

Por los Doctores

ALEJANDRO ASTRALDI
y JUAN P. TORROBA

A PROPOSITO DE LA SEGUNDA OBSERVACION DE ROTACION RENAL INCOMPLETA BILATERAL CONGENITA. SU DIAGNOSTICO CLINICO

POR ser consecuentes a nuestro método de exploración, es decir, ahondar las investigaciones, dentro del principio que éstas no perjudiquen al enfermo, ha hecho que, el azahar nos brindara la oportunidad de presentar un hallazgo poco frecuente, dentro de las anomalías congénitas renales.

Uno de nosotros, en el año 1934, decía con Castex y Repetto en los "Archivos des Maladies des Reins et des Organes Genite-urinaires", a propósito de una observación que se rotuló en igual forma que ésta, que aquélla era la primera en nuestro medio y en el extranjero, si la búsqueda bibliográfica no nos defraudaba. Hoy venimos ante ustedes con una nueva observación, que creemos resulte la segunda en su género.

No nos induce solamente a su publicación, una finalidad bibliográfica, sino también consideraciones de orden terapéutico, que a nuestro entender y como veremos en los comentarios que hacemos más adelante, ha permitido en nuestro enfermo, una abstención operatoria, que de tratarse de un órgano normal, posiblemente se hubiera llevado a cabo.

OBSERVACION.

Servicio de Urología del Hospital Salaberry. Jefe: Prof. Dr. Astraldi. Cama 4. R. P., 45 años. Argentino; casado; empleado. Entrada: 8 de junio de 1937.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Comienza su vida sexual a los 18 años. Ble-norragia hace 27 años, tratada con lavajes durante 3 meses; hizo una orcoepi-

didimitis del lado derecho. Curó aparentemente bien. Hace 21 años chancro sífilítico. Comienza a tratarse inmediatamente con neosalvarsan, bismuto y mercurio, habiéndolo hecho hasta ahora, bajo control médico severo. Las reacciones sanguíneas se negativizaron desde el principio del tratamiento. El año pasado le efectuaron una punción lumbar que dió Wassermann positiva. Desde hace un año no hace tratamiento específico. Operado de apendicitis aguda en 1929; de eventración al año siguiente.

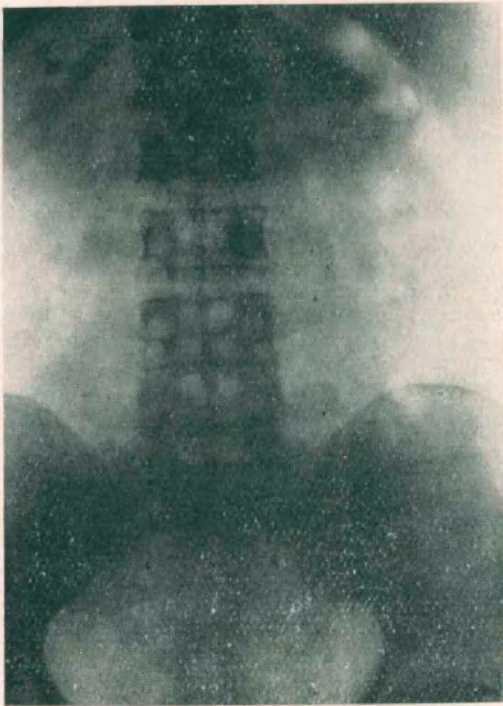


Figura N° 1.
Radiografía simple.

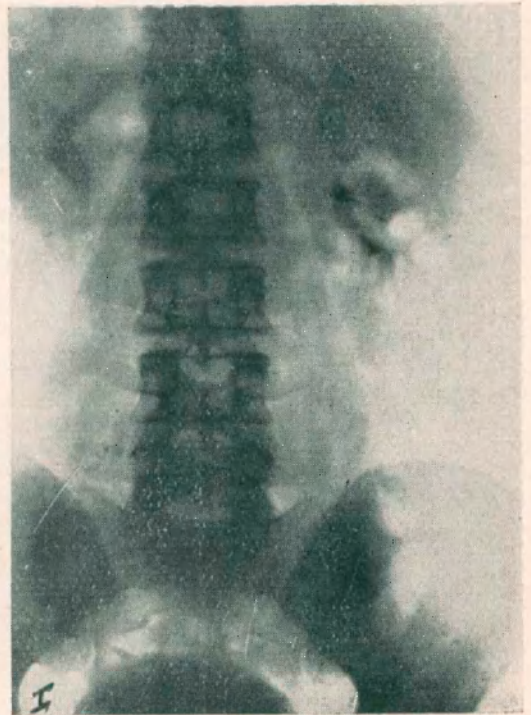


Figura N° 2.
Urografía excretora.

