

TUMORES FEBRILES DE RIÑÓN

Dres. Juan José Solari, Alberto Muzio y Eduardo Singer

En varias oportunidades se ha discutido en el seno de esta Sociedad la forma clínica reconocida como Tumor Febril de Riñón.

Como aporte a este tema traemos a vuestra consideración dos casos que por su sintomatología, evolución clínica y características anatomopatológicas encuadran en esta forma clínica particular.

Descripción de los casos clínicos:

Caso N° 1.

L. E. de M., sexo femenino, 70 años, casada.

Antecedentes familiares y personales: sin importancia.

Enfermedad actual: en agosto de 1958 comienza con dolores abdominales difusos con cierto predominio en epigastrio e hipocondrio derecho, estreñimiento, pérdida de peso y fiebre especialmente por las tardes. Es tratada como vesicular durante 1 año, perdiendo durante ese lapso 10 kg. Recién al final de ese tiempo nota la aparición de una tumoración en hipocondrio izquierdo, siguiendo con fiebre. Con ese motivo se le realiza una urografía excretora que revela exclusión renal izquierda.

Con fecha 2 de junio de 1959 es examinada por uno de nosotros comprobando tumoración en flanco izquierdo con franco peloteo lumbar, adelgazamiento y fiebre con sudoraciones en especial por las tardes.

Análisis: Glóbulos rojos: 2.710.000- Glóbulos blancos: 8800- Hematocrito: 25 %. Eritrosedimentación: 1 hora 139. Resto s. p.

Pielograma ascendente izquierdo: revela la existencia de una tumoración a nivel de ese riñón.

Tratamiento: 18 de junio de 1959, nefrectomía izquierda. Riñón reemplazado en su casi totalidad por una masa tumoral de aproximadamente el tamaño de un pomelo grande. Durante el postoperatorio presentó derrame plural izquierdo que cede en pocos días. La fiebre desaparece.

Al mes de operada aparece nuevamente la temperatura, con decaimiento, hígado aumentado de tamaño, duro e irregular. La enferma fallece en pocos días.

Anatomía Patológica: diagnóstico, Epitelioma a células claras. Se ven formaciones tubulares de forma y tamaño irregular, formadas por células de núcleos hiper cromáticos redondeadas y desiguales; sectores destruidos por infiltrado inflamatorio agudo.

Caso N° 2

H. A. 53 años, argentino, casado.

Antecedentes familiares y personales: s. p.

Enfermedad actual: comienza en los primeros días de febrero de 1968 con fiebre vespertina que llega a 37°8 a 38°5, acompañada de cefaleas, decaimiento general y sudoraciones profusas. Consulta a un facultativo quien encuentra en el sedimento urinario abundantes hematíes, razón por la cual lo envía al urólogo.

Estado actual: se palpa riñón izquierdo aumentado de tamaño, con peloteo lumbar. Resto s. p.

Análisis: abundantes hematíes en el sedimento urinario.

Eritrosedimentación: 1 h 120, 2 h 130. Resto s. p.

Urografía excretora: Riñón izquierdo desplazado hacia afuera y arriba, deficiente relleno calicial en el polo inferior cuyo contorno no se visualiza. Borramiento del borde del psoas izquierdo y desplazamiento del uréter de ese lado hacia la línea media.

