

Tomó un toro joven, lo castró y a las tres semanas de castración le inyectó en la vesícula seminal izquierda testosterona y al lado derecho hidrotosterona para gran sorpresa observaron que las dos habían producido el mismo efecto, por eso la razón que a veces dando una inyección de hidrotosterona no se tenga un efecto igual a la testosterona, dicen los expertos en esteroides, que es posible que la labilidad de la hidrotosterona no llegue a los tejidos y se destruya antes.

Dr. Scorticatti. — Creo que experimentalmente se puede determinar en cultivo de tejidos la hormono-dependencia de los tejidos.

Dr. Calamera. — En forma bioquímica no hay forma por ahora.

Dr. Ghirlanda. — Quería comentar con respecto a la interpretación de los resultados que se pueden obtener mediante un estímulo de las glándulas anexas por las hormonas y ejercer acción sobre ellos, y estamos tratando de esquematizar una serie de procesos funcionales para tratar de poder descartar que la falta de respuesta normal al estímulo y que la disminución de las cantidades de secreciones se debe a una falta de estímulo por parte de los andrógenos en los que se daba una falta de capacidad de las glándulas si éstas tuvieran infecciones. Además quería comentar que con respecto a la glándula prostática queda mucho por estudiar y con la hormonodependencia distante es bastante dificultoso averiguar cual de las glándulas produce las distintas sustancias que se encuentran en el plasma seminal. Quería acotar, y es muy importante, que estamos tratando de lograr una serie de pruebas para determinar cual sustancia, de las glándulas prostáticas aparecen más comúnmente en el plasma seminal.

Dr. Seoane. — Pregunta sobre la disparidad que se observa en los dosajes con el tratamiento a base de andrógenos que a veces no nos dan las interpretaciones correspondientes.

Dr. Calamera. — Yo traté de exponer con las diapositivas las experiencias que nosotros hemos tenido. Con el HMB hay disparidad porque simplemente la actividad es muy baja. Con FCH porque tiene muy poca acción con las respuestas de estos parámetros. Estamos tratando de incorporar nuevos parámetros que nos ayuden.

ECTOPIA RENAL CRUZADA

Por el Dr. ANTONIO A. VILLAMIL

Se entiende por ectopia renal cruzada, a la transposición del riñón al lado contralateral y cuyo uréter cruza la línea media, para desembocar en la vejiga en su posición normal.

Su frecuencia es extremadamente rara. Según Kretschmer, se encuentra 1 caso cada 7000 autopsias, coincidiendo con Mc Donald. However y Iwashita, encuentra 1 caso cada 5300 urogramas.

Dicha anomalía fue descripta por primera vez en el año 1654 por Panarolus, sumando varios cientos los casos publicados hasta la fecha.

Las variedades de esta malformación son dos: con o sin fusión de ambos riñones. La serie más importante de la primera, fue publicada por Abeshouse en 1947, que recopiló 341 casos, 4 de ellos personales. En 1957 Mc Donald y Mc Clellan citan 40 casos más y en 1965 Pathat suma a la casuística 6 casos, siendo 1 de observación personal, complicado con una uronefrosis gigante.

La segunda, o sea sin fusión renal, es la menos común. Según Malament y Majnarich, su frecuencia suma el 10 % de las ectopias cruzadas. Lee, encuentra 28 casos en la literatura, al que agrega 1 propio, 13 de los cuales fueron hallazgos de autopsia. Kine, cita en su trabajo 31 casos, de los cuales 8 fueron diagnosticados en vida, 2 de ellos de su observación personal y Mc Donald agrega 41 casos a la literatura publicada sobre el tema. En nuestra Sociedad, Bottini (h) y Ratto en 1936, presentan 1 caso.

Caso 1: B. U. de 49 años, de sexo masculino, consulta a raíz de un examen de ingreso laboral, observándose en el análisis de orina, ligeros trazos de albúmina y pus, sin ninguna sintomatología. No tenía antecedentes dignos de mención. En el examen clínico, se palpa una masa tumoral sobre el flanco derecho, que se extiende hasta el límite superior de la fosa iliaca, excursiona con la respiración, de superficie lisa e indolora, con sus bordes interno e inferior bien definidos. Urograma de excreción: en la radiografía directa no se observa masa renal izquierda. Con la eliminación de la sustancia de contraste, se ven dos masas renales derechas; la superior con vicio de rotación, algo desplazada hacia afuera y con su uréter llegando a la vejiga del lado correspondiente; el riñón inferior se encuentra ligeramente desplazado hacia la línea media, con una pelvis pequeña y cuyo uréter cruza la columna vertebral a la altura de la quinta vértebra lumbar, para terminar normalmente en la vejiga del lado izquierdo. La arteriografía muestra a la arteria renal superior engrosada, irrigando el riñón correspondiente, y otra inferior, para el riñón ectópico, ambas, ramas de la aorta. El efecto nefrográfico, pone de manifiesto ambos riñones, con sus límites netos, sin existir fusión entre los mismos.

