

Revista Argentina de Urología

Órgano oficial de la Sociedad Argentina de Urología

Año XXII

SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 1953

Números 9-12

TUMOR RENAL Y FIEBRE

Por los Dres. RODOLFO I. MATHIS, JUAN A. GOLDARACENA y
GERARDO MOSER

La presencia de fiebre en portadores de tumores de riñón no es una rareza. Israel en 1896 (Deutch. Med. Woch.) llama la atención sobre la presencia de este síntoma, y en un trabajo posterior en 1911 (Zentr. f. Chír.), completa el estudio y trata de explicar las causas. Concluye que no se conoce cuál es el agente tóxico que la provoca aunque conjetura la posibilidad de ser:

- a) Pielonefritis que acompaña al tumor.
- b) Absorción de cuerpos albuminoideos producidos por los procesos en involución.
- c) Presencia de sustancias pirogénicas específicas.

De la evolución de los casos y no tomando en cuenta los procesos infecciosos que pueden complicar la evolución de un tumor renal (pielonefritis, tumor infectado), es la opinión general aceptar la tercera conjetura como más verosímil.

El mismo autor estudia los distintos tipos de fiebre observados: 1º) puede ser remitente o intermitente o bien a oscilaciones irregulares sin ofrecer una curva definida. El ascenso puede ser brusco, con escalofríos o bien lento y suave; 2º) a forma a recaídas con períodos febriles seguidos de otros sin fiebre; 3º) fiebre hematórica que precede a la hematuria para desaparecer cuando ella se produce.

Voelcker en 1920 se ocupa de este cuadro, pero recorriendo los textos comunes no es frecuente que se le asigne mayor importancia, tanto más teniendo en cuenta su frecuencia. Esta sería de 8.1 % para Israel, ya citado. Para

Hyman (Surg. Gyn. and Obst. 1925) sería de alrededor del 20 % los enfermos con tumor renal que hacen fiebre.

Cuando este cuadro febril acompaña a otros síntomas evidentemente más llamativos no se le suele dar importancia, y ni siquiera se los cita en las descripciones de tumores de riñón. No obstante en estos casos llega a tener importancia pronóstica, pues es un signo de malignidad y su persistencia o reaparición posterior después de la nefrectomía implicaría la presencia de metástasis, y sería de la misma significación que las reacciones hormonales en el cáncer de testículo o las metástasis funcionantes de un tumor foides.

Pero es a nuestro juicio cuando la púrexia abre la escena, que este síntoma adquiere todo su valor, pues puede conducir al diagnóstico en tiempo oportuno si el clínico sabe interpretarlo y efectuar las investigaciones pertinentes.

Así Rowlands en 1951 (Brit. Jour. of Urol.) acepta que como síntoma inicial ocurre raras veces, opinión que no compartimos del todo, pues vemos que son varios los casos publicados en la bibliografía mundial. La observación de este autor comienza con astenia, anorexia, palidez y fiebre, posteriormente aparece dolor lumbar del lado derecho.

En el caso de Zader (Lancet, 1948) durante un año el enfermo fue sometido a investigaciones por una púrexia persistente, y posteriormente es descubierta la afección renal por un varicocele a rápido desarrollo.

Mc Cague en 1940 (Arch. of Surg.) publica también observaciones en que la fiebre abre la escena y encuentra que sobre 66 casos de tumor renal existía fenómenos febriles en 37.

Entre nosotros Castaño C. A. y Risolia (Semana Medica, 1923) relatan 7 observaciones, de las que 1 incompleta, pero en 3 el primer síntoma fue la fiebre.

Miguel Llanos trae al seno de esta Sociedad (Rev. Arg. de Urol., 1938) 2 casos de los que uno puede ser imputado a tumor.

En el caso relatado por Ljunggren en 1932 (Brit. Jour. of Urol.) se llega al diagnóstico exacto después de 6 meses de púrexia. La nefrectomía normaliza de inmediato el cuadro.

En la mayoría de los casos publicados se trataba del tipo tumor de Crawitz, como son nuestras observaciones. No obstante, en el tumor del niño es muy frecuente su presencia y en los casos relatados por Hanley (1948) y Jacobs y Hoffman (1932) (Jour. of Urol.) se trataba de tumores perirrenales.

