

de una tumoración que se calcula del tamaño de un cabeza de feto, de consistencia muy firme, de superficie irregular, que es posible separar netamente de la parrilla costal hacia arriba, indolora, que excursiona bien con la respiración, que es móvil, tiene peloteo y contacto lumbar. El hígado se palpa inmediatamente por debajo del reborde costal. El bazo no se palpa. El riñón derecho no se palpa. Hay una hernia intrainguinal del lado derecho.

*Exploración radiográfica:* Radiografía directa: Del lado derecho sombra renal aparentemente normal. Del lado izquierdo, se visualiza la sombra del tumor. *Urograma por excreción:* Del lado derecho: pielograma normal. Cistograma normal.

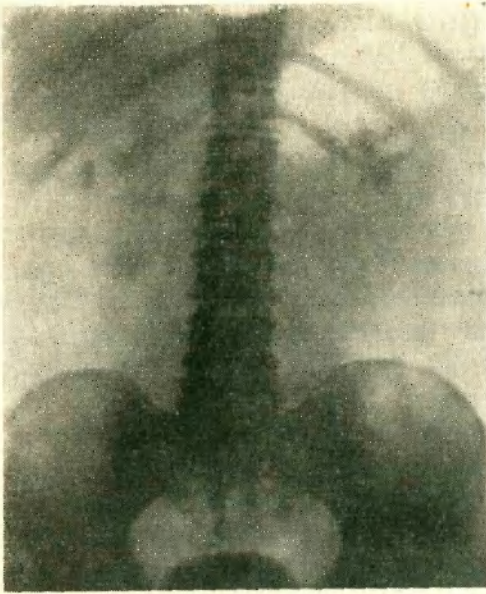


Figura 1

Figura 1. — Urograma por excreción obtenido en el año 1944, que revela del lado izquierdo una deformación pielográfica de tipo tumoral.

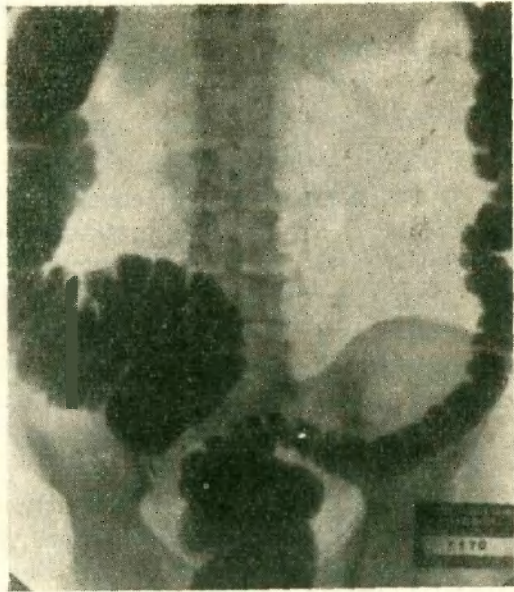


Figura 2

Figura 2. — Radiografía de colon por enema obtenida en la actualidad, con motivo de la recidiva del tumor. El colon izquierdo le hace marco a la tumoración.

Radiografía del colon con enema. Colon de aspecto normal con pequeño divertículo en el colon izquierdo. Angulo izquierdo ligeramente abierto y el descendente desplazado hacia la izquierda.

Con el diagnóstico de recidiva del cáncer del riñón nefrectomizado once años antes, intervenimos al enfermo.

*Operación:* 10 de junio de 1955.

*Anestesia:* General.

Incisión transversal tipo Pean, bien amplia. Se decola el peritoneo hacia adelante y se aborda el tumor que ocupa la fosa renal. Al intentar liberarlo, el tumor que es friable, se desgarró y viene una profusa hemorragia que no es

posible cohibir con taponamiento. En estas condiciones rápidamente se exterioriza el tumor, ligándose gran cantidad de vasos, que vienen desde la línea media y desde adelante. Es posible así extirpar el tumor y controlar la hemo-



Figura 3. — Fotografía de la pieza operatoria correspondiente a la recidiva del tumor.

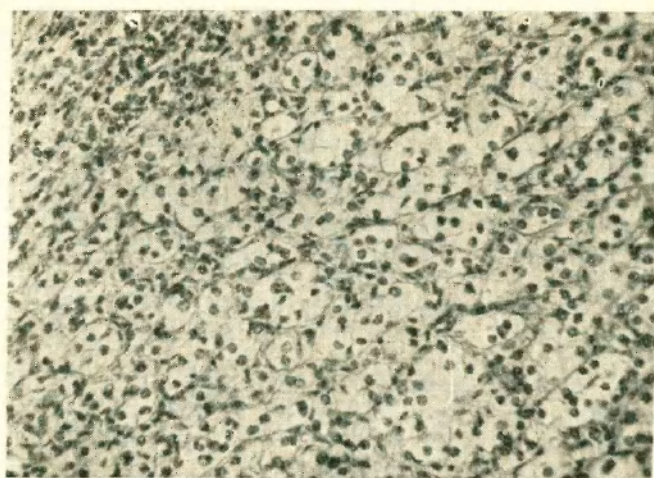


Figura 4. — Microfotografía correspondiente a la recidiva del tumor: Napa de células poligonales, sin tendencia a la disposición organoide. Todos los elementos son de aspecto similar: citoplasma grande, claro y núcleo redondo, pequeño hiper cromático, a localización central.

rragia que ha sido muy abundante y que obliga a inyectarle durante el acto operatorio  $2\frac{1}{2}$  litros de sangre al enfermo. El peritoneo se ha desgarrado y al exteriorizar el colon descendente se demuestra que su irrigación está compro-

metida en un segmento de unos 10 cms. por desgarro del meso. Se libera el ángulo izquierdo del colon y parcialmente el descendente, haciéndose una colectomía con resección de unos 20 cms. de colon, seccionando hacia arriba el colon transversal hacia la izquierda. Anastómosis término terminal con catgut crómico en un primer plano y lino en la sero-serosa. Sutura de la brecha mesocólica. Sutura del peritoneo. Una gasa y un tubo de drenaje. Sutura de los músculos en dos planos, con puntos separados de catgut crómico. Lino a la piel.

*Post-operatorio:* Muy bueno, se saca la gasa al 6º día. El tubo al 8º. Buena cicatriz operatoria. De alta, curado, en observación.

*Examen de la pieza operatoria:* Practicado por el Dr. Jaime Ferrer.

*Material remitido:* Se envía para estudio una tumoración localizada en fosa renal que mide aproximadamente 20 x 10 x 10 cm., superficie irregular; en conjunto tiene el aspecto de un riñón hipertrofico. Al corte tejido necrosado con pequeñas zonas periféricas de color blanquecino, compactas.

*Descripción microscópica:* Los preparados muestran extensas áreas necrosadas con infiltrados de polinucleares y linfocitos. Las zonas macizas están constituidas por células poligonales grandes, con núcleos centrales redondeados, de cromatina densa y citoplasma abundante y claro.

El aspecto general y la morfología celular incluyen a esta neoformación dentro de los tumores a células claras del riñón.

#### BIBLIOGRAFIA

Ercole, R. — Cáncer del riñón de evolución lenta. "Revista Argentina de Urología", 33:172, 1954.

---