

Instituto Municipal de Radiología y
Fisioterapia. Direc. Dr. H. H. CARELLI

Por el Doctor

LEON D. ARRUES

COMENTARIOS SOBRE UN CASO DE RIÑÓN UNICO ACOMPAÑADO DE OTRAS MALFORMACIONES

DE las anomalías del aparato urinario, es quizá la del riñón único la de hallazgo menos frecuente, y de acuerdo a las estadísticas de Wildvoldtz se la encuentra una vez cada mil autopsias.

Es necesario, sin embargo, recordar su existencia, pues no han sido pocos los urólogos y cirujanos de reconocidos méritos que olvidando la posibilidad de una aplasia renal no han estudiado perfectamente sus enfermos antes de la intervención, llegando a veces a efectuar nefrectomias sobre glándulas únicas con las consecuencias que son de imaginar.

El advenimiento de nuevos métodos de exploración, han hecho que esta errata se observe con menos frecuencia, siendo especialmente la pielografía descendente uno de los medios que más a contribuido a ello.

Las circunstancias precedentes, nos ha instigado a presentar el caso que ha continuación relatamos y cuya historia clínica es la siguiente:

E. I. de G., 19 años. Casada. Nº de historia 7-3667.

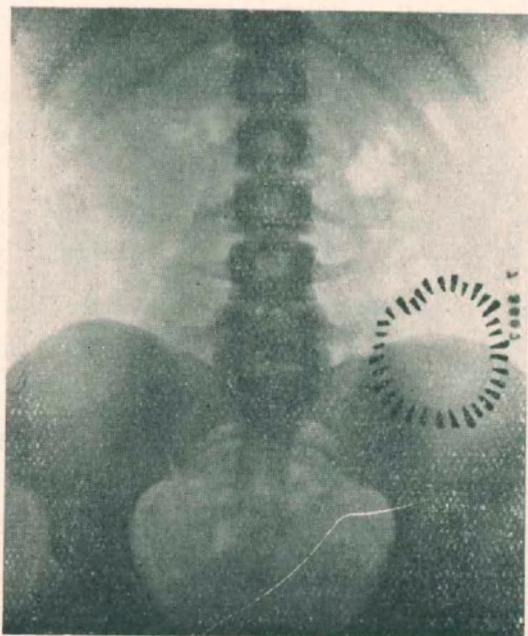
Antecedentes hereditarios. — Padres viven y son sanos, 3 hermanos, uno de ellos afectado de parálisis infantil.

Antecedentes personales. — Desde pequeña, a los 6 meses la madre notó que por la vulva fluía un líquido a veces seroso, otras sanguinolento y que en oportunidades se hacia purulento y con olor intensamente fétido.

Aguzando la observación le llamó la atención un bultoma del tamaño de una nuez y que ocupaba el hipocondrio izquierdo. Esta situación la obligó a consultar a un médico quien le aconsejo compresa caliente y cuidadosos lavajes con sonda Nélaton.

Estas manifestaciones se atenuaron en un comienzo para reaparecer luego esporádicamente pero como no le causaban mayores molestias abandonó la idea de alguna afección que podría, como veremos más adelante, causarle otras complicaciones.

Comenzó a menstruar a los 13 años, siendo sus reglas de duración normal. A los 14 años intensa metrorragia acompañada de algunos acúmulos purulentos. Se casa a los 18 años y a los cuatro meses abortó de 40 días. Sospecha la existencia de otros dos. A los pocos meses sus reglas se hacen muy dolorosas, debiendo recurrir en algunas oportunidades al reposo para lograr alivio.



Radiografía N° 1. - Imagen radiográfica simple. Entre flechas el tumor quístico. Sólo se percibe la sombra del riñón izquierdo.

A los 8 meses nuevo embarazo y dos días antes del parto, que no llega al término normal (sietemesino), se produce una gran hemorragia de pus y sangre fétida. El niño vive, es sano y tiene en la actualidad tres meses y medio.