Es la posibilidad del comienzo clínico con púrexia del cuadro del tumor renal, sin que otro síntoma evidente llame la atención, la presencia de esa fiebre inexplicable que abre la escena, lo que nos mueve a ocuparnos, para que se investigue siempre la posible presencia de un tumor renal como se busca su probable etiología tuberculosa, fiebre ondulante, linfogranulomatosis, etc.

Traemos a la consideración de los señores consocios 3 casos observados que son ejemplo de la importancia de la fiebre en el diagnóstico de esta afección.

Caso Nº 1. — L. O. de V., 52 años, viuda, argentina. Ingresó al Servicio del Prof. J. I. Beretervide en el Hospital Juan A. Fernández, el 3 de octubre de 1949.

7 meses antes de su ingreso consulta por trastornos indefinidos, insomnio, desasosiego, miedo a raíz de la muerte de su esposo. Desde esa época tiene fiebre vespertina, 37,5 a 38° que en ocasiones llega hasta 39°. Cuando la temperatura es elevada se acompaña de adinamia, escalofríos y cefaleas.

En el pasado períodos de mejoría, con transpiraciones frecuentes. En este tipo ha perdido 7 kilos de peso.

Se practicaron diversos exámenes (radiografía de tórax, colecistografías) recibiendo distintos tratamientos, sin resultado, por lo que se interna. Como antecedente es necesario consignar un padecimiento hepático que le aquejó 10 años antes en distintas oportunidades.

El examen clínico revela una mujer indudablemente adelgazada, con palidez de piel y mucosas. A la exploración: hígado palpable a dos traveses de dedo debajo del reborde costal. En el hipocondrio izquierdo se despierta dolor a la palpación profunda. A este nivel se percibe una tumoración del tamaño de un puño algo irregular, que no pelotea, pero que tiene caracteres retroperitoneales.

El estudio radiológico demuestra falta de imagen al urograma excretorio en el lado izquierdo, con normalidad del derecho. La pielografía ascendente (Fig. N° 1) del lado izquierdo no ofrece dudas sobre su grosera deformación característica de tumor renal.

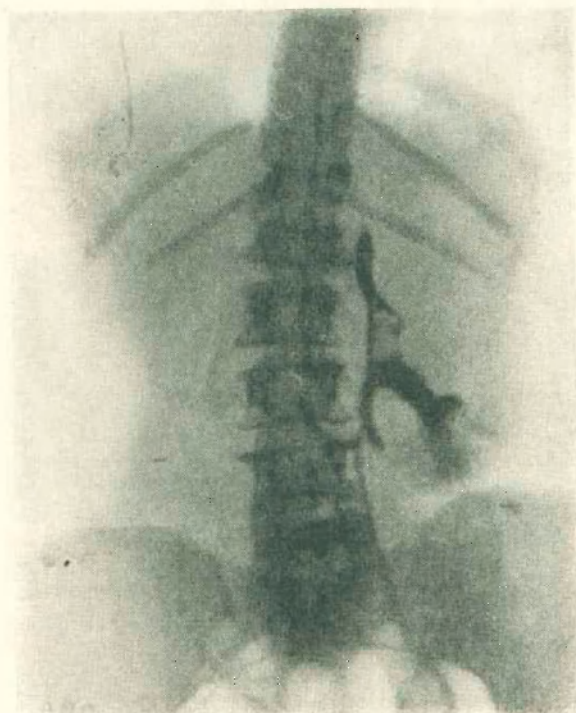


FIG. N° 1. — Pielografía ascendente. Grosera deformación tipo tumor.

Reacción Hudlesson, Wassermann y Kahn negativos. Análisis de orina: normal. Radiografía de tórax sin particularidad.

Se interviene el 14 de noviembre de 1949. Nefrectomía izquierda sin incidentes. No se comprueban metástasis en el acto. Post-operatorio sin incidentes.

El cuadro térmico demuestra (Figs. 2 y 3) la curva febril muy irregular, con picos hasta de 40° y su rápida normalización desde el tercer día de operada.

Diagnóstico anátomo-patológico: Hipernefroma (Prof. A. Bianchi).

Esta enferma permanece curada hasta el día de la fecha.

Caso N° 2. — M. F. O., 77 años, argentino, viudo. Hospital Alemán.

Se interna el 2 de enero de 1953.

Sin antecedentes patológicos de importancia, fué siempre un atleta, nota desde 8 meses antes pérdida de peso, anorexia, astenia y fiebre variable con sudores nocturnos, que en ocasiones llega a 38° 1/4. Se le practican distintas investigaciones que son negativas, y el examen

cínico descubre un tumor en el hipocondrio izquierdo con los caracteres de tumor renal, aunque ofreciendo buen contacto con la pared anterior.