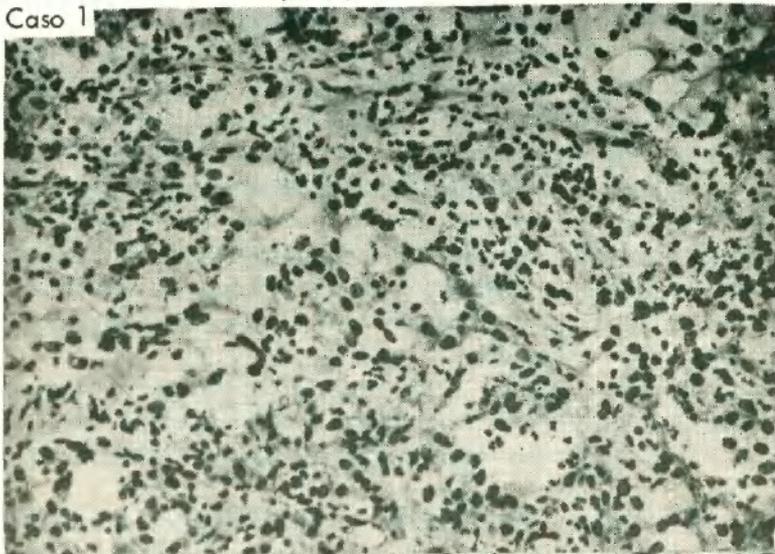
Tratamiento: 16-3-68, nefrectomía izquierda, se comprueba la existencia de una tu-

TUMORES FEBRILES DE RIÑÓN

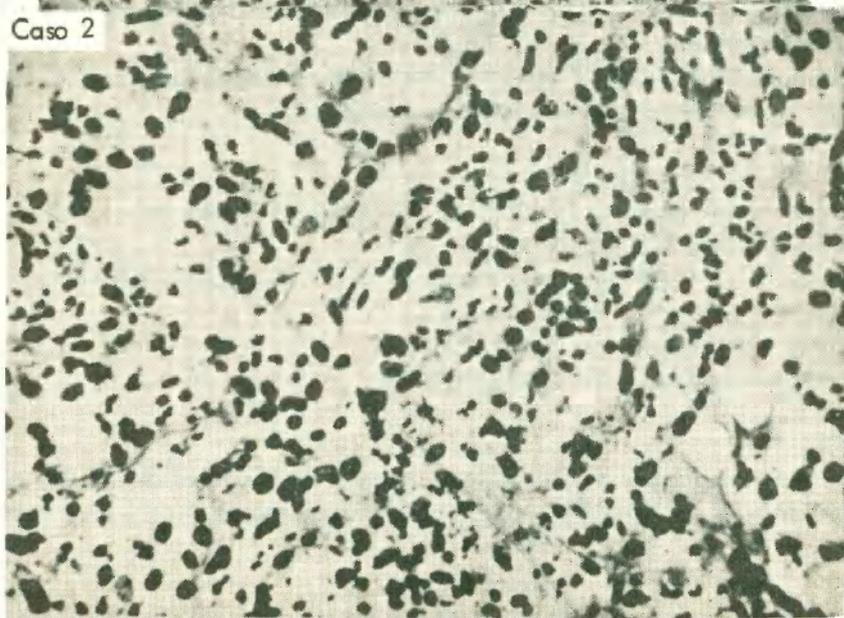
moración en el polo inferior, se extirpa el riñón junto con el perinefrio.

Anatomía Patológica: diagnóstico, Epitelioma a células claras. Se observan formaciones tubulares con células de núcleo más pequeño que el caso anterior, hiper cromáticos; proceso inflamatorio menos intenso que el anterior.

Caso 1



Caso 2



La presencia de la fiebre como componente del cuadro sintomatológico de los tumores renales, fue ya observada por Israel en el año 1896. A partir de entonces aparecen en la literatura diversas comunicaciones que confirman aquella observación.

Melixoc sobre un total de 577 casos observa ese síntoma en el 16 %.

Weinstein, Gerasi y Greene encuentran la fiebre como único síntoma en el 2 % de sus casos.

Bottinger halla que en el 12 % de los pacientes con carcinoma renal va a la consulta únicamente con fiebre.

Ercole sobre 19 observaciones de cancer de riñón de los cuales 2 presentaban fiebre, afirma que la temperatura es síntoma fundamental en 1 de ellos.

La presencia casi constante de la eritrosedimentación acelerada en relación con la fiebre, ha sido observada en varios casos; entre ellos 1 de Gussel quien considera casi in-

variable el aumento de la eritrosedimentación en los cánceres febriles, opinión compartida por Bottinger al afirmar una correlación entre la fiebre y la eritrosedimentación elevada.

