

bian con la evolución ya que producen destrucción de las estructuras y se confirma con la investigación del bacilo de Koch en la orina.

- c) Nefrocalcinosis: la distribución de las lesiones se extiende en la totalidad del parénquima renal; el estudio clínico, en especial el metabolismo contribuye al diagnóstico.

El caso que presentamos corresponde a G. U. de 40 años de edad, quien concurre al consultorio externo de Urología del Hospital P. Piñero, acusando lumbalgia izquierda y fiebre con una evolución de 10 días, padecimiento que nunca antes había sufrido la enferma.

Entre los exámenes realizados se caracterizó una leucocitosis de 11.000 blancos. Eritrosedimentación 1ª hora 27 mm - 2ª hora 45 mm. Un cultivo de orina que revelaba 280.000 col/mm³ de escherichia coli.

El urograma excretor aportó las siguientes imágenes que contribuyeron al diagnóstico. Fig. 1 - 2.

Se indico reposo, analgésicos, cloromycetin dada la sensibilidad que indicaba el antibiograma a razón de 2 g diarios durante 10 días; obteniéndose una remisión total de los síntomas y la negatividad del urocultivo al cabo de cuatro estudios bacteriológicos a razón de uno por mes.

Conclusión

Se presenta un nuevo caso de riñón en esponja, en donde el diagnóstico fue hecho debido al estudio que se realizó por sus complicaciones secundarias, ya que hasta entonces el enfermo ignoraba tal anomalía.

BIBLIOGRAFIA

- Scorticati, C.: Presentación de cuatro nuevos casos. Anales Cátedra de Clínica Médica Prof. Dr. E. Mazzei. 1970, 11, pág. 68-72.
 Ferrari, A.: Riñón en esponja. Revista Argentina de Radiología 1965 .Nº 2.
 Palacios, R.: Cuadro clínico del riñón en esponja. Orientación Médica. 1966, 15. Nº 699.
 Lhez: Le Rein en eponge. J. Urol., 1954.
 Fagliari, H. y Ganduglia, J.: Riñón en esponja. Rev. Arg. Urol .33: 129, 1964.
 Mathis, R.; Berri, H.: Riñón en esponja. Rev. Arg. Urol. 24: 383, 1955.
 Enciclopedia Médica Francesa, tomo 1, Radiodiagnóstico. Rein en eponge.

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

"VARIEDADES INFRECIENTES DE TUMORES DEL PARENQUIMA Y DE LA PELVIS RENAL"

Dres. C. MACKINTOSH, C. AZA ARCHETTI, N. FREDOTOVICH y F. SAPONARO *

Según Melicow los sarcomas representan un 2 a 5 % de los tumores malignos del riñón. El mismo autor considera que el 7 a 10 % de las neoplasias de dicho órgano se originan en la pelvis, siendo el carcinoma escamoso de presentación poco frecuente.

Es rara la asociación de carcinoma con quiste renal, para Rehn y Brannam comprendería sólo el 3 % de los cánceres.

Dada la infrecuente presentación de estas variedades de tumores asociada a su dificultad diagnóstica consideramos de interés la comunicación de estas tres observaciones.

Caso N° 1

H. C. N° 8.522 - C. I. A., sexo masculino, 58 años. Internación 6/8/72.

Enfermedad actual: presenta un cuadro de enterocolitis con dolor tipo cólico generali-

zado a todo el abdomen de 2 meses de evolución. Al examen físico se palpa un tumor en flanco derecho con contacto lumbar. No se acompaña de cambios en la micción ni de episodios de hematuria. Se lo remite al Servicio de Urología para su estudio.

Estado actual: paciente con buen estado general, afebril, indoloro. A la inspección se observa hemiabdomen derecho prominente, a la palpación se encuentra un tumor de 20 x 15 cm. localizado en hipocóndrio y flanco derecho, liso, duro, indoloro, móvil y con contacto lumbar. Resto del examen físico sin particularidades.

Laboratorio: Hemograma 5.000.000 eritrocitos, 7.200 leucocitos. Eritrosedimentación 26/51. Orina: densidad 1016, ácida, sedimento normal. Resto de análisis dentro de valores normales.

Urograma excretor: aumento de la densidad radiológica en flanco derecho con borramiento del psoas. Función renal bilateral conservada. Se aprecia un crecimiento del polo inferior del R. D. con el cáliz superior y medio comprimidos e importante desplazamiento del uréter hacia la línea media. Resto normal.

Arteriografía renal: confirma la existencia de un proceso expansivo del polo inferior del riñón derecho con desplazamiento evidente de los elementos vasculares que parecen abrazar esa zona no vascularizada (Figura 1).

