

Por el Doctor

MIGUEL A. LLANOS

RINÓN POLIQUÍSTICO

LA superficie exterior del riñón poliquístico está cubierta por una cantidad más o menos grande de pequeños quistes de forma redondeada o ligeramente oval y de tamaño variable, siendo el término medio como una uva, y el conjunto del riñón se parece a un racimo de uvas.

La forma del riñón se encuentra conservada, no así el tamaño, que por la gran cantidad de quistes que existen, no solamente en su superficie exterior sino también en su parénquima, se encuentra aumentado de volumen y puede ser tal que a veces llega a pesar mil gramos, mil doscientos y aún más.

Los tabiques interquísticos son delgados, pero a pesar de todo contienen sustancias activas, que segregan una cantidad grande de crina, aunque de concentración muy disminuída.

El aspecto del líquido contenido en los quistes es variable, a veces citrino y trasparente, otras turbio y, a veces, negruzco por la hemorragia intraquística.

Importante es hacer notar la frecuencia de la bilateralidad de la afección.

Luzzato, en 226 casos encontró solamente 41 unilaterales, siendo el riñón izquierdo el más frecuentemente atacado cuando es unilateral, y más intensamente cuando es bilateral.

Hecho importante: el riñón poliquístico coincide a veces con afecciones poliquísticas de otros órganos, tales como el páncreas, hígado, bazo, mama, cuerpo tiroides, plexos coroideos o aún el tejido perirrenal. Lejars presentó un caso de riñón poliquístico acompañado de un tumor para-renal poliquístico.

Coincide también el riñón poliquístico con deformaciones congénitas, variables por su localización y naturaleza: así, por ejemplo de parte del aparato urinario se ha notado estrechez, obliteración y aún ausencia del uréter, papilas impermeables, estrechez de la ure-

tra, epispadias, hipospadias, extrofia vesical, etc. Frank Washburn observó un riñón poliquístico doble y bilateral, ("Journal d'Urologie"; tomo XXXII, pág. 182). De parte del cerebro: hidrocefalia, encefalocele. En la cara: deformaciones de los labios, arcadas dentarias, velo del paladar. En las extremidades: ausencia de dedos, dedos supernumerarios, pie-bot, etc. Más raramente se han visto ectopia testicular, duplicidad del útero y de la vagina, atrofia de los órganos genitales externos, inversión de vísceras.

Patogenia del riñón poliquístico. — Virchow creía en una degeneración quística de los tubos uriníferos por un obstáculo a nivel de las papilas, sin determinar la naturaleza de este obstáculo. Koster y Hanaus hablan de una aplasia de las papilas que produciría un obstáculo a la libre circulación de la orina.

Durbach y Thomas creen en un proceso inflamatorio intrauterino de las papilas.

Otros, como Ribbert e Hildebrand, opinan que no hay fusión de los tubos excretores y secretores.

Hay autores que piensan en una multiplicación exagerada del epitelio y perturbaciones en el desarrollo de los tubos urinarios.

Todos están de acuerdo en que se trata de una perturbación en el desarrollo embrionario, aunque difieren en cuanto a su naturaleza; en realidad se trata de una disembrionoplastia, como dicen Letulle y Verlioc, ignorando en qué, élla consiste, lo mismo que la causa primera que la produce. Es posible que la sífilis no sea extraña, como piensan muchos autores.

Histopatología. — Los quistes del riñón poliquístico están formados por una capa exterior fibrosa, recubierta interiormente por un epitelio que a veces es cilíndrico o cúbico, y otras veces más o menos aplastado hasta llegar a tener en algunas ocasiones, un aspecto epitelioide. El aplastamiento del epitelio está en razón directa del tamaño del quiste.

SINTOMATOLOGÍA

El riñón poliquístico puede presentarse en el momento del nacimiento, provocando a veces distocias, y el niño nace muerto o muere pocas horas después, circunstancia que hace más interesante el caso para el tocólogo que para el cirujano.

En la niñez puede observarse en los dos o tres primeros años de la vida, en general, habiéndose visto algunos casos hasta los veinte años.

