

Servicio de Urología del Hosp. Alvear  
Jefe Interino: Dr. GERARDO VILAR

Por el Doctor  
NATALIO CARTELLI

## AGENESIA RENAL DERECHA

CON los medios de investigación de que disponemos en la actualidad, para el diagnóstico de las afecciones renales; el riñón único ha dejado de ser un hallazgo de autopsia o de la mesa de operaciones.

En efecto, el examen radiológico (rad. simple), urografía por excreción, pielografía, etc.), la cistoscopia, y la cromocistoscopia, son métodos, lo suficientemente precisos, como para poner de manifiesto la ausencia de uno de ambos riñones; hallazgo éste de una gran importancia en lo que a la cirugía renal se refiere. En un trabajo presentado por el doctor *Astral di* a esta sociedad, dice, que siempre debe pensarse en la ausencia de un riñón, y que si bien esto es exagerado, es preferible, antes que desconocer o pasar por alto dicha anomalía.

En la literatura médica existen una serie de casos, diagnosticados unos en vida y otros en la autopsia.

En 1913 *N. Repetto* presenta una comunicación de riñón único cuyo diagnóstico fué posible en vida *A. Galíndez* diagnosticó otro caso por la cistoscopia, el cateterismo y la urografía por excreción.

En 1920 *Oeconomo*, presenta otro caso de riñón único con hidronefrosis, y en la autopsia comprobó del lado donde faltaba el riñón un ureter permeable en una extensión de  $1\frac{1}{2}$  cms., y que continuaba por un cordón duro, fibroso en una extensión de 4 cms.

En 1927 *Pagliariere* y *Schiappapietra* presentan otra observación que fué hallazgo de autopsia y encontrando en la misma, un ureter íntegro terminando en un fondo de saco del lado donde faltaba el riñón. *Eisendrath Duwe de Farlet*, *Astral di*, *Arrues*, *Reyes* y *Di Lella*, presentan también otras comunicaciones de riñón único.

Siguiendo la clasificación de *Papín y Eisendrath* en lo que a riñón único se refiere, nuestro enfermo correspondería a la variedad:

*Riñón único normal con trígono completo y dos meatos ureterales y ureter opuesto largo, hueco, terminando en fondo de saco.* La historia que pasaremos a relatar nos muestra que el diagnóstico de *agenesia renal derecha*, ha sido posible en nuestro enfermo, utilizando los medios de exploración a nuestro alcance.

#### HISTORIA CLINICA

Se trata de un paciente (de la clientela particular) de 32 años de edad, que consulta por molestias lumbares localizadas más bien a la izquierda sin ninguna

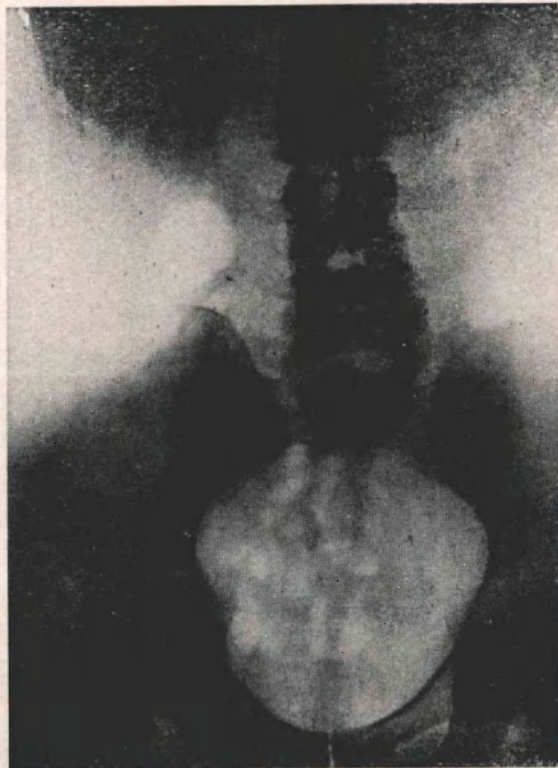


Fig. 1. — Radiografía simple

irradiación y acompañadas de polaquiuria diurna (cada una a dos horas) y nocturnas (una a dos veces).

Refiriéndonos únicamente al examen urológico, pues los demás datos carecen de importancia para nuestra descripción, observamos: riñones y uréteres. No se palpan ni se encuentran puntos dolorosos clásicos.

*Uretra.* — Libre al explorador 22, sensible únicamente la uretra posterior que sangra fácilmente.

