

RIÑÓN POLIQUÍSTICO Y LITIASIS UNILATERAL

Por el Dr. LEON D. ARRUES

No es el riñón poliquístico un estado de frecuente observación; Cairus en 1925 hace una interesante estadística y sobre 389.773 enfermos observados en 20 años sólo encuentra 70 casos. Ward de Filadelfia desde 1867 a 1928 recoge 40 casos sobre 1400 autopsias; Sockolow en 37 años sólo observa 192 en 50.198 enfermos. Por nuestra parte, en el Instituto Municipal de Radiología y Fisioterapia donde llevamos observados 14.052 enfermos en la sección de radiodiagnóstico, correspondiente a la especialidad de urología, desde el año 1931 hasta la fecha y a los cuales practicamos igual número de exámenes radiográficos directos, 694 pielografías ascendentes y 4800 urografías de excreción: encontramos 16 pacientes con riñones poliquísticos bilaterales y sólo un caso unilateral.

Los tratados clásicos mencionan como muy corriente la litiasis entre las complicaciones del riñón poliquístico; sin embargo no hemos encontrado a este respecto confirmación en las estadísticas ni en los pocos casos publicados. En el año 1920 Richer publica dos observaciones; en la primera se trata de un enfermo con dos cálculos en el R. I. y un proceso de perinefritis supurada al que se le efectúa nefrectomía y fallece 15 días después en anuria. El riñón extirpado era un poliquístico y la autopsia demostró que las lesiones eran bilaterales.

El segundo enfermo también fué intervenido con diagnóstico de litiasis a pesar de que la tumoración era bilateral y existía un cuadro de nefritis hipertensiva con Mn. de 15 y máxima de 21. También se efectuó nefrectomía con mejor resultado que en el caso anterior.

En el año 1928 Thomas menciona un caso de Staghorn en el cual existían cálculos en un riñón con varios quistes, pero no poliquístico; Greene en la discusión del trabajo menciona sólo haber observado un caso de litiasis entre 52 riñones poliquísticos, al cual no se animó a operar por el mal estado del

enfermo. Peacock cita el caso de un enfermo con riñón poliquístico y litiasis bilateral; el cuadro se inició con un cólico del lado D. con expulsión de un pequeño cálculo; tres meses después se repite el episodio y el examen radiográfico demostró tratarse de un gran cálculo del R. D. y otro pequeño del lado izquierdo. La imagen pielográfica mostraba el gran alargamiento de los cálices con las características del R. P.; con intervalo de 4 meses se efectuó pielotomía de ambos lados.

Walter y Braash en su interesante trabajo sobre el aspecto quirúrgico del R. P. menciona la litiasis como rara complicación y sólo la encuentra en 5 de los 85 casos por ellos estudiados en la Clínica Mayo de Rochester; todos se acompañaban de marcada infección, lo cual agravaba más el pronóstico; eran casi siempre de fosfato de calcio y explica su formación atribuyendo a la rémor urinaria por la compresión de los quistes el origen de los percipitados que dan luego lugar a formaciones calcúlosas.

Hortolomey también presenta una litiasis tratada por vía quirúrgica y a la cual le efectuó pielotomía seguida de decapsulación, nefropexia y drenaje, logrando la curación en pocos días.

En nuestros 16 casos sólo hallamos dos complicados con litiasis; uno de ellos con un pequeño cálculo del tamaño de una lenteja que fué expulsado después de algunos cateterismos, pues se encontraba casi en el tercio inferior de uréter y el otro es el que da lugar a la presente comunicación y cuya historia clínica es la siguiente:

Corresponde el caso a una enferma de nuestra clínica privada y cuya historia clínica es la siguiente:

I. M. de D. Chivilcoy 452, Capital. 30 años, casada, argentina. Es observada por primera vez el 10 de abril de 1947.

Antecedentes: Nacida a término. Madre está viva y es sana. Padre muerto de miasis. No hay en la familia ningún enfermo de riñones. Menstruaciones normales periódicas, duración 3 días. Un solo embarazo que terminó en aborto accidental y raspado. Operada de apendicectomía a los 22 años.

