

Queda entonces el interrogante de saber si la edad fue la ideal, cuantos testiculos eran disgenéticos, y que porcentaje de atrofiás se debió a isquemia postoperatoria.

Considero que las respuestas la pueden dar los histopatólogos con sus variados recursos de investigación y fundamentalmente nuestro interés por conocerlas al enviarles las biopsias.

"Prof. Dr. Luis Güemes" - Haedo
Servicio de Urología

Rev. Arg. Urol. Nefrol. Tomo 42. Año 1973

"HEMORRAGIA TUMORAL RENAL A FORMA SEUDOQUÍSTICA"

Por los Dres. M. A. CASTRIA, N. S. PIEGARI, I. ROTEMBERG y M. CASAZZA

Numerosas publicaciones relatan la inexistencia de manifestaciones patológicas compatibles con una neoplasia de riñón, en razón de que el tumor puede permanecer asintomático durante largo tiempo y objetivarse primariamente en ocasiones a través de una metástasis, o bien como hallazgo inesperado de una autopsia.

El presente cuadro clínico hace referencia a un paciente cuya signología orienta hacia una cistopatía inflamatoria y cuya certificación va perdiendo vigencia a medida que el estudio se realiza, enfrentándonos con un compromiso tumoral del riñón.

Si bien se llega a un diagnóstico de certeza queda como variante a considerar la rareza con que una neoplasia renal a través de un proceso de necrosis masiva y hemorragia profusa intratumoral distendiendo la cápsula renal en magnitud, configura morfológicamente el carácter pseudoquístico y que a vuestra consideración sometemos.

T. G., 78 años de edad, casado. H.C. N° 1664.

ANTECEDENTES: Tifoidea a los 25 años. Cólico renal derecho con expulsión de cálculo a los 55 años. Colectomía por litiasis vesicular a los 65 años. Hernioplastia inguinal derecha hace 4 años.

ENFERMEDAD ACTUAL: Consulta por disuria, acentuada polaquiuria y nicturia y ardor miccional desde hace dos años aproximadamente. Hace referencia ocasionalmente a dolor lumbar izquierdo localizado y de escasa intensidad.

ESTADO ACTUAL: Riñones: se palpa riñón izquierdo deformado por proceso de mayor consistencia, de superficie uniforme, aparentemente liso e indoloro. Peloteo lumbar. Genitales Externos: Hipotrofia gonadal senil bilateral.
Tacto rectal: próstata de caracteres normales.

Exámenes complementarios:

La pielografía descendente revela en el lado derecho sistema excretor de aspecto normal y aparente infiltración orgánica de la hemivegiga correspondiente. En el lado opuesto se constata deficiente función de concentración y eliminación de la sustancia de contraste que imposibilita precisar las estructuras pielocalicilares. Imagen tumoral o quística que compromete polo inferior del órgano.

Cistografía doble contraste con relleno total: no revela imágenes anormales.

Exámen radiográfico de tórax: normal.

Examen cardiológico: Normotenso. Trazado electrocardiográfico dentro de límites fisiológicos.

Los análisis de laboratorio no arrojan valores dignos de mención.

Aortografía: riñón derecho: ofrece en sus distintas faces angiográficas aceptables condiciones anatómicas funcionales.

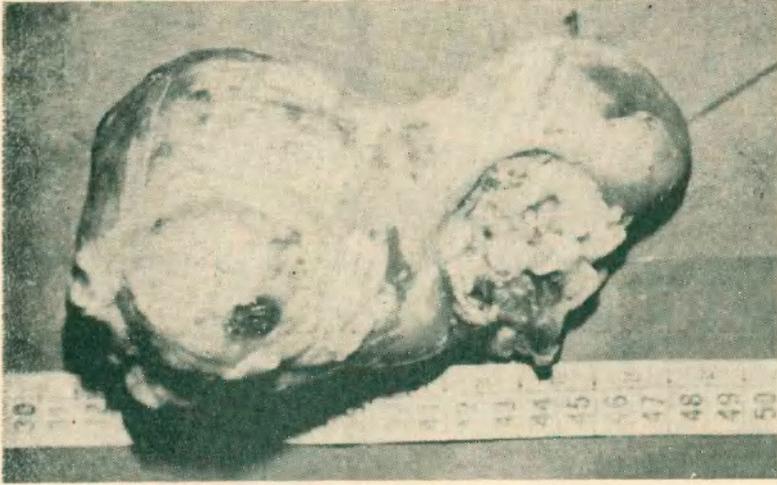
Riñón izquierdo: deformación globulosa de polo inferior con tenues imágenes de hipervascularización en contorno superior de la misma no apreciándose proceso de neoformación vascular en el resto de la masa tumoral.

Cistoscopia y biopsia endoscopica bajo anestesia: Cuello deformado labio inferior y lateral derecho por proceso adenomatoso.

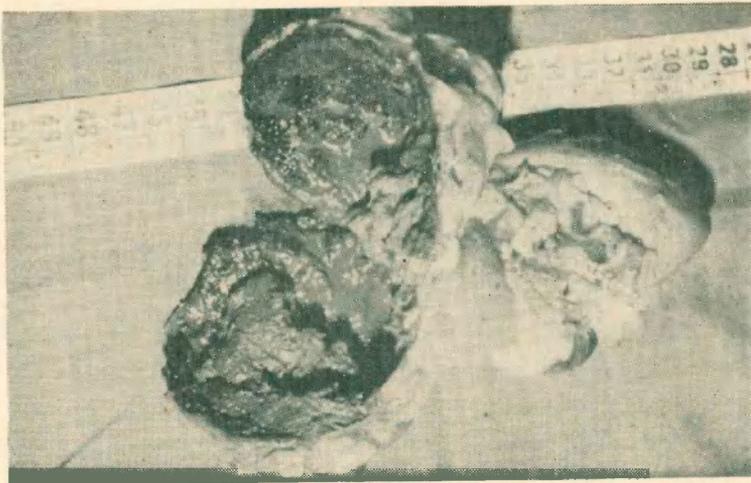
Mucosa hiperhemia trigonal. Celdas y columnas. En hemivejiga derecha edema tipo bulloso con digitaciones gruesas y mucosa pálida. Meatos bien implantados. Se realiza biopsia endoscópica. *Diagnóstico histopatológicos* Cistitis hipertrófica.

Con diagnóstico de tumor de riñón se realiza nefrectomía cuyo informe anatómo-patológico reza:

Adenocarcinoma de riñón, con amplias áreas de necrosis.



Carcinoma renal.



Carcinoma renal a forma pseudo quística por necrosis masiva y hemorragia profusa.

Consideraciones

Los carcinomas a células claras constituyen masas abigarradas habitualmente de localización polar, alcanzando en ocasiones gran desarrollo. Originariamente en capsulados su estirpe invasor determina áreas de necrosis e intensidad.

Dentro de estas características que le son propias el carcinoma a células claras que presentamos tiene la particularidad de ofrecer extensa necrosis y profusa hemorragia que distendiendo la cápsula renal configura una forma tumoral pseudo-quística.

Conclusión

Se presenta un paciente portador de un carcinoma a células claras de evolución clínica asintomática y de carácter morfológico a forma pseudoquística.