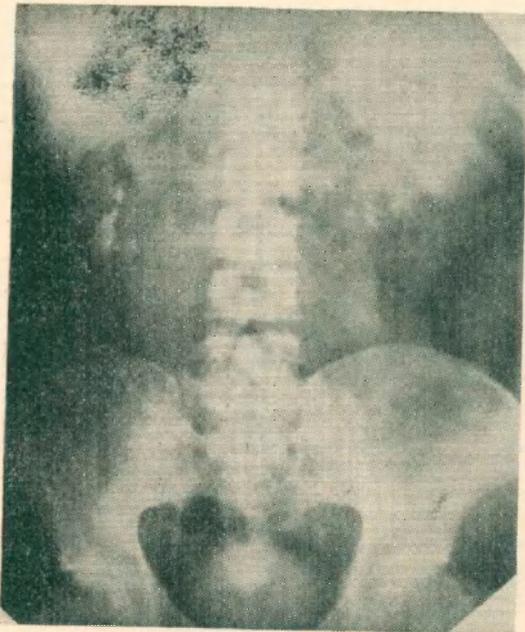


Fig. 1

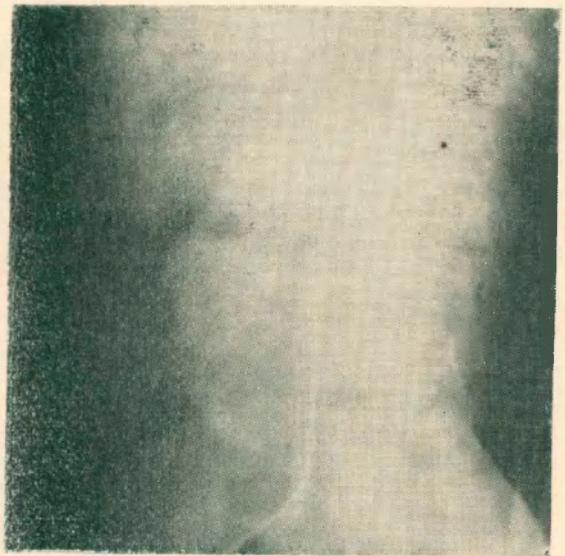


Fig. 2

CASO 1

El paciente fue tratado por su infección urinaria causada por el bacilo Coli, evolucionando bien durante los seis meses de su control.

Caso 2: A. C. de 62 años, que consulta por hematuria total, polaquiuria y discreta disuria. Se trata de un enfermo con un abdomen globuloso, que a la semiología no muestra signos de destacar.

Urograma de excreción: La placa simple muestra ausencia de sombra renal izquierda. Con la eliminación de sustancia de contraste, se ve un riñón superior mal rotado, con cálices y uréter normales y un riñón inferior desplazado hacia el centro, con cálices afinados y pelvis elongada, que se continúa con un uréter que cruza la línea media a la altura de la quinta vértebra lumbar y desemboca en la vejiga del lado izquierdo normalmente. En el cistograma se ve una pared lateral derecha irregular, con una evidente falta de relleno. La cistoscopia confirma la presencia de un tumor, con base de implantación en la pared lateral derecha, por arriba y detrás del meato ureteral correspondiente; trigono normal. Aterio-

grafía: se visualiza una arteria renal superior para el riñón correspondiente y una inferior, que naciendo también de la aorta, pero del lado izquierdo, la cruza para nutrir el riñón ectópico. En la faz nefrográfica se individualizan las dos masas renales no fusionadas y con sus límites netos. Tratamiento: Cistectomía parcial. Anatomía Patológica: Carcinoma transicional grado II. El paciente lleva 9 meses de operado, y su evolución a la fecha ha sido satisfactoria.