Enfermedad actual: Hacen 4 años súbitamente siente un intenso dolor en la región lumbar izquierda, irradiado hacia adelante y abajo, a los genitales que se exacerbaba al menor movimiento y obligó al reposo; se acompañaba además de polaquiuria diurna y nocturna; sensación de dolor al final de la micción y hematuria. Fué observada por un médico quien diagnosticó ptosis renal y atribuyó el cólico a una uronefrosis intermitente. Todo entró en la normalidad después de darle una inyección de pantopón. A los pocos días le efectuaron un examen radiográfico que no mostró sombras calcúlosas.

Desde entonces quedó con sensación dolorosa en región lumbar izquierda que se exacerbaba con los ejercicios y en varias oportunidades debió dejar de asistir a su empleo.

Hace 3 meses los dolores aumentaron de intensidad y se acentuó el malestar general, sus orinas se hicieron intensamente piúricas, muy turbias y fétidas. Se le hicieron 600.000 unidades de penicilina y a pesar que se aclararon las orinas el dolor persistía.

Estado actual: Buen estado general a pesar que dice haber rebajado 4 kilos de peso; apetito conservado. Mucosas húmedas y rojas. Buen panículo adiposo.

Abdomen: Riñones, se palpan de ambos lados pero mejor el derecho, sobre todo en las grandes inspiraciones, de superficie irregular, abollonada, no dolorosos tienen contacto y peltan bien; en ambos lados alcanzan a sobrepasar la parrilla costal. Lado izquierdo: puntos costo-vertebral y costo-muscular positivo. Puñopercusión ídem. Puntos ureterales negativos.

Orinas: Intensamente piúricas enambos vasos con algunos pequeños filamentos sangui-nolentos. T

Uretra: Buen calibre. *Vejiga:* no dolorosa a la presión externa. El medio se aclara con dificultad a pesar de ello buena capacidad. *Citoscopia:* mucosa ligeramente despulida y con algunos pequeños acúmulos de mucopus. Conformación normal: meato ureteral derecho en

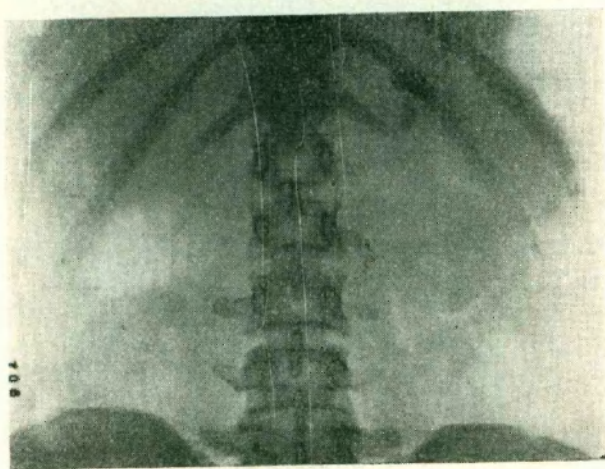


Figura 1

Radiografía directa. Ambas imágenes venales de contornos festoneados (bordes quísticos). Sobre el tercio superior del R. Izq. se proyecta una sombra calcúlosa.

las 8 horas y el izquierdo en las 5. Eyaculaciones distanciadas de orinas que contrastan con el medio claro.

Aparato circulatorio: Sólo se constata un ligero aumento en la presión máxima: 15; Mn. 9.

Examen radiográfico (17-11-47). *Radiografía directa:* Riñón derecho, grande, ocupando desde uno a otro polo el espacio comprendido entre cuatro cuerpos vertebrales; su polo superior se pierde debajo de la combra hepática y el inferior se proyecta a dos traveses de dedo por arriba de cresta iliaca. *Riñón izquierdo:* también aumentado de tamaño tanto en el sentido longitudinal como transversal, de bordes irregulares y festoneados; a nivel de su polo superior se proyecta una sombra en forma de hongo, de marcada opacidad y con las características de un cálculo. *Urografía de excreción:* buena eliminación de la substancia inyectada que se inicia va a los 10; cálices de ambos lados muy alargados, observándose en los bordes de ambos desplazamientos de la sombra opaca producidos por los pequeños quistes dando la imagen característica del riñón poliúístico. El cálculo que observábamos en la radiografía directa se proyecta a nivel del cáliz superior. En la imagen obtenida a los 20 minutos ya se observa una buena cantidad de líquido opaco en vejiga.

