

VALOR DEL RENOGRAMA RADIOISOTOPICO EN LA PTOSIS RENAL

Por los Dres. C. SCORTICATI, A. R. CASABE, A. OLIVARI y L. MIROSLAWA

La ptosis renal suele ser un elemento más en el síndrome clínico de la esplanoptosis, que se presenta preferentemente en mujeres con conformación somática asténico-longilínea. Estas razones: la de no ser generalmente una enfermedad aislada, de presentación casi exclusiva en mujeres con hipotonía mesenquimatosa generalizada y con frecuente personalidad psiquiátrica hacen que la evaluación clínica de las mismas sea difícil y justifica la posición de algunas escuelas que niegan carácter patogénico a la enfermedad, siendo clásica, por ejemplo, la expresión de R. Couvelaire al asegurar que "la mayor complicación de la nefroptosis es la nefropexia". Sin estar de acuerdo con una posición tan drástica y terminante, creemos que es necesario evaluar todos los elementos que la clínica y sus métodos auxiliares nos ofrecen antes de decidir una actitud correctora.

En la clínica es de fundamental importancia la valoración del dolor que puede manifestarse como dolorimiento lumbar, o un cólico nefrítico de diferente intensidad, o, como sensación de molestia o tumoración en flanco o fosa ilíaca derecha, que cede totalmente en decúbito dorsal o en posición de Trendelenburg. La misma remisión suelen tener también los síntomas reflejos neurovegetativos asociados y que son de preferente ubicación en la esfera digestiva.

La valoración de la tensión arterial en diferentes posiciones es válida cuando se hallan valores mayores en posición de pie, llegando a veces a presentarse como hipertensión ortostática significativa.

Es útil, también, la determinación del ritmo miccional, pues en algunos pacientes puede estar invertido debido a isquemia renal.

Las recaídas y recurrencias de infecciones urinarias deben ser debidamente justificadas. En estos pacientes la urografía excretora en posición de pie además de objetivar el grado de ptosis va a demostrar el trastorno evacuatorio y renal que la misma puede condicionar.

El Laboratorio colabora con la comprobación de las alteraciones que la ptosis provoca demostrando albuminuria o hematuria ortostática, consecuencia generalmente, de la congestión pasiva renal por compromiso del drenaje venoso, o, el incremento de la lácticocehidrogenasa urinaria por alteración de la irrigación arterial.

Ultimamente se han agregado los estudios con radioisótopos. En una serie de pacientes con ptosis renal, con el fin de perfeccionar el diagnóstico de esta patología, hemos efectuado el renograma radioisotópico. Fue descrito en 1956 por Winter y Tamplin. Se utiliza para su realización un producto de excreción electiva por riñón, marcado con sustancia radioactiva iodada. Desde 1960 se usa el yodo hipurato de sodio, producto estable, atóxico, que no se fija a hígado ni bazo y presenta la ventaja de su eliminación rápida.

La curva de radioactividad normal se descompone en tres segmentos o fases (Fig. 1):

a) Fase vascular: a los segundos de inyectado el medio se observa una brusca elevación, casi vertical de la curva, que traduce la difusión del producto dentro de la circulación renal.

b) Fase secretora: a la fase anterior le sigue una elevación lenta y atenuada que corresponde a la fijación y secreción del producto por el parénquima renal.

c) Fase de excreción: revela la eliminación del producto y se manifiesta por un descenso lento de la curva.

Material y métodos:

Se estudiaron 15 enfermos portadores de ptosis renales de 2do. y 3er. grado. (Consideramos ptosis renal el 1er. grado cuando el riñón ptosado llega a cresta iliaca, de 2do. grado cuando la sobrepasa y de 3er. grado cuando se encuentra francamente en cavidad pelviara). En todos se efectuó historia clínica, determinación de cifras tensionales en decúbito dorsal y en posición erecta, examen físico-químico y bacteriológico de orina, urograma excretor en decúbito dorsal y en posición de pie y renograma radioisotópico.

Resultados:

De los 15 enfermos todos correspondieron a mujeres jóvenes oscilando las edades entre 24 y 43 años. (Cuadro 1). De esta serie 12 pacientes presentaron ptosis derecha, en 3 fue bilateral y ninguna evidenció ptosis izquierda en exclusividad.

Cuadro 1: ptosis renal. Relación con edad y sexo.

Sexo	E D A D E N A Ñ O S			Total	%
	20 - 30	31 - 40	41 - 50		
MUJERES	5	6	4	15	100
VARONES	0	0	0	0	0

Cuadro 2.