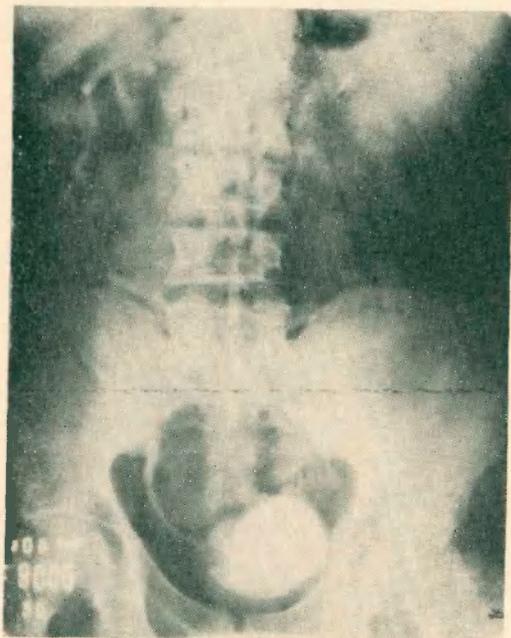


Fig. 3



Fig. 4

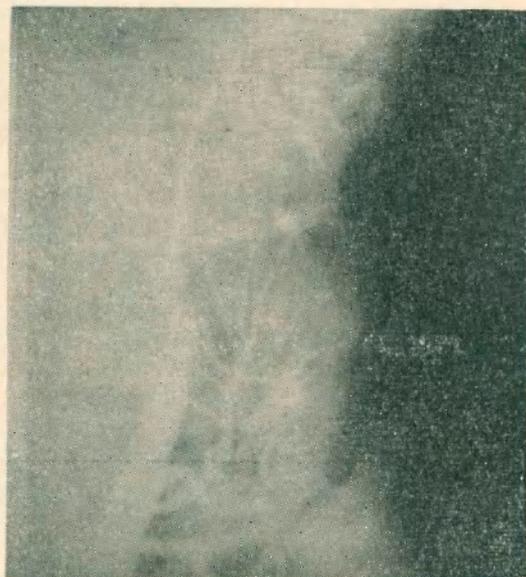


Fig. 5

CASO 2

Comentario:

Se ha establecido que la ectopía renal, es el resultado de una interferencia en el ascenso del metanefros durante el desarrollo embrionario. Originalmente el riñón embriológico permanente, yace en la pelvis, pero en la quinta semana de vida intrauterina, comienza su ascenso, llegando alrededor de la octava semana, a la altura de las primeras vértebras lumbares. Durante este desplaza-

miento, el riñón recibe su vascularización temporaria de la arteria sacra media, iliaca externa, iliaca primitiva y aorta. Este ascenso del riñón, puede verse interrumpido o desplazado al lado contrario, por un efecto mecánico, como son ciertas anomalías arteriales, de órganos vecinos y alteraciones esqueléticas. Los vasos temporarios se convertirán en permanentes, explicándose de esta forma, la vascularización anómala de estas malformaciones renales.

Su frecuencia es mayor en el hombre que en la mujer, observándose más comúnmente del lado derecho.

No tiene un complejo sintomatológico característico. El dolor lateralizado y una masa palpable en la parte baja abdominal, debe sugerir la posibilidad de una ectopía renal. A veces los síntomas gastrointestinales como los observados en el riñón en herradura, pueden predominar y confundir el cuadro. Pero es evidente que la mayoría de los casos pred tienen una evolución asintomática y sólo se ponen de manifiesto durante un examen urográfico, o cuando alguna complicación, como una pielonefritis, uro o pionesfrosis, litiasis o tumores, obliga a realizar estudios urológicos.

El urograma establecerá el diagnóstico en la mayoría de los casos, y deberá realizarse la arteriografía, que aclarará las imágenes renales y completará el conocimiento de la vascularización anómala de estos riñones, muy especialmente si deben ser intervenidos quirúrgicamente. En algunos casos, la pielografía ascendente será útil para conocer mejor el recorrido uretérico y el de ciertas imágenes pielocaliciales, dudosa en el urograma.

El tratamiento se basará exclusivamente en el control de estos enfermos y se actuará clínica o quirúrgicamente, ante la aparición de alguna patología agregada.

Deberá siempre investigarse la presencia de anomalías en otros órganos, por la frecuencia con que estas se encuentran.

Es aconsejable que el portador de esta anomalía, en la misma forma que se procede con enfermos diabéticos, epilépticos, etc., lleven en su ficha de identificación, la descripción de su malformación. Se evitará de esta forma, causas de iatrogenia, especialmente cuando deban ser atendidos de urgencia por accidentes.

Resumen

Se presentan dos casos de ectopía renal cruzada sin fusión. Se hace una breve reseña de la bibliografía sobre el tema, de los métodos de diagnóstico que deben realizarse y algunas consideraciones sobre la patogenia y los recaudos que deben tomarse con estos pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- Taneubam B.*: Solitary crossed renal ectopia. Arch Surg. 101: 616-8, Nov. 1970.
Malek R.: Crossed fused renal ectopia with an ectopic ureterocele. J. Urol. 104: 665-7, Nov. 1970.
 Crossed renal ectopia, Unexpected therapeutical result of a diagnostic instrumental procedure. Arch. Ital. Urol. Nefrol. 42: 375-86, 1969, Di Gracia.
Hurley G.: Grant hydronephosis in crossed infused renal ectopia. Kidney presenting as an unusual abdominal swelling. Brit. J. Urol. 41: 290-4 Jun. 1969.
Piolo J.: Pol. Tyg. Lek. 24: 284-6 Feb. 1969 Crossed renal transposition.
Rosembaunn S.: Considerations on 33 cases of renal ectopia. I. Urol. Nefrol. 75: 59-65, Feb. 1969.
Ressel G.: Crossed renal ectopia without fusión. Delaware Med. J. 41: 233-5, Aug. 1969.
Dworin J.: Crossed ectopia of a solitary kidney. J. Urol. 102: 289-90, Sep. 1969.
Marazzini Z.: Bilateral renal duplicity in horseshoe kidney. Minerva Urol. 18: 206-8, Nov. 1966.
Weiss R.: Crossed ectopia of a solitary kidney. J. Urol. 94: 320-2, Oct. 1965.