Exámenes funcionales: *Indigo-carmin* se inyecta por vía endovenosa 5 cc. de solución saturada, observándose la eliminación que se inicia a los 3' en el lado derecho y a los 5' en el izquierdo. En el derecho la eliminación es menos concentrada y las eyaculaciones más distanciadas. *Sulfofenotaleína*: se efectúa inyectando 0,006 por vía endovenosa, la eliminación comienza a los 7' eliminando en los 70' casi la totalidad del colorante inyectado (80%). Azotemia: 0,44 por mil. Glucemia: 0,89 por mil.

Examen global de orina: Densidad 1008; urea 19,21; cloruros 9 grs. por mil; rastros de albúmina. *Sedimento*: escasas células epiteliales planas; abundantes leucocitos aislados y algunos agrupados (pus regular cantidad); regular cantidad de cristales de oxalato.

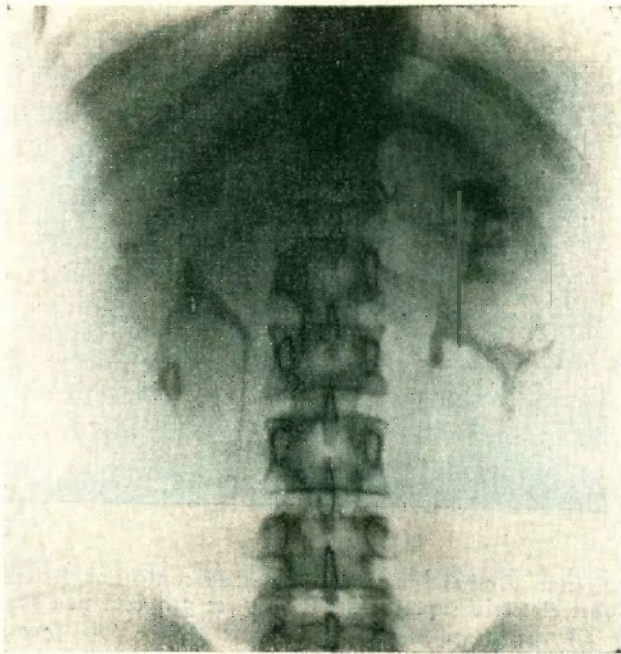


Figura 2

Urología de excreción. Cálices de ambos lados muy alargados. Sobre sus bordes se dibujan los contornos quísticos. El cálculo se proyecta sobre cáliz superior.

Tiempo de coagulación: 1'. Tiempo de sangría: 4'. Clearance de la urea: 75 W.

En estas condiciones la enferma, previos algunos días de reposo y tratamiento a base de penicilina, 500.000 unidades es intervenida el 25 de abril de 1947.

Anestesia general: ciclopropane, previa inducción con pentothal. Cirujano: Dr. Arrués; ayudante Dr. Gramajo. En la absoluta seguridad de que se trataba de un riñón poliquistico y debiendo exteriorizar sobre todo el polo superior abandonamos la vía anatómica que corrientemente utilizamos en los casos de litiasis y efectuamos una amplia incisión oblicua casi desde el ángulo costovertebral hasta la línea ilíaca anterior y superior. Previa incisión de los planos musculares se cae en la loge que se halla ocupada por la glándula muy aumentada de volumen; se libera su polo superior algo más adherido que el resto de la glándula. Nos hallamos en

presencia de un enorme riñón poliquistico de más de 20 cc. en su diámetro mayor, 12 en el transversal y 9 en el ántero-posterior.

Previa protección del campo operatorio se procede a la decapsulación y se coloca un clamp protegido tomando el pedículo se efectúa la punción de gran cantidad de los quistes que se encuentran en la superficie; uno de ellos alcanza casi el tamaño de un huevo de gallina; se hace la punción y se reseca buena parte de su cápsula efectuando en la parte de la glándula vulnerada un surget circular hemostático. Se procede de la misma manera con otro quiste del tamaño de una nuez.