S I N T O M A S	No de casos
LUMBALGIA	12
HEMATURIA	4
DISURIA	1
HIPERT. ART. Y EDEMAS	1

Clinicamente la lumbalgia con exacerbación en posición ortostática se observó en 12 enfermas, hematuria en 4 (en una de ellas como único síntoma), Hipertensión ortostática en 1 asociada a edemas. (Cuadro 2).

En 10 pacientes se detectó infección urinaria. (Cuadro 3).

Radiológicamente se observó ptosis de Grado 2 en 4 enfermas y de Grado 3 en las 11 restantes con alteraciones de tipo obstructivo acompañando al descenso renal. (Cuadro 4).

Cuadro 3: Ptosis renal e infección urinaria.

CON INFECCION	10	66.7 %
SIN INFECCION	5	33.3 %
TOTAL	15	100.0 %

Cuadro 4

RADIOLOGIA		Grado 2	Grado 3	Total
PTOSIS UNILATERAL	DERECHA	4	8	12
	IZQUIERDA	0	0	0
PTOSIS BILATERAL		0	3	3
NUMERO DE CASOS		4	11	15

Cuadro 5: Radiorenograma y ptosis renal derecha.

	Flujo	Drenaje	Nº de casos	%
PTOSIS DERECHA	↓	↓	8	66.6
	↓	N	2	16.7
	N	↓	2	16.7
TOTAL			12	100.0

Cuadro 6: Radiorenograma en ptosis renal bilateral.

PTOSIS BILATERAL	F 2 ↓ y F 3 ↓ AMBOS RIÑONES	2
	F 2 ↓ y F 3 ↓ RIÑON DERECHO	1
TOTAL		3

Los renogramas mostraron alteraciones en todos los casos distribuidas de la siguiente forma:

En las 12 pacientes con ptosis renal derecha se observó: Flujo aplanado y denaje retardado en 8 enfermas. Flujo aplanado y drenaje sin alteración en 2 enfermas. Flujo normal y drenaje retardado en otras 2. En estas 12 pacientes el renograma contralateral fue normal (Cuadro 5).

En 2 de las enfermas con ptosis bilateral se encontró flujo aplanado y drenaje retardado bilateralmente, mientras que en la restante se observó sólo en el riñón derecho con renograma izquierdo normal. (Cuadro 6). Es de destacar que el grado de la ptosis era 3 para el lado derecho y 2 para el izquierdo y la sintomatología solamente derecha.

Fueron intervenidas quirúrgicamente 6 de estas pacientes a quienes se efectuó nefropexia. 5 presentaban ptosis unilateral y la 6ta. bilateral. A esta última sólo se le efectuó nefropexia derecha. Posteriormente fueron controladas clínicamente, notándose mejoría de sus síntomas en todos los casos. Radiológicamente se observó la buena ubicación del riñón post pexia. El estudio isotópico reveló mejoría con curvas simétricas a las del lado sano. En la paciente con ptosis bilateral se normalizó la curva del lado operado, manteniéndose las alteraciones en el lado izquierdo.

Resumen y conclusiones:

Se presentan 15 casos de ptosis renal de 2do. y 3er. Grado con manifestaciones clínicas. Se evidencia la presencia de alteraciones en el renograma radioisotópico de todas ellas y la utilidad de este método inocuo como complemento en el estudio de esta patología al aportar una medida cuantitativa de la repercusión de la ptosis sobre la vascularización y la evacuación renal.

Addendum: Desde la presentación de este trabajo a la fecha hemos asistido a 5 enfermas más y los resultados obtenidos, coinciden, en líneas generales, con los del trabajo.

BIBLIOGRAFIA

1. Donaldson I. M., Doig A. y Knight I. C.: Nephroptosis with nocturnal polyuria. Am. J. Med., 1967, 43: 289-293.
2. Ginn H. Earl y Parry, W. L.: Postural hypertension and edema caused by excessive mobility of kidneys. South. M. J., 1964, 57: 739-745.
3. Spreafico G. L., y Ballarati U.: Radionephrography in the study of renal ptosis. Excerpta Medica, 1969, 6: 688.
4. Fefer, S.: Ptosis renal. Trabajo de adscripción. 1968, U.N.B.A.
5. Fefer, S.: Nefroptosis. su tratamiento quirúrgico. Tesis de Doctorado, 1971.
6. Gotta: Renograma isotópico. Día Médico, 1962, 34: 1001-1005.
7. Fernández, Alicia: Ptosis renal. Prensa Médica. 1971, 57: 2001.
8. Radioisotopes in Urology. Vol. XLI, N° 4, Agosto de 1969. E & S Livingstone L.T.D.
9. Urología General. D. R. Smith. 3ra. Ed., 1972, Editorial El Manual Moderno S. A., México.
10. Progres en Urologie. P. Aboulke R. Ed. Editions Medicales Flammarion, 1967, 2do. trimestre.