Los síntomas son por lo general negativos y es en ocasión de un exámen por otra enfermedad que se encuentra el tumor renal uni o bilateral y que el clínico puede sospechar su naturaleza, y examinándolo más a fondo se encuentra que tiene los síntomas de la nefritis crónica intersticial con retención de urea. Estos enfermos mueren generalmente al poco tiempo de nacer por la progresión de la uremia o por una enfermedad intercurrente.

Más importancia práctica tiene el estudio del riñón poliquístico en el adulto; diremos que en ciertos casos puede pasar completamente desapercibido, por no haberse presentado síntomas que llamen la atención del paciente, y morirse de cualquier otra enfermedad sin que, por esto, el riñón cuyo funcionamiento es defectuoso haya dejado de contribuir a la terminación fatal.

Sin embargo, este estado latente del riñón poliquístico es raro y casi siempre, examinando cuidadosamente, se encuentran síntomas que pueden conducir al diagnóstico. Dichos síntomas, siguiendo a Brin, los dividiremos en: síntomas funcionales de nefritis crónica, tumor, dolor, hematuria, fenómenos de compresión, coexistencia de otros quistes, examen total de las orinas, para terminar con las modificaciones de forma de la pelvis y cálices renales estudiadas en estos últimos tiempos.

Síntomas funcionales de nefritis crónica. — Los síntomas de la nefritis crónica se encuentran en mayor o menor grado en la mayor parte de las observaciones. Pueden ser los pequeños síntomas del brightismo, tales como zumbidos de oído, vértigos, calambres en los miembros inferiores, sacudidas eléctricas, hormigueos, sensación de dedos muertos, criestesia y disminución de la agudeza visual.

Fenómenos urinarios. — La poliuria es casi constante y la cantidad global puede ser de dos, tres, cuatro litros o aún más en las veinticuatro horas. La oliguria y la anuria sólo se observan en el período terminal de la afección. La densidad, la urea y los cloruros se encuentran disminuídos, pero dada la poliuria la cantidad de urea y cloruros eliminadas en las veinticuatro horas puede ser normal.

La albuminuria es frecuente en un 75 % de los casos según al-

gunos autores y es variable en cantidad, desde un gramo a rastros indosables: excepcionalmente se han visto casos con mayor cantidad.

Trastornos del aparato circulatorio. — Han sido observados todos los trastornos propios de la nefritis crónica e intersticial. Hay hipertensión arterial; el pulso es duro, extendido y vibrante; el corazón está aumentado de volumen en relación con el aumento de la



Figura N° 1.



Figura N° 2.

tensión arterial; hay dilatación del ventrículo izquierdo y, a veces, de ambos, que trae un aumento proporcional de la matitez cardíaca; existe ruido de galope. En el período terminal el corazón se debilita, el pulso se hace pequeño, la tensión disminuye, la frecuencia aumenta llegando a 100, 120 y aún más; el corazón pierde el poder de contracción y se dilata aún más; los fenómenos de hipersistolia se presentan, hay cianosis, pulso venoso, hígado grande, congestión pulmonar, edemas, —al principio fugaces— localizados en los másclos y en la cara que se generaliza después, en el último período.

Trastornos respiratorios. — Hay disnea, cuya intensidad es variable según el período de la afección. Ella puede ser debida, en parte, a los fenómenos mecánicos, por compresión del diafragma por ambos tumores renales, pero se intensifica especialmente por las afecciones cardio-vasculares y pulmonares y la uremia en el período de descomposición, (hiposistolia y uremia); la respiración se vuelve superficial y rápida y, a veces, se observa el tipo Cheyne-Stockes.

Trastornos digestivos. — Existen inapetencia (a veces anorexia completa), náuseas, vómitos, diarrea profusa, a veces constipación; palidez y un estado anémico que va en relación con los progresos de la afección.