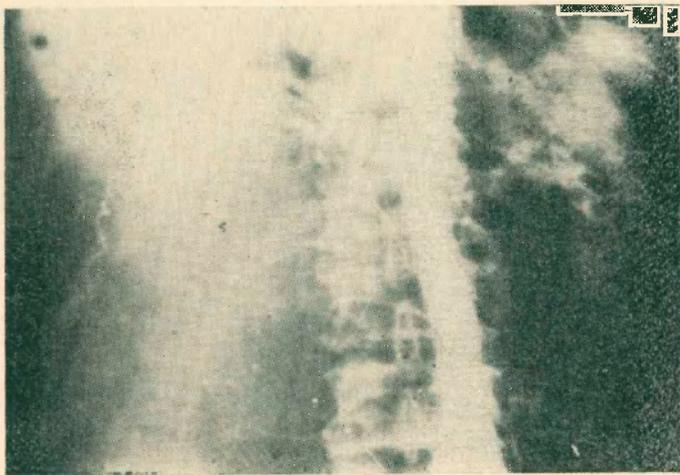


Figura 1

Se decide la intervención quirúrgica con diagnóstico presuntivo de quiste de polo inferior de R. D.

Operación: lumbotomía derecha con resección XI costilla. Se encuentra gran tumor renal surcado por grandes vasos y adherido al peritoneo. Nefrectomía previa ligadura de los elementos del pedículo por separado.

Anatomía patológica macroscópica: riñón de 20 x 15 cm., al corte presenta un tumor de 17 cm. de diámetro en el polo inferior, de color blanquecino, friable con zonas necróticas extensas (Figura 2).

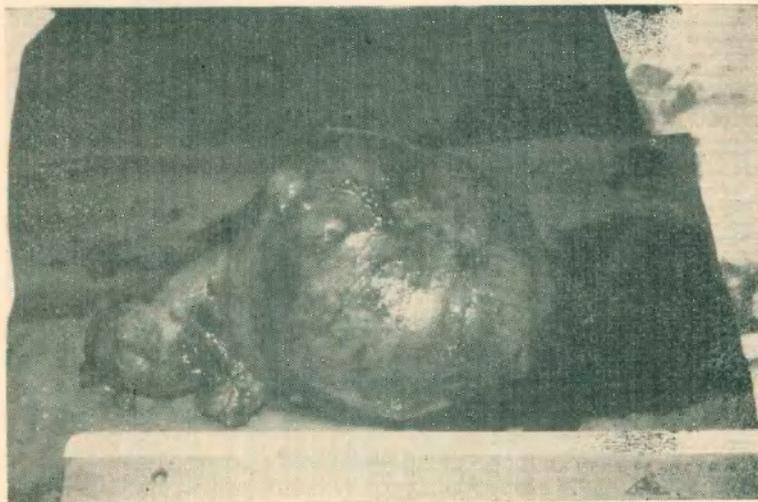


Figura 2

Histopatología: sarcoma fusocelular poco diferenciado a probable punto de partida en la cápsula renal con crecimiento endovascular venoso y linfático (Figura 3).

Evolución: fue satisfactoria durante un año, completando su tratamiento con quimioterápicos (Actinomicina D y Metrotexate) y cobaltoterapia.

El 10-11-1972 reingresa por presentar metástasis pulmonares múltiples, falleciendo a la semana con un cuadro de insuficiencia respiratoria.

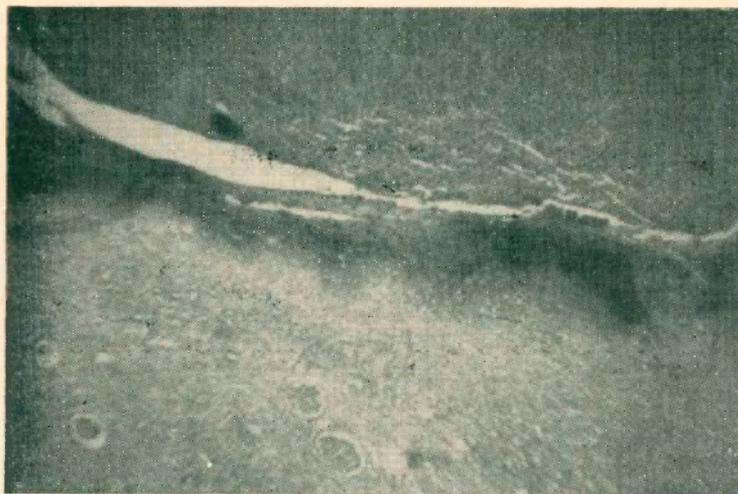


Figura 3

Caso N° 2

H. C. N° 10.252 - E. J., sexo masculino, 61 años. Internación 12/3/72.

Enfermedad actual: portador de una hernia inguinal izquierda es remitido para su examen urológico por el Servicio de Cirugía.

