

ANOMALIA RENAL

Por los Dres. R. DE SURRA CANARD y J. IRAZU

Las anomalías renales están directamente enlazadas al desarrollo anormal de alguna etapa evolutiva dentro de la génesis del aparato urinario.

La serie de órganos sucesivos excretores desarrollados durante la vida embrionaria son: el pronefros, el mesonefros y el metanefros. Estas generaciones progresivas del desarrollo terminan con el escapuchamiento del blastema renal en relación con el sistema de excreción. Tal función de ambas porciones del riñón primitivo va seguida de un crecimiento del brote uretérico en sentido craneal que lleva al casquete metanefrógeno hasta el nivel de la segunda vértebra lumbar, aproximadamente en la quinta semana cuando el embrión ha adquirido un tamaño aproximado de trece milímetros.

Posteriormente el riñón constituido aumenta de tamaño craneal y caudalmente sin cambiar de posición y el uréter se alarga a medida que el embrión aumenta de longitud. Es pues, en la etapa precedente a este crecimiento renal cuando se suceden los siguientes fenómenos: ascenso y rotación de cada riñón en los canales vertebrales, alargamiento del uréter y absorción de los vasos sanguíneos primitivos provenientes de la aorta, hemorroidal media, ilíacas y mesentérica. Estas arterias generalmente nacidas de la aorta, emergen del vaso de origen en el lado correspondiente a cada glándula y otras veces pueden dirigirse al riñón del lado opuesto. La falta de reabsorción de los vasos arteriales primitivos, reducidos al número de vasos de cada riñón normal, parece ser una de las causas que fijan el riñón en ectopía.

Esta anomalía renal de posición se acompaña habitualmente de otras malformaciones sobre la masa renal y sus vías excretoras y ha sido clasificada en forma elocuente en el interesante trabajo de "Nomenclatura y Clasificación Urológica" de los doctores A. Astraldi, J. L. Monserrat y R. Roccatagliata, con una base eminentemente patológica.

Nuestras observaciones de anomalías renal, a que hemos de referirnos, son dos ectopías renales bilaterales, que en la mencionada clasificación se citan como anomalías de la masa renal.

A dicho grupo pertenecen las distopías de situación denominadas también ectopías y que pueden ser homolaterales, si son del mismo lado y heterolaterales, cuando son cruzadas.

En ambos casos la deformidad puede ser unilateral o bilateral si se trata de uno o los dos riñones participantes. Finalmente, teniendo en cuenta la relación que ocupa el riñón con las paredes de la cavidad abdominal, hay ectopías lumbares, ilíacas y pelvianas; no siendo raro encontrar como forma intermedia una localización lumboilíaca.

Los casos mencionados pertenecen a dos pacientes asistidos en el consultorio externo de urología de la Maternidad Sardá que nos consultaron casi simultáneamente y que dada la rareza de los mismos, nos pareció interesante transcribirlos para enriquecer la casuística y poner a la consideración de los distinguidos consocios los aspectos clínicos más interesantes de los mismos.

Primera observación: A. Z. de L., 47 años, Italiana, casada. Antecedentes hereditarios y familiares: sin importancia. Antecedentes personales: hace 17 años que padece de dolores lumboabdominales en ambos lados y a predominio izquierdo. Polaquiuria diurna y nocturna, temperatura 39° C; este síndrome duraba tres o cuatro para desaparecer con la emisión de abundante orina turbia con franco sedimento. Esta sintomatología se ha mantenido hasta el presente y repetido con intervalos de cinco a seis meses de acalmia. Refiere la paciente que en el año 1936 fué operada de sus riñones en el servicio del Prof. Cevallos del Hospital Ramos Mejía constando en su historia clínica que le fué practicada una istmectomía por sífiris renal. Estado actual: examen somático normal, no presenta otras alteraciones que las de su aparato urinario. En abdomen se ve una cicatriz operatoria de laparotomía mediana. Por palpación el riñón izquierdo está fijo en la región lumboilíaca y sólo se alcanza a tocar el polo superior que está deformado y es doloroso. El riñón derecho se palpa como una tumoración fija y regular indolora y en situación baja próximo a la línea media. Las orinas son piúricas. La radiografía directa permite sospechar la situación baja de ambos parénquimas renales. La pielografía de eliminación es deficiente y no se dibujan nítidamente las vías uretro-pielo-caliciales, proyectándose en cambio sobre la parte ósea sombras que parecen corresponder a la pelvis y los cálices. Los uréteres no fué posible visualizarlos. La pielografía de relleno realizada con el cáteter que pasa fácilmente en ambos lados y se detiene a 15 cm. del meato ureteral permite observar en el lado izquierdo que las cavidades pielocaliciales están dilatadas y orientadas hacia la columna por falta de rotación de la glándula notándose además en ella la ausencia del cáliz inferior. (Fig. 1). El uréter es corto y sinuoso pero de contorno regular y aparece desplazado hacia afuera de su trayecto normal. El riñón derecho está situado por delante del promontorio y presenta una pelvis de tamaño normal con dilatación de los cálices primarios superior e inferior observándose sólo en este último la presencia de cálices secundarios. La orientación de la pelvis y los cálices es normal y el uréter es corto y aparece desplazado hacia la línea media. (Fig. 2).