Anemia de 3.500.000, sin leucocitosis. Analisis de orina normal.

El estudio radiológico muestra un uregrama absolutamente normal en ambos lados, con buena visión del sistema excretor. El contorno renal no se delimita bien a izquierda.

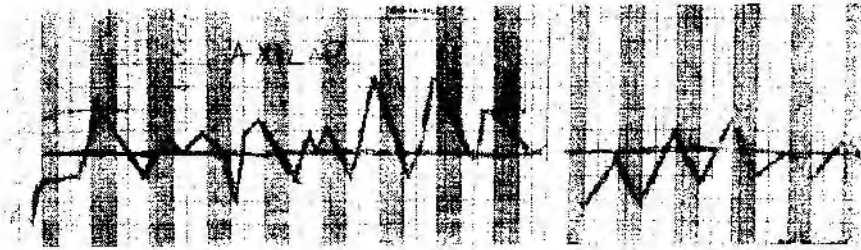


FIG. N° 2. — Cuadro térmico previo a la operación con grandes e irregulares picos hasta de 40°

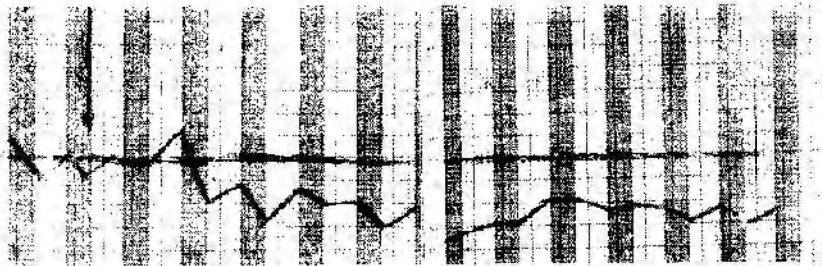


FIG. N° 3. — Cuadro térmico en el post-operatorio inmediato. La curva se regulariza desde el segundo día de la intervención

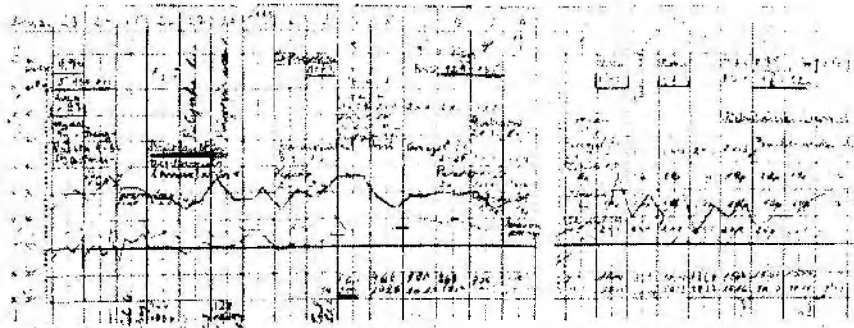


FIG. N° 4. — Curva térmica del caso N° 2. Obsérvese su irregularidad que toca casi 38° y su normalización desde el 5° día del post operatorio

Se interviene con el diagnóstico de probable tumor renal el 5 de enero de 1953. Bajo anestesia general se practica una nefrectomía. Tumor del tamaño de un puño que asienta en la cara anterior del órgano lo que dificulta su separación del meso colem correspondiente. No se comprueba invasión sanguínea ni linfática. Post-operatorio sin incidentes.

La curva térmica demuestra su normalización rápida después de la operación (Fig. N° 4). La recuperación de su curva ponderal se hace rápidamente después de la operación, encontrándose el enfermo en la actualidad en óptimas condiciones.

Diagnóstico anatómo-patológico: Epitelioma a células claras. (Prof. A. Brachetto Brian.)

Caso N° 3. — F. W., 57 años, alemán. Casado. Internado en Hospital Alemán.

Sus antecedentes son de sumo interés en el tema que tratamos.

5 años antes de su ingreso comienza con dolores precordiales, adelgazamiento. Fiebre de tipo sub-febril vespertino, llegando en ocasiones a 38°.