Enfermedad actual. — Hace dos años, al reiniciar el tratamiento específico, tuvo un fuerte dolor en la región lumbar izquierda de tipo cólico, con irradiación hacia las bolsas. Se acompañó de chuchos de frío y temperatura elevada de 40°. No precisa si tuvo hematuria o no. Sin polaquiuria. Orinas turbias. Este episodio, con las mismas características dolorosas y febriles, se repetía cada vez que le hacían una inyección de neosalvarsan. Al suspender el tratamiento, desaparecieron los dolores, para reaparecer hace un mes aproximadamente.

Estado actual. — Orinas de emisión: claras, con escasos filamentos. De sedimentación: al examen microscópico se encontró glóbulos de pus, muy pocos hematíes; regular cantidad de cristales de fosfatos amónico magnésicos; regular cantidad estafilococos. No hay Koch. Sin alteraciones en la micción.

Al examen clínico general no se observa nada que merezca descripción especial.

Análisis de sangre. — Recuento globular: Hematíes: 3.640.000. Leucocitos: 12.400.

Fórmula leucocitaria:

Granulocitos neutrófilos	71 %
„ eosinófilos	0 „
„ basófilos	0 „
Linfocitos	27 „
Monocitos	2 „

Tiempo de sangría: 3 minutos. Tiempo de coagulación: 7 minutos. Urea en suero sanguíneo: 0,45 %. Reacciones de Wasserman y Kahn Standard: Negativas.

Examen urológico clínico e instrumental: Riñones. — No se palpan. No hay puntos dolorosos principales y accesorios. Función renal global: Constante de Ambard: 0,099. Sulfofenoltaleína: 71 %.

Función renal en orinas por separado:

	Riñón derecho	Riñón izquierdo
Volumen	14 c. c.	
Concentración de la urea	13,87 %	10,08 %
Debit	0,19 grs.	0,06 grs.
Cloruros	12,50 %	10,00 %
Sedimento	Algunas estreptococos hematíes abundantes. No hay pus. ni se observan bacilos de Koch.	Algunos estreptococos y estafilococos. Abundantes hematíes. Poco pus. No hay Koch.
Prueba del indigo-carmín	Elimina a los 4½'.	Elimina a los 15'.

Uréter. — Nada de particular.

Uretra. — Semiología normal. Permite el paso de un explorador N° 20 que no arroja dato alguno de interés.

Vejiga. — Palpación y percusión normal. Sonda: No se comprueba retención. Capacidad normal. Sensibilidad y contractibilidad ídem. Al examen cistoscópico: vejiga con caracteres normales.

Próstata. — Nada de particular.

Vesículas seminales. — No se tactan.

Bolsas. — Continente y contenido de caracteres normales.

Examen radiológico Radiografía simple de todo el árbol urinario: Se ven ambas siluetas renales. En la izquierda, el polo inferior llega a nivel de la apófisis costiforme de la 2ª Vértebra Lumbar. Sobre la sombra renal de este lado y en el espacio intercostal entre 11ª y 12ª costilla y frente al disco intervertebral entre 12ª Dorsal y 1ª Lumbar, se observan dos sombras dos sombras re-

dondeadas del tamaño de un garbanzo; una un poco mayor que la otra, con caracteres de densidad y de límites que deben corresponder a cálculos renales. La imagen esplénica es típica, lo mismo que la aerocolia derecha.

Urografía excretora a per-abrodil a los 5', 15' y 30'. Aparece primero el lado derecho con respecto al izquierdo. Se observa en las 3 y sobre este último lado, nítidamente, el espacio psoas-renal, lo que hace que la silueta renal sea completa y evidente. Retardo de evacuación bilateral.



Figura N° 3.
Pielografía retrógrada bilateral.

