

Riñón de atleta

DR. N. MALLO.

Hasta hace unos años, en materia de Medicina Deportiva, no se había demostrado una patología especial renal provocada por el deporte, hasta que en el año 1959 el Dr. A. H. KLEIMAN, médico de la Comisión Atlética de New York presenta al Meeting de la American Urological Association en Atlantic City un extraordinario trabajo que prueba la existencia de una patología parenquimatosa renal provocada por el deporte, que denomina «Riñón de Atleta».

Hasta ese momento, sólo se conocían las albuminurias y hematurias que se atribuían al esfuerzo físico como hecho normal; hasta que este estudio serio, especializado, demostró que con la práctica deportiva, esa supuesta normal alteración en el sedimento urinario, lleva a su traducción en una patología.

He presentado en el Symposium Internacional de Medicina del Deporte realizado en Mar del Plata, Argentina, en junio de 1960, mis primeros dos casos de dicha patología: dos boxeadores en actividad en ese entonces. Después, hemos diagnosticado otros casos que no hemos publicado.

Se trata de una lesión renal, perfectamente individualizada, que se desarrolla en el parénquima como consecuencia del trauma repetido; en atletas que han participado en competición durante un prolongado período de tiempo. Aunque cualquier parte del parénquima puede afectarse la mayor incidencia es en el cáliz superior derecho produciendo una deformación del mismo.

Es perfectamente diagnosticable por urogra-



Figura 1

«Ap. Med. Dep.», vol. VII, n.º 27, 1970.

ma excretor y la indicación del estudio pielo-gráfico está justificada al comprobar en un atleta la persistencia de anomalías en el sedimento urinario.

La hematuria indolora persistente después de cada competición nos debe hacer sospechar la existencia de una afección renal orgánica y no funcional.



Figura 2



Figura 3

KLEIMAN efectuó el estudio de 1.138 atletas (900 boxeadores, 140 luchadores, 68 jugadores de baloncesto y 30 jugadores de hockey) que participaron en competiciones en el Estado de New York y en el Madison Square Garden, llegando al porcentaje máximo de 27 % de atletas con patología renal individualizable como «Riñón de Atleta».

Sus incidencias son de 27 % en boxeadores, 9 % en los luchadores; 25 % en los jugadores de baloncesto y 7 % en los jugadores de hockey.

La incidencia de «Riñón de Atleta» en 125 boxeadores con hematuria importante fue:

	R.D.	R.I.
Deformidad de cáliz superior ...	55	20
Deformidad de cáliz medio	10	13
Deformidad de cáliz inferior ...	10	15
Deformidad de todos los cálices.	15	3
Estenosis de la unión uretropié- lica	11	6
Riñón retraído	1	1

En el urograma excretor se visualiza una distorsión en la silueta del cuello calicilar con dilatación del cáliz correspondiente, imagen dada por el proceso cicatrizal a nivel del cuello calicilar, fibrosis cicatrizal generalizada por el trauma repetido (fig. 1).

Los cambios inflamatorios y degenerativos identificados como «Riñón de atleta» producen cambios multiformes en el contorno de los cálices, que pierden así su integridad anatómica. Bajo los distintos grados de compresión pueden producirse desde la estenosis discreta hasta la atrofia completa pasando por los estados más variados de dilatación y cáliz en maza (figs. 2 y 3). Con la complicación de la infección renal la patología se hace más notoria.

FISIOPATOLOGIA DE LA LESION

Estas lesiones se producen por la combinación de los siguientes factores:

1. Golpes directos al cuerpo por vía abdominal o de flancos.
2. Trauma indirecto repetido por la posición de flexión forzada de algunos deportes. El estudio radiográfico en lateral, extendida y posición de flexión forzada, han demostrado el mecanismo de la movilidad renal.

3. Hipoxia renal en dicha posición y en los traumas directos por compresión mecánica de los vasos y de la víscera. Trabajo realizado por ALYEA, Ep. y BOONE A. W. sobre «Urinary findings from non-traumatic exercise» en el año 1957.

4. *Factores predisponentes*: Substancias circulantes durante el «stress» que disminuyen la resistencia capilar y aumentan el tiempo de protrombina favoreciendo así las hemorragias y la consiguiente organización cicatrizal de esos microhematomas.