En el curso de estos 5 años este enfermo ha consultado 55 médicos, algunos de mucho

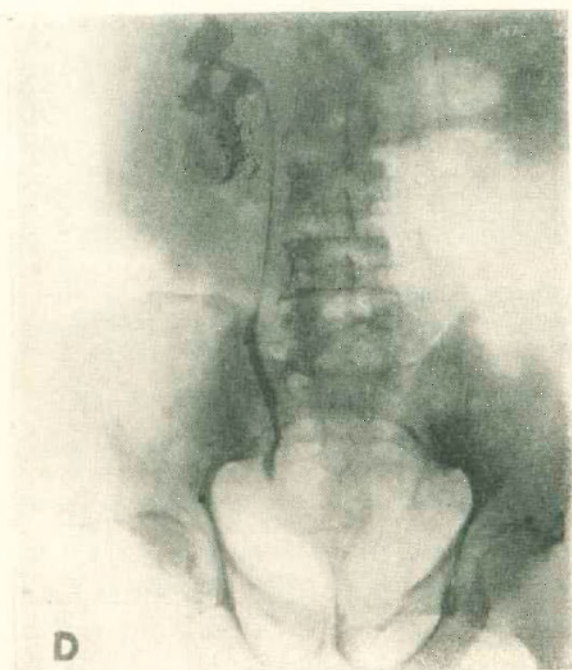


FIG. N° 5. — Pielografía ascendente del caso N° 3, con su característica deformación neoplásica.

prestigio. Tiene tal cúmulo de exámenes que sería imposible enumerar: con eritrosedimentación que llega a 120 en la 1ª hora. Se le diagnostica desde úlcus gástrico con probable degeneración, hepatitis, infarto de miocardio, etc., sometiéndosele a los más variados tratamientos.

A su ingreso es posible comprobar aunque con dificultad por un vientre tenso, una tumoración en hipocondrio derecho, interpretado anteriormente como hígado, pero que pelotea discretamente (Dr. Enzweiler).

Se completa el estudio de su árbol urinario con una pielografía de excreción que como no es clara se complementa con un examen ascendente que no ofrece lugar a dudas (Fig. N° 5), sobre el diagnóstico de tumor renal.

Se interviene el 4 de marzo de 1953.

Nefrectomía del lado derecho. Se comprueba un tumor renal que abarca el polo inferior del tamaño de una naranja grande. No se comprueban metástasis y el tumor está bien encapsulado a pesar del probable tiempo de evolución.

La curva térmica (Fig. N° 6) se normaliza poco después de la intervención.

El estudio histológico dice: Tumor de Grawitz, todavía encapsulado y con signos de mediana actividad proliferativa (Dr. J. M. Lazcano González).

Posteriormente este enfermo arrastró una discreta lebrícula que se ha normalizado en la actualidad. La eritrosedimentación está en 18, y persisten discretas molestias precordiales atribuibles a una aortitis.

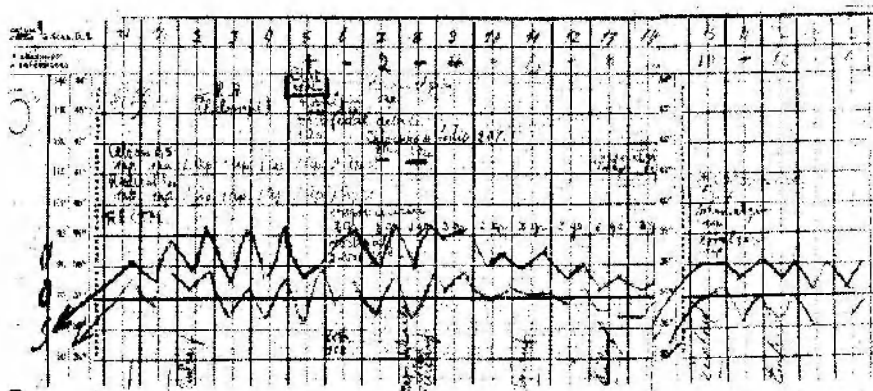


FIG. N° 6. — Cuadro térmico del caso N° 5. Con su curva febril irregular los días antes de la operación y su regularización al 4º día del postoperatorio.

CONCLUSIONES

En conclusión diremos que la fiebre es un síntoma de gran valor en el estudio del cáncer renal:

1º) Como índice pronóstico ya que su presencia es índice de malignidad, y sobre su normalización después de la ectomía lo que haría esperar posibilidad curativa.

2º) Como signos de comienzo clínico, llamando la atención sobre su valor que obligaría en todo enfermo con pirexia no bien explicada a dirigir las investigaciones para destacar la presencia de un tumor renal posible.

