

Hosp. Rawson. Sala XIII, Serv. de Urología
Jefe: Prof. Dr. Armando E. Trabucco

CRIPTO-TUMOR RENAL

Por los Doctores A. E. TRABUCCO, J. A. SAUBIDET y P. BRUNO

En el blastoma renal con característica hematuria, dolor, tumor y signos radiográficos no motiva dudas la indicación de intervención quirúrgica.

Ausentes los signos claros la decisión presenta dificultades, mucho más en determinados pacientes. Por eso se hace resaltar la importancia del recurso de la lumbotomía exploradora que permite un diagnóstico en beneficio del enfermo. El caso clínico es el siguiente:

Historia clínica: P. S., árabe, de 73 años de edad, casado, jubilado, domiciliado en Provincia de Río Negro, Rep. Argentina. Ingresa al Hospital Rawson el 21 de febrero de 1963. Alta el 16 de abril de 1963.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Niega venéreas. A los 64 años operado de úlcera callosa de estómago.

Enfermedad actual: Se inicia hace un año y dos meses con hematuria total y coágulos que dura un día desapareciendo con tratamiento médico; se le efectúa examen radiográfico, siguiendo bien durante casi un año. Hace 25 días se repite el cuadro. Nuevo estudio radiográfico.

Estado actual: Orinas claras, micción fácil. Órganos genitales externos normales. No se palpan riñones, no existe globo vesical, ni puntos dolorosos hipogástricos.

Endoscopia (22-II-63). Orinas claras — Ret. = 0 capacidad vesical conservada. Mucosa vesical sana. Orificios ureterales en posición 7 y 5, falciformes, evacúan orina clara rítmicamente. Cuello con ángulo diedro superior esbozado. Tacto rectal: Próstata ligeramente aumentada de volumen comparable a castaña grande, blanda, lisa, indolora, de bordes delimitables. Ampolla rectal libre. Esfínter tónico. No se palpan vesículas.

Examen clínico general: Buen estado general. Aparato circulatorio: s/p. P. A. Mx125. Mn70. Aneurisma de aorta abdominal. Aparato respiratorio: s/p. Aparato digestivo: Cicatriz de operación anterior de estómago. No se palpa bazo ni hígado. Se palpan latidos de aneurisma abdominal. S. nervioso: Reflejos tendinosos y cutáneos conservados. Reacción pupilar a luz y acomodación.

22-I-63. *Exámenes de laboratorio:* Análisis de orina: densidad: 1016; albúminas: vestigios; sedimento: leucocitos, regular cantidad de piocitos, escasos hematíes.

26-III-63. Urea en sangre: 0,55%. Glucemia: 0,94%. Eritrosedimentación: primera hora: 60; segunda hora: 90. Recuento globular: blancos, 4.000 mm³; rojos, 4.000.000. Fórmula leucocitaria: neutrófilos 59%, eosinófilos 1%, basófilos 0%, monocitos 5%, linfocitos 35%. Prueba de Papanicolau: no se observan células atípicas. Examen bacteriológico: no se observan bacilos de Koch.

25-XI-61. *Estudio radiográfico:* Radiografía simple y urograma excretor a los 5', 20' y 40'. Riñones: en situación, forma y tamaño normales. Se visualiza borde del psoas en ambos lados. Espóndilo-artrosis crónica con característicos picos de loro y calcificaciones de ligamentos. No se observan imágenes atribuibles a litiasis. En la 1ª (5') se observa eliminación de substancia de contraste; no en el lado izquierdo, pero mejor su contorno. En la 2ª (20') se observa relleno de uréter derecho y substancia de contraste en vejiga. Se observa substancia opaca en el riñón izquierdo. A los 40' en el lado derecho las imágenes caliciales son normales.



FIG. 1. — Pielografía ascendente.

