

Hosp. Nac. del Centenario; Cát. de Clín.
Urológica. Prof. Titular M. A. LLANOS

Por el Doctor
MIGUEL A. LLANOS

TUMORES FEBRILES DEL RIÑÓN

DE los dos casos anunciados de neoplasma febril del riñón, en realidad, creo que solamente uno corresponde a tal título: el otro se trata de un neoplasma del riñón que fué inyectado por cateterismo, pues es a partir de dicho cateterismo que comienza la fiebre y que continúa con gran repercusión sobre el estado general del sujeto, lo que nos obligó a intervenir extirpando el riñón con lo que desapareció la fiebre y el enfermo se curó, encontrándose actualmente en excelentes condiciones.

La historia del enfermo del tumor febril es la siguiente:

HISTORIA RESUMIDA

F. I. — Español. de 43 años, ingresó al servicio el 29 de octubre de 1937 y manifiesta que en junio de 1933, después de una caminata notó que la orina es sanguinolenta, al parecer durante toda la micción. La orina se mantiene sanguinolenta durante cuatro micciones. A los 21 días, se repite la hematuria pero con dolores molestos acompañado de vómitos. Se mantuvo bien hasta mayo de 1935, en que tuvo hematuria espontánea y total, con coágulos que duraron cuatro días. En noviembre de 1936, nueva hematuria espontánea y total, con coágulos, escalofríos, temperatura y retención de orina, que obligó a sondarse, quedando después con fiebre, por la tarde, sudores nocturnos, inapetencia, vómitos matutinos y debilidad que se acentuaba con el tiempo, habiendo disminuido 14 kilos de peso desde que se inició su afección, manteniéndose el estado febril y los vómitos por la mañana.

El examen clínico es negativo; la pielografía que denota compresión de la pelvis y del cálice superior y por los caracteres de la hematuria, pensamos en la posibilidad de un neo febril. Después de todos los exámenes previos necesarios, se interviene el 26 de noviembre de 1937 por vía lumbar, con resección de la última costilla, habiéndose practicado la nefrectomía sin dificultad. Cuatro días

después de la operación, el enfermo se encuentra bien, habiendo desaparecido la temperatura y los vómitos; el 25 de diciembre, es dado de alta en buenas condiciones. La pielografía indica compresión de la pelvis y del cáliz superior, sin amputación, está de acuerdo con la localización del tumor (Fig. 1) cuyo informe anátomo-patológico es el siguiente:

F. I.. — 43 años. Archivo 9894, Inclusión 12428, — Riñón derecho.

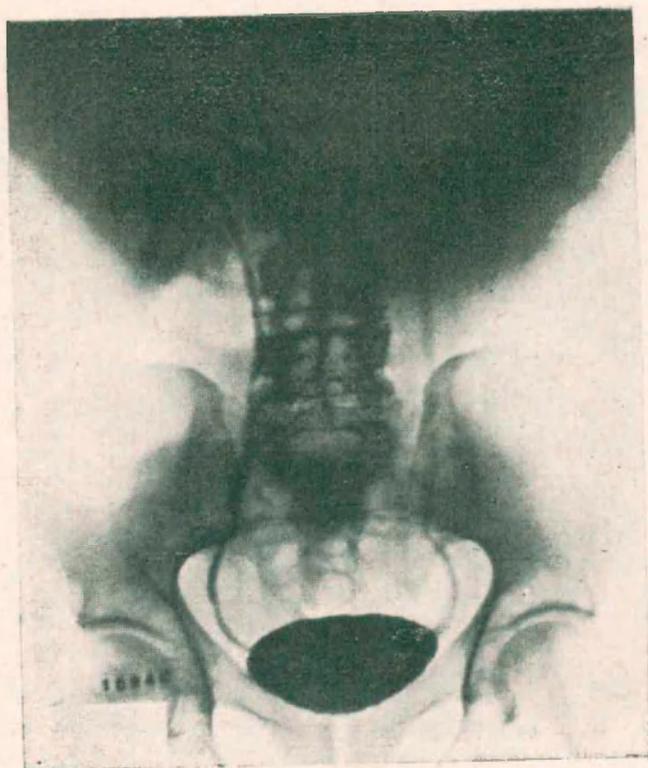


Figura N° 1.

