

HIDRONEFROSIS INTERMITENTE. HIPOPLASIA RENAL. A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO

Por los Dres. R. DE SURRA CANARD y J. LASCANO GONZALEZ

La hidronefrosis intermitente es un cuadro patológico constituido por la asociación de cierta sintomatología clínica y de un estado anatómico o funcional de la vía excretora urinaria superior. La expresión clínica surge de la oclusión transitoria de esa vía excretora, calipiello-uretérica, siendo su condición anterior la de un órgano hueco, obstruido o que se obstruye por razones intrínsecas o excéntricas, descontándose de los primeros, los cuerpos extraños (cálculos).

La expresión anatómica puede ser apreciable clínicamente cuando la lesión es voluminosa o asienta en un riñón situado en posición anómala y puede ser verificada radiográficamente cuando el proceso es incipiente o evoluciona en un riñón situado en posición alta.

No es nuestra intención repasar un tema tan amplio y bien conocido. Hemos creído interesante referir la historia clínica con algunos detalles de la investigación complementaria y relacionarlos con el hallazgo quirúrgico que nos llevó a una ectomía del órgano afectado.

La historia clínica es bien simple. La señora de D. inicia hace once años episodios dolorosos del tipo cólico nefrítico, episodios de corta duración unos, más largos otros, con intervalos de bienestar absoluto. Hace un año las crisis se hicieron febriles. Se le diagnosticó una litiasis urinaria y se la trató como tal, sin éxito, a pesar de una radiografía negativa.

El doctor Thomsen nos pide la examinemos. Obtenemos los siguientes elementos diagnósticos: examen clínico negativo, orina discretamente infectada, vejiga sana, peristáltica, uretérica normal en ambos lados, cromocistoscopia: Riñón izquierdo a los 4'. Riñón derecho a los 10' muy tenue. El cultivo de la orina recogida por cateterismo de la vejiga pone en evidencia la presencia de estafilococo blanco. Se la medica con sulfatiazol y a la semana la orina se ha hecho transparente y su cultivo es estéril.

Una radiografía simple es negativa. La pielografía excretoria señala: a los 10': una excelente eliminación del medio de contraste, la sombra del parénquima renal izquierdo, la vía excretora izquierda con caracteres normales, ausencia de sombra renal derecha y de vía excretora; a los 20': imagen similar. Se complementa la exploración radiográfica con una pielografía de relleno del lado derecho: cateterismo fácil del lado derecho, obtención de orina muy diluida por goteo precipitado, inyección de Solución de Yeduro de potasio al 20 %, se provoca una ligera molestia con 25 c.c. La película revela una dilatación de la pelvis renal de unos 18 - 20 cm. cuadrados de superficie: una anomalía a nivel de la unión urétero piélica y una muesca evidente de la primer porción del ureter (1 1/2 cm.) por debajo de su punto de origen. Se deja

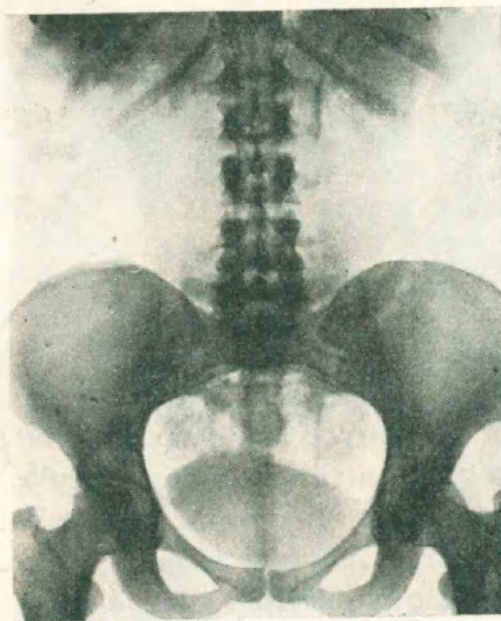


Figura 1
Pielografía excretoria a los 10'.

