

Distorsión renal. Agenesia parcial del diafragma *

Dr. LUIS ALBERTO GREGORIO **

Presentamos un caso de agenesia parcial del hemidiafragma derecho con ascenso renal concomitante. Situación infrecuente la primera, va acompañada en este caso de una segunda, excepcionalmente rara: la distorsión renal ectópica alta con ocupación por parte de este órgano de la zona en déficit, rotado y ubicado entre pleura y peritoneo.

Hemos consultado la literatura nacional y extranjera, sin llegar a encontrar un caso similar al nuestro. Sí, hemos reunido ectopias renales altas —muy poco frecuentes— con riñones torácicos a derecha o a izquierda, únicos o acompañados de pasaje de otros órganos al tórax, pero en ningún caso se han repetido las condiciones del nuestro.

Campbell(1), en 51.880 autopsias, encuentra 74 casos de distopias renales, es decir: en una proporción de 1 por 701 individuos. En su serie solamente 4 con ectopias renales altas: 3 en tórax y 1 en diafragma. Este último caso es distinto al nuestro. Se trataba de un niño de un año de edad, muerto en caquexia, en el que se encontró una hernia diafragmática izquierda, que admitía el pasaje de cuatro dedos, que daba paso a todo el intestino delgado, la mayor parte del grueso y al riñón homolateral, que obstruía en gran parte el orificio herniario.

Eisendrath y Rolnick (3) reunieron 5 casos de ectopia renal alta; en uno, el riñón izquierdo estaba alojado a lo largo del saco de una hernia diafragmática. Wolfromm (7) presentó un caso de riñón ubicado en una eventración diafragmática derecha.

Spillano y Prather (6) presentaron un caso de riñón intratorácico, aparentemente

responsable, en un hombre de 71 años, de enuresis hasta sus 17 años y posteriormente micción imperiosa y nicturia. No recibió tratamiento.

Franciskovic y Martincic (4) publican igualmente un caso de riñón supradiafragmático a derecha, que fue operado, como el nuestro, con diagnóstico de quiste hidático. Era un riñón torácico, subpleural, de caracteres normales, cuyo pedículo pasaba a través de un pequeño orificio del diafragma. Dos casos similares, del lado derecho, han sido presentados: uno por Daroczi (2) y otro por Laumonier y colaboradores (5).

HISTORIA CLÍNICA DEL C. A. S. M. U.—Registro Nº 194.717. E. V. de S., mujer de 32 años. Enferma enviada por el Dr. Golstein por deformación del hemidiafragma derecho en su zona posterior, con diagnóstico de probable quiste hidático de hígado, del lóbulo derecho. La citada deformación le fue encontrada en un examen de colectividades.

Interrogada, la paciente manifiesta tener una discreta dispepsia caracterizada por intolerancia a los alimentos grasos y condimentados, así como dolores esporádicos en el hipocondrio derecho, sin relación con los alimentos ingeridos. Maestra rural, ha vivido en la campaña del Departamento de Treinta y Tres hasta hace siete años. No presenta antecedentes patológicos de interés. Madre de dos niños sanos.

Examen: Buen estado general. Discreta asimetría toracoabdominal derecha, con ensanchamiento de los espacios intercostales correspondientes, sin circulación colateral. Hígado palpable a un través de dedo por debajo del reborde costal. No se palpa bazo.

Exámenes de laboratorio, normales. Reacción de Casoni, negativa.

Los estudios radiográficos, como se ve en las figuras 1 y 2, revelan una imagen en "brioche" o "sol naciente". La colecistografía mostró una vesícula algo acodada, sin imágenes de cálculos. No hubo evidencia de "halo colecistográfico", descrito por Larghero como patognomónico de quiste hidático del hígado.

Pese al informe radiográfico, realizado por dos distinguidos especialistas, tuvimos duda acerca de la localización del proceso. Pero teniendo en cuenta un alerón que parecía le-

* Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 14 de julio de 1965.