Descripción macroscópica. — La pieza mide 17 cm. de longitud por 7 centímetros de ancho. Se reconoce el órgano renal deformado y agrandado por la existencia en el polo superior de una tumoración mamelonada irregular. Esta tumoración se extiende por la cara posterior más abajo que por la anterior, llegando así hasta la parte media del órgano. El hilio del riñón aparece respetado y por él emergen los vasos y el ureter. La vena renal aparece cortada cerca de la confluencia de dos ramas por una de las cuales, la superior, emerge una pequeña vegetación neoplásica.

La pelvis aparece libre. En el polo superior hay una arteria supernumeraria.

Al corte, se ve el tercio superior del riñón que está ocupado y deformado por un conglomerado de nódulos tumorales confluentes. El aspecto de este tejido, es bastante uniforme. El color varía un tanto de un nódulo a otro, siendo

en unos blanco, en otros ligeramente amarillento, y en otro de un color hepático claro (rosado).

En la extremidad superior del tumor hay una zona central, necrótica.

Algunos escasos nódulos son de color más rosados con zonas hemorrágicas pequeñas y quistes coloides. Los cálices vecinos al tumor, están también invadidos, lo mismo que el seno del riñón que rechaza un tanto la pelvis. Del seno así invadido, el tejido tumoral llega hasta el hilio (una gruesa vena tiene en su interior, y casi oculto, un brote neoplásico).

En el centro del conglomerado tumoral, el estroma presenta la clásica transformación hialina y azulada.

Descripción microscópica. — Se ve una estructura cistopapilar con células

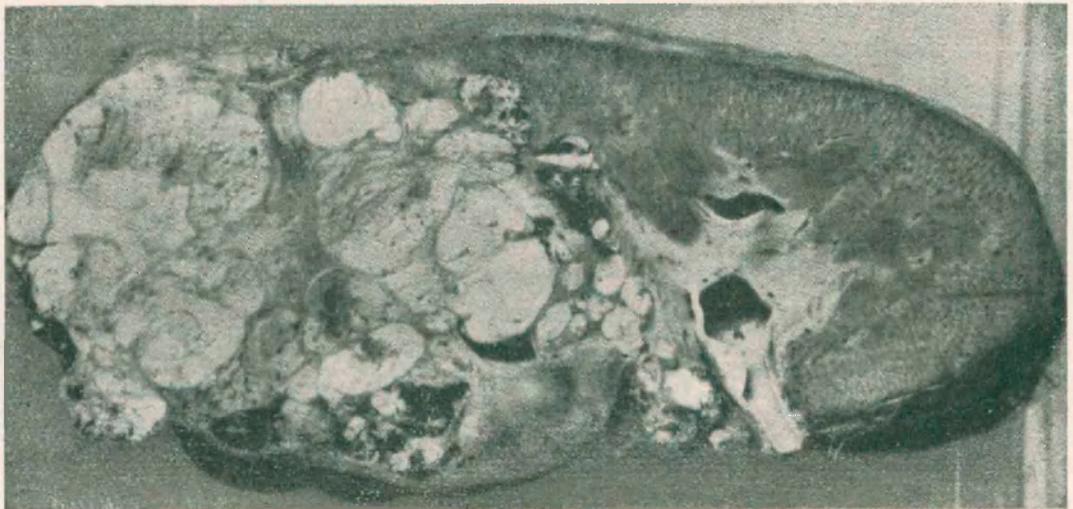


Figura N° 2.

vacías y claras. Las papilas están bien desarrolladas con células altas, salvo en el vértice en que las células conservan el aspecto acidófilo. Se ven también formaciones pseudo cordonales no muy gruesas de células igualmente claras. Estos cordones alternan con otros de células acidófilas irregulares.