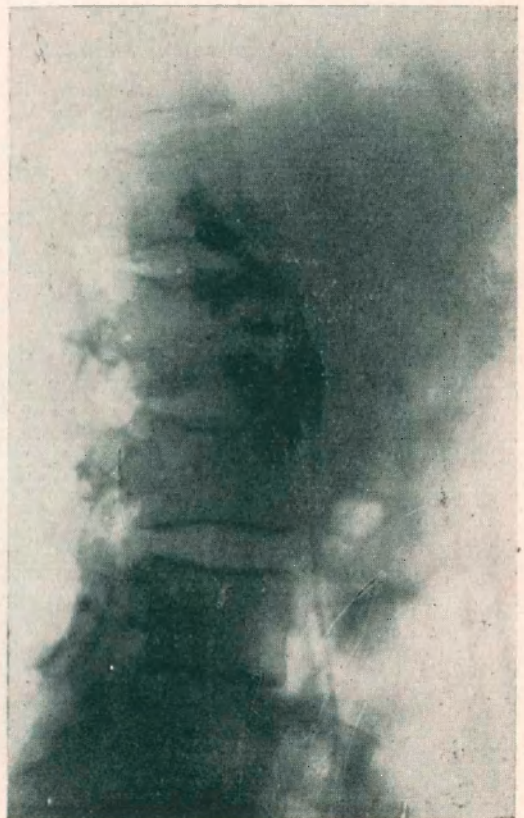


Figura N° 4.
Pielografía lateral derecha.

Pielografía bilateral retrógrada. — Cateterismo total. Se observan dos pielogramas, derecho e izquierdo, más descendido el primero con respecto al segundo. Ambos pielogramas, de configuración anómala, llamando la atención que el uréter los aboca, o por delante o por detrás en el derecho y por debajo en el izquierdo. El uréter derecho al igual que el izquierdo, se dirigen hacia afuera, para llegar al pielograma correspondiente, siendo el radio de curvatura del primero más marcado que en el segundo. Con respecto a los pielogramas, es de hacer notar que las digitaciones o sistema calicial, es más amplio en sentido transversal en el lado izquierdo.

Pielografía izquierda en posición lateral sobre el lado izquierdo. — Encon-

tramos sobre los cuerpos vertebrales de la 12ª Dorsal y 1ª y 2ª Lumbar la proyección de un pielograma constituido por una pelvis dilatada. Cálice inferior, medio y superior dilatados, predominando la dilatación en este último. Hay cálices secundarios; existiendo evidentemente una hidronefrosis que llamaríamos mixta y en cuanto a la dilatación calicial, una de tipo parcial superior. El uréter aboca por debajo y no es posible establecer la ubicación calculosa, por igualdad de sombras.



Figura N° 5.
Pielografía lateral izquierda.

Pielografía derecha en posición lateral sobre el lado derecho. — Sobre los cuerpos vertebrales de la 1ª, 2ª y 3ª Lumbar, por lo que se refiere al sistema calicial y por delante de estos para la pelvis, se encuentra proyectado el pielograma correspondiente, constituido por una micropelvis, un cálice inferior, uno medio y otro superior, encontrándose estos dilatados. Hay además un cálice secundario. El uréter aboca por debajo, siendo un sistema pielocalicial anterior.

Síntesis. — Las masas renales se encuentran a diferentes alturas, siendo más baja la derecha que la izquierda, con falta de rotación de los sistemas de excreción, los que se encuentran abocados a la cara anterior de riñón en ambos lados.

CONSIDERACIONES

De la lectura de la Historia Clínica y con la descripción que se hace en el lugar correspondiente, de los clichés radiográficos en posición lateral, se llegó al diagnóstico de la lesión que tratamos, calculosis renal y vicio de rotación del sistema de excreción. Sólo debiera entrar en consideración el diagnóstico diferencial, como se dijo en la publicación de la primera observación, con el riñón en herradura a concavidad superior. Si bien en aquella oportunidad se practicó para tales fines el enfisema perirrenal, no lo hemos hecho en ésta, por considerarlo innecesario. Las radiografías que el perabrodil nos brindó en los dos casos, fueron lo suficientemente nítidas, para evitar una confirmación por el método a que hemos hecho referencia. Si bien en aquel entonces así se procedió, era por considerar a la tal nefrografía como insuficiente; pero los datos aportados por la misma y su evidente confirmación por la insuflación, hace que ello nos sirva de enseñanza que se recoge para esta nueva oportunidad.

La ectopía homóloga bilateral, quien siempre trae concomitantemente un trantorno en la ubicación del sistema de excreción, queda descartada por la situación normal, en que se encuentra el riñón izquierdo.