** Larrañaga 3814.

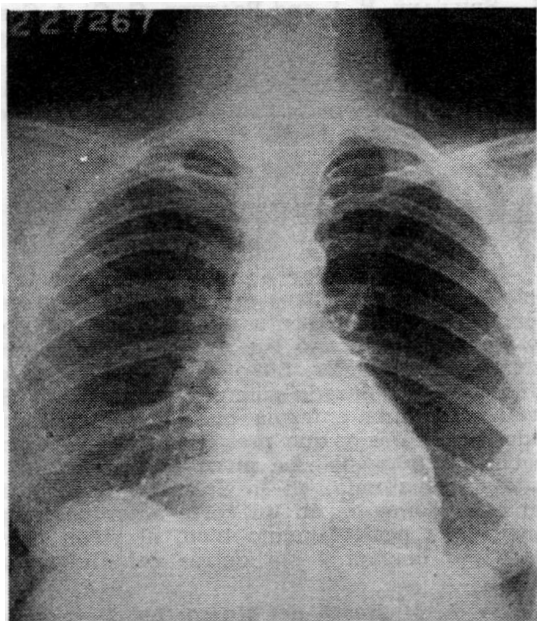


FIG. 1.

vantar el diafragma, pensamos que realmente el proceso asentaba en el lóbulo derecho del hígado y que su etiología era hidática.

Operación: Anestesia general. Abordaje lateroposterior, siguiendo la orientación de la 11ª costilla. La entrada en el peritoneo reveló que el hígado era normal y que el diafragma estaba deformado hacia abajo, como empujado por una tumoración pulmonar. Continuada la

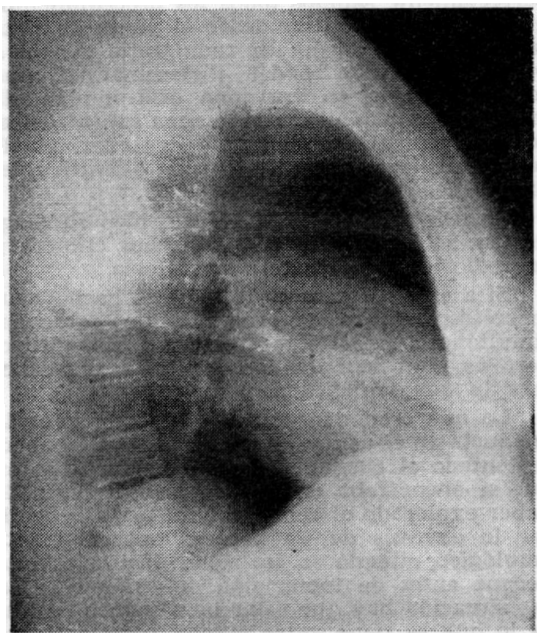


FIG. 2.

incisión en el tórax y resecada la mitad distal de la citada costilla, se comprobó que el pulmón estaba indemne y que la deformación asentaba en el propio diafragma. Había ausencia de éste por falta de desarrollo. El foramen que dejaba estaba ocupado por una tumoración cubierta arriba por la pleura diafragmática y abajo por el peritoneo. Abierta la pleura se observó un riñón de aspecto y tamaño normal, rotado con su cara anterior hacia arriba y su polo superior hacia la línea media. Fue labrado un túnel retroperitoneal y devuelto a su lugar natural. El diafragma fue reconstruido con puntos separados no reabsorbibles y finalmente cerrada la brecha pleural. Evolución buena. Una pielografía de excreción realizada posteriormente reveló correcta ubicación y eli-

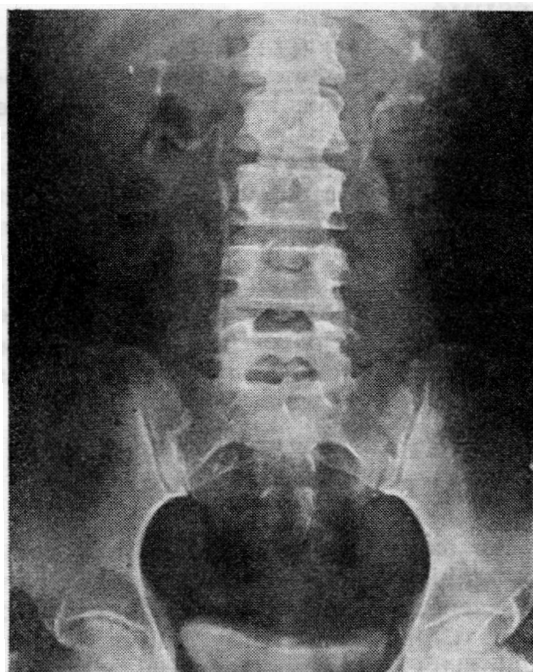


FIG. 3.

minación del citado riñón, con el acodamiento del uréter que se observa en la figura 3. Seis meses más tarde se logró igual imagen.