5. Un aumento de la presión intraabdominal por la posición de flexión forzada, produce compresión temporal del hígado, vena cava y pedículo renal. Estos mecanismos producen estasis venoso con el aumento de la congestión venosa renal cambiando así la presión en el Cuerpo de Malpighi y alterando el mecanismo de filtración de la cápsula de Bowman de modo que, hematíes y proteínas pueden ser filtradas apareciendo en el sedimento urinario. La repetición de estos mecanismos produce como proceso final esclerosis intersticial a nivel de los cuellos calicilares preferentemente dando lugar a las lesiones descritas como «Riñón de atleta».

En las venas peripiélicas se producen rupturas a nivel de los fornix calicilares produciendo hemorragia, inflamación y proliferación cicatricial.

La explicación de la preponderancia sobre el cáliz superior derecho está en que el polo superior renal derecho está encerrado por la 12.ª costilla y el hígado; en esa situación un trauma directo o la flexión forzada comprimen al riñón, por su limitación de espacio, y de movilidad, quedando encarcelado el riñón entre el hígado, la 12.ª costilla, el diafragma y la columna vertebral.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con la tuberculosis renal, la litiasis renal y los tumores.

Esta condición patológica puede pasar desconocida por un período más o menos largo hasta que los síntomas no se hacen notables.

El tratamiento incluye un adecuado período de reposo que oscila entre los treinta y sesenta días con el control periódico de los análisis de laboratorio como guía de la evolución.

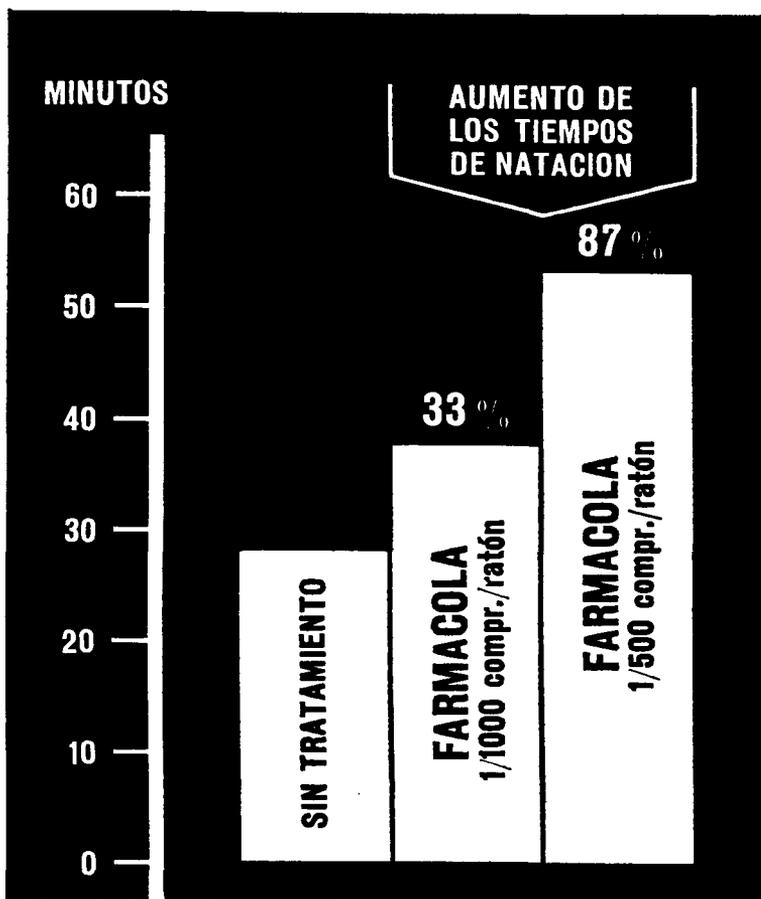
La persistencia del sedimento anormal es causa del retiro del atleta de la actividad.

Farmacola

DEFATIGANTE NEURO-MUSCULAR EFERVESCENTE DE ACCION FISIOLOGICA

Prueba de resistencia a la fatiga realizada en el departamento de Farmacología del Laboratorio Dr. Andreu

Se obligó a nadar hasta fatiga total varios lotes de ratones, anotando los tiempos de natación. Al día siguiente se les administró FARMACOLA y se repitió la prueba, comprobándose una notable prolongación de los tiempos de natación.



Comprimidos efervescentes y comprimidos masticables, de agradable sabor.

Glucosa y ATP	energizantes
Acido ascórbico	desintoxicante
Aspartatos.	defatigantes
Nuez de cola y cafeína	estimulantes

Tubos de 10 comprimidos efervescentes y cajas de 15 comprimidos masticables.

P. V. P. 45,00 Ptas.