

CRIPTO TUMOR RENAL. LA NECESIDAD DE EXPLORACION

Dres. A. E. Trabucco, F. Márquez y H. A. Levati.

La necesidad de la exploración quirúrgica de los posibles quistes renales es una de las premisas de nuestro Servicio de Urología del Hospital Rawson.

El caso que presentamos es un ejemplo del porqué de esa conducta.

J. E. de B. 50 años, casada. H. C. N° 9. Serie 766.

Ingresó al Servicio el 8 de octubre de 1963 remitida del interior del país (Comodoro Rivadavia). Refirió que desde hacía 7 meses acusaba molestias a veces algo dolorosas en hipocondrio izquierdo, con irradiación hacia atrás, hacia la fosa lumbar y la región subcostal. Que estos episodios no tenían relación con el reposo o la actividad física y con la ingestión o no de alimentos. Calmaban con la medicación antiálgica indicada en los procesos reumatoideos. Nunca se notó febril. Nunca hematuria. Un episodio cistítico hacía tres meses curó rápidamente, en 24 horas, con antibióticos.

No existían antecedentes importantes para el cuadro actual pero no podemos menos que consignar apendicectomía hace 30 años y colecistectomía por litiasis biliar hace 6 años. Dos hijos vivos y sanos, el menor de 24 años nacidos ambos de partos eutócicos.

Adjuntó a los exámenes de laboratorio de rutina que eran normales un estudio urográfico. 10/6/63. Placa simple del árbol urinario: En columna lumbar se observa una leve escoliosis a concavidad derecha con sacralización de la 5a vértebra. Una pequeña imagen radiopaca del tamaño de una munición se ubica equidistante del borde sacro y del ilíaco, a la altura del coxis (lado derecho).

Urograma excretor: Buena eliminación renal bilateral. Riñón derecho de forma y tamaño normales. Imagen pielocalicial sin particularidades. No se observa ureteropielocaliectasia derecha por lo que si bien en ninguna placa se ve el tercio inferior del ureter se descarta que la imagen de la placa simple se halle ubicada en la luz ureteral. Riñón izquierdo: contorno aparentemente normal excepto en la porción interna donde se demarca en la parte superior del tercio medio del riñón una imagen redondeada que desplaza el cáliz superior y borra la silueta pélica; mide aproximadamente 5 cm. de diámetro.

Se informa: diagnóstico presuntivo quiste renal.

A este estudio radiográfico se añade una pielografía ascendente izquierda con retro-neumoperitoneo. También una teleradiografía de tórax.

En la pielografía ascendente se observa entrada fácil del aire inyectado según técnica de Ruiz Rivas (1200 cm³) por el retroneumoperitoneo. El riñón derecho se contornea perfectamente; el izquierdo se muestra como suspendido perdiéndose la imagen redondeada bien visible de las placas del urograma. Las imágenes de relleno no agregan más datos a los anteriores y la placa en inspiración y espiración constata buena movilidad renal.

Placa de tórax: sin particularidades.

Por dificultades transitorias y en parte apurados por los deseos de la paciente para reintegrarse a su hogar no efectuamos el estudio aortográfico que hubiera sido sumamente interesante por lo que se verá.

Se propuso la intervención quirúrgica que se efectúa el 22/10/1963. Incisión lumbar izquierda con resección de la 12a. costilla. Liberación del riñón, de tamaño normal, de pedículo largo y complaciente. Se observa en su superficie dos formaciones redon-

deadas: 1) Un quiste en polo inferior del tamaño de una pelota de ping-pong, no observable en las placas radiográficas. 2) Una masa del tamaño de una ciruela, lisa, blanquizca, con un plano de clivaje que se interrumpe en un verdadero pedículo. Al abrirla muestra un color francamente amarillento claro y las características de una masa tumoral. Se decide por la nefrectomía la que se hace sin inconvenientes.

Postoperatorio sin particularidades.

La enferma es dada de alta el 6/11/63.

Anatomía patológica: Protocolo N° 5534.

MACROSCOPIA: Riñón de tamaño normal con una formación quística en el polo inferior del tamaño de una pelota de ping-pong y otra redondeada del tamaño de una ciruela en la cara posterior sobre el borde interno, con un plano de clivaje aparente. El contenido es blanduzco y amarillento.

MICROSCOPIA: Riñón: glomerulos con derrame intracapsular. Reacción de tipo esclerótico periglomerular. Algunos tubos dilatados. Focos aislados de infiltración linfocitaria.

Masa tumoral: Epitelioma a células claras.

Se observan células de tipo poliédrico, de protoplasma granuloso, eosinófilo, con diferentes tonos pero de predominio claro. Núcleos irregulares de distinta picnosis y de escasa mitosis.

En los controles efectuados hasta la fecha no se ha encontrado nada de particular. Siguen esporádicamente, tal vez más distanciados los dolores que motivaron su estudio.

CONSIDERACIONES

Como ya lo manifestáramos al comienzo la presunción de un quiste puede enmascarar una neoplasia. Otros autores como el Dr. Bernardi y colaboradores en dos presentaciones en los años 1955 y 1957 manifiestan que el blastoma renal puede presentarse no con su clásica sintomatología de tumor y hematuria y prestarse a confusión con otras afecciones más benignas como el quiste. El error es posible y solo con la pieza en la mano se hace el diagnóstico de certeza. De allí lo grave de no intervenir exploratoriamente.