Embriología: Hay una correcta explicación embriológica del caso referenciado. La porción secretora del riñón (metanefros) es arrastrada hacia arriba por el brote ureteral. Hacia la 7ª semana del desarrollo toda la masa se encuentra a nivel de la 2ª lumbar. Quizá conexiones aórticas elevadas obren para arrastrarla más alta. Si a ello se une un retardo en la fusión de los elementos embrionarios del diafragma, se encuentra perfecta explicación. Los orígenes del diafragma vale recordarlos, son los siguientes: a) del septum transversal ventral; b) membrana pleuroperitoneal lateral; c) derivaciones de la pared del tronco; y d) la zona central se forma a partir del mesenterio dorsal.

SUMARIO

Se presenta un caso clínico de excepcional rareza, en el que se combinan distorsión renal alta con una agenesia parcial del diafragma. Se detallan la historia clinicorradiográfica de la paciente y las sugerencias que ella determinó, así como el hallazgo operatorio y la conducta seguida. Un estudio pielográfico posterior confirmó la existencia de la ectopia renal alta, ya corregida. Se ofrece finalmente la explicación embriológica de estas anomalías.

RÉSUMÉ

On présente un cas clinique d'exceptionnelle rareté dans lequel se combine une distorsion rénale haute à une agénésie partielle du diaphragme. On détaille l'histoire clinico-radiographique de la malade et les suggestions qu'elle détermine, ainsi que les trouvailles opératoires et la conduite suivie. Une étude piélographique ultérieure confirme l'existence de l'ectopie rénale haute, déjà corrigée. On présente enfin l'explication embryologique de ces anomalies.

SUMMARY

An exceptionally infrequent case combining high renal distorsion with a partial agenesia of the diaphragm, is reported upon. Clinical and X-ray findings determining the subsequent surgical approach, as well as operative findings, are described. A subsequent pyelographic study confirmed the existence of a high renal ectopy, now corrected. The embryologic explanation of these abnormalities is dealt with.

BIBLIOGRAFIA

1. CAMPBELL, M. Anomalies of the Urogenital Tract. *Urology*, 1: 276-283, 1954.
2. DAROCZI, J. Z. *Urology*, 49: 664, 1956.
3. EISENDRATH, D. N. and ROLNICK, H. C. *Urology Philadelphia*, 4: 599, 1938.
4. FRANCISKOVIC, V. and MARTINCIC, N. Intrathoracic Kidney. *British Journal of Urology*, XXXI: 156-158, 1959.
5. LAUMONIER, V., FREOUR, N. et DELORMES, J. *Poumon*, 13: 119, 1957.

6. SPILLANE, R. I. and PRATHER, G. C. A Case of Ectopy Kidney. *The Journal of Urology*, 62: 417, 1949.
7. WOLFROMM, G. Position of the Kidney in High Diafragmatic Eventration. *Mem. Acad. de Chir.*, 66: 41-47, 1940.

DISCUSION

Dr. A. Valls: Voy a hacer algún aporte a este tema, porque hace muchos años el profesor del Campo presentó a esta Sociedad una lesión de este mismo tipo, con motivo de una presentación del Dr. Surraco que decía que el riñón era desplazado siempre para abajo. Se trataba de una enferma que tenía una hidatidosis hepática y que presentaba el riñón por encima del hígado. La pieza está en el Instituto de Anatomía, en la Sala del Prof. Ruiz en este momento, en un corte anteroposterior que se ve perfectamente bien, el riñón colocado por encima y por detrás del diafragma.

Dr. L. M. Bosch del Marco: La observación que nos ha traído el Dr. Gregorio es, sin duda, muy interesante. Lo único que yo quería sugerir es sobre algo que en esta Sociedad se ha considerado en oportunidades anteriores. Creo que en el tipo de tumefacción presentado, si es posible, la realización de un pielograma es soberana. Tal práctica es de utilidad en todo quiste hepático posterior, a los efectos de vez las modificaciones de traslación renal.

