

SESIONES CIENTIFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE BARCELONA

TRES CASOS DE NEFROCALCINOSIS. COMENTARIOS CLINICOS

Dr. A. MOYA

10 de Enero de 1956

EL conferenciante motiva la presentación del tema en la necesidad de recalcar la importancia de la patología de la litiasis renal y de hacer resaltar la modalidad de nefrocalcinosis, que es una de las manifestaciones de la litiasis en general.

Hace referencia a los trabajos encaminados a estudiar la función de la paratiroides, la disfunción paratiroidea, el metabolismo del cloro y el del bicarbonato de sosa o de potasio y limita su estudio a la localización renal, de la cual dice que antiguamente sólo se había observado en las necropsias, concediéndosele escasa importancia; pero estudios recientes han permitido comprobar que no todos los cálculos desarrollados en los cálices tenían el mismo tamaño, sino que había cálices con un cálculo grande, otros con varios cálculos pequeños y que, en una misma persona pueden encontrarse cálices di-

latados por cálculos y gran cantidad de los mismos en el uréter. En estos casos, los túbuli próximos están llenos de grandes vacuolas, que empujan los núcleos hacia un lado; los glomérulos están agrandados, pero sin glomerulitis. Se observan también algunas calcificaciones en los elementos celulares necróticos. Masas calcificadas impregnan los tejidos vecinos y los conductos de Berini parecen estar también calcificados. Parece presumible que la alteración primaria sea una lesión del túbulo producida por un agente bacteriano o químico y que la calcificación sólo se produce en tejidos dañados. O sea que la calcificación es distrófica. Estas calcificaciones tubulares y papilares son el punto de partida de los cálculos. Es posible encontrar esta afección localizada en un solo riñón y aún en una sola parte del mismo. Pero puede ser bilateral y difusa; puede estar localizada en una pequeña

parte del riñón. De suerte que, en definitiva, parece poder afirmarse que para que tenga lugar la producción del cálculo precisa una condición patológica de la papila renal; que los intentos de reparación de esta papila son los que facilitan el depósito de las sales de calcio; que estos depósitos pueden ser extra o intracelulares en grado variable, lo cual explicaría el distinto crecimiento de los cálculos.

La patogenia de estos cálculos explica el hecho de que algunos no puedan verse por radioscopia, pues se ha demostrado que numerosos casos de nefrocalcinosis con lesión renal no pueden destruirse por la pantalla de rayos X.

Estos fragmentos calcificados se abren paso difícilmente, emergen de la papila renal, se acumulan las sales para producir un cálculo y luego decaen para ser expulsados. Esto explicaría el caso de enfermos que sólo tienen un cálculo y, una vez expulsado éste, no reinciden, quizá por el hecho de que la lesión renal es pequeña. En cambio, la reincidencia indicaría que el daño es más extenso. Quizá los urólogos piensan demasiado en el cáliz como punto de formación del cálculo, pero la experiencia revela que deben tenerse en cuenta los tubos colectores y el propio nefrón para pensar en la posible existencia de formaciones calculosas, aunque no puedan demostrarse radiográficamente.

Para ilustrar su conferencia el disertante proyectó en la pantalla unas cuantas cintas en las que podían verse casos de nefrocalcinosis en su fase inicial; un caso de nefrocalcinosis que a la pantalla daba la impresión de un riñón con perdigones y que al mismo tiempo demostraba la existencia de un cálculo aún mayor del uréter derecho; otro caso de nefrocalcinosis bilateral con ambos riñones llenos de pequeños cálculos y otros en demostración de cuanto había dicho durante su brillante conferencia.

Y termina ésta diciendo que todo ello hace pensar en que antes de las dilataciones y de las alteraciones de los túbuli existe una alteración *in situ* que es la causa predisponente de la litiasis. Es posible que estas esponjiosis existan sólo en zonas parcelarias, lo cual explicaría la formación de cálculos en una sola parte de riñón y el éxito obtenido al extirpar la porción de glándula formadora de los mismos, con lo cual se lograría curar definitivamente al paciente.

El académico numerario P. PUJULA elogia las explicaciones del Dr. MOYA y confirma que el riñón es uno de los órganos más complicados, como lo demuestra la complicada red de tubos urinarios que no es raro puedan lesionarse fácilmente y sean estas pequeñas lesiones los puntos de partida de la formación de cálculos.