Hemorragias. — Sin hablar de las hematurias, que luego nos ocuparán, mencionaremos ahora las hemorragias que han sido observadas en distintos órganos y que son debidas a la alta tensión y a las alteraciones de las paredes vasculares, causadas por la nefritis. Estas hemorragias han sido estudiadas por Sieber, quien las encontró en distintas localizaciones según esta proporción:

Apoplejía	10 casos
Epixtasis	3 „
Hemorragia intestinal	6 „
Hemorragia dentaria	1 „
Hemoptisis	2 „
Hematemesis	1 „
Metrorragia	3 „

Tumor. — En 167 casos de riñón poliquistico intervenidos, el tumor ha sido apreciado en la siguiente forma:

Tumor bilateral	21 casos
„ unilateral	104 „
„ no palpable	42 „

Al principio de la afección, y especialmente tratándose de personas gruesas o de paredes rígidas, el aumento de tamaño del riñón no es apreciable, pero con los progresos de la afección el tumor aumenta, el enfermo enflaquece, y el riñón es apreciable en la mayor parte de los casos, ya sea de un lado o de ambos lados.

Dolores. — Los dolores se presentan en la mitad de los casos, dice Brin. Su sitio de predilección es la región lumbar del lado del tumor, a veces en el hipocondrio o el epigastrio y, a veces también, tiene irradiaciones hacia el muslo, el tórax, la región del hígado, testículos, ingle, ano, etc. Cuando hay grandes hematurias pueden presentarse los dolores en forma de cólico.



Figura N° 3.



Figura N° 4

Hematuria. — Frecuente en un quinto de los casos, según Bircher, en un tercio, según Brin. Son hematurias totales intermitentes y espontáneas en la mayoría de los casos; excepcionalmente han sido provocadas por una caída o por un traumatismo. A veces es abundante, otras veces mediana o pequeña; se repite a intervalos largos. Hay enfermos que solamente han tenido una hematuria durante toda su enfermedad; otros, dos o tres.

Fenómenos de compresión. — El aumento de tamaño de uno o ambos riñones puede traer trastornos funcionales de diferentes órganos, por compresión mecánica; a veces rechazan el diafragma y

dificultan la respiración; pero es por parte del intestino que los trastornos son más frecuentes, tales como constipación y, a veces, oclusión.

Coexistencia de otros países. — Además de la coexistencia de la afección poliústica en otros órganos mencionados anteriormente, no es raro observar la existencia de quistes, tales como los del ovario, ligamento ancho, etc.



Figura N° 5.

Examen global de las orinas. — Ya hemos dicho que hay una poliuria marcada y solamente hay oliguria y aún anuria al final de la afección. La densidad está disminuída. El examen químico demuestra la presencia de albúmina, la disminución de la urea y de los cloruros. Al examen del sedimento, se encuentran con frecuencia cilindros hialinos y, a veces, granulados, hematíes (aún fuera de los períodos hematóricos), y la presencia de una cantidad más o menos grande de glóbulos de pus, cuando hay supuración, que constituye una verdadera complicación.

Separación de orinas y examen funcional de cada riñón. — El método más práctico y más exacto para recoger la orina de cada riñón es el cateterismo ureteral. La sonda permanecerá dos horas, si es

posible, y se determinará en cada riñón la cantidad de orina, su densidad, urea, cloruros, sedimento y poder de eliminación de la fenol-sulfoftaleína. Con estos datos podemos apreciar el estado funcional de cada riñón, reductible a tres fórmulas:

- 1) el funcionamiento de ambos riñones es igual o de poca diferencia y relativamente bueno;
- 2) ambos riñones funcionan más o menos lo mismo y mal;
- 3) uno de los riñones funciona bien, o relativamente bien, y el otro mal.

COMPLICACIONES DEL RIÑÓN POLIQUÍSTICO

Crisis de oliguria y anuria. — No obstante ser la poliuria uno de los síntomas del riñón poliquístico, al principio, y que se mantiene por mucho tiempo, en el último período, sin embargo, cuando el parénquima renal ha sido destruido en su casi totalidad, la cantidad de orina disminuye llegando a una oliguria marcada y aun la anuria en el último período. Esta oliguria, y aun la anuria, puede presentarse también en forma intermitente, ocasionada por una transgresión del régimen o por una enfermedad intercurrente, y a veces cede con el tratamiento apropiado (diuréticos, suero glucosado, etc.).