Dr. Walter Suiffet: La observación del Dr. Gregorio tiene dos aspectos. El primero es en lo que respecta al diagnóstico de la zona toracoabdominal derecha. Desde luego que son perfectamente sabidos todos los procedimientos que uno puede utilizar desde el punto de vista radiológico, en forma de radiografía simple o contrastada, para poder dictaminar si una sombra situada en esa zona está implantada en la zona subfrénica o en la zona suprafrénica. Incluso, aun utilizándolas a todas ellas, puede ser difícil llegar a una conclusión definitiva del diagnóstico.

En este caso el Dr. Gregorio hizo su diagnóstico sobre la base de los hechos clínicos y procedió a la exploración operatoria.

Si a esta enferma se le hubiera hecho neuromorretroperitoneo y urografía de excreción simultánea, se hubiera hecho el diagnóstico, pero es muy sencillo decirlo ahora que sabemos lo que tenía la paciente.

Lo que creo que es muy importante es la conducta en el campo operatorio. Puede haberse tentado el cirujano frente a la situación en que se encontraba el Dr. Gregorio, después de haber explorado el abdomen y el tórax, a realizar la exéresis de un proceso aparentemente patológico, situado en esa zona. Insisto en esto porque antes de tomar una determinación en esa situación hay que estar bien seguro de que es lo que se tiene entre manos, porque frente a una situación similar, el cirujano puede tomar

una determinación sobre ella con consecuencias perfectamente conocidas de lo que ello puede significar.

El hecho que el Dr. Gregorio haya trasladado el riñón a lo que es el sitio habitual del riñón normal, eso sí puede ser discutible y también hay que tener en cuenta que al no conocerse bien el problema, uno puede encontrarse dubitativo frente a la conducta a seguir.

En este caso el Dr. Gregorio considera que era oportuno colocar el riñón en su sitio, con lo cual ha provocado una angulación en la unión pieloureteral. Es posible que eso no tenga ninguna trascendencia, pero indiscutiblemente la topografía natural de este riñón estaba en la zona donde lo encontró el Dr. Gregorio y donde debió haber quedado. De ningún modo esto significa una crítica, sino simplemente una consideración, porque no es esta la situación habitual, de donde uno puede encontrar ectopias renales. El problema creo que es completamente distinto a los desplazamientos renales ocasionados por la equinocosis hidatídica hepática. Esta enferma no tenía una equinocosis hidatídica hepática. Esto es una ectopia renal situada en la zona por encima de la topografía normal y con una falta de desarrollo del diafragma derecho en la zona donde está la parte posterosuperior del diafragma cuando hay formación equinocócica en el hígado; desde luego, que el desplazamiento habitual y más conocido es hacia abajo, pero son perfectamente conocidos los desplazamientos en otro sentido. En el caso que hace mención el Dr. Valls, la paciente tenía una equinocosis hidatídica hepática, que había ascendido el riñón, de manera que había una

causa de desplazamiento renal, pero no correspondía a una ectopia de este tipo.

Dr. Luis A. Gregorio: Agradezco a las personas que se han ocupado de esta comunicación, aportando sus valiosas consideraciones.

Al Dr. Valls contesto que yo conocía la comunicación del Dr. del Campo, presentada en esta Sociedad una semana después que el Dr. Chifflet mostrara el descenso renal motivado por ciertos quistes hidáticos del lóbulo derecho del hígado. No lo citamos precisamente por tratarse de un ascenso renal debido al desplazamiento excepcional provocado por un quiste hidático, situación totalmente distinta a la que acabamos de presentar.

El Dr. Bosch del Marco considera que esta enferma fue incompletamente estudiada. Estamos de acuerdo, y teniendo en cuenta la excepcionalidad del caso, lamentamos profundamente no contar con los documentos previos a la intervención, que hubieran permitido sin duda realizar un diagnóstico completo. Pero no podemos perder de vista que lo habitual es que con los elementos que nos manejamos en esta oportunidad, resolvemos prácticamente todos los problemas quirúrgicos del área toracoabdominal.

Consideramos muy prudente lo que se ha dicho. Nosotros no teníamos la seguridad de un funcionamiento correcto del riñón que encontramos ectopiado, pero sus caracteres físicos apreciables, tales como forma, tamaño, consistencia y coloración, así lo hicieron pensar. Los estudios realizados posteriormente confirmaron la indemnidad total del mismo.