Estado actual. — Buen estado general, conjuntivas y mucosas pálidas, no hubo adelgazamiento marcado.

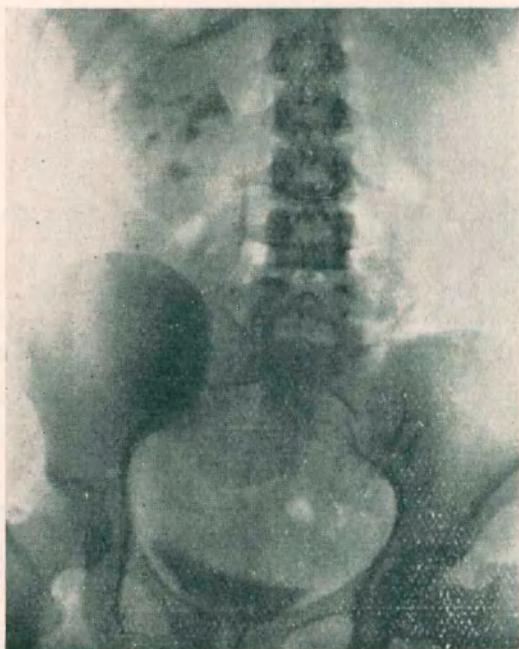
Después del parto dice la enferma sentir un dolor acentuado en el hipocóndrio derecho y que se irradia hacia la región del pulvis. No hay reflejos urinarios.

Abdomen. — En el hipocóndrio derecho se palpa una tumoración, cuyo contorno no se puede delimitar con exactitud pues al menor contacto se produce defensa abdominal. Sus características se definen mejor, como veremos en el examen ginecológico, por la palpación combinada.

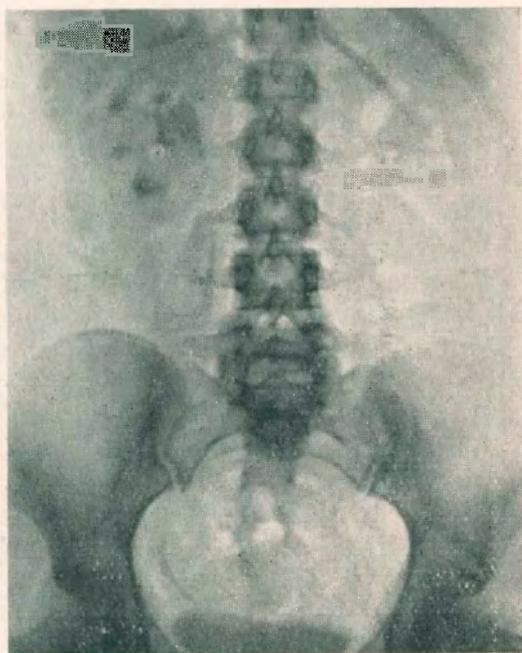
Esta tumoración es fija, no se moviliza en los cambios de posición.

Vejiga. — No es dolorosa a la presión. *Capacidad:* 150 c. c.; la mucosa es de aspecto normal en toda su extensión.

Al observar el trigono llama la atención su asimetría, el orificio derecho se percibe más cerca de la línea media que el del lado opuesto. El ligamento interureteral se observa claramente en el lado izquierdo pero su relieve se borra hacia la derecha. En el lugar correspondiente al lado derecho hay un orificio puntiforme a nivel de las 8 y a pesar de observarlo detenidamente durante algu-



Radiografía N° 2. - Urografía de excreción. Imagen obtenida a los 7' de la inyección. Sólo se percibe eliminación del lado izquierdo. Se observa también claramente la sombra quística.



Radiografía N° 3. - Urografía de excreción. Imagen obtenida a los 15' (en posición de pie). El riñón ha descendido dos traveses de dedo. Persiste eliminación del lado izquierdo. Se observa asimismo la sombra tumoral.