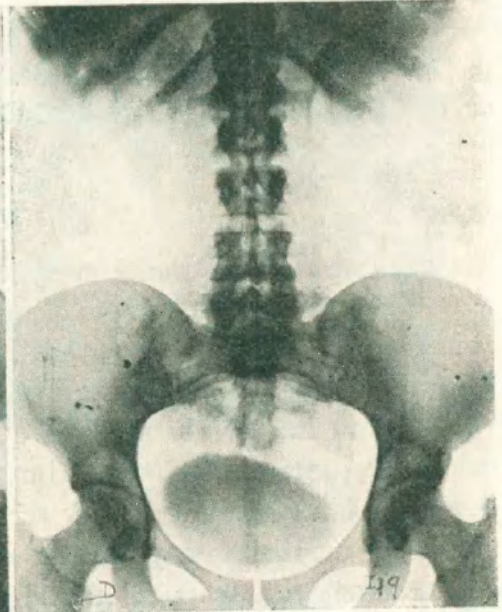


Figura 2
Pielografía excretoria a los 20'.

entonces salir por el cateter unos 15 c.c. del líquido inyectado en pocos minutos y se obtiene una segunda película para juzgar el grado de evacuación de la cavidad piélica, ya que no era factible apreciar su dinamismo por pieloscopia. Esta segunda película revela: la pelvis renal algo distendida, menos contrastada, el ureter algo menos distendido tiene una forma que es superponible a la de la radiografía primera, a partir del sitio correspondiente a la muesca ya referida, pero entre ese punto y la pelvis, el canal uretérico ha sido sorprendido al parecer en sistole peristáltico y ha adoptado una forma en S itálica.

Surge de estos elementos de investigación agregarle a la sintomatología de la enferma el

diagnóstico de hidronefrosis intermitente en el sentido clínico y de constipación renal o de ectasia piélica por brida o vaso polar en el ureter superior, en el sentido radiográfico.

La enferma acepta una intervención quirúrgica que tenía por objeto liberar la brida o vaso polar y darle al riñón de ese lado ínsuficiente en su función, una oportunidad de recuperación.

El acto quirúrgico fué una sorpresa, encontramos un órgano del tamaño de una nuez pequeña que se extirpó previa disección prolija de la pelvis y ureter superior, verificándose la existencia de la brida sospechada radiográficamente. El pedículo vascular era muy pequeño en relación al escaso parénquima renal encontrado.

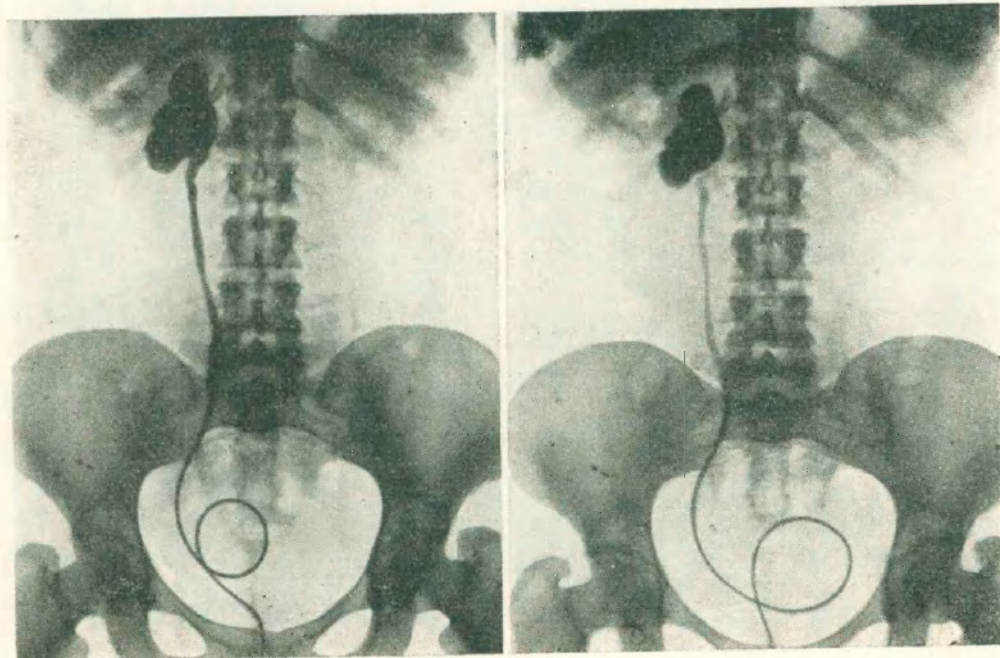


Figura 3

Pielografía de relleno (25 c.c. de Ioduro de Sodio al 20 %).

Figura 4

Pielografía de relleno después de evacuación de 10 c.c.

Antes de fijar la pieza en formol inyectamos la pelvis con unos centímetros cúbicos de la solución fijadora, inyección que fué necesario hacer por punción ya que no lo logramos por el muñón del ureter proximal.

