

## ANTRAX DEL RIÑÓN A FORMA TUMORAL

Por los Dres. HECTOR D. BERRI y JUAN JOSE RATTO

La presente observación que presentamos a esta Sociedad de Urología, trata de un paciente que acusa por los antecedentes, examen clínico y radiológico los síntomas de un cáncer de polo superior de riñón y con ese diagnóstico es llevado a la intervención quirúrgica, comprobándose al efectuar ésta que se trataba de un absceso perirenal en contacto íntimo con el riñón, en su polo superior y con una depresión en su borde interno y cara anterior cuya causa etiológica vamos a tratar de descifrar al hacer los comentarios correspondientes.

Se trata de J. K., de 32 años de edad, argentino, que ingresa al servicio el 12/5/45, y ocupa la cama N° 41. Este enfermo acusaba un mes antes dolor en zona costo lumbar izq., que se irradia hacia la región inguinal del mismo lado, acompañados de ligeros escalofríos y temperatura entre 36°5 y 37°4.

A los 15 días del comienzo de sus molestias acusa en sus micciones orinas de intenso color rojizo que la tiñen uniformemente y con pequeños coagulos. Esta coloración de la orina dura 2 días y luego desaparece volviendo a ser sus orinas límpidas.

Pocos días más tarde nueva coloración rojiza de la orina por lo que ingresa al servicio del suscripto.

*Antecedentes hereditarios y personales.* — Madre muerta en un parto. Padre fallece de hemiplegia. 3 hermanos sanos. Sarampión en su 2ª infancia. Casado a los 29 años, esposa y 2 hijos sanos. Apendicectomía. Trastornos hepáticos cada vez que hacía exceso de alimentación.

*Estado actual.* — Regular estado general, talla 1.70, peso 64 Kg, piel y mucosas húmedas y rosadas, pupilas reaccionan bien a la luz y la acomodación. Lengua saburral, apirético durante toda su internación hasta el alta, salvo elevación de temperatura el día de la intervención quirúrgica y el siguiente hasta 37°8.

*Aparato circulatorio.* — Corazón y Tórax normales, pulso regular rítmico, tensión: mx. 14; mn. 8.

*Aparato Urinario.* — Abdomen blando depresible, cicatriz operativa de Mac Burney. No se palpan riñones. Puntos renoureterales negativos a excepción del costo muscular izq. que es positivo. Puño percusión de Murphy negativo.

Uretra: Explorador Nº 23 no da anillos.

Vejiga: Capacidad normal, no hay retención.

Tacto rectal: Prostata normal.

Examen Endoscópico. — Cistoscopia: Con 150 c.c. Orinas hematóricas que aclaran rápidamente al lavado vesical. Mucosa normal. Meato ureteral izq. con eyaculaciones rojizas. Meato ureteral derecho eyacula orinas límpidas.

Examen radiológico: Radiografía simple. No hay sombras anormales. No se visualizan bien las zonas renales.

Urograma de excreción: Nictasón 5'. Riñon derecho normal, buena función. Riñon izq. Se visualiza el riñon con eliminación de la sustancia opaca en cáliz inferior y superior y desviación:



Figura 1

del polo superior del mismo hacia afuera. Menor función que el derecho. Uréter visible, normal.

Nictasón 20' R. D. y R. Izq.: Iguales caracteres que la anterior. Buena función global en el reservorio vesical.

Pielografía ascendente izq.: Se corrobora la desviación del riñon en su polo superior hacia afuera, cuello del cáliz superior rígido alargado como si estuviera estirado, estando el mismo cáliz dilatado.

Tiempo de evacuación izq.: Persiste la sustancia de relleno en el cáliz superior.

Examen funcional: Azotemia 0,30 x ‰, Glucemia 0,95 x ‰. Sulfofenoltaleina: aparece a los 6'. Cantidad eliminada 60 x ‰ en una hora.

Cromocistoscopia: L. D. a los 3'. L. Izq. a los 5'.