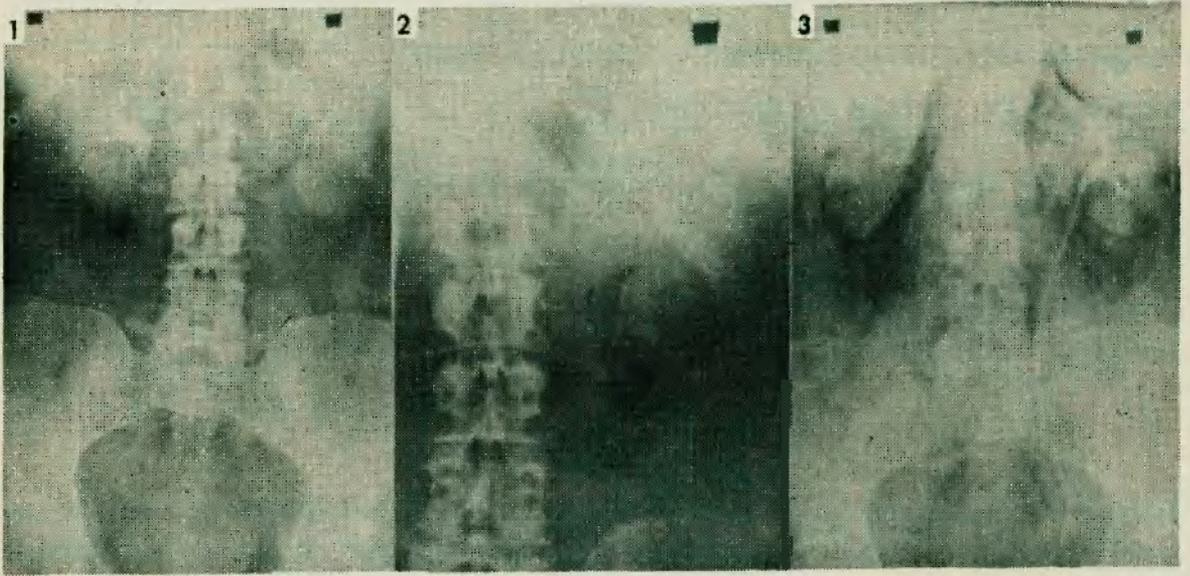
Al revés, cuando el quiste es del tercio medio y da hematurias se lo confunde con un neo, pero aquí la indicación quirúrgica se efectúa y satisface justamente porque quita jerarquía al proceso.

Las imágenes radiográficas pueden engañar y entonces ante la menor duda y aún sin ella la operación debe hacerse para no dejar una neoplasia donde todo hacía pensar en un quiste.

CONCLUSION

Se presenta un caso de tumor de riñón (epitelioma a células claras) que por la sintomatología y los estudios radiológicos que se le practicaron hacían pensar en un quiste renal.

CRIPTO TUMOR RENAL. LA NECESIDAD DE LA EXPLORACION



1 y 2 Urograma excretor

3 Radiografía ascendente izq. con retroneumoperitoneo

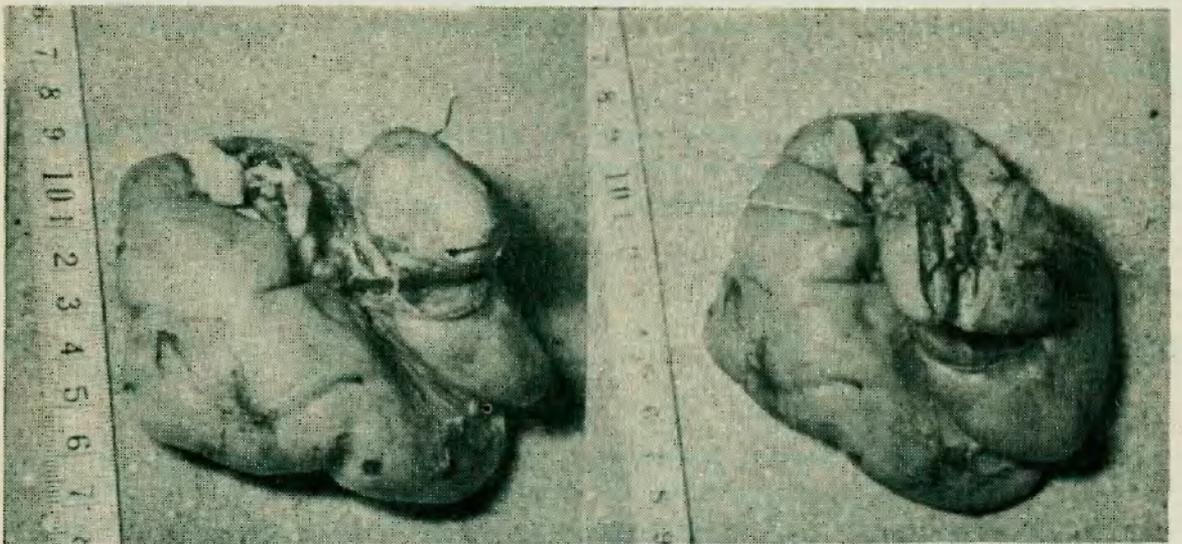


Fig. 4

Fig. 5