Supuración. — Los quistes se infectan, posiblemente por vía sanguínea, en algunos casos, manifestándose por temperatura alta (39° ó 40°), escalofríos, violentos y repercusión rápida sobre el organismo en general y el funcionamiento del riñón en particular, lo que puede ser fatal en pocos días. Otras veces la infección es menos violenta, la temperatura se mantiene entre 37° y 38°. Dichos quistes supurados, cuando son centrales y próximos a los cálices, pueden abrirse y dar lugar a una piuria más o menos abundante. Cuando son superficiales se abren en el tejido perirrenal originando un flemon perinefrítico que se manifiesta por síntomas locales (dolor y empastamiento) y generales, por lo general bien acentuados. Aparte de esta infección de los quistes, el riñón poliquístico puede ser ata-

cado de pielitis, infección favorecida por la deformación de los cálices y pelvis que generalmente existe.

Traumatismo. — El riñón poliquístico, por el tamaño que adquiere, está mucho más expuesto al traumatismo que el riñón normal; el tratamiento variará de acuerdo con el grado de la lesión, teniendo en cuenta siempre que hay que ser conservador dentro de lo posible.

El riñón poliquístico está además expuesto a complicarse como ptosis, hidronefrosis, hematuria, compresión intestinal y oclusión.

EVOLUCIÓN

No obstante que es imposible determinar el tiempo que antecede a la primera manifestación del riñón poliquístico, el hecho real es que su evolución es progresiva, pero muy lenta, y así se han visto enfermos que han vivido 5, 10, 15, 20 años y aún más, después de manifestarse algunos de los síntomas mencionados.

FORMAS CLÍNICAS

De acuerdo al predominio de los síntomas, creo oportuno hacer la siguiente clasificación:

1) *Forma urémica.* — Casi siempre se trata de enfermos que se encontraban bien y en los cuales se presentan repentinamente fenómenos urémicos graves que por lo general terminan con la muerte en pocos días. Los antecedentes demuestran a veces que desde hacía algún tiempo el enfermo sentía algunos pequeños trastornos de uremia a los cuales no prestaba mayor atención. Es con motivo de una enfermedad intercurrente o por un desarreglo que la uremia aguda se presenta; hay casos, sin embargo, en que se presenta sin causas apreciables.

2) *Forma brightica.* — En esta forma se trata de enfermos que desde mucho tiempo atrás vienen sufriendo de los trastornos propios del brightismo, que se van intensificando con el tiempo y que al final, después de muchos años, mueren de uremia.

3) *Forma tumoral.* — El enfermo no se ha apercibido de ningún trastorno de hipofuncionamiento renal, quizás, algunos trastornos de compresión, y al examen se nota una tumoración uní o bilateral; a veces es el mismo enfermo quien ha notado dicha tumoración, cuando el riñón ha adquirido grandes proporciones.

4) *Forma hematórica.* — Se caracteriza por hematuria con los caracteres descritos en la sintomatología y que, por lo general, se encuentra asociada con la forma tumoral.

Es claro que cada una de estas formas descriptas, un poco esquematizadas, participan en mayor o menor grado de los síntomas de las otras formas.

DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico del riñón poliquístico hay que considerar dos casos: 1), al examen clínico no hay tumor: 2), al examen clínico hay tumor.

No hay tumor. — En este caso el enfermo se presenta por lo general con manifestaciones de nefritis crónica y solamente pensando en la posibilidad de que la causa sea un riñón poliquístico se practicarán las exploraciones (radiografías, pielografías, estado funcional, etc.) capaces de conducir a diagnóstico.

