

Servicio de Urología del Hospital P. Piñero
Jefe: Dr. Roberto A. Rubi.

"RIÑÓN DOBLE UNICO CONGENITO. ANURIA"

Por los Dres. ROBERTO A. RUBI y ALFREDO A. GRIMALDI

La frecuencia del riñón único congénito es aproximadamente del 1 %, según hallazgo de autopsias practicadas por diferentes autores. Su diagnóstico clínico se halla en la actualidad con más posibilidades a nuestro alcance, aunque no contamos con estadísticas completas que expresen en números esta incidencia, así como la frecuencia, que se considera mayor que en el normal, de sus afecciones.

La importancia de su diagnóstico y de los problemas que crea la patología y la terapéutica de la glándula solitaria, especialmente cuando es asiento de procesos que influyen la secreción o excreción de la orina, es obvia.

Expondremos ante la Soc. Arg. de Urología un caso de *riñón único congénito mal formado y complicado*, diagnosticado clínicamente y comprobado en la autopsia. La *anuria* recidivante, provocada por la *litiasis* que lo complicaba y que fuera certificada recién en el acto quirúrgico, originó una serie de circunstancias que consideramos interesantes y aleccionadoras desde el punto de vista clínico-terapéutico.

HISTORIA CLINICA

V. P., 40 años, italiano, casado, peón municipal. H. C. Nº 1064.

Antecedentes. — Hereditarios y personales: sin importancia.

El 18.12.1948, es internado por la Guardia del Hospital Piñero en el Servicio de Clínica Médica del Dr. Schultz Ortiz, a raíz de un *cuadro doloroso* de región inguinal derecha, con irradiación hacia el flanco e hipocondrio del mismo lado, que sobrevino el día 16, es decir, 48 horas antes de su ingreso. Desde la iniciación del dolor no volvió a orinar, comprobándose la *anuria* al ser solicitada la colaboración del Servicio de Urología. La tasa de urea sanguínea es elevada (1.40 grs. %) y la tensión arterial es de Mx. 21 - Mn. 11.

La radiografía directa (17.12.1948), obtenida entonces, es negativa. Se prescribe tratamiento analgésico y antiespasmódico, hidratación parenteral y régimen hidrocarbonado. El

dolor, ya atenuado, cesó paulatinamente, restableciéndose la diuresis el día 19. En síntesis: dolor renourteral derecho y anuria de 3 días de duración y de resolución espontánea.

El 23.12.948, a los siete días de iniciado el proceso y cuatro días después del restablecimiento de la secreción urinaria, el paciente es pasado al Servicio de Urología. Con los datos que hemos citado precedentemente, ingresa en la sala 1, cama 26.

El *estado actual* es prácticamente normal: excelente estado de nutrición, no hay trastornos subjetivos de ninguna naturaleza. La orina es límpida y de muy buena pigmentación. Existe una estrechez uretral bulbar N° 16.

Urea en suero sanguíneo 0.22 grms. ‰; glucemia 1 gr. ‰; eritrosedimentación: 1ª h.

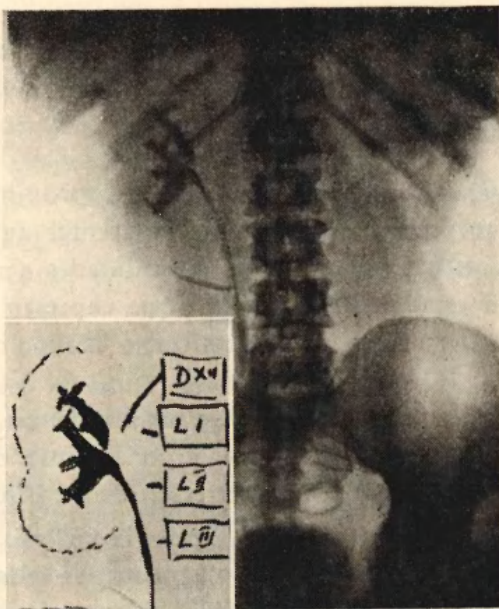


Figura 1

43 mm., 2ª h. 74 mm. IK = 40. Citológico sanguíneo: Hematíes 4.600.000; leucitos 8.900; orina: no contiene elementos anormales, ácida, densidad 1.014.