Orinas. — A su ingreso hematóricas, dos días después límpidas.

Examen antes de la intervención. — Cantidad 1.600 c.c. en 24 horas; aspecto: límpido; Reacción: ácida; Urea: 8 x 1.000; Cloruros: 6 x 1.000; Albúmina: vestigios; Glucosa: no hay.



Figura 2

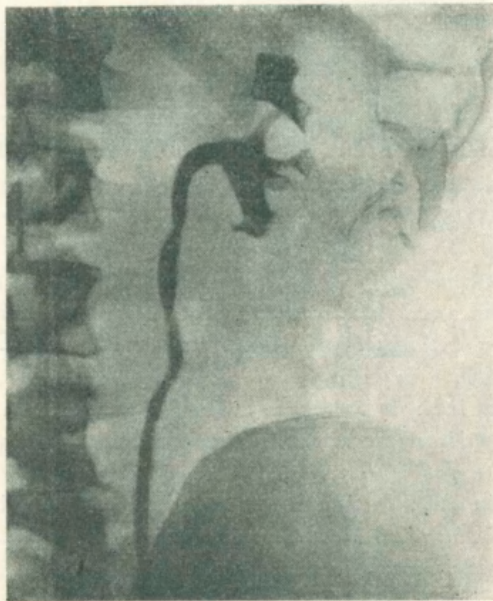
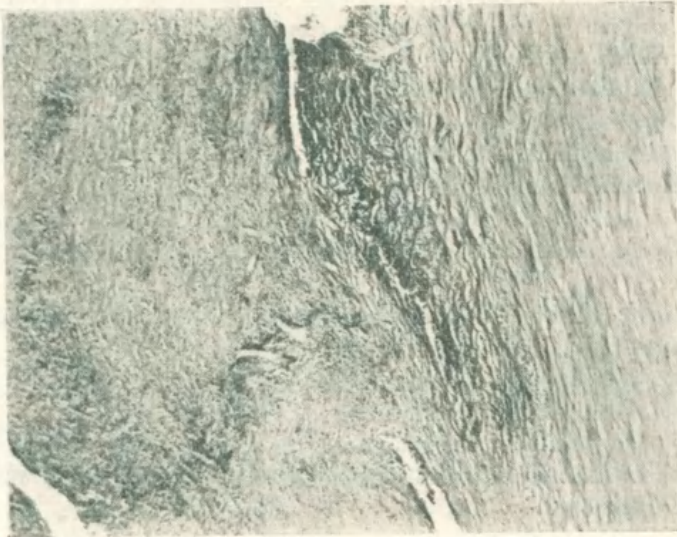
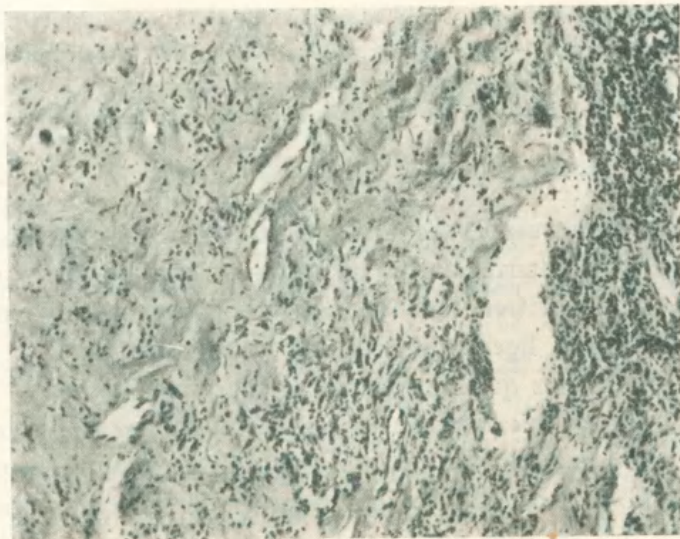


Figura 3



Microfotografía N° 1



Microfotografía N° 2

Sedimento: Se observa regular cantidad de hematíes. Algunos leucocitos. No hay cilindros renales.