Hay tumor. — Al examen de la región renal se nota una tumoración en uno o en ambos lados, en cuyo caso habrá que determinar primero si la tumoración forma parte del riñón y después qué afección lo origina. El examen clínico completo y la pielografía ascendente y descendente casi siempre resuelven el problema de localización. Para el diagnóstico de la afección que lo produce habrá que pasar en revista todos los procesos capaces de formar una tumoración renal y hacer, entonces, el diagnóstico diferencial.

a) Tuberculosis renal: la abundante piuria, la polaquiuria, la disuria, los antecedentes, el examen reno-ureteral, el examen radiográfico (pielografía ascendente y descendente), nos pondrán en el camino del diagnóstico y la presencia del bacilo de Koch en el sedimento lo confirmará. En ciertos casos excepcionales la imagen pielolo-

gráfica de una tuberculosis puede confundirse, en un examen ligero, con la de un riñón poliquístico.

b) Litiasis: Los caracteres clínicos de la litiasis y el riñón poliquístico son bien diferentes y la radiografía, evidenciando la presencia del o de los cálculos, lo confirmará.

c) Cáncer renal: a veces puede presentar dificultad el diagnóstico; en ambos casos puede haber tumor, hematuria, debilitamiento general, superficie tumoral irregular. Generalmente la consistencia en el cáncer es mayor que en el riñón poliquístico, pero no hay que olvidar que el cáncer puede excepcionalmente presentarse aún con una consistencia renitente y superficie lisa. En estos casos el examen funcional de cada riñón y la imagen pielográfica son recursos que casi siempre nos llevan al diagnóstico exacto y, sobre todo, la bilateralidad de la afección poliquística.

d) Los grandes quistes serosos se diferencian por tener una superficie lisa y el funcionamiento renal, por lo general, es normal. En caso de que exista un quiste grande en el riñón poliquístico, la imagen pielográfica sería un gran recurso.

e) Quistes hidáticos cerrados: la superficie del tumor, en estos casos, es lisa, diferente del riñón poliquístico que es irregular, no obstante que a veces es difícil de apreciar. Por otra parte, tenemos la imagen pielográfica y la reacción biológica propia del quiste, que nos conducirán al diagnóstico diferencial.

f) Hidronefrosis: aparte de la diferencia de superficie en ambos tumores, tenemos el cateterismo ureteral y la pielografía para llevarnos al diagnóstico.

Hay otros procesos, tales como derrame sanguíneo perinefrítico, flemón perinefrítico, pionesfrosis, cuyo diagnóstico presentan menos dificultades.

Dada la frecuencia de la bilateralidad del riñón poliquístico y la rareza de esta circunstancia en las otras afecciones, cuando encontremos un tumor bilateral, el diagnóstico de riñón poliquístico se confirma, por así decir.

La pielografía ascendente, por las modificaciones que demuestra en las vías excretoras —algunas de las cuales son bastante características— puede confirmar un diagnóstico de presunción clínica.

PIELOGRAFÍA EN EL RIÑÓN POLIQUÍSTICO

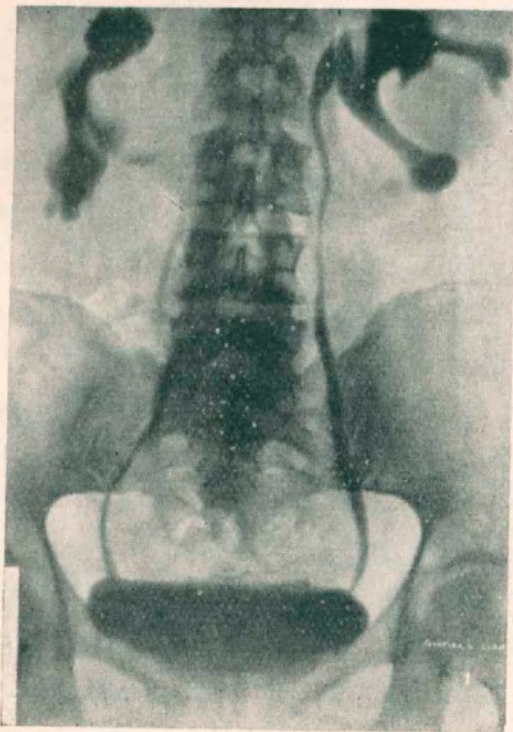
Si bien es cierto que las modificaciones que le imprime la afección poliquística a las vías excretoras del riñón no son patognomónicas, sin embargo, ellas son bastante características en muchos casos y cuando son bilaterales se puede afirmar el diagnóstico de la afección poliquística, siempre que la clínica no esté en abierta contradicción.

