

Hosp. P. Fiorito. Serv. de Urología
Jefe: Prof. Dr. Ricardo Bernardi

"RIÑÓN EN SOMMEIL"

Presentación de enfermo

Por los Dres. RICARDO BERNARDI y JORGE A. CASTELLI

Presentaremos brevemente un interesante caso de riñón "en sommeil" o "en hivernage", de los autores franceses, "en reposo" según otros, caracterizado por una abolición funcional *absolutamente temporaria*, de rara frecuencia, originada por causas muy variadas y que ha dado motivo a distintas conductas terapéuticas sin excluir la mutilante nefrectomía.

La urografía excretoria, la más notable adquisición urológica de los últimos años, con su extraordinario valor como prueba morfológica y funcional, nos ha permitido objetivar con la más absoluta claridad este curioso síndrome urológico de abolición pasajera de un riñón y su recuperación al cabo de unos días.

El riñón "en sommeil", "d'hivernage", en reposo, silencioso o bloqueado, debe diferenciarse del riñón mudo o excluido, porque en el primero, la abolición o disminución acentuada de la función con anuria u oliguria marcada, unilateral es *transitoria*, mientras que en el segundo caso, se trata siempre de un riñón destruido por una infección prolongada, obstrucción o compresión extrínseca (tuberculosis, litiasis, tumor abdominal o genital, etc.) auto-nefrectomizado, sin secreción urinaria, abolida en *forma definitiva* por una afección progresiva. La urografía es negativa al principio en los dos tipos de riñón, reapareciendo en el primero al cabo de cierto tiempo con caracteres *absolutamente normales como lo evidencia nuestra observación*.

Los pocos casos referidos entre otros por Chavassu, Chauvin, Violet, Wolfrom, Bonhomme, Pavone, Di Donna, etc., se refieren a procesos dolorosos renales, tipo cólico con o sin expulsión de cálculos que al urograma no muestran en ese momento ningún cuerpo extraño, *abolición funcional "sine-materia"*.

En cuanto a la etiopatogenia han sido formuladas varias teorías: a) *mecánica*, obstructiva, calculosa, generalmente por hiperpresión canicular, superior

a 60 milímetros de Hg, con abolición urinaria; b) *simpática*, refleja la más aceptada atribuida a un mecanismo neurovascular inhibitor (fenómeno de Trueta?) similar a la anuria producida por un cateterismo ureteral unilateral y cuya etiología está confirmada con la prueba terapéutica dada por el bloqueo paravertebral o la inyección endovenosa de novocaína.

El hecho en sí tiene un indudable valor práctico al mostrar cómo un riñón puede recuperar sorpresivamente su función obligándonos a ser exhaustivos y cuidadosos en el examen de los enfermos con la repetición de los urogramas en los casos de anuria unilateral, *sin causa justificable*, como nuestro caso y los referidos con el propósito de alejar las posibilidades de una nefrectomía, único recursos que impone d'emblee lesión.

El caso que presentamos corresponde a una típica observación de "riñón en sommeil".

J. S., argentino, de 49 años.

Cólicos renales derechos, desde hace varios años con expulsión de pequeños cálculos: 8 días antes de su ingreso al Servicio tiene un intenso cólico derecho, haciéndose a las 48 horas del ataque, cuando había desaparecido casi totalmente el dolor un urograma excretorio a los 8' 15' y 35', por consejo de un colega. En las radiografías obtenidas en esa oportunidad no se observa ninguna imagen calcúlosa, *ni eliminación de la sustancia del lado derecho* (anuria unilateral): ¿riñón destruido?, ¿riñón en sommeil?

A los 20 y 52 días de la primera urografía, obtiene 2 series más en las que se puede observar una perfecta recuperación funcional (riñón en reposo) y una morfología absolutamente normal.

La cistoscopia realizada a los 8 días de su último cólico mostraba ya una buena eliminación derecha, con un uréter permeable en todo su recorrido y un indigo-carmín que aparecía a los 6' por ambos lados.