En el estudio radiológico se comprueba la existencia de un proceso expansivo del riñón izquierdo. Se interna para completar su estudio.

Estado actual: paciente con buen estado general, afebril, indoloro. Abdomen simétrico, blando y depresible. Se palpa polo inferior del R. I. de caracteres normales.

Aparato genitourinario: poloqu'uria diurna y nocturna con disuria inicial. Genitales externos normales. *Tacto rectal:* próstata uniformemente aumentada de tamaño, lisa, elástica e indolora.

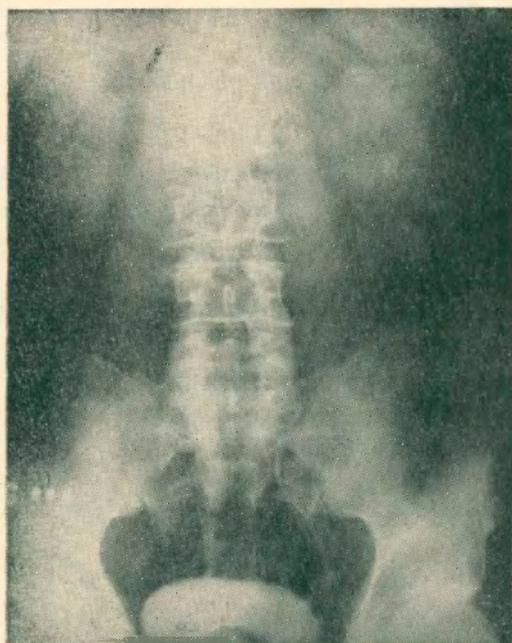


Figura 4

Laboratorio: todos los análisis dentro de los valores normales. El sedimento urinario no mostraba elementos patológicos.

Urograma excretor: aumento de la silueta renal izquierda a expensas de su polo superior. La función renal bilateral se encuentra conservada. Alteración de cáliz superior y medio aparentemente desplazados y comprimidos. Elevación del suelo vesical por una hipertrofia de la próstata. Residuo postmiccional (Figura 4).

Arteriografía renal: vascularización normal del parénquima, excepto a nivel del polo superior; hacia esa zona se dirige una rama arterial de regular calibre que se divide envolviendo una zona aparentemente avascular. En el borde inferior de la misma parece existir una vascularización anómala.

Se indica la exploración quirúrgica con diagnósticos presuntivos de neoplasia o quiste renal izquierdo.

Operación: lumbotomía izquierda con resección XII costilla. Se encuentra riñón con alteración del parénquima del polo superior, surcado por gruesos vasos de circulación colateral. Nefrectomía con ligadura previa de los elementos del pedículo por separado.

Anatomía patológica macroscópica: riñón de 12 x 7 x 6, peso 274 grs. Abierto presenta en el polo superior una cavidad de 4 cm. de diámetro bien limitada, tapizada por una cápsula blanquecina. Sobre la cara convexa emerge un tejido amarillento con zonas necróticas (Figura 5).

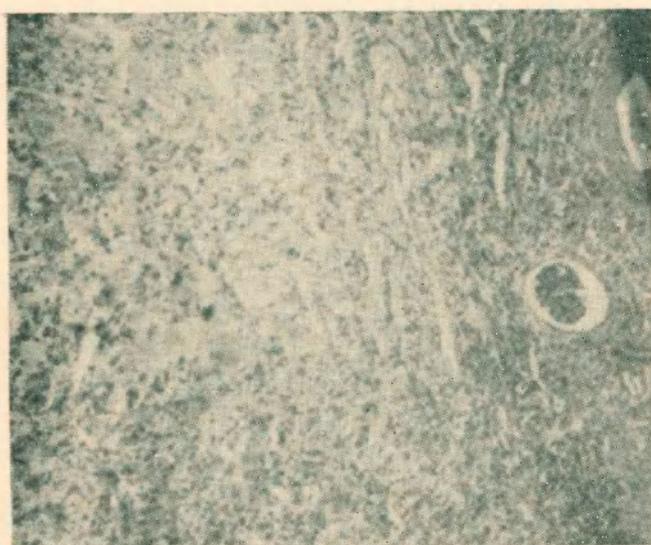


Figura 5

Histopatología: rodeando una cavidad con gruesa pared bialmizada se reconoce un carcinoma a células claras de riñón que hace prociencia en la cavidad quística.

Evolución: es satisfactoria hasta la fecha, habiéndose sometido posteriormente a una adenomectomía prosática suprapúbica.

Caso N° 3

H. C. N° 9.102 - F. N. L., sexo femenino, 69 años. Internación: 11/6/72.

Enfermedad actual: comienza en 1965 a diagnosticársele una litiasis renal derecha, desechando la paciente el tratamiento quirúrgico propuesto. Refiere desde hace seis meses pérdida progresiva del peso corporal, desmejoramiento y síndrome febril en los últimos 10 días.