Si tenemos en cuenta que los quistes se encuentran diseminados en todo el parénquima renal y son de tamaño variable, se explica que las imágenes pielográficas sean igualmente variables, pero en todas ellas hay un hecho constante y es el alargamiento de las vías excretoras; en cuanto a las demás deformaciones de las mismas, son tan variables que escapan a toda descripción, como demuestran las radiografías adjuntas, donde existe alargamiento, aplastamiento, dilatación en masa de los cálices y aun amputación.

Para el examen radiográfico de un supuesto riñón poliquístico se procederá de la siguiente manera: 1º, *radiografía simple*; en estos casos la imagen radiográfica del riñón se encuentra aumentada, de acuerdo al tamaño del órgano, de límites perfectamente regulares y raras veces ligeramente festoneado, debido a la irregularidad de la superficie, por la presencia de quistes que hacen saliencias y depresiones.

2º, *pielografía ascendente*; es la que nos suministra los mejores datos para orientarnos hacia el diagnóstico. Examinemos cuidadosamente las modificaciones de la pelvis y de los cálices en las siguientes pielografías. Comencemos por las pielografías de nuestras observaciones y, para poderla interpretar hagamos la historia clínica resumida:

1er. caso: Josefina Coletti de Corba, ingresa a mi servicio del Hospital Centenario el 4 de junio de 1937, manifestando que desde hace cuatro años tiene un dolor localizado a nivel del flanco izquierdo, que se propaga hacia la región lumbar y hacia abajo hasta la región inguinal, dolor que se presenta en forma intermitente, sin oca-



sionarle mayores trastornos, habiéndose hecho más intensos en estos últimos tiempos sin que influya el movimiento o el reposo.

Palpación de ambas regiones renales: lado derecho, se nota una tumoración con todos los caracteres de una localización renal (pelo-teo, contacto lumbar y movilidad respiratoria), de superficie ligeramente irregular en toda la superficie palpable. Región renal izquierda: en esta región se nota una tumoración mucho más grande que en el lado opuesto y tiene también todos los caracteres de loca-

lización renal y se presenta en la parte media de la tumoración una saliencia mucho más grande, redondeada, renitente. Dados los caracteres de la tumoración y especialmente la bilateralidad, pensamos en la posibilidad de riñón poliquístico, no obstante que no existe ningún síntoma subjetivo, aparte del dato ya mencionado anteriormente.

La urea en sangre dió cifras normales (0.24 gs. ‰). Se observó una ligera disminución de concentración uréica, compensada por la leve poliuria (2 litros en 24 horas).

Practicada la pielografía ascendente, ésta nos demuestra una lesión bilateral que a pesar de la falta de signos subjetivos y las pocas modificaciones de la orina, así como la normalidad de la tasa de urea en la sangre, creemos que da bastante fundamento al diagnóstico de riñón poliquístico. Se puede inyectar en cada riñón 60 c.c. de solución de contraste sin provocar dolor.

Pasemos al estudio de la imagen radiográfica. En el lado derecho vemos que los cálices están alargados, con terminación abultada en forma de maza; la pelvis se encuentra aplastada, es decir, tenemos una imagen que se encuentra con mucha frecuencia en el riñón poliquístico.

En el lado izquierdo tenemos una imagen en la cual se ve alargamiento del cáliz inferior y terminación en masa; el cáliz superior está aumentado de diámetro pero no alargado, parecería ligeramente aplastado en sentido longitudinal; en el cáliz medio hay verdadera amputación. La pelvis, como se ve, se encuentra dilatada. Esta imagen radiográfica me parece que se puede interpretar, de acuerdo con los datos suministrados por la palpación, de la siguiente manera: que aparte de las modificaciones propias del riñón poliquístico, la amputación del cáliz medio sería debida a la presencia de un quiste mucho más grande localizado en el centro de la tumoración, bien apreciable a la palpación, de superficie completamente lisa y consistencia renitente y aun podríamos decir ligeramente fluctuante.