Diagnóstico: Epitelioma renal de células claras y acidófilas.

Considero interesante transcribir la historia clínica de los autores Perard, Leger y Faulong, publicada en J. U., tomo XLIII, pág. 489, que motivó un trabajo de conjuntos y del cual tomamos algunos datos.

HISTORIA CLINICA

Enferma de 39 años. El síntoma dominante es la temperatura y oscila entre 37.2° a la mañana y 38° por la tarde; dolores al nivel del flanco izquierdo que se acentúan progresivamente, el enflaquecimiento es notable, en dos meses pierde 18 kilos; de 63 descende a 45 kilos.

Además de la pérdida de peso, la enferma siente astenia pronunciada, anorexia y un estado anémico acentuado. El examen de la sangre da: 3.100.000 glóbulos rojos y 5.200 de leucocitos.

Después de una serie de exámenes e investigaciones, no fué posible formular un diagnóstico, pensando en un proceso renal supurativo cortical o perinefrítico, se decidió hacer una lumbotomía exploratriz. Al examen del riñón, se nota una tomoracin en la parte media del borde convexo y se practica una nefrectomía, que el examen histológico demuestra ser un tumor maligno a células claras.

El efecto de la operación fué notable, la temperatura bajó 37.5° el día de la operación, mientras que el día antes había tenido 39° por la tarde, manteniéndose después a 37°, los dolores desaparecieron, y la enferma recuperó 17 kilos. Pero a principios de diciembre de 1936, después de un enfriamiento, aparece la fiebre, clasificada al principio como gripe, pero la temperatura se mantiene a 38° y 38.2° por la tarde. Examinado en febrero de 1937, se encuentra una salpinguitis doble con predominio izquierda; se piensa que sea la causante de la fiebre; el tratamiento en ese sentido no da resultados, el enflaquecimiento se acentúa, habiendo perdido 5 kg. en los últimos tres meses. La temperatura se mantiene entre 37.2° por la mañana y 39.5° por la tarde; se piensa en metástasis y la radiografía localiza que el pulmón está acribillado de pequeños nódulos redondeados, característicos de la metástasis neoplásica.

Como siempre, prácticamente lo más importante es el diagnóstico de la afección; y en los tumores febriles del riñón nos podemos encontrar en dos situaciones completamente distintas; la primera, con el estado febril, existen otros síntomas propios de los tumores del riñón, tales como hematuria, tumor, el diagnóstico no presenta dificultades, como sucedió en el caso objeto de esta comunicación. En el segundo caso, cuando no existe ninguno de los síntomas comunes de los neos renales, y sí solamente fiebre y el enflaquecimiento marcado, el error es casi fatal, como sucedió en los casos observados por diferentes autores, de las que voy a mencionar algunas observaciones publicadas.

A. Perard, Leger y Faulong, la temperatura, el enflaquecimiento y la existencia del dolor al nivel de la región lumbar izquierda, lo llevaron al diagnóstico probable de absceso perirrenal o infección cortical del riñón. Trausseau, en un caso, hizo el diagnóstico clínico de esplenomegalia palúdica.

Israel tuvo la oportunidad de operar a un paciente que antes había sido enviado a un sanatorio con el diagnóstico de tuberculoso, y que el diagnóstico sólo se hizo cuando aparecía el tumor en la región lumbar.

Blok, en una enferma de 37 años, pensó en una esplenomegalia, que luego la desechó, porque la fórmula leucocitaria fué negativa, orientándose hacia el diagnóstico del tumor del riñón, la temperatura que era de 37" a 38" desaparecía de inmediato después de la nefrectomía.

Einar Ljungren, atendió una enferma que tenía temperatura 38" por la tarde y subnormal por la mañana: vista por varios especialistas, eliminaron las afecciones pulmonares, gástrica, dentaria, amigdaliana, sanguínea, etc. El radiólogo nota un alargamiento del riñón izquierdo.