Estado actual: paciente con mal estado general, 39°C de temperatura, discreto dolor lumbar derecho espontáneo y palidez de piel y mucosas. Abdomen blando, depresible, dolor a la palpación profunda del flanco derecho. Hígado se palpa a través de dedo.

Laboratorio: Hemograma 3.600.000 eritrocitos, 11 gr % Hb., 14.900 leucocitos con neutrofilia. Eritrosedimentación 94/120. Proteinemia 8,10 gr % con inversión A/G y neutrofilia. Eritrosedimentación 94/120. Proteinemia 8,10 gr % con inversión A/G y aumento de la α_2 globulina. Hepatograma dentro de los valores normales. Urocultivo: 100.000 colonias por ml. de escherischia coli. Se solicita investigación de B. Koch en orina.

Urograma excretor: imagen radiopaca proyectada sobre el R. D. que se encuentra aumentado de tamaño, con borramiento del psoas y excluido. El R. I. con función conservada muestra signos de pielonefritis y en su parte media una cavidad en comunicación con la pelvis que se llena paulatinamente. Vejiga normal.

Pielografía ascendente derecha: el catéter no progresa más de 12 cm. La sustancia de contraste delimita una obstrucción completa irregular en el tercio medio del uréter y se fluye a la vejiga.

Rx. de tórax: enfisema pulmonar con trama broncovascular acentuada a nivel hilar.

Al no ser factible la realización de una arteriografía renal se decide la exploración quirúrgica con el diagnóstico presuntivo de pihidronefrosis litiásica, negándose los familiares de la paciente a dicha intervención.

Evolución: a pesar del ratamiento la enferma presenta bruscamente dolor en la base del hemitórax derecho, con matitez y disminución de la entrada de aire, sin tos ni expectoración.

La Rx de tórax muestra una imagen de derrame pleural derecho, se le efectúa una punción pleural no extrayéndose líquido de derrame. Se efectúa biopsia pleural.

La paciente empeora entrando en un estado de colapso vascular periférico en el que se mantiene hasta que fallece.

Informe de la Autopsia (Dr. Padorno)

Diagnóstico macroscópico: carcinoma abscedado de la pelvis renal derecha con litiasis única. Metástasis hepáticas, para aórticas que engloban la vena cava inferior con trombosis.

Absceso subfrénico derecho con propaganación a la izquierda.

Bronconeumonía derecha y carcinomatosis pleural derecha con pleuresia exudativa inespecífica.

Histopatología: se aprecia a nivel de la pelvis renal un proceso inflamatorio crónico intersticial inespecífico con zonas de carcinoma epidermoideo bien diferenciado con metaplasia escamosa y globos córneos. Este último proceso infiltra en forma cordonada el parénquima renal que presenta lesiones de pielonefritis crónica (Figura 6).

Consideraciones:

El origen histogénico de los sarcomas de riñón para muchos autores puede estar radicado en los elementos fibrosos o céluloadiposos de la cápsula, determinando que se los clasifique como tumores pararenales. Melicow sostiene que se hace difícil llegar a establecer el verdadero origen de estos blastomas, salvo cuando respetan a la glándula. Cree por lo tanto que se los debe considerar como tumores malignos del riñón siempre que éste se encuentre infiltrado por el proceso.

El carcinoma epidermoideo o escamoso de la pelvis renal se encuentra asociado a un alto porcentaje al factor irritativo. Kutzmann opina que debe ser valorada convenientemente la litiasis y la pielonefritis crónica como factores predisponentes de la leucoplasia, lesión a la que considera como precancerosa.

En los dos primeros casos el hallazgo del tumor fue casual, no provocando el mismo sintomatología que forzara la consulta del enfermo. Corresponderían a la "forma clínica tumoral" de presentación del blastoma que representa según distintos autores el 6 % de los casos.

A pesar de los estudios arteriográficos practicados, estos no permitieron afirmar el diagnóstico de la neoplasia. En una revisión crítica del valor diagnóstico de la arteriografía renal en los procesos expansivos Berghaus demostró que éste concuerda con la histología en un 91,7 %. Podemos entonces afirmar que los estudios radiológicos con sus variados procedimientos ayudan a la presunción diagnóstica, pero son falibles.

Conclusión:

Avalamos los conceptos emitidos en comunicaciones anteriores por otros autores en esta Sociedad en la necesidad de la exploración quirúrgica ante la presencia de imágenes correspondientes a procesos expansivos renales, como los enunciados. Tal conclusión obedece a que los signos obtenidos por los distintos métodos radiológicos y de laboratorio no nos informan siempre con certeza sobre el carácter quístico, proliferativo o asociación.