2º caso: Clemente Aymaro, de 41 años, jornalero, casado: ingresa al servicio el 11 de agosto del corriente año. Dice el enfermo

que hace aproximadamente 9 años tuvo dolores en el abdomen y en la región lumbar derecha, con vómitos y hematuria, que duraron tres días. Después ha seguido bien, notando solamente que orinaba en gran cantidad, hasta hace un año, en que tuvo una nueva hematuria.

El 10 de agosto del corriente año, después de pasar un día molesto, a las 11 de la noche sintió un dolor en el vientre que luego se localizó en el hemiabdomen derecho y región lumbar del mismo lado, con vómitos alimenticios, y luego orinó sangre durante algunas horas. Tiene temperatura alta, pero sin escalofríos, e ingresa al servicio en la fecha antedicha.

El sedimento de la orina contiene abundantes hematíes y escasa cantidad de pus. A la simple inspección se nota una ligera prominencia del hipocondrio derecho y a la palpación una contractura generalizada, más intensa en el hipocondrio derecho, que imposibilita toda apreciación sobre el interior del abdomen.

Punto costovertebral y costomuscular derecho muy dolorosos.

Urea en orina: 18 gs. ‰; urea en sangre: 0.32 gs. ‰ (el 11 de agosto).

El 14 de agosto la fiebre desaparece, aumenta la diuresis, hay hematuria total espontánea, desaparece el dolor en el vientre, aunque la palpación lo despierte si bien poco intensamente.

El 20 de agosto: buen estado general. La palpación abdominal es indolora. Efectuada la palpación del lado derecho se nota una tumoración que llega casi hasta el ombligo por debajo y hasta el reborde costal por arriba, de superficie regular, que participa de los movimientos respiratorios, hay peloteo y contacto lumbar poco doloroso. En la región lumbar izquierda, se observa una tumoración que tiene los mismos caracteres que en el lado opuesto, aunque es un poco más pequeña.

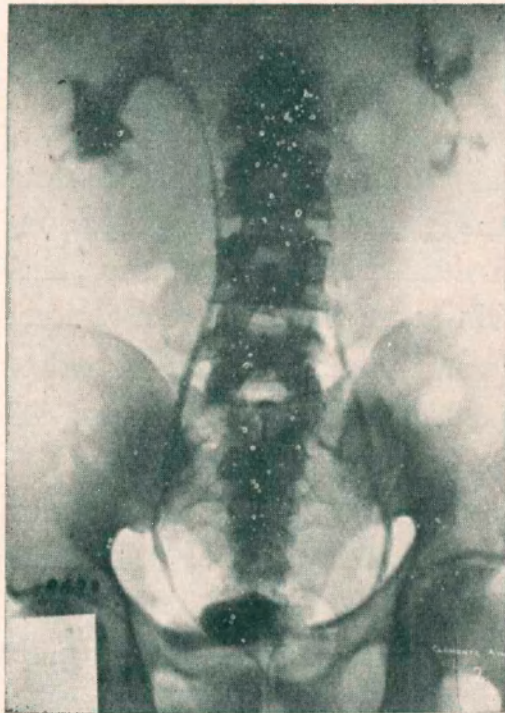
Con estos datos se formula el diagnóstico clínico de hematuria renal producida en un riñón poliúístico. Hecha la pielografía ascendente, se confirma dicho diagnóstico.

El 1º de septiembre la hematuria ha cesado desde hace dos días, pero hay una respiración dificultosa y acelerada (25 por minuto),

tendencia al sueño. No se queja de ningún dolor. Se le practica una sangría de 300 c.c.

El 2 de septiembre está en coma, (urea en sangre: 2.56 gs. ‰). Por la tarde es retirado por la familia. El 4 del mismo mes fallece.