El estudio radiológico (Inst. Mun. de Radiolog. y Fisioter., 25.1.1949, N° 3955) es el siguiente: *radiografía simple*: no revela imágenes calcúscas, siendo la sombra renal derecha más grande que lo normal y con límites poco netos la izquierda; la *urografía de excreción* a los 5', 15' y 45' (fig. N° 1) revela la eliminación normal del fármaco a la derecha, que impregna un riñón aumentado de tamaño con bifidez de la pelvis y amplios cálices. No se percibe sombra renal ni de las vías excretoras del lado izquierdo.

El 2.II.1949, dilatada previamente su uretra, es sometido a *examen endoscópico* con el Brown Buerger. La mucosa pesical y el cuello no presentan particularidades. Se observan unas 4 ó 5 pequeñísimas *concreciones* blanquecinas diseminadas alrededor del meato *ureteral derecho*, que es de aspecto normal, eyacula rítmicamente orina clara y elimina el índigo carmín a los cinco minutos de inyectado. *No existe meato ureteral izquierdo ni la porción correspondiente del músculo interureteral* y la uretra posterior no aloja ningún orificio aberrante.

Resumiendo el estudio practicado anotamos en la historia del enfermo: "Agenesia renal izquierda; riñon derecho único congénito con bifidez de la pelvis; litiasis (?)".

A raíz de una epididimitis desencadenada por el examen endoscópico se prolonga la permanencia en la sala del paciente hasta el 23.III.1949, en que es dado de alta en perfectas condiciones.

Al mes del alta su urea en sangre es de 0.28 grs. %_e y la orina, sin caracteres anormales, presenta una densidad de 1018.

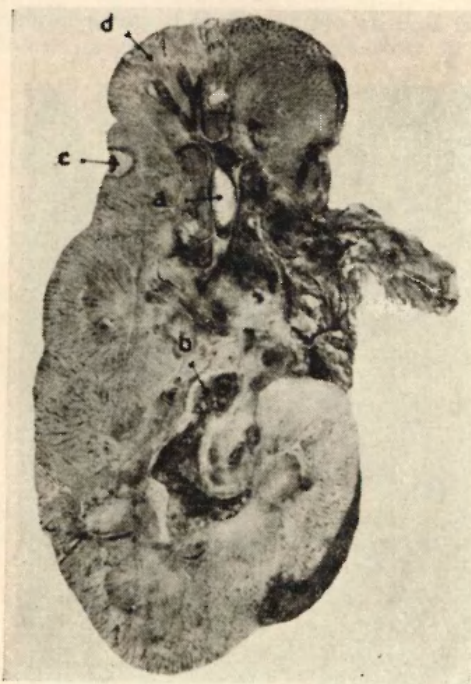


Figura 2

Un corte mediano sagital del riñón muestra varios cálculos de los cuales el mayor (a) está enclavado en un cáliz y otros forman una arenilla litiasica (b). En la corteza se encuentran dos infartos anémicos (c).

El 25.VI.1949, *reingresa* a la sala 1, cama 29.

Desde el día 24, a las 4 de la mañana se halla con *dolor* discreto en flanco derecho, irradiado a hipogastrio, con náuseas, vómitos, sin fiebre. Su última emisión de orina, límpida por otra parte, se produjo a dicha hora.

El examen somático establece su buen estado general, pulso regular, tenso de 72 por minuto, 16 de tensión máx. y 10 de mín. al Baumanómetro. La palpación del cuadrante superior derecho del abdomen es dolorosa discretamente. El sondeo vesical confirma la *anuria*. La urea sanguínea es de 0.55 grs. %_e y la glucemia de 0.98 grs. %_e.

Se inicia el tratamiento mediante analgésicos, antiespasmódicos y suero endovenoso, maniobra vesical de Pasteau, calor en región renal, etc. A las 48 horas la urea sanguínea es de 1.05 grs. %_e.

Se cateteriza, entonces, el riñón derecho único, sin que se pueda apreciar obstáculo ureteral ni retención alta. Con el catéter en permanencia se obtiene una *radiografía directa* que es negativa y la *pielografía retrógrada*, que tampoco ilustra pues es deficiente y el yoduro parece refluir a vejiga. No se observan imágenes calcúlosas.

La tasa de úrea siue progresando: 2,10 - 2,47 - 3,37... A la plasmoterapia y transfusiones se asocia la anestesia del esplácnico lumbar repetidas veces, pero todo fracasa.