Aclarado en forma que creemos no dar lugar a dudas, lo concerniente a la exactitud de diagnósticos de la anomalía que tratamos, hemos recordado el título y la Revista en que fué publicada la primera observación, para aquellos que tengan interés en lo que se refiere a etiología, patogenia y diagnóstico de la variedad común de las verdaderas rotaciones renales. Nos referimos a las rotaciones adquiridas. Diremos lo mismo para los trabajos experimentales de Razzaboni sobre la anatomía patológica de los riñones en rotaciones adquiridas, así como también lo concerniente a los motivos y razones, por los cuales sentábamos el diagnóstico de congenitalidad. Y todo esto lo decimos, para evitar repeticiones inútiles y pérdida de tiempo que es más precioso aún.

Sólo diremos aquí, como lo dijimos entonces, que existe un trastorno durante la vida embrionaria, en el movimiento del sistema de excreción renal, que en vez de rotar y dirigirse al lugar que corresponde, o sea, borde interno del riñón, queda en la edad adulta

en su lugar primitivo, es decir, cara anterior del órgano, sin que el riñón, durante su desarrollo, sufra cambio alguno de posición. De aquí, a nuestro entender, la inexactitud de la denominación de esta anomalía, pero que el hábito nos obliga a denominarla así.

Hemos dicho en los comienzos, que del examen atento de orden exploratorio, sacamos conclusiones que nos llevaron a una abstención quirúrgica, cuando menos temporaria, es decir, que la oportunidad operatoria no es la actual. Veamos. Nuestro enfermo acusa un dolor de tipo cólico, en estrecha relación, por su repetición, con la terapéutica nesolvarsánica a que es sometido y la relación de causa a efecto es tan evidente, que debemos considerar al neosalvarsan como causante del dolor, ya que cada vez que aquel se inyecta, éste se produce. No entraremos a considerar la patogenia del mismo; es larga y posiblemente quedaríamos en simples teorías. Es este dolor el que ha despertado, por sus características, la localización renal y fué él quien nos indujo a las exploraciones, las cuales evidenciaron tres cosas: la calculosis renal, la anomalía y la infección.

Vuelve a repetirse el axioma de Granhman, de Kiel, cuando dice que es una complicación la que revela siempre, o casi siempre, una anomalía renal. Y bien; a nuestro entender, el cólico es traducción de la pequeña hidronefrosis, que es tan congénita, como es la falta de rotación del sistema de excreción. La infección evidente, macroscópica, que declara el enfermo por sus orinas turbias, hace dos años, es la traducción de infección de la hidronefrosis primitiva y esa retención (trastorno de evacuación) e infección sobreagregada, es la que engendra la calculosis, a nuestro entender, secundaria.

Explicaremos el porqué de nuestra abstención operatoria. La conducta a seguir sería la siguiente: desinfección de la hidronefrosis a base de tratamiento de las infecciones focales, si las hubiera, y reposo de la hidronefrosis (sonda ureteral permanente). Bien entendido está, que coadyuvada por la acción de la quimioterapia general y local y la vacunoterapia correspondiente. Llegado al supremo ideal, es decir, la asepticidad del medio, se debiera proceder de inmediato a la extracción calculosa. ¿Y por qué no procedimos así? Por la enorme dificultad de encontrar cálculos del volumen como el presente, con el riñón en mano, bien por cierto que liberado, pero no creemos exteriorizado, si es que se tienen en cuenta el tipo del sistema

vascular, que estos riñones anómalos presentan. Por lo general y bajo la base del principio de la honradez y de la sinceridad médica, debemos agregar, que en un porcentaje elevado de operaciones conservadoras (pielotomías o nefrotomías parciales) que se han pretendido efectuar en casos análogos, se han traducido al fin de cuentas en verdaderas nefrectomías, por los descalabros quirúrgicos que se han hecho durante la búsqueda y localización interdigital previa de estos cálculos.

Condiciones anatómicas, de orden definitivo y condiciones de volumen de los cálculos, éstas de orden temporario, son las razones de nuestra abstención operatoria.

Con nuestro enfermo hemos procedido a la desinfección previa general y local y a la supresión momentánea de los arsenicales, a la espera del descenso de los cálculos a la pelvis, si es que ello acontece o al aumento volumétrico de los mismos, bajo riguroso control de tolerancia, para llevar a cabo, en una época que creemos no muy lejana, la extracción quirúrgica de los mismos.