*Orinas.* — Límpidas.

La uretroscopía con el uretroscopio de Luys nos muestra un Verun Montanun aumentado de volumen, sensible y que sangre al toque. Resto normal.

La cistoscopia nos muestra una mucosa de aspecto normal en toda su extensión. Cuello regular. Orificios ureterales visibles, normales y en situación normal. El izquierdo eyacula rítmicamente orinas límpidas no consiguiendo ver eyacular el orificio ureteral derecho, aunque por momentos pareciese que se contrayese, pero sin eliminación alguna.

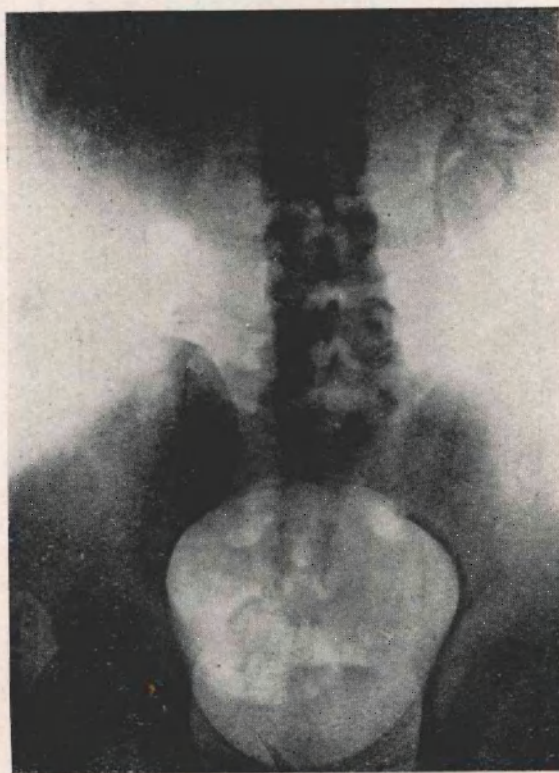


Fig. 2. — Pielofanina 5'

*Examen radiográfico.* — Debemos hacer notar, que las radiografías que exponemos no son muy claras, pues es un enfermo que retiene muchos gases, a pesar de someterlo a régimen, enemas, etc.

*Radiografía simple.* — Figura 1. Se visualiza en zona renal izquierda la sombra renal poco nítida, aumentada de volumen. En el lado derecho falta la sombra renal visualizándose bien la opacidad hepática.

*Urografía por excreción pielofanina.* — Figura 2. Cinco minutos. Muy buena eliminación en el lado izquierdo visualizándose la pelvis, cálices y el uréter de aspecto normal. La sombra renal aumentada de volumen de una longitud de 15 cms. En el lado derecho no se percibe imagen.

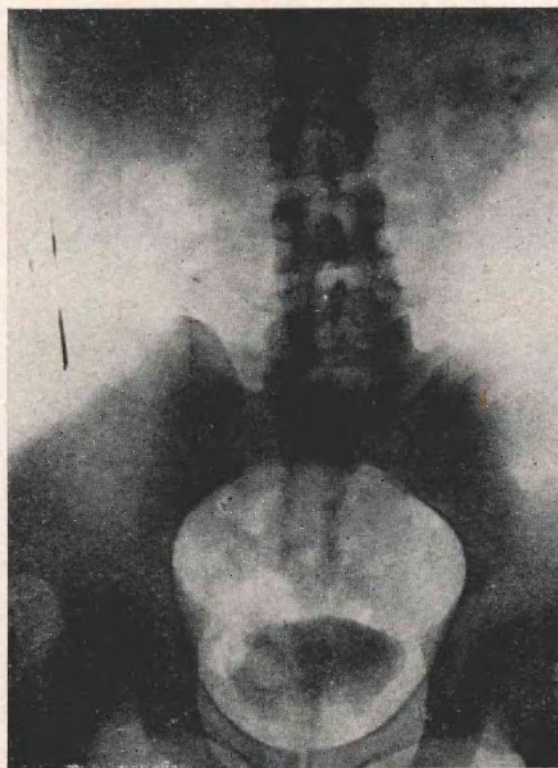


Fig. 3. — Pielofanina 25'