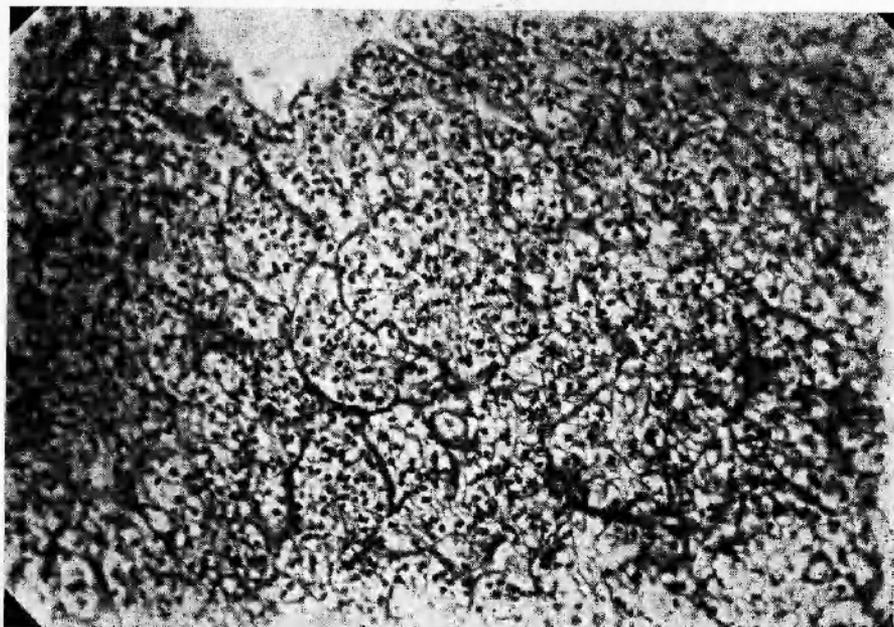


FIG. 2. — Microfotografía. Tumor a células claras.

En el izquierdo la pelvis renal presenta reforzamiento en los bordes con imagen de falta de relleno central.

27-XI-61. Pielografía ascendente izquierda. Se observa buen relleno de pelvis renal con alargamiento caliciales, imágenes en clava.

20-XI-62. Se repite el estudio a raíz de nueva hematuria, para comparar. Se confirma el estudio anterior urográfico.

22-XI-62. Pielografía ascendente izquierda. Se observa defecto de relleno en el interior de pelvis de aspecto lacunar.

1º-III-63. Aortografía. Aneurisma (extravasación?).

5-III-63. Radiografía de tórax negativa.

22-III-63. Neumo-pielografía izquierda. Se observan normales la pelvis y cálices con buen relleno.

28-III-63. Operación. Lumbotomía exploradora izquierda. Se efectúa nefrectomía izquierda al constatar la presencia de grasa esclerosa con perinefritis, grandes adherencias, grandes



FIG. 3. — Aortografía. Aneurisma de aorta abdominal.

vasos venosos y masa abollonada haciendo cuerpo con el riñón, sin deformarlo que impresiona prima facie, como pequeñas formaciones quísticas. Libre del proceso sólo está el polo superior. Se llega rápidamente al pedículo renal, se liga y corta. Lo mismo con el uréter. Se remite la pieza A. Patológica. (Inclusión 5251).

Al abrir el riñón de acuerdo a técnica se evidencia la existencia de gran masa tumoral ocupando tres cuartas partes del órgano, porción media e inferior, sin mayor compromiso de vías canaliculares.

COMENTARIOS

El antecedente de hematuria total en el año 1961 sin localización endoscópica; la repetición de la misma un año después, sin coágulos; no pudiendo confirmarse sino sospechar por el estudio radiográfico efectuado entonces que el riñón presumiblemente enfermo fuera el izquierdo, por la imagen suavemente lacunar de

la pielografía ascendente, con un urograma excretor que evidenciaba un riñón normal en el lado derecho, y sin otros signos clínicos que justificaran una intervención quirúrgica; con una pielografía ascendente izquierda de control que no concordaba con la anterior; con neumopielografía que demostraba claridad en el sistema pielocalicial y con Papanicolau sin traducción, nos preguntamos: ¿era justificable pensar en tumor renal?

La aortografía no logró aclarar el cuadro. La imagen lacunar de la primera pielografía ascendente no confirmada en la segunda, sugería, la posibilidad de coágulos adheridos o litiasis. En vista de estas dudas se decide la lumbotomía exploradora comprobándose mediante ella la presencia de una formación tumoral oculta como la descrita.

Este caso muestra el gran valor de la lumbotomía exploradora en caso de duda, que proporciona grandes beneficios como complemento diagnóstico, al evidenciar un tumor sin signos clínicos lo suficientemente claros como para una decisión.

Por eso hablamos de cripto-tumor renal y decimos *cripto* por oculto; *ocultus* del latín concordaría mejor con *tumor* y *renal* que son palabras latinas. *Criptus* es griega pero en medicina el uso ha hecho aceptable el término.