop encontró 5 casos en siete hermanos y se comunicaron observaciones asociadas a otras malformaciones (degeneraciones quísticas del urotelio, lesiones fibroquísticas de hígado, etc.).

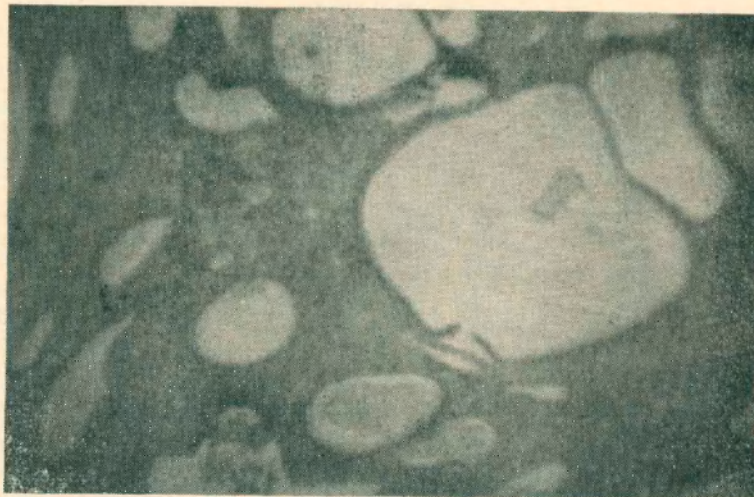


Su hallazgo está vinculado a la infección y litiasis que habitualmente la complican. Dentro de la múltiple patogénesis de esta última, encontramos aquí, un remanso a la evacuación de la orina, permaneciendo en el tubo mal



conformado mayor cantidad y por más tiempo. A esto podemos agregar la infección y otros factores locales y generales en su mayoría no bien conocidos.

La formación calculosa puede iniciarse en la luz tubular mal formada y posteriormente desplazarse hacia un cáliz o más frecuentemente quedar acantonada allí, creciendo en tamaño y número. El dolor, ya en forma de lumbalgia indefinida o como cólico renal, agregado a la hematuria, piuria y/o albuminuria, conducen al nefrólogo o al urólogo a solicitar el urograma que en definitiva, es el elemento que lo lleva al diagnóstico. En efecto, desde el punto de vista del laboratorio, la funcionalidad renal no está mayormente comprometida y salvo la orina hipodensa o la hipercalciuria que a veces se encontró coincidiendo con litiasis múltiple y que se interpretó como alteración del metabolismo del calcio, no hay otro dato digno de consignar.



Dentro de las alteraciones radiológicas podemos ver en la placa directa las microlitiasis proyectadas sobre la sombra renal y en el urograma por excreción visualizamos las cavidades quísticas que se llenan e incluso en estudios seriados son las primeras en hacerlo, más aún, si se reúne al artificio de la compresión ureteral. Si alguna de las cavidades alberga un cálculo que no la ocupa completamente, se puede ver un halo más claro, periférico al mismo, que corresponde a la orina con la sustancia de contraste. Generalmente la pelvis es normal.

Como las alteraciones anátomo-patológicas están limitadas a la zona medular y más aún a los vértices de las pirámides, los cálices pueden presentar alteraciones, de allí que el diagnóstico diferencial se lo debe hacer especialmente con: T. B. C., la necrosis papilar, la nefrocalcinosis y con las otras displasias medulares (megacaliosis, displasia tubular, divertículo calicial).

*Nuestro caso:*

A. Ch. de I. 49 años. Casada, argentina.

1) *Enfermedad actual:*

Manifiesta que hace una semana padeció una gran lumbalgia derecha que un colega la interpretó como un cólico renal, medicándola con antiespasmódicos que calmaron su dolor. En la fecha se repite el cuadro doloroso, acompañándose esta vez cefalea intensa epigastralgia y vómitos, por lo que concurre a la guardia del Hospital Central y se decide su internación.

## 2) Antecedentes personales:

Apendicetomía a los 16 años. Amigdalectomía a los 32 años. Hace 11 años (a los 38) padeció sendos cólicos renales en los que despidió cálculos.

## 3) Estado actual:

Decúbito indiferente, facies congestivas, lumbalgia derecha permanente con pouses dolorosas agudas, afebril, náuseas y vómitos biliares, presión arterial Mx. 200 Mn. 100.

## 4) Laboratorio:

Hemáties: 4.800.000. Leucocitos: 7.000. Neutrófilos: 63. Linfocitos: 31.

Eritrosedimentación: 20/48.

Glucemia: 0,78 grs. %.

Uremia: 0,44 grs. %.

Orina: Ácida - densidad 1015 - Albuminuria 0.20 grs. %. Hemáties 2 x Campo.

Hepatograma: Dentro de cifras normales.

Rx. de Tórax: Aumento del área cardíaca elongación aórtica.

Electrocardiograma: Trazado compatible con hemibloqueo anterior izquierdo.

Urograma: En la placa directa observamos que la silueta renal derecha conserva su forma y contornos, pero su tamaño está algo aumentado, visualizándose sobre ella, múltiples calcificaciones. La silueta renal izquierda se presenta s/p. A nivel de la articulación sacroiliaca derecha se visualiza una imagen radiopaca en el territorio del uréter. En las placas contrastadas se aprecia el riñón derecho excluido. Cistograma normal. Ante este estudio radiológico se solicitó, estudio del calcio, el fósforo y urograma por infusión con los siguientes resultados:

Calcemia: 9,3 mlq. %.

Fosforemia: 38 mlq. %.

Calciuria: 200 mlq. 24 hs.

## Urograma por infusión:

Uretero hidronefrosis con stop ureteral coincidiendo con la imagen radiopaca de la placa simple. Resto igual que en el urograma convencional.

Se decide adoptar actitud quirúrgica, practicándosele nefrectomía y ureterectomía por debajo del cálculo.

La evolución postoperatoria fue favorable retirándose de alta la paciente ocho días después de operada.

La anatomía patológica gentilmente cedida por el Dr. Eduardo Gallino nos informa:

Riñón que pesa 230 grs. y mide 13 x 6 x 5 cm. Al corte de la pieza se observan numerosas formaciones cavitarias en la medular. El riñón es pálido, con su corteza levemente disminuida.

En las cavidades, numerosos cálculos que no sobrepasan el mm. de diámetro incrustados en ellas. Pelvis renal dilatada. Uréter de paredes espesadas.

## Diagnóstico histopatológico:

Pielonefritis crónica litiásica, con dilataciones quísticas de conductos excretores a nivel de las papilas.

## Resumen:

Se presenta un caso de riñón en esponja con litiasis múltiples intraquísticas e hidronefrosis por litiasis ureteral, motivo por el que se practicó la nefrectomía. Como habitualmente el diagnóstico es radiológico y la conducta expectante, no siempre es posible mostrar la pieza anatómica y su histopatología como lo hacemos en esta observación.

## BIBLIOGRAFIA

1. Antelo, R.: Riñón en esponja. Rev. Arg. Urol. V 28: 37-38 (1969).
2. Aschoff, L.: Tratado de Anatomía Patológica. Edit. Labor (1934).
3. Cabanou, A. y col.: Asociación de riñón poliquistico y riñón en esponja. Med. Panamericana, 14: 155 (1960).