Ultimamente Shipman publica un caso de hipernefroma en el cual la única anomalía persistente fue el elevado tenor de fosfatas alcalinas en el suero, además de la fiebre. En nuestro país existen varios aportes al tema, entre ellos Monserrat y García en 1936, en el mismo año lacraparo.

En 1938 Llanos. En 1939 Ercole en su tesis sobre Cáncer de Riñón. En 1953 Mathis, Golderacena y Moser. En 1954 Teruel Romero y en 1961 Cartelli y Millán.

La explicación de la fiebre en el cáncer del riñón ha dado lugar a una serie de teorías, entre las cuales merecen mencionarse en primer término la de Israel, quien atribuye tal síntoma a la reabsorción de sustancias tóxicas que provienen de zonas necrosadas del tumor o de sustancias pirógenas producidas por las células neoplásicas.

Teruel Romero cita la teoría de la destrucción por el tumor de elementos celulares normales esbozada por Tuffier y Bredoit.

También recuerda la teoría anafiláctica de Neu y Warburg quien defiende la teoría del diferente metabolismo de las células cancerosas que recercurtiría en el equilibrio térmico. Melixow en 1960 no ha hallado una correlación histológica característica con la presencia de fiebre.

En nuestro medio la interpretación infecciosa ha sido sostenida por Monserrat y García en 1936 y por Trabucco en la discusión que siguió al trabajo presentado por Mathis y colaboradores en 1953.

Participamos en la idea de Mc Cormack y Amirama que dicen que hasta el momento actual la fiebre no ha sido satisfactoriamente explicada.

CONSIDERACIONES FINALES:

Presentamos dos casos de tumor de riñón en los cuales la fiebre fue el síntoma que llevó al paciente a la consulta.

En ambos casos se constató la existencia de eritrosedimentación acelerada.

La fiebre fue vespertina en los dos casos.

En ambos casos existió infiltración inflamatoria.

La fiebre desapareció luego de la nefrectomía.

CONCLUSION

El objetivo, muy simple por cierto, de esta comunicación es el de afirmar una vez más la importancia de la exploración urográfica en todo caso de fiebre de origen desconocido.

BIBLIOGRAFIA

- Melixow M. M; Uson A. C.: Non urologic symptoms in patients with renal cancer. J. A. M. A. 172: 146, 1960.
- Weinstein E., Geraci J. E., Greene L.: Hypernephroma presenting as fever of obscure origin. Proc. of Staff Meetings of the Mayo Clin. 36: 12, 1961.
- Bottiger L. E.: Fever of un known origin: Acta Med. Scand. 156: 477, 1957.
- Ercole R.: Cáncer de Riñón, Rosario, Argentina 1939.
- Gursel E.: Un cas d'Hypernephrome d'evolution fébrile. J. Urol. 57: 187, 1951.
- Shipman K., Dowingn S. W., Bradford H. A.: Hypernephroma presenting as fever of unknown origin associated with elevated serum alkaline phosphatase levels. J. of Urol. 89: 62, 1963.

TUMORES FEBRILES DE RIÑÓN

- Iacapraro G.: Tumor renal a forma infecciosa. Rev. Arg. Urol 5: 433, 1936.
- Monserrat J. M., García A. E.: Aporte al trabajo de Iacapraro - Rev. Arg. Urol. 5: 433, 1936.
- Llanos M.: Tumore febriles del riñon Rev. Ar. Urol. 7: 269, 1938.
- Mc Cormack J. L., Amirama M.: Fever as sumptom in renal cell carcinoma. J. of Urol. 7: 269, 1961.
- Mathis R., Goldaracena J. A., Moser G.: Tumor renal y fiebre. Rev. Arg. Urol. 22: 249, 1953.
- Teruel Romero P.: Cáncer febril de riñón. Rev. Arg. Urol. 23: 181, 1954.
- Cartelli N., Millan J.: Tumor renal a sintomatología febril. Prensa Méd. Arg. 45: 3050, 1961.