

QUISTE RENAL O CANCER

Por el Dr. Sergio Rebaudi.

A los trabajos presentados en la reunión anterior: Cripto tumor renal por el Dr. Trabucco y colaboradores. Cuál es su diagnóstico?. Riñón poliquístico vs. neoplasia renal; por el Dr. Bernardi y colaboradores; queremos agregar esta nueva observación.

NN. de 53 años de edad refiere que desde hace aproximadamente un mes presente dolor sordo en región lumbar izquierda, poliuria y ardor miccional, nunca tuvo hematuria. Los exámenes de laboratorio son normales la eritrosedimentación ligeramente acelerada. Las pruebas de función renal son normales. Las maniobras de palpación renal izquierda despiertan dolor.

Tratado con antibioticos mejora la sintomatología.

29/VIII/66. Radiografía simple del árbol urinario muestra agrandamiento de riñón izquierdo, pielografía descendente: buena función renal derecha con sistema pielocalicial normal; retardo eliminatorio izquierdo con distorsión y dilatación de caliz superior e inferior no observándose el medio.

5/IX/66. Pielografía ascendente izquierda muestra una masa colocada en la parte media del parénquima renal que desplaza, dilata, comprime e ¿ invade? los cálices y la pelvis renal. Se le indica la autografía que el enfermo rechaza.

15/IX/66. Operación: Anestesia general. Cirujano: Dr. Rebaudi. Ayudante: Dr. Bragioni. Posición de lumbotomía. Insición tipo Pean sobre la duodécima costilla que se extiende desde el borde externo del músculo recto anterior del abdomen hasta el ángulo costomuscular. Se reseca la costilla. Se abre el peritoneo y por el espacio parieto cólico se explora el pedículo renal y el riñón que tiene consistencia blanda renitente observándose un gran quiste renal. Se sutura el peritoneo; se libera el riñón y se lo exterioriza encontrándose dos quistes medulares en la parte media del riñón que disecaban el pedículo y desplazaban el ureter. También se observan dos o tres pequeños quistes corticales; se evacúa el contenido de los quistes que es de líquido citrino y se reseca parte de la cápsula colocándose puntos de hemostasia.

Una vez evacuados los quistes el riñón queda reducido al polo superior e inferior unidos por una pequeña masa de tejido cortical renal. Se descapsula y con colgajos de cápsula se lo fija. Se coloca drenaje y sutura por planos de Alta a los diez días de operado.

UNA MODIFICACION AL TROCAR PARA PUNCION BIOPSIA DEL Dr. LEONIDAS REBAUDI

por el Dr. Sergio Rebaudi.

Consiste esta modificación en el agregado de un nuevo tirabuzón de dos ramas para que la presa del tejido sea más firme; y a la camisa cortante se le hicieron dientecillos para que el corte sea más fácil.

La biopsia de próstata la practicamos por vía perineal o transrectal y no usamos el limitador de penetración.

Incluso hemos podido efectuar la biopsia de un tumor exofítico colocado en pared latero posterior de vejiga.

El modo de empleo y la descripción de este aparato fue realizado por el Dr. Leonidas Rebaudi en esta sociedad y publicada en la Revista Argentina de Urología N° 7 y 8 del año 1948 lo que me exime de repetirlo en esta oportunidad.