La pieza ha sido estudiada por el doctor Julio Lascano González quien nos remite el siguiente informe:

Examen macroscópico. — La pieza operatoria comprende el riñón y una porción del ureter: el primero se encuentra sumamente reducido de tamaño (su diámetro mayor alcanza

sólo a seis centímetros y medio) y deformado por una serie de abollonaduras a nivel de las cuales la consistencia es de tipo quístico. Todo el aspecto del órgano da la sensación de una pronunciada atrofia. (Fig. 1).

Una sección longitudinal siguiendo el plano de simetría muestra que el parénquima renal está reducido a una mínima expresión y que fácilmente una mitad del volumen total de la pieza corresponde a dos cavidades resultantes de la dilatación de cálices y pelvis.

El parénquima (como se ve en la Fig. 2) está atrofiado por compresión en partes pero



Figura 5
La pieza extraída con la pelvis parcialmente distendida 12 c.c.



Figura 6
Corte longitudinal mediano que muestra las dos bolsas hidronefrósicas principales y zonas de parénquima renal conservado.

presenta una zona con un aspecto casi normal como si fuera un retículo primitivo salvado del efecto de la hidronefrosis que afecta al resto."

"*Examen microscópico.* — La histología de la pieza muestra dos aspectos diferentes: la zona macroscópicamente salvada de la compresión es de estructura normal, la disposición de glomérulos y tubos sigue las normas de la arquitectura normal del riñón (Fig. 3).

Las porciones deformadas por la compresión muestran todos los signos de una atrofia secundaria con esclerosis, infiltrados linfocitarios y hialinización de algunos glomérulos (Fig. 4).

En cuanto a los cálices y pelvis dilatados no presentan modificaciones estructurales dignas de mención, su epitelio es del tipo paramalpighiano normal y la mucosa está exteriormente reforzada por una capa fibrosa."

"Diagnóstico. — Hipoplasia renal e hidronefrosis."

El hallazgo quirúrgico ha sido una sorpresa imputable en parte a falta de investigación ya que hoy tenemos a nuestra disposición elementos de juicio para



Figura 7

Una zona de parénquima conservado. Epitelio normal de la pelvis (a) y nódulos linfáticos subyacentes (b).

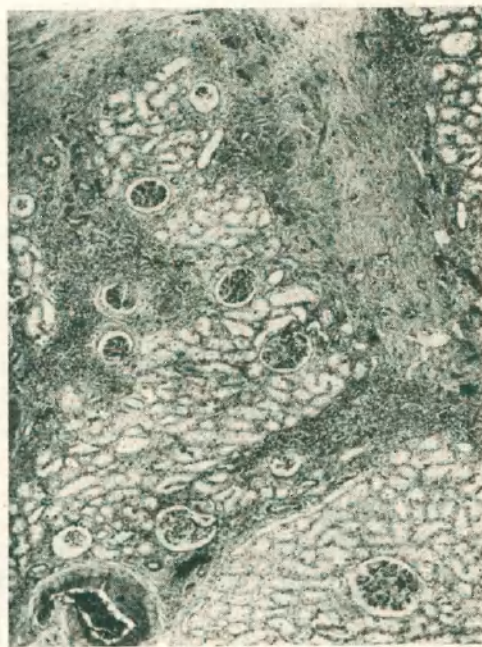


Figura 8

Zona de esclerosis, infiltración linfocitaria difusa y espesamiento de las cápsulas de Bowmaun.

adquirir cierta noción de la cantidad de parénquima existente. Pero debemos confesar que el caso era tan típico clínica y radiográficamente que no pensamos en la presencia de una hipoplasia renal. Por otra parte es nuestra conducta, ejecutar las investigaciones urológicas complementarias minuciosas capaces de brindar un diagnóstico de certidumbre y permitir trazar un plan terapéutico

curativo. El hecho de ir en procura de una cirugía conservadora apoyaba nuestro proceder: el de no manipular una vía excretora ectórica con un pasado pielítico.

Ante un sorpresa quirúrgica de esta naturaleza se recuerdan aquellas circunstancias en las que se ha tenido que actuar sobre un riñón, por razones de urgencia, quedando satisfechos a veces con un mero examen endoscópico. El hallazgo de una hipoplasia, es decir, de un parénquima funcionando aunque muy pobre y de una vía excretora con peristáltica excelente, expone a riesgos de una magnitud considerable.