Pielografía del segundo caso. — Lado derecho: el cáliz supe-



rior no se ve bien porque la radiografía ha sido sacada muy baja. El cáliz medio está estrechado en su parte inicial, como alargado, y termina en una dilatación en masa en cuya parte culminante se ve división inicial. El cáliz inferior se ve dilatado, especialmente en su parte terminal.

Riñón izquierdo: pelvis, cáliz superior y cáliz inferior se ven alargados en un mismo plano, aplastados y deformados. El cáliz medio parece rechazado hacia arriba. Ambos uréteres se encuentran desviados hacia la línea media.

Creemos que la deformación bilateral que demuestra la pielografía en ambos casos es suficiente para confirmar el diagnóstico de probabilidades formulado por el examen clínico.

Las figuras 1, 2, 3, 4 y 5, sacadas del trabajo de Dreyfus, de la Clínica Urológica de Necker (Prof. Merion), publicado en el "Journal d'Urologie" (tomo XL, pág. 201), demuestra de un modo evidente el polimorfismo de las imágenes radiográficas del riñón poliquístico, que por lo tanto tienen un valor relativo para el diagnóstico.

TRATAMIENTO

Siendo una afección bilateral en la inmensa mayoría de los casos, y de evolución muy lenta, el tratamiento médico debe primar y solamente en casos excepcionales debe intervenir tratándose de hacer operaciones conservadoras y sólo muy excepcionalmente, cuando las circunstancias obliguen, se debe extirpar el riñón.

Tratamiento médico. — Las indicaciones estarán de acuerdo con la sintomatología que presente el enfermo. Si hay síntomas nefríticos se le dará el régimen apropiado; si hay oliguria se prescribirán diuréticos, especialmente la teobromina y suero glucosado; si hay hemorragia, ya sea del riñón o de otros órganos, se actuará contra la hipertensión y se darán hemostáticos; si hay pielitis, antisépticos por vía bucal y, mejor aún, por vía intravenosa; en caso necesario, hacer lavaje de la pelvis con solución de nitrato de plata o protargol.

Tratamiento quirúrgico. — Cuando uno se dispone a operar, es bueno saber el estado funcional de cada riñón y se practicará, según el caso, alguna de las operaciones conservadoras, dejando para casos muy excepcionales la operación radical.

Operaciones conservadoras: Si hay ptosis renal y produce dolor o fenómenos de compresión, que por lo general son del intestino, se practicará decapsulación y nefropexia; la decapsulación se practicará cuando no hay ptosis y solamente existe dolor, oliguria, anuria y aun en casos de hemorragia, pudiendo agregar la punción, o mejor la destrucción, de los quistes superficiales; la nefrotomía y la nefrostomía han sido realizadas por algunos autores en casos de hemo-

rragia o bien cuando existe una litiasis, cuando la simple pielotomía no es la indicada; la hidronefrosis puede constituir también una indicación para la nefrostomía, por escaso que sea su funcionamiento.

La nefrectomía sólo se llevará a cabo cuando la afección es unilateral, lo que parece ser muy raro, o cuando el otro riñón funciona normalmente o muy próximo a lo normal, o bien cuando exista una complicación que amenace de inmediato la vida del enfermo, como una gran hematuria que no haya cedido al tratamiento médico o a la operación conservadora (quizás en ciertos casos sea preferible hacer "d'emblée" la operación radical), o cuando se trata de un proceso infeccioso con fenómenos generales graves, en cuyo caso debe hacerse la nefrectomía.

Quedan por considerar los casos de tuberculosis o tumor maligno en un riñón poliquístico. El diagnóstico de tuberculosis en un riñón poliquístico nos parece factible por la presencia del bacilo de Koch en la orina del riñón que tiene los caracteres de la enfermedad poliquística. En alguno de estos casos, que resolverá el cirujano según su criterio, puede estar indicada la nefrectomía. En cambio, el diagnóstico de cáncer en un riñón poliquístico me parece muy difícil; quizás la consistencia y el tamaño de las irregularidades observadas en la superficie renal permitirán el diagnóstico en casos muy especiales, y también en ellos debe ser el criterio del cirujano el que decidirá la intervención radical o la abstención.