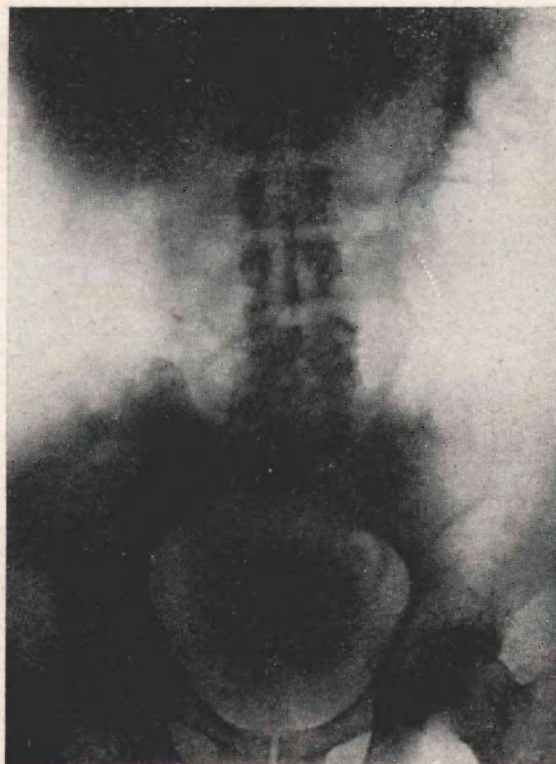


Fig. 4. — Uroselectan (con distención de vejiga)

A los 25 minutos —figura 3— persiste eliminación lado izquierdo con imágenes poco nítidas. No aparece imagen en el lado derecho, percibiéndose únicamente la extremidad inferior del uréter derecho lleno de substancia opaca en una extensión de unos 10 cms. Se repite el examen radiográfico con substancia excretora (3 veces), dándonos siempre la misma imagen del lado izquierdo y en una ocasión con distensión de vejiga (figura 4), apareciendo siempre la extremidad inferior del uréter derecho lleno de substancia opaca en una extensión de 10



Fig. 5.—Cateterismo ureteral derecho e inyección de substancia opaca (yoduro de sodio al 20%)

a 12 cms. y que interpretamos como debida a un reflujo vésico-ureteral, pues una radiografía con substancia excretora, colocando una sonda vesical para mantener la vejiga vacía, dicha sombra correspondiente al uréter derecho no aparece.

Se practica cateterismo ureteral del lado derecho (figuras 5 y 6), y se inyecta yoduro de sodio al 20 por ciento, llenándose el uréter en una extensión de unos 10 cms. y terminando en un fondo de saco, refluendo el resto a vejiga, produciéndose un reflujo vésico-ureteral del lado izquierdo (figura 5). Se repite dicho examen en tres oportunidades utilizando sondas más delgadas y en una ocasión con mandril con el mismo resultado.

Sospechando la ausencia del riñón del lado derecho, por la falta de imagen a la urografía por excreción y por la terminación del uréter en fondo de saco (figura 6), que nos parece una imagen característica, practicamos una cromocistoscopia que nos muestra del lado izquierdo una perfecta eliminación del índigo carmín a los 3 minutos y del lado derecho no se consigue ver eliminación después de 25 minutos.

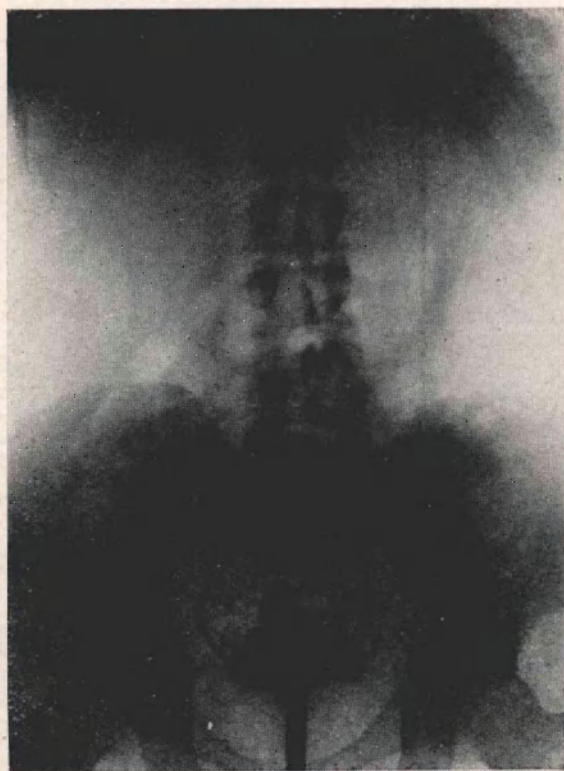


Fig. 6.—Cateterismo ureteral derecho e inyección de sustancia opaca, (yoduro de sodio al 20%)

Tratado el enfermo con toques de tintura de yodo y nitrato de plata a nivel de su Veru Montanun, curó de su polaquiuria, pero persisten sus molestias lumbares que las tratamos con medicación antirreumática.

