

Hospital Salaberry
Sala Urología
Jefe Dr. JOSE LOMORO

TUMOR LOCALIZADO DE PELVIS RENAL

Dres. JOSE LOMORO, MARTIN MENDOZA, VICTOR LEVIN

Estos tumores han sido independizados de los del resto del parénquima renal desde que Rayer en 1852 en su famoso tratado de patología renal relata las dos primeras observaciones: con la aparición de exámenes complementarios (endoscopías: exámenes radiológicos y radiográficos, etc.) dejaron de ser una rareza clínica; 1906, Albarran e Imberg, estudiaron 65 casos de la bibliografía mundial; 1912, Mack, 95 observaciones; 1922, Thomas y Requier, 253 casos; 1933, Swift Joly, en el V Congreso de la Soc. de Urología Internacional, relata 337 observaciones de la bibliografía mundial; 1944, Meliow presenta 75 casos.

En la casuística nacional desde 1937 hasta la fecha, autores como Trabuco A., Ercole R., Comotto C., Rubi A., Casal E., García A., han presentado varios casos.

Los tumores malignos que asientan en la pelvis renal, según la estadística mundial, es del 7 al 10 % con respecto a los del parénquima renal y del urotelio.

En base a que tanto la casuística nacional y extranjera, nos muestra que constituye una variedad de blastoma no muy frecuente y que representa un pequeño grupo dentro de las neoplasias renales, aportamos la presente observación.

Hospital Salaberry. Sala 9. J. L., 63 años. Historia clínica 5375.

Enfermedad actual: Comienza hace tres meses con hematuria inicial con periodos de micciones claras; hace 15 días la hematuria se hace total acompañada de ardor y dolor miccional; hace 5 días que cede su disuria pero se mantiene su hematuria.

Estado actual: Apars. cardioc., resp., digest., locom., sin par.

Apar. Urogenital: Riñón no se palpan, puntos lumbares, puño percusión indoloros; *uretra:* permeable calibre nº 18; *vejiga* con buena capacidad. Micción espontánea, hematuria total. Cateterismo vesical no muestra residuo. *Próstata:* hipertrofia de glándula de consistencia fibroelástica, tamaño una ciruela, surco medio conservado.

14/11/66. Examen cistoscópico: buena capacidad, medio turbio hemático, realizando lavaje continuo nos muestra mucosa congestiva meatos en horas 3 y 9 sin lesión orgánica.

15/11/66 al 24/11/66: Continúa su hematuria total, tratado no mejora.

25/11/66: Resultado de urografía excretora, no muestra aparentemente lesión orgánica.

28/12/66 al 17/1/67: Continúa su hematuria como única síntoma.

18/1/67: Cistoscopia negativa. Radiografía excretora por infusión en goteo continuo seriada de los 15' a 120' muestra contornos de cálices superior izquierdo rugoso e irregulares que no detecta patología orgánica definida.

30/1/67: Resultado de examen bacteriológico y cultivo de orina, negativo.

Antibiograma: Sensible a la dihidroestreptomicina. Medicado durante 15 días su orina se aclara, mejorando su estado general. El paciente pide el alta.

27/2/67: Reingresa a nuestro servicio con hematuria total. El examen clínico revela: astenia, adinamia, palidez de conjuntiva y piel, disnea de esfuerzo. Examen de laboratorio: rec. y form. 3.000.000 y 8.000 blancos, Hb. 55 %, Hemat. 30 %.

Tratamiento: Sangre total 1000 cm., coag., antib., extr. hepat., vit. B. 12.

18/5/67: Mejorado su estado general se practica aortografía lumbar seriada, mostrando leve disminución de vascularización en polo renal superior izquierdo.

12/6/67. Exámenes de laboratorio: tiempo de protrombina 13", índice 100 %. Dosaje de fibrinógeno 1,30 gs. %. Retracción del coágulo, normal.

7/7/67: Se practica nueva cistoscopia no mostrando nada de particularidad.

16/9/67: En la fecha el paciente nos manifiesta que sus micciones son levemente turbias, por lo cual realizamos nuevo examen cistoscópico comprobando que su hematuria provenía de riñón izquierdo, no se realiza punción biopsia renal.

24/10/67: Se decide intervención quirúrgica. Exploración lumbar izquierda sin diagnóstico presuntivo.

Se realiza la ectomía renal izquierda encontrándose un órgano hipoplásico, polo superior oscuro y retraído al nivel del borde externo, la palpación de dicha zona demuestra aumento de consistencia.

Informe anatomopatológico Dr. Winograd. Protocolo nº 21.513.

Microscopía: Carcinoma células transicionales de pelvis renal con discreta infiltración parenquimatosa regional. Parénquima con lesiones difusas de tipo pielonefrítico crónico involutivas.

