

Diagnóstico precoz en un tumor de riñón

por el doctor

A. Puigvert Gorro

El caso clínico motivo de esta observación, no tiene otro interés que la precocidad del diagnóstico que fué confirmado por el examen histológico de la pieza, toda vez que las lesiones anatómo-patológicas que acusaba el riñón a su extirpación, eran microscópicas.

La historia clínica del enfermo es la siguiente:

R., de 38 años de edad, sin ningún antecedente patológico anterior digno de mención, se presenta a la consulta instigado por su médico, por sufrir desde hace tres días una hematuria total indolora, con coágulos alargados y delgados que expulsa al empezar la micción. Sólo el día de la consulta el enfermo sintió dolor continuo, pero muy ligero, en la región renal izquierda.

Exploración.—No se encuentra nada digno de mención por la exploración manual.

Cistoscopia: Paredes vesicales y meatos ureterales normales; la eyaculación por el meato ureteral izquierdo es funcionalmente normal de tiempo y de ritmo, pero es fuertemente hemática, tanto, que rápidamente tiñe el líquido vesical.

Esta exploración permitió localizar la hematuria, que era renal izquierda.

La tensión arterial de este enfermo a la primera exploración era de 12-15 Mx. por 7 mm. con el aparato de Vázquez.

Análisis de original global:

Técnica: Gram y Ziehl.

Resultado: R. ácido. Albúmina +.

Urea, % 19.85 grs. Cloruros, % 13.40 grs.

Sedimento

Hematies +. Leucocitos ++.

No hay gérmenes.

Al día siguiente se le extrajo una muestra de sangre en ayunas para ver la azotemia, dando la cifra de 0,24 %.

Cateterismo ureteral doble:

Las sondas penetran fácilmente en ambos ureteres, deteniéndose en el derecho a 27 cm. del meato ureteral y a 20 cm. en el izquierdo.

Se recogen dos muestras de orina de cada riñón, dando su examen este resultado:

Muestra primera:

	Riñón derecho	Riñón izquierdo
Cantidad	2 c. c.	3 c. c.
Urea	1.41 grs. 0/00	7.44 grs. 0/00
Cloruros 0/00	no se buscan por falta de orina	8.90 grs.

Muestra segunda:

	Riñón derecho		Riñón izquierdo
Cantidad	16 c. c.		18 c. c.
Urea, o/oo	11.91 grs.	o/oo	10.42 grs.
Cloruros, o/oo	11.60 grs.	o/oo	10.40 grs.
Leucocitos	algunos		algunos
Hematies muy abundantes. No hay gérmenes		Más hematies que en el otro riñón	Micrococcos

A continuación se procedió a una pielografía ascendente que fracasó, pues el enfermo aquejó dolor renal a los pocos centímetros cúbicos, que fueron inyectados en la pelvis, no pudiéndose obtener su imagen radiográfica.

En vista de este fracaso se procedió a la pielografía descendente mediante la inyección de 20 c. c. de Perabrodil y en ella apareció en la pelvis renal izquierda la imagen del cáliz superior ensanchada y aplanada, lo que ya permitió afirmar la sospecha de una neo-formación neoplásica que modificaba la morfología del cáliz superior.

Para confirmar la sospecha de que era un tumor que deformaba el cáliz superior, se practicó al enfermo una nueva pielografía ascendente con Torotrast, con lo que se obtuvo una pielografía muy demostrativa del tumor renal.

Sentado ya el diagnóstico de tumor del cáliz superior del riñón izquierdo, se aconsejó la nefrectomía, operación que le practiqué el día 20 de octubre de 1933.

La nefrectomía fué fácil, a pesar de ser un enfermo con mucha grasa y sólo debo mencionar como hecho anormal la presencia de una arteria polar superior que se ligó aisladamente.

El curso post operatorio fué normal, encontrándose el enfermo en la actualidad curado y con una azotemia de 0,20 o/oo.

Examen macroscópico — Riñón izquierdo (fig. 5) extirpado por nefrectomía, de aspecto y forma normal; aumento de coloración y de dureza de la pirámide del polo superior. Nódulo de la papila de la pirámide y quiste seroso en la base. Equimosis en la mucosa de la pelvis renal.

Examen microscópico de una porción de la pirámide polar superior. (Fig. 6).

