

Serv. de Urología del Hosp. Fiorito  
Jefe: Dr. Ricardo Bernardi

## TUMOR RENAL SIMULANDO UNA URONEFROSIS

Por los Dres. RICARDO BERNARDI y CESAR LA ROSA GARCIA  
(becado peruano)

La clásica sintomatología de blastoma renal (tumor y hematuria) se presenta en el 90 % de los casos, ofreciéndose en el resto con unas manifestaciones clínicas y radiológica que se prestan a confusión con otras afecciones más benignas (quistes serosos o hemáticos, hidático, poliquístico, tuberculosis pseudo-tumoral, uronefrosis, etc.).

El error posible dadas la similitud que ofrecen y las que sólo con la pieza en la mano es posible establecer con toda certeza el diagnóstico. Desgraciadamente el pronóstico es completamente distinto en una y otra situación.

Nuestro caso constituye, si se quiere, un ejemplo típico de confusión si pensamos que se trataba, en síntesis, de un enfermo joven, con intenso y persistente dolor lumbar derecho, raro en las neoplasias, *sin hematuria* a pesar del desarrollo del tumor, con urograma característico de una uronefrosis congénita bilateral, especialmente derecha, como verán en las películas que exhibiremos a continuación.

Historia 3434. — A. A., 22 años de edad; argentino; casado; domiciliado en Bahía Blanca.

Ingresó el 22 de setiembre de 1956.

La enfermedad actual se inicia hace 3 meses, en forma brusca, con dolor epigástrico, de mediana intensidad, tipo continuo, sin vinculación con los alimentos, acompañado a veces de náuseas y vómitos, con exacerbaciones irregulares. Consulta a un médico quien le efectúa estudios radiológicos, diagnosticándole úlcera gastroduodenal. Sometido a un tratamiento orientado a tal afección, obtiene leve mejoría durante pocos días, después de los cuales, empezó a sentir dolor en flanco y fosa iliaca del lado derecho. Tal dolor fué cobrando mayor intensidad al mismo tiempo que desaparecía la epigastralgia. Acudió a un urólogo por esta sintomatología, siéndole efectuado una urografía excretoria. Bajo el diagnóstico de *uronefrosis bilateral* le inician tratamiento médico. Al no observar mejoría alguna y notando la evidente pérdida de peso y compromiso del estado general, decide venir a Buenos Aires. Ingresó a nuestro servicio *con intensos dolores del flanco y fosa iliaca del lado derecho, que precisaron de antiálgicos cada dos horas, aproximadamente y que se exacerbaban con los movimientos.*

*Examen físico.* Tipo leptosómico; pálido; adelgazado; afebril; decúbito activo. Piel húmeda, mucosas pálidas. Dentadura en buen estado de conservación. Adenitis supraclavicular izquierda, discretamente dolorosa.

*Aparato respiratorio.* Clínicamente nada anormal.

*Aparato cardiovascular.* Clínicamente nada anormal. Presión arterial: 12.5-7.

*Abdomen.* Excavado, poco panículo adiposo, blando. Riñón aumentado de tamaño a expensas de su polo inferior y muy doloroso (neo riñón, T.B.C.?).

*Exámenes auxiliares.* Sangre, Urea: 0.18 g.; Glucosa: 0.90 g.; Hematíes: 4.400.000; Leucocitos. 6.000; Fórmula: Normal; Hematocrito: 40; Orina: Kock repetidamente negativos.

Con fecha 2 de octubre de 1956 se le efectúa una uretero-pielografía ascendente del lado izquierdo, siendo imposible cateterizar el lado derecho.

Se decide operarlo el día 15 de octubre.

Presunción diagnóstica: Uroñefrosis por tuberculosis renal. ¿Neoplasia renal?

Operación: Lumbotomía derecha.

