

HIPERNEFROMA E HIPERTENSION PRESENTACION DE UN CASO

Por el Dr. OSCAR A. FONIO

La modificación favorable de la curva tensional, en el postoperatorio alejado de una enferma a quien practicamos nefrectomía por tumor renal derecho, nos ha decidido a presentar su historia, que la consideramos de interés como un aporte a la casuística del cautivante capítulo "hipertensión nefrótica".

HISTORIA CLÍNICA. — El 21 de setiembre del año pasado, por intensa hematuria se decide consultarnos la enferma R. de D., de 51 años, argentina, viuda, domiciliada en San Pedro de Guazayán, Pcia. de Santiago del Estero.

Antecedentes familiares: Padre fallecido de síncope cardíaco y madre de neumonía; su único hermano murió de difteria.

Antecedentes personales: En su niñez y juventud dice haber sido siempre sana. Su esposo falleció de cáncer de pulmón a los 49 años. Ha tenido seis hijos y un aborto espontáneo, de 5 meses. Un hijo murió de peritonitis a los 11 años y otro de meningitis a los 8 meses. Los restantes son sanos. Desde hace unos 8 años sufre de hipertensión alcanzando cifras de hasta 22 de máxima, y en los periodos de mejoría, nunca por debajo de 16 $\frac{1}{2}$ a 17. Desde aproximadamente 7 años nota que su peso disminuye, habiendo perdido hasta la fecha 10 kilos. Padece de estreñimiento habitual, tanto que no tiene deposiciones sin ayuda de laxantes. En lo que respecta a antecedentes urinarios manifiesta que hace 4 años sufrió de ardores uretrales, disuria, polaquiurias y dolores en flanco derecho, síntomas que duraron pocos días.

Antecedentes de la enfermedad actual: Hace una semana inicia su enfermedad actual, con dolores intensos de flanco derecho y región lumbar del mismo lado y al mismo tiempo hematuria abundante, expulsando durante 48 horas grandes coágulos y muchos delgados y alargados como lombrices; luego desaparecen los dolores y la hemorragia disminuye paulatinamente, hasta adquirir la orina su aspecto normal. El día anterior a la fecha de la consulta vuelven los dolores menos intensos y reaparece la hematuria abundante aunque no en la magnitud de la vez primera. Anorexia en los últimos días.

Estado actual: Enferma un tanto desnutrida, apirética; pulso rítmico, regular con una frecuencia de 85 por minuto; tensión Mx. 210, Mn. 105.

Aparato urinario: Orina de aspecto francamente hematórica, con algunos coagulitos alargados vermiformes.

A la palpación del abdomen, este se muestra blando y depresible, salvo ligera defensa por dolor a nivel de flanco derecho, donde se palpa una tumoración dura que pelotea y con manifiesta movilidad respiratoria.

Cistoscopia: Orina francamente sanguinolenta, pero el medio se aclara rápidamente con el lavado. Capacidad de 250 c.c. Mucosa normal. Eyaculación derecha sanguinolenta, izquierda clara. Índigo carmín aparece a los 3 minutos en el meato izquierdo y a los 4 $\frac{1}{2}$ en el derecho.

Recuento globular: rojos: 5.000.000, blancos: 11.200.

Hemoglobina: 85 %.

Uremia: 0,37 %.

Fórmula leucocitaria: N. 76 %; E. 2 % L. 20 %; M. 2 %.

Radiografías: (24-IX-1951) En la radiografía directa del aparato urinario, no se observan imágenes de litiasis. La sombra renal izquierda aunque no muy nítida por superposición de gases intestinales, aparenta normal en forma y tamaño y ligeramente descendida en su posición. La silueta renal derecha sólo muestra su contorno en la mitad superior, la porción inferior es difusa sin contornos precisos.

Para los urogramas de excreción, sólo se emplearon 12 c.c. de la solución de contraste (Nosylan) por intolerancia de la enferma a la inyección.

El primer urograma tomado a los 5 minutos de la inyección, muestra en el lado izquierdo una pelvis bifurcada y los cálices de aspecto normal, buena eliminación de orina opaca

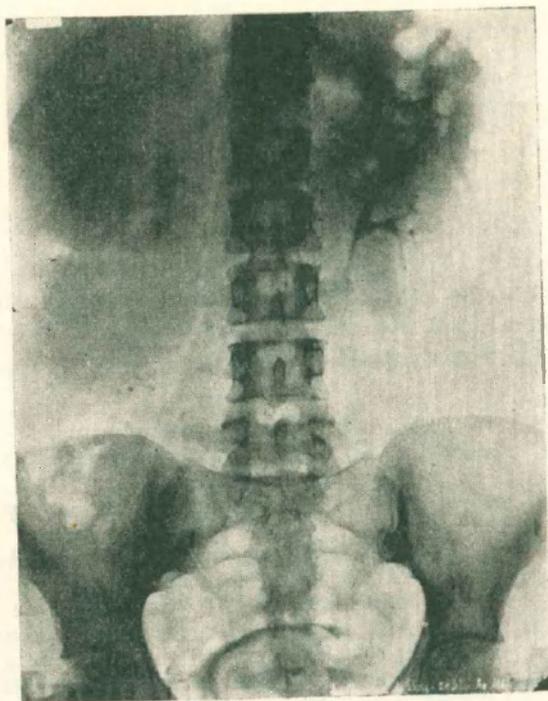


Figura 1

que permite la casi total visualización del uréter correspondiente. En el lado derecho, el contorno de la silueta renal en su parte superior es más nítido que en la radiografía directa, pero en ella tampoco se hace visible el polo inferior. La sombra de eliminación de orina opaca es de mucho mayor densidad que la del lado izquierdo y el relleno de pelvis y cálices, se muestra irregular de contornos poco nítidos, no visualizándose el cáliz inferior.