Coloración por la Hemotixilina-Eosina.
Entre los tubos urimíferos que conservan el aspecto normal, sólo algunos están aplanados, encontrándose otros tubos más grandes y tapizados por varias capas de células epiteliales y

en el interior de alguno de estos tubos la proliferación de células toma un aspecto papilar.

Algunos de estos tubos epiteliales han roto su cubierta conjuntiva y las células epiteliales del tubo se extienden e infiltran el tejido conjuntivo de sostén del riñón. Se trata pues de un epiteloma renal cisto-papilar o edema-carcinoma de otros autores.

Lo interesante, a mi juicio, de este caso, es la precocidad del diagnóstico, toda vez que por una sola hematuria es realmente poco frecuente extirpar un riñón.

Al principio de explorar al enfermo presentóse la duda de ser una nefritis crónica a evolución muda, como las califica el doctor Esquerdo, pero la falta de hipertensión, la tasa de urea en la sangre de 0,24 o/oo que es normal; la ausencia de antecedentes y la falta de cilindros en la orina y la existencia de una albuminuria de 0,10 a 0,15 gr. o/oo, que era producida por la misma hematuria, permitía dudar de la nefritis crónica. Además, la presencia de coágulos alargados (moldes ureterales) y el déficit funcional del lado de la hematuria dejando aparte la pielografía, ya permitía sospechar que se trataba de una afección neoplásica que afectaba la glándula renal y no los conductos excretorios.

Finalmente en este caso, como hemos visto, la pielografía no dió lugar a duda acerca de las causas de la hematuria.

RESUM

L'interessant del cas exposat per l'autor és la precocitat del diagnòstic fet quan la simptomatologia del malalt es reduïa a una sola hematuria, essent poc freqüent per aquest fet extirpar un ronyó; orientaren el diagnòstic els exàmens de l'orina, especialment el déficit funcional del costat de l'hematuria i l'afirmaren els exàmens radioscòpics practicant la pielografia que no deixa cap mena de dubtes sobre la causa de l'hematuria.

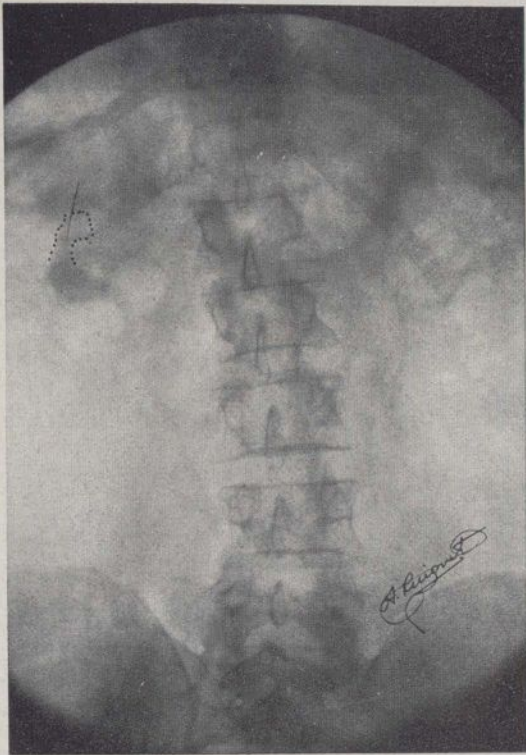


Figura 1

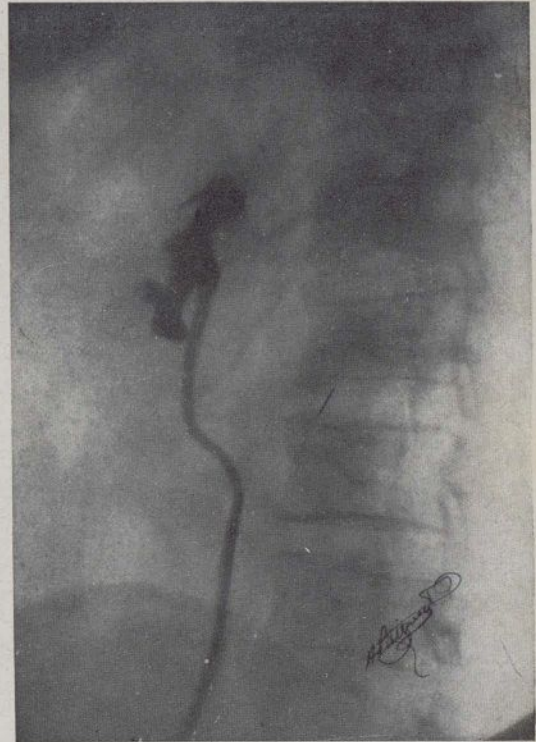


Figura 3



Figura 2

Figura 1.—Pielografía descendente con Per-Abrodil.