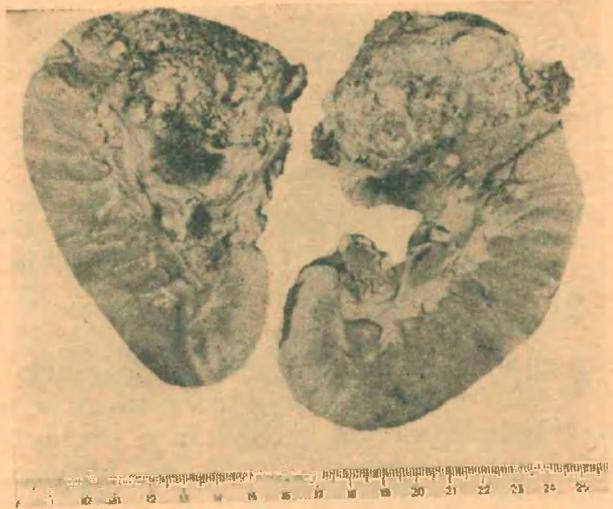


FIGURA 1. — Fotografía de la pieza con la neoplasia en su polo interior

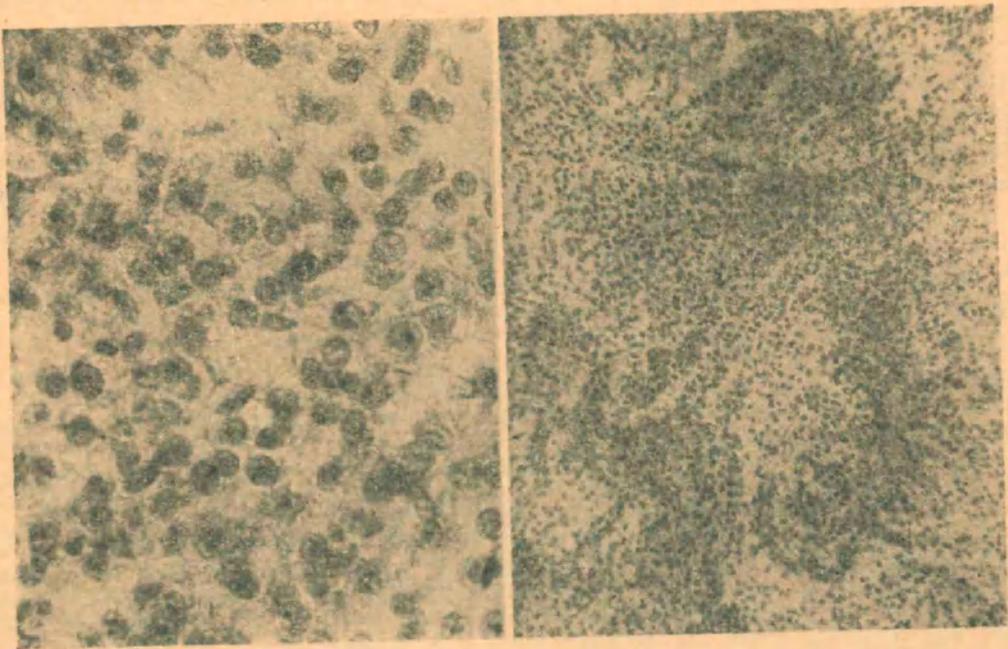


Figura 1

Figura 2

- Incisión de Pflaumer, con resección de la 12ª costilla. Se reconoce un órgano de gran tamaño, con una induración muy sospechosa en su polo superior. Se practica la ectomía. Durante la liberación del pedículo se aprecian adenopatías lumboaórticas de gran tamaño; hemostasia y cierre por planos dejando drenajes; transfusión operatoria de 500 c.c. de sangre total.

En el post-operatorio tuvo fiebre durante algunos días como único inconveniente digno de mención.

El día 27 de octubre es dado de alta en aceptable estado general.

El examen histopatológico señaló: *adenocarcinoma de riñón*.

Es transferido al Centro Anticanceroso de Bahía Blanca, para seguir su tratamiento acti-  
noterápico.

Es visto el día 15 de enero de 1951, a los 3 meses de operado. Su peso es de 60 Kg.  
Antes de sentirse enfermo, hace 1 año, pesaba 84 Kg.

Ha recibido en total: 18 radiaciones, 10 en el abdomen y 8 en el cuello.

Aqueja vómitos y dolores hipogástricos sin relación a determinada clase de alimentos,  
sin ser constantes. Ocasionalmente ha notado aumento de la circulación venosa en el tercio  
superior de ambos muslos y en el escroto.

*Al examen:* pálido, delgado, tinte pajizo. Persiste en toda su amplitud el infarto gan-  
glionar cervical izquierdo. En aparato respiratorio, nada de particular. Aparato cardiovascular:  
clínicamente nada anormal. Tensión arterial de 14-7 en el brazo derecho. Abdomen excavado,  
con amplia zona de quemadura en región umbilical (radiaciones).

Se perciben gruesos ganglios lumboaórticos, discretamente dolorosos. Poliadenitis inguinal  
bilateral.

#### COMENTARIOS

En esta breve exposición debemos destacar 4 hechos significativos, que  
nos hicieron pensar en un *neo del riñón* y excepcionalmente en una tubercu-  
losis, a pesar de la ausencia de hematuria:

1º) El dolor demasiado intenso y persistente para ser producido por  
una uronefrosis; debería existir una participación capsular y ganglionar con  
compresión permanente del pedículo renal para explicarlo. Además se tra-  
taba de una nefralgia que solamente cedía a los opiáceos.

2º) El riñón estaba aumentado de tamaño a expensas de su polo infe-  
rior, característica propia de un neo o una tuberculosis a predominio inferior.

3º) La ausencia de hematuria como dato negativo no tenía valor, por-  
que es relativamente frecuente este aspecto en las neoplasias extra-canaliculares.

4º) Pensamos finalmente en una tuberculosis dolorosa o pseudo-có-  
lica, debida a una obstrucción ureteral porque el pielograma nos resultó  
impracticable, debido a un obstáculo existente en el meato ureteral.

#### R E S U M E N

La diferenciación entre tumor renal y neoformaciones quísticas es muy  
difícil en algunas ocasiones.

Nuestro caso se refiere a un riñón muy doloroso, aumentado de tama-  
ño a expensas de su polo inferior, (T. B. C. - neo?), sin hematuria.

Radiográficamente mostraba una uronefrosis congénita bilateral.

La operación reveló un adenocarcinoma de gran tamaño, con gruesa  
adenopatía lumbo-aórtica.

#### DISCUSIÓN

*Dr. Trabucco.* — ¿Un retroneumoperitóneo no podía haber aclarado la situación

*Dr. Bernardi.* — Nosotros solemos practicar el retroneumoperitóneo, pero este caso, no  
lo hicimos porque el enfermo que estaba muy adelgazado y sufría mucho, deseaba ir a la inter-  
vención a toda costa porque creía que con ella obtendría la sedación de su cuadro. Es posible  
que también una aortografía hubiera aclarado el diagnóstico.