#### COMENTARIOS

Entre las anomalías renales de número, el riñón único no es excepcional y su hallazgo es factible cuando el examen radiográfico debe practicarse por alguna afección renal. Es entonces cuando se descubre que se trata de un riñón único.

En nuestro paciente, la falta completa de imagen renal del lado derecho, nos hizo pensar, en un primer momento, tratarse o bien de lesiones profundas del parénquima renal o bien de una hiperquinesia de la pelvis renal derecha, que hubiese eliminado rápidamente la substancia excretora antes de los 5 minutos, por cuyo motivo no daba imagen de ese lado en el pielograma, encontrándose una pequeña cantidad de dicha substancia en la extremidad inferior del uréter correspondiente al lado derecho.

Pero la falta completa de antecedentes urinarios del lado derecho, las orinas que siempre fueron límpidas y el examen cistoscópico completamente normal, con orificios ureterales perfectamente normales, nos hicieron desistir de esta manera de pensar. Una hiperquinesia de la pelvis derecha la descartamos también, pues el índigo-carmin se eliminaba del lado izquierdo a los 4 minutos y del lado derecho no aparecía eliminación a los 25 minutos, no siendo por lo tanto posible atribuir esa falta de imagen del lado derecho a una rápida eliminación de la substancia inyectada.

El cateterismo ureteral intentado en varias oportunidades (una de ellas con mandrín) en el lado derecho, no permitía ascender la sonda ureteral más de 12 cms. y la substancia inyectada (ioduro de sodio) refluía a la vejiga y en la Rad. 6 se visualiza la extremidad del uréter distal de vejiga, terminando en un verdadero fondo de saco; imagen que no es frecuente en los cálculos ureterales u otras afecciones ureterales. La imagen de la extremidad inferior del uréter derecho, que se encuentra en alguna de las radiografías, es debida a un reflujo vésico-ureteral, pues las radiografías en las cuales se ha colocado una sonda en vejiga para facilitar la salida de la substancia excretora, esta imagen no aparece.

Por lo tanto, por todas estas consideraciones creemos que se trata de un sujeto portador de un riñón único con la extremidad inferior del uréter del lado donde falta el riñón.

Y esta disposición no es excepcional desde que el uréter y el riñón embriológicamente se forman por dos brotes distintos, pudiendo faltar un riñón y existir el uréter correspondiente de ese lado de longitud variable, como en nuestro caso.

DISCUSIÓN

DR. ASTRALDI. — Yo creo que está perfectamente encuadrado lo que nos dice el doctor Cartelli. Pero no vale la pena entrar en consideraciones acerca de si es o no una agenesia.

El doctor Cartelli no ha hecho — quizá justificadamente — una pielografía del lado izquierdo, en la cual podamos haber encontrado un elemento de juicio quizá irrefutable, para poder complementar todos los elementos que nos acaba de mencionar.

La pielografía del lado izquierdo en esa circunstancia nos tiene que dar una pelvis muy grande, porque corresponde a un riñón posiblemente en estado de hiperplasia y de hipertrofia como elemento de compensación.

Si he hecho las primeras consideraciones es por lo siguiente: que tratándose de un riñón único en el lado izquierdo, me parece que es hasta cierto punto atentatorio hacer una pielografía ante la posibilidad de una infección de ese lado. En la cátedra del maestro Castex he presentado una pielografía de ese lado, la que muestra siempre un riñón muy grande; se puede ver su arquitectura por la radiografía simple — en condiciones especiales porque no tenía gases — pero la pielografía nos demuestra una pelvis muy grande como elemento de compensación.

DR. CARTELLI. — En realidad, no he hecho la pielografía del lado por lo que manifiesta el doctor Astraldi, porque pensé en un riñón único y creo que esta radiografía equivale a una pielografía ascendente porque da un urograma de excreción perfectamente claro

DR. ASTRALDI. — Desde aquí no lo alcanzo a ver.

DR. CARTELLI. — En esta radiografía (la exhibe) se puede ver una eliminación perfecta. Es casi una pielografía ascendente. Es posible que desde donde se encuentra el doctor Astraldi no se vea bien.