En el 2º urograma (Fig. 1) correspondiente a los 15 minutos, los cálices superior y medio se observan dilatados, en el lado derecho, la pelvis correspondiente se ha rellenado en forma defectuosa y no aparece imagen del cáliz inferior. En esta radiografía se aprecia claramente una sombra irregularmente redondeada de aspecto tumoral que impresiona formar cuerpo con el riñón en su polo inferior. Se aprecia relleno vesical de orina opaca.

En el 3er. urograma tomado en posición de pie a los 30 minutos de la inyección, aunque técnicamente defectuoso, llama la atención el descenso de las sombras pielocaliciales, ya que se encuentran a la altura de la 4ª vértebra lumbar, mientras en los anteriores, se presentaban entre las 1ª y 2ª.

Diagnóstico: La sintomatología subjetiva y objetiva acusada por la enferma y las constataciones emergentes de los exámenes clínico, endoscópico y radiográfico, nos llevaron al

diagnóstico de tumor de polo inferior de riñón derecho y aconsejamos a nuestra enferma el tratamiento quirúrgico, previo unos días de reposo, régimen dietético y sedantes.

Operación: (1-X-1951) Cirujano, Dr. Oscar A. Fonio; 1er. Ayudante, Dr. Alejandro



Figura 2

Torres Posse; Anestesiista. Dr. Eduardo E. Fonio. Anestesia. pentotal-éter-curare. Transfusión de 500 c.c. de sangre total durante la intervención.

Practicamos lumbotomía por el procedimiento clásico y nefrectomía. La liberación del

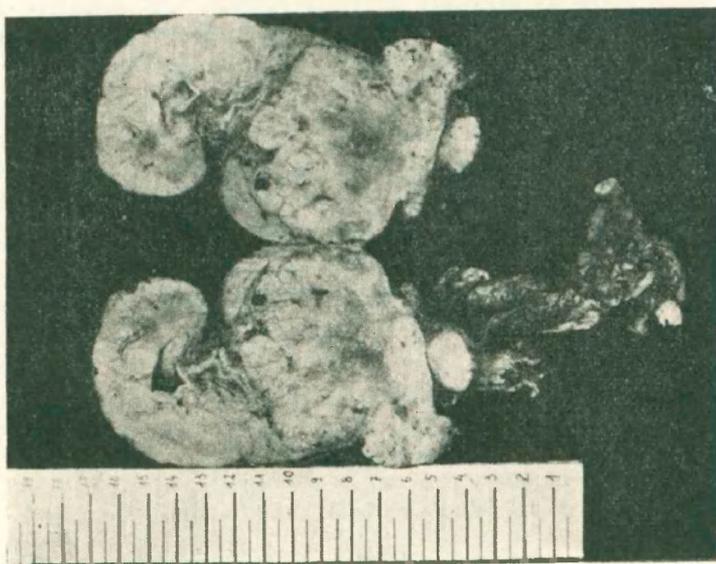


Figura 3

riñón se realizó con relativa facilidad pues sólo encontramos algunas adherencias perirrenales laxas a nivel del polo inferior. El uréter fué ligado y seccionado lo más bajo que nos fué posible. El cierre de la pared se realizó por planos dejando Rubber-dam en la loge. El postoperatorio fué excelente, siendo la enferma dada de alta a los 12 días.

Examen de la pieza operatoria: El riñón extirpado (fig. 2) de unos 14 cms. de largo, por 8 cms. de ancho y 6 cms. de grueso, se presentaba deformado a nivel de su polo inferior, por una tumoración irregular, tuberosa, de consistencia firme en algunos puntos y blanda en otros.

Previo un tiempo prudencial de fijación en solución de formal, hemos practicado la hemisección del riñón, en el sentido del borde, observándose como la tumoración abarca casi la mitad inferior del órgano (Fig. 3) y su aspecto correspondía a las características descriptas en el tumor de Grawitz, que se designa también con el nombre de hipernefroides, por que en su constitución histológica tienen gran semejanza con la zona fasciculada de la cápsula suprarrenal.

El postoperatorio alejado de la enferma ha sido muy bueno, ya que recuperó el apetito, aumentó progresivamente de peso y mejoró rápidamente el estado general. El 18 de mayo ppdo. la enferma me visitó a mi requerimiento, con el objeto de constatar personalmente su estado, aunque por informes de un hijo conocía que era muy bueno. En esa oportunidad, la señora me expresó que se sentía en perfectas condiciones, habiendo aumentado 9 kilos de peso, quejándose únicamente de su intestino habitualmente perezoso y que con ese motivo hacía mes y medio consultó con el médico de una población cercana a la localidad de su domicilio, quien registró su tensión con una población cercana a la localidad de su domicilio, quien registró su tensión con una Mx. de 16. Controlada en mi consultorio, constaté 155 mm. de Mx. y 85 d Mn. Las últimas noticias de hace unos quince días son: estado general bueno la tensión no ha aumentado.

CONCLUSIONES

Si se tiene la amabilidad de disculpárseme por el empleo de una frase no muy apropiada en el lenguaje científico, diría que con el tratamiento quirúrgico en el presente caso, "la enferma y nosotros hemos ganado una dupla", ya que en lo que respecta a la neoplasia, hasta el momento al menos (y han transcurrido 13 meses), no se han presentado signos de metástasis y en lo que respecta a la curva tensional, sin tratamiento se mantiene en niveles más bajos que en las mejores ocasiones anteriores a la operación.

Este caso es pues una demostración más de la realidad clínica de la hipertensión nefrótica en nefropatías quirúrgicas y del resultado efectivo de su tratamiento.