El 1º-VII-1949, al 6º día de la anuria, se decide *intervenir*. Bajo anestesia general (éter) se aborda el riñón por incisión lumbar derecha transmuscular. Se reconoce la glándula de dimensiones considerables, globulosa y tensa, percibiéndose por palpación la existencia de un cuerpo extraño, alojado en el sitio de conjunción de la pelvis bifida. Se descapsula el órgano.



Figura 3

Parte de parénquima renal escleroso, inserción de un cáliz con intensas lesiones inflamatorias y tres pequeños cálculos de los que forman la arenilla.
Coloración: Hemalumbre-eosina, Zeiss, obj. aa (sin ocular), aumento 41x.

se extrae el cálculo por *piclotomía* (del tamaño de una almendra pequeña) y se deja drenaje pielostómico. Rubber-dam. Cierre de la pared en un plano.

A las 24 horas del acto quirúrgico el flujo urinario que se ha restablecido casi de inmediato, alcanza a 9 litros 600 cc. Pero a pesar de la reposición de agua y sales (plasma, sangre, etc.), tónicos cardíacos, analépticos, oxígeno, el paciente fallece el día 3, alas 48 horas de la operación, hallándose en coma desde varias horas antes.

Habiéndose producido el fallecimiento el domingo a las 14.30 horas, el Servicio de Guardia efectúa la autopsia, de acuerdo a nuestra solicitud, comprobando la ausencia de riñón y vías excretoras del lado izquierdo y extrayendo el riñón derecho, único, cuyo estudio *anatómopatológico* practica el Dr. Julio César Lascano González:

"Examen de: riñón derecho (único). Pieza de autopsia. Fecha de recepción: 4 de julio de 1949. Inclusión N° 2659.

"*Examen macroscópico* (fig. 2). — El riñón que se estudia ha sido obtenido en la autopsia y el fallecimiento se produjo 48 horas después de una pielotomía practicada como tratamiento de una anuria de seis días. La autopsia confirmó que se trataba de un riñón único.

"El órgano está *considerablemente aumentado de tamaño*, mide 16 cms. de largo, por 8 de ancho y aproximadamente 5 de espesor la superficie externa es irregular y se encuentran dos infartos anémicos relativamente recientes por su parte la *pelvis es bifida*.

"La sección del órgano muestra un parénquima sin grandes alteraciones macroscópicas, salvo los dos infartos ya mencionados, pero, en cambio, es de interés el sistema de excreción, el que se encuentra literalmente lleno de *formaciones calcúlosas* de las cuales una de mayores



Figura 4
Radiografía comparativa del cálculo extraído quirúrgicamente
(a la izquierda) y otro testigo (a la derecha).

dimensiones, fig. 2 (a) formando una arenilla litiásica las restantes (b). Las dos pelvis y los cálices correspondientes muestran un franco espesamiento de las paredes con signos inflamatorios crónicos.

"*Examen microscópico*. — Los preparados histológicos, hechos de diferentes regiones del riñón y de su aparato excretor revelan la existencia de un parénquima sin mayores alteraciones de su estructura: sólo se encuentran pequeños focos de nefritis ascendente y una moderada fibrosis difusa.

"En la pelvis y en los cálices se encuentran numerosos micro-cálculos (fig. 3) y coincidiendo con su presencia, una reacción inflamatoria de tipo subagudo y sin caracteres específicos; el epitelio de estas zonas se ha descamado por completo y en su lugar se encuentra un tejido de granulación regularmente vascularizado.

"*Diagnóstico*. — Pielonefritis litiásica en riñón único de pelvis bifida e infartos anémicos de la cortical".

El cálculo extraído quirúrgicamente fué colocado sobre un chasis radiográfico, al lado de otro (constituído por oxalato de calcio) que sirviera de testigo. La radiografía así obtenida (fig. 4) revela la permeabilidad radiológica de aquél, comparable a la de las partes blandas. Por otra parte, el *análisis químico* estableció su constitución: "70% de substancia orgánica, habiéndose caracterizado la fibrina; 30% de fosfatos bibásicos de cal y amónico magnesianos."

