

- Titus, J.; Harrison, E.; Claggett, O.; Anderson, M. and Knaff, L.:* Xanthogranulomatous and inflammatory pseudotumors of the lung. *Cancer*, 15, 522, 1962.
- Tonelli, S. and Giannotti, P.:* On the Nature of Xanthogranulomatous pyelonephritis. *Urol. Int.*, 24, 330-343, 1969.
- Xerri, A. et Auvert, J.:* Deux nouvelles observations de pyelonephrite xanthogranulomateuse. Données étiologiques et arteriographiques. *J. Urol. Nephrol.*, 75, 798-803, 1969.
- Xerri, A. et Cukier, J.:* Pyelonephritis xanthogranulomateuses. A propos de 8 observations. *Presse Med.*, 76, 1699-1702, 1968.

DISCUSION

Dr. Pagliere: Ante todo, desearía que el Dr. Guman amplíe algunos conceptos, del punto de vista anatomopatológico.

Dr. Guman: La pielonefritis xantogranulomatosa tiene características particulares. Quizás la forma más frecuente sea un riñón aumentado de tamaño, si bien se han descrito otras con tamaño disminuido. En nuestro caso, el riñón estaba disminuido, y pesaba 120 gramos.

Cuando nos enviaron la pieza pensamos que se trataba de una tuberculosis. Seccionada, el material no era el característico de tipo caseoso, sino amarillento, semejante a manteca. Es una descripción clásica de pielonefritis xantogranulomatosa. Macroscópicamente se veían nódulos. Estas son las características comunes de esta afección. No sólo existe el rasgo de células xantomatosas sino también los datos de la macroscopía.

Sr. Presidente: En consideración el tema que se acaba de exponer.

Dr. Besuschio: Quisiera hacer referencia al caso anterior, en el que se mostró lo más significativo y se pasó por alto un aspecto, el referido a las enormes masas que reemplazaban al parénquima renal. Allí encontramos un área amplia, con células xantomatosas, principalmente.

Sr. Presidente: Me voy a permitir hacer algunas consideraciones.

Hace algunas semanas, en el Servicio de Niños del Hospital Rawson, vimos a una enfermita de 11 años, con un cuadro como el que se ha descrito aquí, de enflaquecimiento, fiebre. La examinamos con el Dr. Sánchez Sañudo, aquí presente. Se barajaron varios diagnósticos: un tumor, una pielonefritis a forma pseudo tumoral, y aún la pielonefritis xantogranulomatosa.

La niña pasó al Servicio de Urología, se operó y encontró un gran proceso abscedado. Prometo traer la pieza o el informe anatomopatológico.

El hecho es que da la impresión de que se trata de una lesión que se presenta con más frecuencia de lo que creemos. Hoy día se ve en niños; en el último número del "Journal" se cita el caso de niños de 7 a 9 años.

Servicio de Urología
del Hospital Francés
Buenos Aires

Rev. Arg. Urol. Nefrol. Tomo 40, 1971
Sociedad Arg. Urología, 27-5-71

TUMOR DEL PARENQUIMA RENAL (EVOLUCION INFRECUENTE)

Por los Dres. GABINO GONZALEZ MARTIN, EDUARDO ROUSSEAU y
SANTIAGO C. BESUSCHIO

Si bien se puede comprobar en la literatura la existencia de un buen número de tumores del parénquima renal que fueron diagnosticados accidentalmente como consecuencia de exámenes de rutina orientados hacia otro sector del organismo, lo habitual es, sin embargo, que dichos tumores se pongan de manifiesto por intermedio de alguno de los síntomas o signos que componen su clásica triada sintomática (Hematuria, Tumor y Dolor) y con menor frecuencia, a través de la sintomatología derivada de sus metástasis.

Presentamos hoy el caso poco frecuente de un tumor del parénquima renal

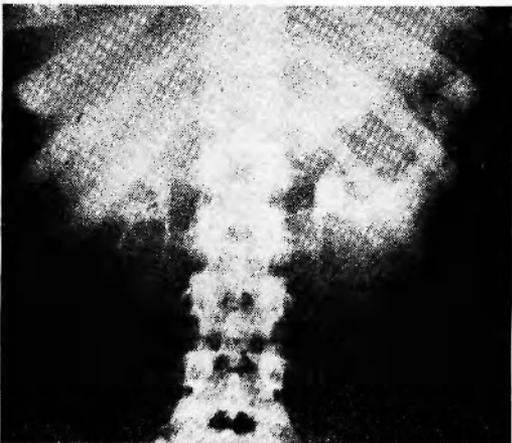
observado en una mujer de 35 años de edad, que por su larga evolución asintomática nos indujo al diagnóstico erróneo de quistosis renal con el que fue intervenida quirúrgicamente.

Esta enferma padeció su primera afección urológica a los 20 años de edad al sufrir un cólico renal del lado opuesto al de su enfermedad actual, seguido de la eliminación de un cálculo.