La pielografía retrógrada muestra que el borde externo del cáliz superior era cóncavo: a pesar de todo, el diagnóstico quedó en suspenso hasta que la pielografía descendente, que visualizó los contornos del riñón, muestra la existencia de una eminencia en su parte media, lo que lo permitió formular el diagnóstico de tumor del riñón. Con la nefrectomía, la fiebre desapareció y el estado general se normalizó.

Los casos de Seved, Bergendal y Nicholson son idénticos en su sintomatología.

Israel, del examen de los casos observados y de los casos publicados por otros autores, eliminando los procesos infecciosos y considerando solamente los tumores renales y pararrenales, cuyo estado febril depende del tumor en sí, deduce las siguientes conclusiones:

La frecuencia de la temperatura es de 8,2% en el adulto, en el niño es mucho más frecuente. Resumiendo las estadísticas de diversos autores, se puede apreciar en un 10% más o menos. En cuanto a la fiebre, Israel hace la siguiente clasificación:

- 1ª Fiebre hética.
- 2ª „ recurrente o remitente.
- 3ª „ hematúrica.

Esta última se caracteriza porque estando el enfermo en el estado febril, se presenta la hematuria, la temperatura desciende, por descongestión, según el autor.

Como se ve, si solamente tenemos fiebre y adelgazamiento, el diagnóstico es imposible, si no se piensa en la posibilidad de que sea producida por un tumor renal, una vez pensado, la atención

se localiza más en la región renal, y puede suceder que se pueda apreciar algún síntoma positivo, pero es la pielografía cuando demuestra una deformación de las que comúnmente se encuentran en los tumores renales, lo que nos permitirá formular, por lo menos, un diagnóstico de probabilidad.

El estado febril de los tumores implica un pronóstico grave, como lo indica el cuadro publicado por Bergendal, reproducido por Berard, Leger y Faulong. (J. U. Tomo 43. Pág. 489).

CUADRO DE BERGENDAL

<i>Temperatura pre operatoria</i>	<i>Temperatura post-operatoria</i>	<i>Evolución</i>
1ª 38" durante un mes.	Normal	5 años bien. Metástasis pulmonar. después muerte a los 18 meses.
2ª 38" durante los 8 días que ha durado la observación.	Normal	Muerte al cabo de 5½ años. por metástasis pulmonar y ósea.
3ª Intermitente durante un mes.	Subfebril	Muerte de recidiva y metástasis hepática. tres meses después de la nefrectomía.
4ª 38" durante tres semanas.	Normal	Muerte al cabo de un año y 4 meses. de recidiva y metástasis.
5ª Muy oscilante. entre 37" y 39".	Normal	Bien. al cabo de 2½ años.
6ª 38" durante un mes.	Normal	Buenas condiciones durante un año y 10 meses. aneurisma sífilítico a la aorta y puede ser recidiva mediastinal; muerte 9 meses después de encontrarse esta complicación.
7ª 38" durante un mes.	Subfebril	Recidiva 3½ meses. con metástasis mediastinales.
8ª Febril, seis meses.	Subfebril. tres semanas después normal	Muerte 3 meses después.

Del examen de este cuadro se deduce que todos los pacientes han muerto después de un tiempo relativamente corto y muy especialmente los que han quedado con un estado subfebril después de la nefrectomía, lo que agrava muy seriamente el pronóstico.

En esta comunicación nos referimos únicamente al estado febril producido por el neoplasma mismo y no por un proceso infeccioso sobreagravado.

Dicha fiebre en el cáncer del riñón ha sido interpretada de diferentes maneras.

Israel cree que es debido a la reabsorción de sustancias tóxicas que provienen, ya sea de zonas necrosadas del tumor o bien de sustancias pirogénicas producidas por las células neoplásicas mismas.

Abderhanden y Treund, opinan que es producido por una albúmina heterogénea producida por el tumor.

TRATAMIENTO

La extirpación precoz es el tratamiento indicado, siempre que no exista una grave contraindicación.