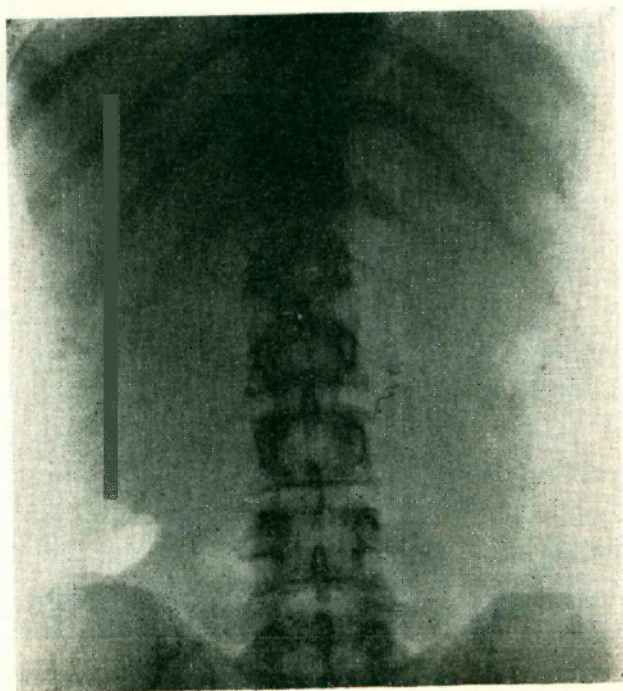


Figura 3
Rad. Directa obtenida un mes después de la intervención.

Con una aguja de las utilizadas para inyecciones intramusculares se localiza en el polo superior la situación del cálculo y previa incisión de más o menos 3 cc. mediante algunas maniobras de movilización con la sonda acanalada se lo extrae sin traumatizar el tejido noble. Se coloca un pequeño tubo de drenaje en pelvis y mediante tres puntos efectuados con aguja atraumática con catgut 00 se sutura el resto del parénquima colocando en la brecha algunos trozos de tejido celular. Se comprueba luego que al soltar el clamp hemostático del pedículo no hay pérdida de sangre y previa sulfamidoterapia local y drenaje de la loge se cierra la pared por planos.

Post-operatorio: Buena hidratación penicilinoterapia a razón de 40.000 unidades cada 4 horas. Al día siguiente la temperatura alcanza a 38°. Esta c:de pasadas 48 horas; al tercer día se retira el drenaje; cierre per prima y alta a los 10 días indicándole a la enferma la conve-

nencia de guardar reposo durante dos semanas más. En total se han inyectado casi 1.000.000 de unidades de penicilina. Las orinas hematóricas los dos primeros días aclararon poco a poco.

Un mes y medio después observamos nuevamente a la enferma. Las orinas son claras y límpidas. El examen sólo comprueba escasos leucocitos en el sedimento y algunos hematíes. abundantes cristales de oxalato de calcio y escasos cristales de fosfato-amónico-magnésico. La abundantes cristales de oxalato de calcio y escasos cristales de fosfato-amónico-magnésico.

Practicamos un nuevo examen radiográfico y observamos en el lado operado una marcada disminución en el ángulo intercalicilar. El alargamiento de los cálices es también evidente, y el conjunto de la glándula es bastante menor que en las radiografías anteriores.

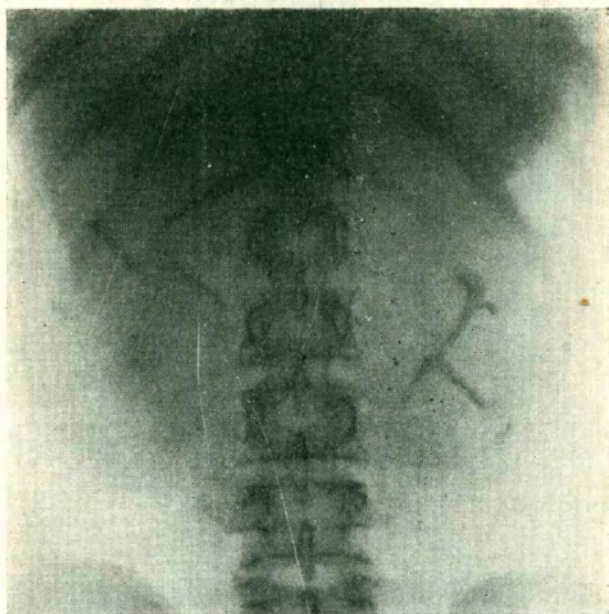


Figura 4

Urología de excreción 1 mes después de la intervención. Debido a la punción y reacción de los quistes el alargamiento de los cálices es menor.

COMENTARIOS

La observación analítica de la historia clínica correspondiente a nuestro caso permite deducir algunas conclusiones dignas de este comentario.