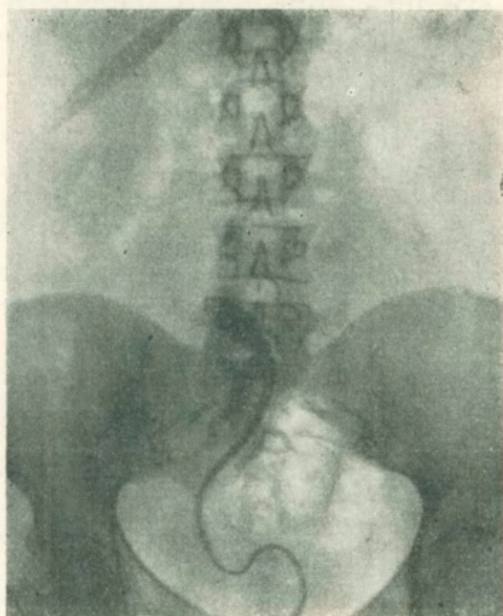


Figura 1

Observación 1. — Pielografía ascendente. Riñón derecho en ectopia homolateral ilíaca con rotación normal.

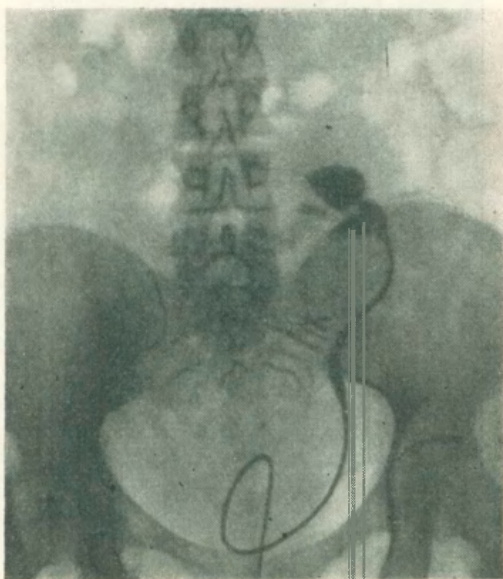


Figura 2

Observación 1. — Pielografía ascendente. Riñón izquierdo en ectopia homolateral ilíaca, sin rotación.

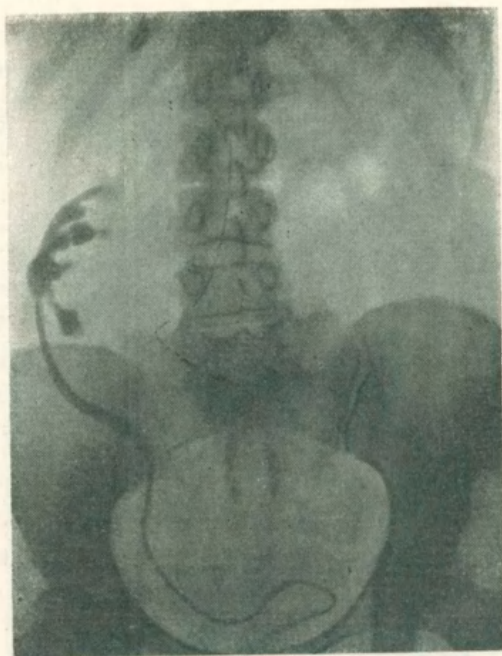


Figura 3

Observación 2. — Pielografía ascendente. Riñón derecho en ectopia lumbar homolateral sin rotación.