DISCUSIÓN

Dr. Luis María Brea. — Desco señalar que el doctor Adolfo Martín López, en ocasión del Congreso de Urología, realizado en Río de Janeiro, se ocupó de este tema presentando 3 ó 4 casos en los cuales la temperatura era el único síntoma que tenían esos enfermos. Realizada una profusa investigación se llegó al diagnóstico de tumor.

El doctor López llegó a conclusiones semejantes a las de los autores de esta comunicación.

Dr. Jorge Villar. — En los últimos tiempos, tuve oportunidad de ver 4 casos de tumores renales con temperatura. Uno de ellos, que tenía exclusivamente temperatura era hermano y primo de médico y estuvo en observación durante seis meses. Le hicieron toda clase de exámenes sin resultado. Nosotros pensamos en un tumor renal y lo descubrimos en el examen radiográfico.

Dos de los otros casos no llegaron a la operación y en el tercero, no creemos que la temperatura estuviera en relación con el tumor sino que éste tomaba color ascendente, por lo que hubo que resear una buena parte. La temperatura se debía a la propagación del tumor en el colon. En ese enfermo, la evolución fué buena; en cambio, en los otros tres, la evolución postoperatoria en uno de ellos a los 3 meses y en otro a los 7, hizo que terminaran con

generalización, lo que está de acuerdo con el punto de vista de los autores que sostienen que la temperatura es un signo de mal pronóstico.

Los enfermos que llegan sin orientación al Instituto Argentino de Diagnóstico, cuando tienen temperatura, y si es que se les ha hecho todos los exámenes comunes, pasan directamente a Urología. Hemos encontrado 4 casos en dos años.

Dr. Gerardo Vilar. — Deseo insistir en lo señalado por el doctor Jorge Vilar en que a los enfermos febriles cuya temperatura persiste, no existiendo otro síntoma, debe tomársele un urograma.

El diagnóstico de tumor renal es tardío cuando se palpa. Debe hacerse el diagnóstico cuando aún no son palpables. El gran triunfo de la terapéutica de los tumores está en el diagnóstico precoz. Si el clínico hiciera un urograma a estos pacientes, estoy convencido de que descubriría estos tumores con mayor frecuencia, dada su alta malignidad.

Dr. Alfredo A. Grimaldi. — Lo que dice el doctor Vilar está en relación con un caso que vimos hace poco más de dos años.

Se trataba de una enferma con un riñón ectópico derecho que fue atendida por clínicos eminentes. A raíz de que el síntoma primordial era la temperatura, se hicieron todos los exámenes de investigación de un proceso infeccioso y como en el recuento de Addis aparecieron algunos leucocitos y existían en la investigación bacteriológica algunos gérmenes, se instituyó una terapéutica destinada a tratar esa presunta infección renal. Vista la rebeldía del proceso, entró en juego el urólogo, se hizo la pielografía y se comprobó la existencia de un hipernefroma.

Dr. Armando Trabucco. — La etiología de la fiebre en los tumores renales, de acuerdo a nuestra observación, está determinada por el proceso infeccioso. En todos los casos en que hemos estudiado la histología del tumor de riñón con fiebre, hemos visto focos sépticos difundidos con movilización linfocitaria típica, que determina la temperatura. En la mayoría de esos enfermos existe movilización leucocitaria en el estudio hematológico.

Dr. Tomas Schiappapietra. — La presencia de fiebre puede ser dada por la neoplasia o por una lesión en la neoplasia.

Recuerdo dos casos coincidentes en que existía una neoplasia febril. Ambos fueron nefrectomizados. La temperatura descendió después de algunos meses y los dos, por coincidencia, traían el diagnóstico de brucelosis. En uno de ellos, después de estar uno o dos meses sin temperatura, volvió a tenerla. Como el enfermo estaba radicado en Bahía Blanca, volvió a esa ciudad y el médico tratante no encontraba la causa de esa temperatura. A los 3 ó 4 meses volvió a nosotros con metástasis pulmonares.

En el otro caso hubo metástasis óseas. La temperatura se hizo constante y persistente cuando fueron confirmadas las metástasis.

Dr. Juan A. Goldaracena. — Agradezco a los colegas que han contribuido en la discusión de nuestro trabajo.

Al doctor Gerardo Vilar le diré que cuando llegaron a nosotros estos casos, estaban deambulando desde hacía varios meses por otros servicios.