COMENTARIOS:

El caso que hemos expuesto presenta diversas características dignas del comentario:

- 1º) La malformación urinaria congénita, consistente en *agenesia renal izquierda con riñón derecho doble* (pelvis bifida).
- 2º) La *litiasis* que complica la anomalía.
- 3º) La *anuria*.
- 4º) La *negatividad del estudio radiográfico* para determinar el cuerpo extraño, permeable a los rayos, como factor determinante de la anuria.
- 5º) La importancia de la *intervención quirúrgica* como medio de exploración terapéutico y la corrección instantánea de la anuria con la extracción del cálculo piélico.
- 6º) La *cantidad de orina* eliminada en el primer día de restablecida la diuresis: casi 10 litros.
- 7º) La *alteración humoral* preexistente y la consecutiva a la grave exopoliación hidrosalina provocada por el exagerado flujo urinario, desequilibrio que no se logró compensar, y que provocó, según creemos, la muerte del paciente.

Algunos de los problemas diagnósticos pudieron, quizás, ser resueltos con un estudio más profundo, en un medio más adecuado y sin el apremio de un cuadro tan serio como el de la anuria, que exigía una conducta práctica.

La conducta activa, intervencionista, debió ser más precoz. El cuadro doloroso inicial, el diagnóstico que asentamos en la historia clínica del 1er. episodio, de "anuria probablemente litiásica" debió prevalecer a pesar de la negatividad del examen radiográfico. Pero, éste, tan claro a la distancia, encontraba freno en el silencio clínico radiológico de entonces y la tendencia actual a restar valor a la descapsución precoz, considerado el período crítico de la anuria después del sexto día y factible la reversibilidad de las lesiones tubulares en dicho lapso. Debemos remarcar que considerando que "toda anuria en riñón único congénito es calculosa mientras no se demuestre lo contrario y que el cateterismo ureteral debe ser de rutina" (Rolnick) colocamos durante 24 horas un catéter ureteral al segundo día de la anuria y efectuamos la pielografía retrógrada, deficiente y poco ilustrativa, desafortunadamente.

En tales condiciones recién se resolvió operar al 6º día de la anuria. Eisen-drath en 30 casos de anuria en riñón solitario congénito refiere que en 12 la causa se diagnosticó en el acto quirúrgico. Lo mismo ocurrió en nuestro caso:

preestablecido que se trataba de un riñón doble único congénito, sólo la operación permitió establecer el factor etiológico de la anuria.

CONCLUSIONES

Presentamos un caso de riñón doble único, congénito, con anuria litiásica. El diagnóstico etiológico se estableció en el acto quirúrgico al 6º día de la anuria.

El resultado consecutivo a la desobstrucción fué inmediato, provocándose una diuresis de 10 litros en las primeras 24 horas, pero el enfermo falleció a las 48 horas.

La constitución química del cálculo y la falta de algunos exámenes complementarios explica, a nuestro entender, que el diagnóstico del litiasis, sospechado en primera instancia, se confirmara tardíamente y en la mesa de operaciones.

Como corolario de todas estas consideraciones creemos que ante casos similares debe procederse activa y precozmente con fines de exploración y terapéuticos.

DISCUSION

Dr. Trabucco. — Creo que obraron muy bien los autores de la comunicación y el cirujano que operó al sexto día. De haber sido una anuria de cualquier otro origen la operación al sexto día estaba indicada. El esperar unos días está autorizado por los que tienen experiencia en estas cuestiones. Lo que le ha producido la muerte al enfermo no ha sido la depuración de ese líquido, sino que se ha debido a la existencia de un riñón único.

Dr. Grimaldi. — La autocrítica que hacíamos era ésta: habíamos visto la vejiga; encontramos unas concreciones muy pequeñas alrededor del meato ureteral derecho. En la historia dejamos constancia de ese hallazgo y al enfermo le insistimos de que no recurriera a la guardia sino que buscara a nosotros. Fué así, que cuando me habló por teléfono a mi domicilio particular, le dije que fuera al hospital y se internara directamente en el servicio de urología. Al día siguiente ya estuvo bajo nuestra asistencia y a pesar de tener ese sello, empezamos a consultar clínicos que nos frenaron.

Considero que en este caso se pudo haber actuado con mayor actividad, pues al cuarto día estaba en muy buenas condiciones.

Dr. Trabucco. — El enfermo estaba en buenas condiciones porque orinó 9 litros, y falleció por la descomposición brusca y aguda de un riñón único. Ustedes han obrado muy bien.

Dr. Grimaldi. — Agradezco las palabras del Dr. Trabucco que tranquilizan en parte a nuestra conciencia.