Tratamiento quirúrgico, 8/6/45. — Anestesia raquídea. Novocaina 0.12. Incisión de Israel Marion. Abierta la loge se libera el riñón, observándose adherencias profundas en su polo superior, las que al insistir desprenderlas se abren dando salida a abundante pus de olor a colli, que se hallaba deprimido en su superficie, pero sin comunicación con las vías de excreción. Se drena la cavidad perirrenal y se trata localmente con sulfatiazol. Cierre de la pared por planos.

*Examen bacteriológico del pus.* — Protocolo 1.299. 23/7/45. Se observan gran cantidad de estafilococos, y diplococos gran positivo.

*Post-operatorio.* — 9/6/45. — Drena por la herida abundante pus. Irrigaciones con Carrell, y instilaciones de líquido de Gillot.

Esta secreción abundante persiste varios días cediendo más tarde.

10/7/445. — La herida cierra por completo y el enfermo se da de alta curado.

*Examen Anatómo-patológico.* — El examen efectuado por el profesor Dr. Monserrat dice lo siguiente:

La observación panorámica nos muestra una gruesa capa de tejido colágeno hialinizado con precipitaciones cálcicas y un tejido de granulación.

Con aumentos mayores se puede destacar de afuera a adentro una capa colágena, completamente hialinizada y con una fina precipitación de substancia cálcica.

En la zona interna se observa un exudado de tipo mono celular y leucocitos polinucleares. En esta misma zona obsérvase un tejido de granulación fibrohialino, con focos de exudación y de reabsorción hemoglobínica.

*Diagnóstico.* — Tejido de granulación y membrana fibro-hialina de enquistamiento.

*Figura Nº 1.* — Membrana fibro-hialina con focos de exudados y tejido de granulación en organización fibrosa.

*Figura Nº 2.* — Detalle de la zona del tejido de granulación mostrando el exudado linfocitario y la fibroesclerosis.

*Examen radiológico de Control.* — Post-operatorio.

*Radiografía simple (Nº 6).* — Nada de particular.

*Urograma de excreción.* — Nitasón 5' y 20' (Nº 7 y Nº 8). Riñones normales. Buena función. Enderezamiento del riñón izq. hacia su posición normal.

*Pielografía ascendente izq. (Nº 7).* — Vías normales de excreción en correcta dirección.

#### COMENTARIOS

Se trata en consecuencia de un ántrax del riñón izquierdo formado en su parte superior con anterioridad a su ingreso a este servicio, que ha evolucionado hacia el absceso perirrenal en forma poco aparatosa, salvo su dolor lumbar izquierdo, escalofríos y ligeras hipertemias, acompañados de 2 hematurias del tipo total que fueron las que motivaron su ingreso al servicio.

Este proceso cuya localización se ha efectuado por vía hematogena es del tipo inflamatorio e infeccioso a forma tumoral, de diagnóstico difícil y cuya vía de entrada no hemos podido investigar en el interrogatorio del enfermo.

Estimamos que ha sido un absceso cortical del riñón que ha motivado la desviación del mismo hacia afuera así como las lesiones colícales y el síntoma hematuria de carácter indolora y transitoria, pero sin estar acompañada

de reflejos vesicales formándose el absceso de dicha loge, de acuerdo al concepto de Bergeret que dice que no hay perinefritis supurada sin absceso cortical del riñón.

El ántrax al drenarse hacia la loge perirrenal, ha curado espontáneamente por cicatrización del mismo en el sitio de la depresión observada en la superficie exterior del riñón como lo afirman autores como Achard y Lannelongue.

Decimos ántrax del riñón en forma tumoral de acuerdo a la clasificación de Israel que los conceptúa como tales cuando por su sintomatología y evolución, dan estas supuraciones renales todos los síntomas clásicos de una neoplasia renal.