1° Durante un largo período, el riñón poliquístico se comporta desde el punto de vista de su función como un riñón normal. Así lo demostró la cromocitoscopia, la prueba de la sulfofenoltaleína, el examen de la concentración uréica, el clearance de la úrea y la buena eliminación de la substancia de contraste inyectada para obtener la urografía de excreción. Es interesante advertir que todos los negativos fueron obtenidos sin artificios (compresión vesical o

abdominal) que al provocar éxtasis en la substancia de eliminación puede dar una falsa imagen en lo que se refiere a su valor para apreciar el estado funcional.

2° Durante un largo período de la vida el riñón poliquístico no se evidencia y sólo alguna complicación, como en nuestro caso, puede ponerlo de manifiesto. Fué el síndrome doloroso y la marcada piuria provocada y mantenida por la litiasis lo que obligó a la enferma a consultar al colega que nos la envió. A pesar que desde el primer momento nos llamó la atención el hecho de palpar ambas glándulas muy aumentadas de volumen, sólo el examen radiográfico nos permitió evidenciar sin lugar a dudas el verdadero estado patológico de ambos riñones.

3° En los casos como el nuestro en que la función se halla conservada y cuando existe coexistencia con otras afecciones susceptibles de ser tratadas por vía quirúrgica, tal como la litiasis, debe intervenir, tomando todas las precauciones necesarias. Quizá en nuestra enferma la penicilinoterapia previa y postoperatoria haya contribuído a que la nefrolitomía, de por sí una intervención seria, se efectuara sin ningún inconveniente ni complicaciones. A casi dos meses de la intervención observamos nuevamente a la enferma que presentaba sus orinas límpidas y claras. No tenemos la menor duda que de haber seguido la expectación el proceso a breve plazo hubiera evolucionado a la pionefrosis con las graves consecuencias que son de imaginar, tratándose de riñones cuyo equilibrio funcional se desvía a la menor complicación. En cambio nuestra enferma mejoró su estado general y local, la azohemia de 0,44 bajó a 0,35 por mil. los dolores desaparecieron y de no existir el estado patológico anterior a su litiasis diríamos que la paciente se halla curada .

4° Siguiendo las directivas de Rovsing efectuamos las punciones múltiples de los quistes y la escisión de la pared de algunos de ellos intentando en esta forma disminuir la tensión provocada por la compresión y facilitando así la irrigación y por lo tanto mejorando el funcionalismo tubo-glomerular. También realizamos la decapsulación y con los colgajos, al finalizar la intervención, fijamos la glándula lo más alto posible.

5° La urografía de excreción obtenida después de la intervención muestra con claridad el acortamiento de los cálices debido probablemente a la menor compresión de las vías excretoras liberadas de la influencia de los quistes puncionados y resecaos. El estudio comparativo con la imagen del lado opuesto también así lo atestiguan.

Resumiendo nuestras conclusiones y de acuerdo a nuestro caso, podemos afirmar que a los efectos del tratamiento de algunas complicaciones, los ri-

ñones poliquísticos se comportan durante cierto período como si estuvieran exentos de toda alteración anterior.

BIBLIOGRAFIA

- André et Francfort.* — Reins poliquystiques suppurés. Calcúls et abcés perinephritique (Journal D'Urologie, agosto 1929, pág. 170 a 173).
- Archivo científico del Instituto Municipal de Radiología y Fisioterapia.* — Riñones poliquísticos: Radiografías Nº 141, 203, 219, 1416, 1598, 2320, 3817, 3851; 0-8766, 8850, 5779, 9527, 6635, 6952-17/1314 y 17/1820.
- Figueroa Alcorta Luis.* — Cirugía del Riñón poliquístico. Relato del 2º tema recomendado de la subsección Urología del VI Congreso Nacional de medicina. Córdoba, año 1938.
- Chevassu Maurice.* — Contribución a la Patología del Riñón poliquístico. La infección y curación. (Journal D'urologie, 1921).
- Hamilton Peacock y Corbett Donald.* — Riñón poliquístico con nefrolitiasis bilateral. (The journal of the American Med. Assoc. Chicago, 1930, pág. 1261).
- Richer V.* — J. D'urologie. Ag 1920, pág. 219.
- Walter y Braash.* — Surgical Aspect of Polycystic Kidney. (Surgery Gynecologye and Obstetric, 1934, pág. 647).
- Young H. H. and Davis D. M.* — Patrice of Urol. Philadelphia, pág. 514.