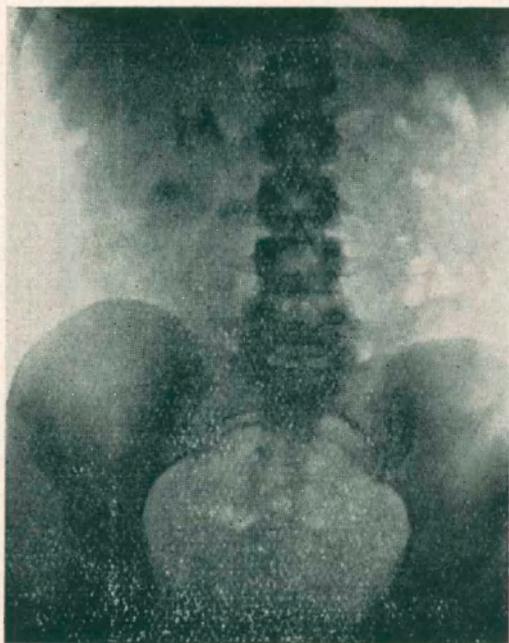
nos minutos no se logra ver eyaculaciones. Se intenta cateterizarlo, probando distintos calibres de sondas y efectuando diversas maniobras, pero sólo se logra hacerla progresar un centímetro. El meato izquierdo, en cambio, es alargado, situado en las cuatro con buena musculatura y eyaculaciones fácilmente perceptibles.

Previo cateterismo del ureter izquierdo se inyectan 0.025 de indigo-carmin por vía endovenosa. Este comienza a eliminarse a los 5 minutos por el cateter. Se fija muy especialmente la atención en el orificio del lado derecho durante casi 20 minutos, sin lograr, empero, visualizar eliminación del colorante. Corroboró este hecho la claridad del líquido que se retira a los 50 minutos del reservatorio vesical.

Examen ginecológico tacto vaginal. — (Dr. Alejandro Pavlovsky). Vagina amplia, cuello de útero deformado. Existe una brida cicatricial en fondo

de saco posterior. El hocico de tenca conserva su forma en el lado izquierdo. En el lado derecho existe desgarró y un orificio irregular como si fuera la iniciación de un trayecto fistuloso. *Utero*: ligeramente aumentado de volumen, situación intermedia. Fondo de saco libre en el lado izquierdo; el derecho, en cambio, se percibe retraído, infiltrado, doloroso, dando la impresión de que hay un proceso inflamatorio crónico que puede ser la causa de esta retracción.

Al *espéculum* se constata la deformación descrita en el cuello.



Radiografía N° 4. - Con las mismas características que la anterior.

Histerometría, 8 centímetros. Se intenta sondar el orificio fistuloso al histerómetro pero este no progresa. Se repite en otra sesión esta misma operación con cateteres ureterales, con el mismo resultado.

A la *palpitación combinada*. — Se constata una tumoración del tamaño y forma de una pequeña naranja, es redondeada de consistencia más bien, de superficie lisa y dolorosa a la presión.

Examen radiológico: Radiografía simple. — En el lado izquierdo se percibe claramente la sombra renal (ver radiografía N° 1). En el derecho, en cambio, no se delimita. En este lado se percibe una sombra redondeada de aspecto claro, de bordes netos, que se proyecta sobre cresta ilíaca, descendiendo su hemisferio inferior a cuatro traveses de dedo por debajo de ella. Es del tamaño de una naranja y, como veremos más adelante, se observa en todas las radiografías a pesar de haber sido obtenidas en distintos días.

Urografía de excreción. — La imagen renal izquierda se observa más claramente. Ausencia total de la derecha.