Se vé el ensanchamiento del cáliz superior que dá la impresión de que la papilla renal que en él desemboca está aplanada.

Figura 2.—Pielografía ascendente con Torcstraf. Proyección posterior. Ensanchamiento y bordes irregulares del cáliz superior.

Figura 3.—La misma pielografía en proyección oblicua izquierda posterior. Se vé de manera acusada la diferencia del contorno del cáliz superior.

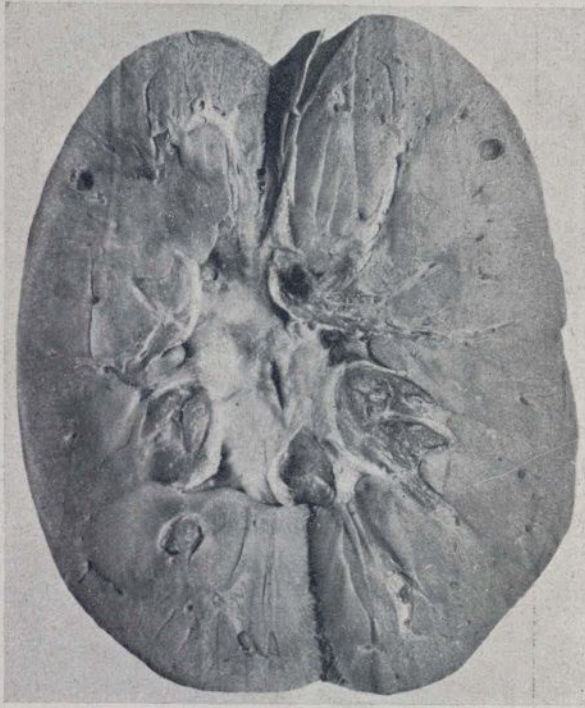


Figura 5

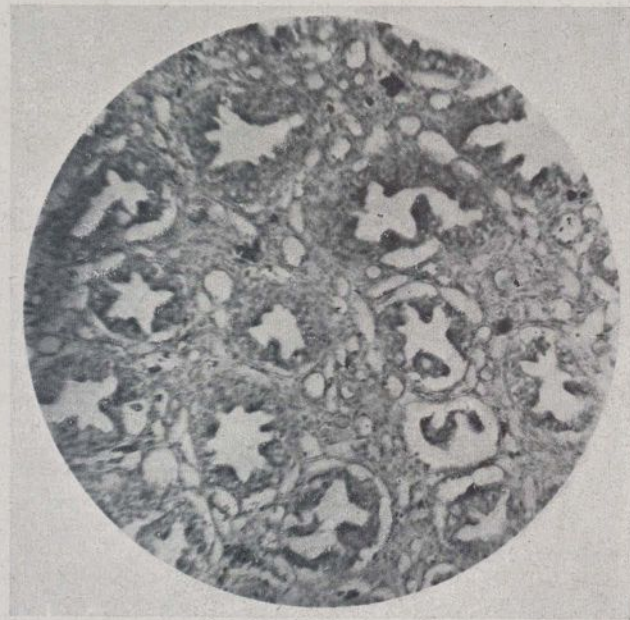


Figura 6

ARS MEDICA



Aspecto cistoscópico de la eyaculación hematórica
del meato ureteral izquierdo.

RÉSUMÉ

Le cas décrit par l'auteur est de grand intérêt à cause de son diagnostic précoce d'un cancer de rein quand la symptomatologie du malade était réduite à une seule hématurie, laquelle est très peu pour justifier l'extirpation d'un rein; les examens d'urine et le déficit fonctionnel du côté de l'hématurie l'ont aidé à faire le diagnostic, lequel a été confirmé par les examens radioscopiques et par une pyélographie.

SUMMARY

The case described by the author is of interest because he diagnosed a cancer of the kidney when the only symptom was a sole haematuria, it being very unusual to remove the kidney for this alone; he was helped in his diagnosis by urine examinations; by the functional deficit on the side of the haematuria; by radioscopic examinations which confirmed his opinion and by a pyelography which left no doubt as to the cause of the haematuria.