Macroscopía: Riñón pequeño (8 x 5 x 2 cms.), que pesa 100 gr., forma conservada; cápsula que desprende con cierta dificultad, aunque sin arrastrar parénquima. Al corte, relación corticomedular disminuida, consistencia aumentada. Pelvis pequeña con tejido adiposo abundante.

Comentario final

El motivo de la presente comunicación es hacer resaltar que como una vez más sostienen los siguientes autores:

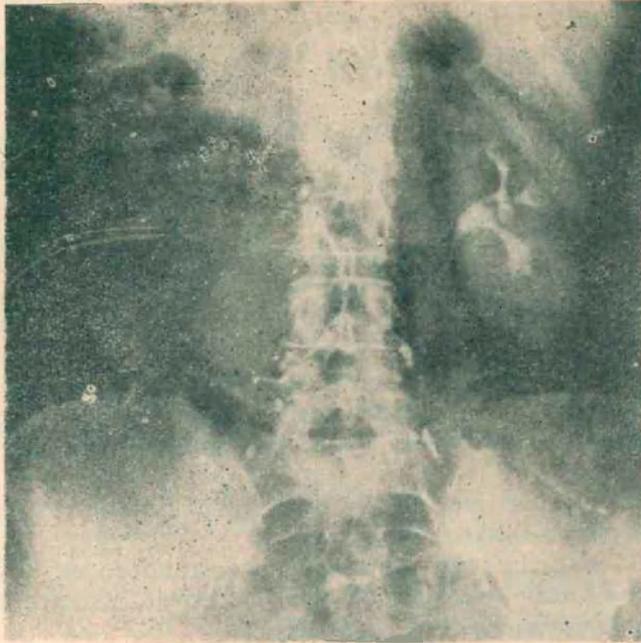
Trabuco A., R. A. de Urología de el 22/9/66: Las imágenes radiográficas pueden engañar y entonces ante la menor duda y aún sin ella, la intervención quirúrgica debe hacerse, para no dejar una neoplasia donde todo hacía pensar en un: quiste, litiasis o fibrosis postinflamaciones.

I. J. Bernardi, en discusión sostuvo en la 6ª reunión R. A. U., 22/9/66: Que a veces la lumbotomía o laparatomía exploradoras dará el diagnóstico definitivo.

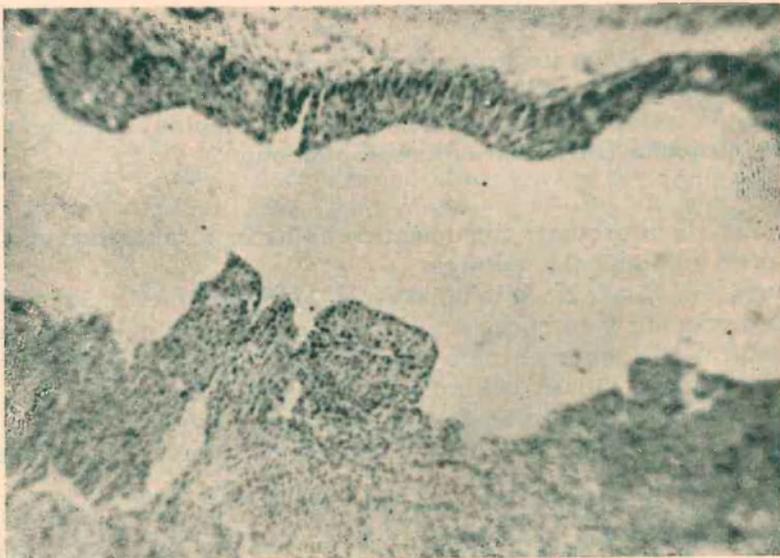
Así ocurrió con el caso que presentamos. Se realizaron estudios: clínicos, radiográficos, laboratorio, etc., durante 11 meses y a veces con repetición de los mismos, sin poder ubicar la etiología de su único síntoma: *hematuria*; ya que todos los estudios practicados no aclaraban diagnósticos hasta que en su cuarto examen cistoscópico vemos eyacular sangre por meato izquierdo: motivo por el cual decidimos la exploración quirúrgica sin un diagnóstico preciso.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Garcia, A. y Casal: R. A. de Urología, año 1952, V, 21-252.
- 2 Rubi, R. A. y Grimaldi, A.: R. A. de Urol., V, 20-14, 1951.
- 3 Ercole, R.: R. A. de Urol., 1941, V, 10-261.
- 4 Comotto, C. y Luna, F.: 1946, V, 15-259.
- 5 Trabuco, A. y Comotto, C.: R. A. de Urol., 1947, V, 16-250.



Urografía excretora: no se visualiza lesión



Carcinoma de pelvis renal