La eliminación sólo se advierte en el lado izquierdo; cálices muy alargados y con dilataciones ampulares en sus extremos (Radiografía N° 2). El trayecto ureteral se percibe en casi toda su extensión. La imagen vesical se presenta asimétrica con ligera deformación en el lado derecho (signo de Constantinesco ligeramente esbozado). En negativo obtenido a los 15 minutos, con el enfermo en posición de pie, muestra al riñón derecho que ha descendido casi dos traveses de dedo (Radiografía N° 3). La sombra quística se proyecta tam-



Radiografía N° 5. - Imagen radiográfica de intestino. Se percibe el desplazamiento del ciego por la sombra quística.

bién muy descendida. La eliminación persiste en la imagen obtenida a los 30 minutos de la inyección (Radiografía N° 4).

El examen radiográfico del intestino muestra que la tumoración se sitúa sobre ciego, deformándolo y desplazándolo hacia adentro (Radiografía N° 5).

Operación. — Fué realizada el 25/V/35 por el Dr. R. Rodríguez Villegas, quien nos envía el siguiente informe:

Incisión mediana sub-umbilical. Adherencias del epiplón a fosa iliaca derecha y anexos del mismo lado. Se desprenden las adherencias. Trompas rojas, paredes engrosadas. Se aísla un quiste de ovario que no tiene adherencias con ningún órgano. Varicocele pelviano.

El ligamento ancho derecho está blanquecido, espesado, con engrosamientos cicatriciales. No se ve nada que permita afirmar cuál es el sitio que dió origen a la colección que se eliminó por vagina. ¿Esta colección fué un flemón de ligamento ancho? ¿Este quiste ha dado origen a la supuración? En ese caso debía estar adherido a la pared vaginal, situación que no se observaba.

Se efectúa resección de la trompa y quiste. Peritonización, cierre sin dre-naje.

Antes de cerrar la pared abdominal se palparon ambas zonas renales, comprobándose la ausencia del riñón derecho. El riñón izquierdo, en cambio, era muy grande y lobulado. El útero es bicorne.

Examen anatomopatológico. — Quiste dermoideo, con abundante contenido de materia sebácea y pelos.

Post-operatorio. — Normal, se retira del servicio el 3 de octubre en perfectas condiciones.

COMENTARIOS

Se trata, como vemos, nuestro caso, de una aplasia renal, diagnosticada clínica y radiológicamente, acompañada de otras anomalías y confirmada en la intervención.

Dentro de la clasificación de Papín y Eisendrath puede ordenarse en el grupo riñón único con trígono completo y con resto de uréter en el lado opuesto.

Llegamos a nuestro diagnóstico presutivo por las siguientes circunstancias:

1) Examen citoscópico: A) Imposibilidad de cateterizar el uréter derecho. B) Falta de eyaculaciones de este mismo lado. C) Ausencia de eliminación del índigo-carmín en el lado sospechoso, comprobado por la visión directa y al extraer el líquido vesical (previo cateterismo del lado izquierdo).

2) *Examen radiográfico:* A) *Radiografía simple:* No se observa sombra renal en el lado derecho. B) *Pielografía descendente:* Eliminación del líquido inyectado que se realiza exclusivamente por el lado izquierdo, que da sombra de intensa concentración y que persiste en la radiografía obtenida a los 35 minutos de la inyección.

Claro está que todas estas circunstancias abonaban el diagnóstico en favor de una aplasia renal; quedaba, sin embargo, la duda con respecto a la lesión vaginal que bien podría haberse interpretado producida por una piónefrosis acompañada de perinefritis en

un riñón ectópico que hubiera buscado drenaje en dicho fondo de saco. La intervención fué la encargada de dilucidar esta duda, al no encontrar resto alguno que hiciera pensar en la existencia de riñón con dicha afección.

Varios han sido los caso de riñón único que encontramos en la literatura médica del país: entre ellos podemos citar el del doctor N. Reppeto (diagnóstico clínico). El de Galíndez, diagnosticado por la pielografía y el examen citoscópico. El de Paglieri y Schiapietta (caso de necropsia), y el del doctor Astrardi, diagnosticado clínica y radiológicamente.