#### DISCUSION

Sr. Presidente Dr. Iacapraro. — *Quisiera rectificar, en lo que se refiere a la faz clínica semiológica, el nombre que el Dr. Berri le asigna a ese caso clínico, porque en mi concepto, no encuadra dentro de las características clínicas de los tumores del riñón.*

*En este caso, a prima facie, pareciera faltarle algunos elementos que permitirían ratificar ese diagnóstico clínico o por lo menos, rectificar otro supuesto. Es un enfermo que previo a la hematuria, acusa dolor y temperatura. Hubiera sido interesante conocer el hemograma de este enfermo, a los efectos de poder deslindar con toda nitidez el factor etiológico en juego, dado que no ha habido, ni aún en el estudio clínico semiológico, un elemento importante.*

*Podría argumentarse que como elemento radiológico es una interpretación que escapa a las directivas habituales en lo que respecta a la ubicación de la imagen pielocalicial, pero de cualquier modo, la ubicación de la imagen pielocalicial no caracteriza en ninguna de las neoplasias del riñón, la separación del cáliz de la línea media.*

*Hemos descripto en trabajos anteriores, que únicamente las lesiones tumorales o los tumores que se ubican entre el riñón y la columna vertebral y que responden electivamente a las metástasis ganglionares en los neoplasmas o en el seminoma de testículo, son las que, por su ubicación anatómica, alejan el urograma (?) de la línea media.*

*Eso no invalida que en un caso de tumor del polo superior, la imagen haya sido proyectada en esa forma, pero faltan los elementos que le dan sello y carácter radiológico al tumor del riñón. Si el tumor nace en el parénquima, el cáliz no tiene por qué haberse manifestado con las características que presenta, dado que si el tumor, por su ubicación en su crecimiento, proyecta el parénquima "in totum" hacia afuera, por lo menos, debió haberle desmejorado las características de hidratación que presenta. Eso no significa que el hallazgo quirúrgico haya podido confirmar que se trataba de un tumor.*

Los elementos clínicos a veces suelen dar directivas al diagnóstico y el hecho de que el enfermo acusara en un principio dolor y escalofríos, podía inducir a pensar de que había agregado un factor de orden infeccioso, lo que tampoco invalida que muchas neoplasias del riñón manifiesten su forma clínica de tipo infeccioso.

Por eso, en mi concepto, de acuerdo a los datos que he recogido, faltando el hemograma que es decisivo, hubiera preferido el primer título al segundo. No existe confirmación categórica de orden semiológico ni de orden clínico y menos, de orden radiológico.

Dr. Pagliere. — Por mi parte, deseo observar también que en el examen clínico, es de suponer que había una piuria y que nos falta el examen bacterioscópico de la orina, que tal vez, hubiera orientado respecto a la naturaleza de la lesión.

Dr. Berri. — Voy a contestarle al doctor Iacapraro.

Cuando este enfermo ingresó al Servicio, manifestó que tenía dolor en la región costo-muscular izquierda y que había tenido, hacía un mes, ligeros escalofríos.

Desde que ingresó al Servicio no tuvo más temperatura. Lo que nos llamó la atención fueron las dos abundantes hematurias que tuvo. Con esas hematurias y con la desviación, no del cáliz, sino del riñón, hacia afuera, pensamos que podía tratarse de un cáncer de polo superior del riñón en enfermos que no tenían temperatura, no teniendo más que esas hematurias francas controladas por el examen endoscópico. Fué por eso, que llevamos al paciente a la intervención quirúrgica, pensando en una neoplasia renal, en virtud de que no acusaba temperatura y que había tenido orinas hemáticas que después fueron limpiadas.

Israel cataloga estos procesos hemáticos con desviaciones del riñón producidas por abscesos corticales, dentro de los ántrax del riñón y por eso, encaramos el caso dentro de ese diagnóstico y fué por ello, que no hicimos examen de sangre y que no controlamos la temperatura.

Si hubiéramos pensado en la posibilidad de una supuración renal, hubiéramos efectuado, sin duda alguna, los exámenes que indica el doctor Iacapraro.