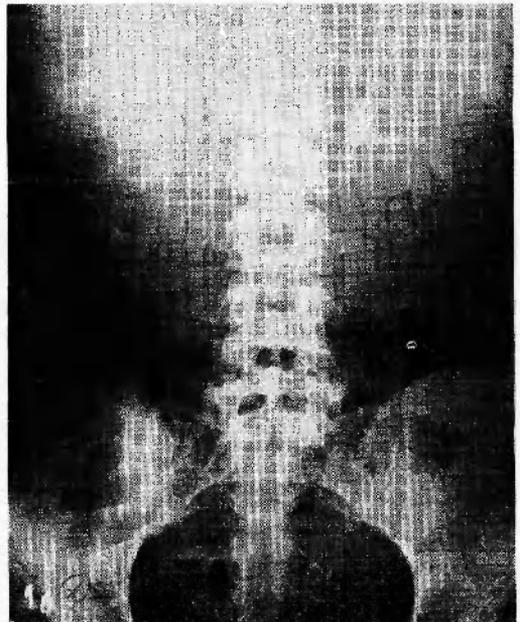
A continuación de dicho episodio se efectuó un estudio radiográfico de su aparato urinario en cuya urografía excretoria se aprecia una manifiesta deformación del polo y cáliz superior del riñón derecho que en ese entonces pasó desapercibida (Fig. 1).

Transcurren luego 15 años completamente asintomáticos y en perfecta salud, durante los cuales se casa y tiene dos hijos, hasta que hace unos 6 meses concurre a la consulta acompañada de un nuevo estudio radiográfico del aparato urinario obtenido a raíz de una persistente sensación dolorosa de baja intensidad localizada en la región lumbar derecha.

En esas radiografías se comprueba la existencia de un riñón derecho muy aumentado de tamaño junto con una notable alteración de su vía excretoria (Fig. 2).



(Fig. 1)



(Fig. 2)

La posibilidad de comparar ambas urografías excretorias y la observación de varios análisis de rutina conservados por la enferma nos permitió comprobar que dicha tumoración renal derecha ya era, como dijimos al comienzo, bien evidente 15 años antes y que ninguno de los exámenes de sangre y orina obtenidos en ese intervalo mostraba la más mínima alteración que permitiera sospechar la existencia de una afección urológica.

Durante el examen físico de la paciente pudimos confirmar su magnífico estado general y palpar, al mismo tiempo, una gran tumoración discretamente dolorosa que ocupaba la fosa renal y parte del flanco derecho.

Los resultados de los exámenes de laboratorio de rutina eran, en ese momento, los siguientes:

Glóbulos rojos: 4.280.000. Hb.: 12, 40 gr. Leucocitos: 7.000 (Fórmula normal). Eritrosedimentación: 1ª h.: 2 mm.; 2ª h.: 5 mm. Urea y Glicemia normales. Orina: ác., densidad 1,012. Albúmina, sangre y pus negativos. Sedimento: Esc. leucocitos granulosos, células epiteliales planas, uratos amorfos y levaduras,

Recordamos que otros 3 análisis completos de orina efectuados durante los dos últimos años también eran absolutamente normales.

La evolución completamente asintomática del proceso durante un lapso tan prolongado nos inclinó a pensar en una quistosis y propusimos su intervención quirúrgica por las molestias que comenzaba a ocasionarle a la enferma y, además, por la necesidad de confirmar el diagnóstico.

Bajo anestesia general y a través de una lumbotomía con resección de la XIIª costilla, llegamos a la fosa renal donde nos encontramos con un tumor del tamaño aproximado al de una cabeza de feto que presentaba una acentuada circulación venosa.

El resultado del estudio anatomopatológico de la pieza operatoria fue el siguiente: Carcinoma del parénquima renal.

El posoperatorio transcurrió normalmente y la enferma presenta en el momento actual, después de 1 año y medio de la intervención, muy buen estado general con sus análisis de rutina dentro de límites normales, salvo una moderada aceleración de la eritrosedimentación que recién se hizo presente después de la operación.

RESUMEN

Presentamos un caso de carcinoma del parénquima renal al que consideramos doblemente interesante tanto por la poca edad que tenía la paciente en el momento de su primer examen (20 años) como por su larga evolución comprobada radiográficamente (15 años) durante la cual no evidenció ninguna sintomatología que hiciese sospechar el proceso a pesar del gran tamaño alcanzado por el tumor.

DISCUSION

Sr. Presidente: Está en consideración la comunicación del Dr. González Martín y colaboradores.

Sr. Bernardi: Recuerdo que hace más de veinticinco años, estando el Dr. Pavlovsky en el Hospital Fiorito, se presentó un caso similar: una enferma con una enorme tumoración sin sintomatología. En aquel entonces no se hacía arteriografía, y yo formulé el diagnóstico de quiste porque no tenía hematuria. La enferma —operada cuando yo estaba de vacaciones— tenía un enorme tumor, que no había dado ninguna sintomatología. Pero eso sucedía en una época en que no se disponía de los medios de diagnóstico actuales.

Dr. González Martín: Agradezco la colaboración del Dr. Bernardi, pero le recuerdo que, como él sabe, ninguno de los exámenes complementarios permite asegurar el diagnóstico diferencial, en este tipo de lesiones.

Con un enfoque netamente académico yo podía haber ido algo más allá, pero con un criterio asistencial me conformé con la lumbotomía.

Dr. Bernardi: En el estado actual de la medicina no podemos quedarnos con un diagnóstico urográfico y clínico frente a una tumoración, sin hacer obligatoriamente una arteriografía. Que haya servicios que no poseen este recurso, explica pero no justifica su omisión. Debe quedar claro que es necesaria la arteriografía para hacer el diagnóstico diferencial. Así que no estoy de acuerdo con su criterio.

Dr. González Martín: Las estadísticas del año cincuenta y tantos, demuestran que hay un alto porcentaje de pseudo quistes renales de origen blastomatoso que son hematomas renales neoplásicos que actúan desde el punto de vista arteriográfico como si fueran quistes. Y en última instancia lo positivo y lo real, es la lumbotomía.

Dr. Bernardi: No estamos de acuerdo, doctor,