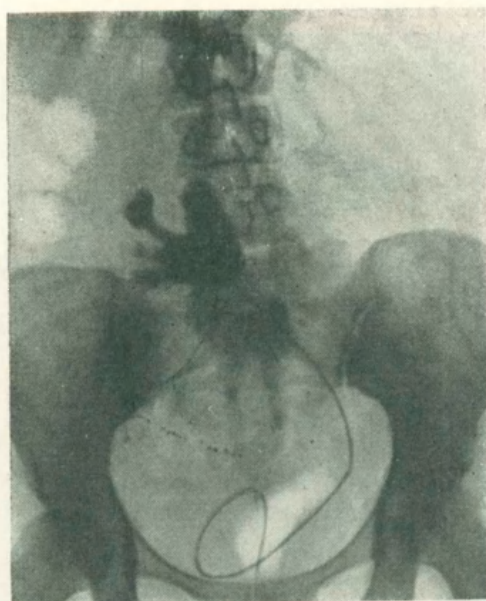


Figura 4

Observación 2. — Pielografía ascendente. Riñón izquierdo en ectopia heterolateral (cruzada) sin rotación.

Segunda observación: M. R. de P., 37 años, Rusa, casada. Antecedentes hereditarios y familiares: sin importancia. Antecedentes personales: operada hace diez años de apendicitis. Sus partos fueron normales. Enfermedad actual: durante el puerperio de su último alumbramiento le aparece frecuencia en las micciones del día y de la noche. Estado actual: examen somático normal. Como no se encuentran otras lesiones que las de su aparato urinario se le practica su examen completo. La inspección del abdomen es negativa. Palpando el riñón derecho, hay peloteo de un gran riñón fijo, cuyo polo superior se toca por debajo del reborde costal. El polo inferior se pierde en la fosa iliaca y parece continuarse con una tumoración situada en la parte media del vientre a cuatro traveses de dedo por debajo del ombligo y que transmite los latidos aórticos. La palpación del riñón izquierdo es negativa. La orina de emisión y sedimentación es clara. Por cistoscopia se diagnostica una trigonitis congestiva y la implantación normal de los uréteres. La radiografía de exploración es negativa pues no se visualiza los contornos renales. La pielografía excretora: muestra una sombra renal derecha en ectopía lumbar sin rotación. En línea media sombra por delante del sacro que induce a pensar en que allí debe estar el riñón izquierdo aunque la sombra carece de los caracteres de basinete. La pielografía de relleno; se efectúa por cateterismo fácil en ambos lados. En el lado izquierdo del cáteter penetra 15 cm. y se inyectan 20 c.c. de sustancia de contraste; allí aparece la pelvis y cuatro cálices dilatados y situados por delante y a la derecha de la quinta vértebra lumbar. La horientación de las vías canaliculares demuestran que el riñón no ha sufrido su rotación normal. El uréter a concavidad interna es corto. (Fig. 4). En el lado derecho el cáteter penetra 20 cm. se inyectan 5 c.c. de sustancia de contraste observando la pelvis y los cálices en situación lumbar que miran hacia la columna vertebral por falta de rotación renal; dichas cavidades se presentan algo dilatadas y el uréter corto y orientado por fuera de la masa renal es de contorno regular. (Fig. 3).

COMENTARIO

Del estudio de las observaciones mencionadas, llama la atención la escasa sintomatología y la excesiva tolerancia quod-vitam de las ectopías renales bilaterales. Sus manifestaciones clínicas son generalmente confusas y propensas a provocar falsos diagnósticos y a desorientar la terapéutica médico-quirúrgica.

Así no es raro encontrar los pacientes afectos de ectopía renal sean sometidos a intervenciones diversas antes de llegarse a establecer el diagnóstico exacto de la lesión.

En los dos casos de ectopías mencionadas en nuestra comunicación, la anomalía fué compatible con la gestación, apareciendo las primeras manifestaciones clínicas mucho tiempo después de algunos embarazos normales.

En ninguna de estas enfermas las intervenciones practicadas por apendicitis o anexitis que pudieron haber coexistido, mejoraron su estado primitivo patológico y la reaparición de su sintomatología de comienzo revelaron la probable existencia de falsos diagnósticos.

En cualquiera de estos casos la disposición anormal de estos riñones había

establecido una insuficiencia renal y el grado de esas lesiones sólo pudo demostrarse en forma cabal por la pielografía ascendente.

Por las consideraciones esbozadas es que en estos casos donde existen serias alteraciones de la fisiopatología renal debemos abstenernos de practicar intervenciones precipitadas, salvo que después de un meditado diagnóstico se establezca la necesidad de reparar complicaciones urgentes que así lo requieran.