

RUPTURA TRAUMATICA DE TUMOR DE WILMS

Por los Dres. LUIS MARIA BREA, R. RUIZ y R. A. ANTELO

El riñón que se encuentra protegido de las lesiones externas por las costillas inferiores, los músculos del flanco y del dorso, la columna vertebral y los órganos intraperitoneales, es frecuentemente alcanzado por los traumas que actúan sobre la región renal ya sea que la fuerza esté aplicada por detrás o por delante.

Esta fuerza necesaria para la ruptura del riñón, debe ser de una magnitud tal que produzca una divulsión primaria de la cápsula propia en que está envuelto el riñón.

Indudablemente que todos los factores que alteren haciendo más débil esta envoltura (tumores, hidronefrosis, anomalías congénitas), favorecerán actuando positivamente en la producción de una ruptura renal.

Todos sabemos que el crecimiento del Tumor de Wilms es rápido, muy a menudo silencioso y asintomático, generalmente se comprueba como una masa renal que es palpable, encontrándose esto en el 65 % de los casos.

Llama la atención que los niños con Tumor de Wilms no tengan síntomas urinarios y sólo aquejan en algunos casos dolor, anemia y disminución de peso.

Luego se agregan síntomas digestivos como náuseas, vómitos y constipación por aumento de la masa renal.

Estos datos son importantes de ser investigados ya por el pediatra que examina regularmente al niño o por el interrogatorio que debemos realizar para desatar una enfermedad preexistente renal, en el caso de un traumatismo renal con lesión del mismo.

El caso actual. — Se trata de una niña de tres años que se presentó a la guardia del Hospital Militar Central por un cuadro de abdomen agudo consecutivo a un traumatismo que debemos especificar especialmente. Se originó por caída hacia adelante, golpeando la paciente contra un escalón con la parte anterior de su cuerpo: tórax y abdomen.

Antes de continuar es preciso especificar algunos datos anamnésticos que se recogen de la historia clínica levantada por la guardia del Hospital.

Hacia un año que la nena venía desmejorándose, notándole los padres pérdida de apetito, tinte anémico y decaimiento progresivo.

Un examen clínico realizado poco tiempo antes del traumatismo, no arrojó ninguna conclusión, según la opinión del facultativo que lo realizó.

Después del traumatismo, la paciente se queja de dolores en el vientre por lo que se lleva al Hospital, donde se comprueba por el médico de guardia lo siguiente:

Paciente tranquila, discretamente shockeada, no se queja de dolores espontáneos y dormita por ratos. Es examinada por uno de nosotros inmediatamente después de ingresar y el examen objetivo del abdomen permite comprobar la presencia de una tumoración circunscrita del tamaño de una naranja, para-umbilical dolorosa, dura, estando el resto del abdomen blando depresible, indoloro lo mismo que la fosa lumbar derecha.

Se obtiene una micción espontánea ligeramente hematórica, pero la falta evidente de síntomas patognomónicos de lesión traumática del árbol urinario decide la expectación durante unas horas, realizándose en el interin el tratamiento del shock mediante transfusión sanguínea.

Sin descartar la posibilidad de una lesión o conmoción de algún órgano del aparato urinario rubricado por la orina hematórica, el tipo de traumatismo (caída hacia adelante) y

la tumoración circunscripta para-rectal derecho, indicó en un primer momento, o más bien incluyó el diagnóstico hacia hematoma por rotura del músculo recto.

Transcurridas algunas horas es vista nuevamente la enferma y el examen clínico permite comprobar la variación del cuadro objetivo.

La contractura del abdomen y el dolor se había generalizado a todo el hemiabdomen derecho y región lumbar del mismo lado. La exploración bimanual no permitía comprobar la tumoración circunscripta. El estado general de la enferma se mantenía estacionario y se le efectúa una urografía con inyección intramuscular de contraxine.

Se obtienen las placas E 81056, que permiten observar el sistema pielo-calicial del lado izquierdo normal. El lado derecho, hemiabdomen, o región lumbar ocupada por una gran tumoración o colección y dos restos de sustancias de contraste muy separados el uno del otro.



Figura 1

Figura 2

Con esta radiografía y la evidencia de lesión renal se resuelve la intervención quirúrgica de inmediato, lo que se hace abordando la glándula por lumbotomía ampliada.

Al incidir la fascia de Zukerkandl, se encuentra un gran hematoma que se extirpa junto con trozos de tejido de aspecto cerebroide. Al llegar al riñón se aprecia la presencia de una gran tumoración estallada con abertura hacia adelante, dando salida por la brecha de gran cantidad de esa misma sustancia.

Ante la evidencia de un sarcoma, se aspira hasta donde es posible notándose que el peritoneo se encuentra en partes tan adherido, que para realizar la ectomía, previa ligadura de los vasos, debe resecarse parte del mismo. Se efectúa la sutura peritoneal y fijación de células mediante lavado alcohólico. Se drena convenientemente y se cierra.

Postoperatorio normal. Efectúase radioterapia postoperatoria y se da de alta en el mes de junio con muy buen estado general. El examen histopatológico confirmó el diagnóstico de Tumor de Willms.

Actualmente a los seis meses de la intervención, se ha comprobado una diseminación sarcomatosa en ambos campos pulmonares.

Nos encontramos ante la presencia de un tumor de Willms muy voluminoso que excepcionalmente no fué diagnosticado previamente en ocasión de un examen clínico como ocurre en la mayoría de los casos.

En conclusión. — Se presenta a la consideración de los presentes, un cuadro abdominal agudo ocasionado por la rotura por traumatismo abdominal anterior de un tumor de Willms,

coincidencia muy rara, ya que en la bibliografía consultada se relata solamente un caso: Ruptura traumática de Tumor de Wilms, *Journal of Urology* 1952, pág. 629.

Se tuvo el primer antecedente de su presencia por rotura traumática del mismo mediante un traumatismo que no puede ocasionar la ruptura de un riñón normal, pero que nos debe hacer pensar en la posibilidad de la lesión de una víscera patológica, en la mayoría de los casos.

DISCUSION

Dr. Trabucco.— Debo decir en defensa del pediatra y sin conocerlo, pero habiendo visto la imagen anatómopatológica del tumor de Wilms de esta niña, que se deduce que era a crecimiento inusitadamente rápido, porque la riqueza celular es tan grande que tal vez en quince días el tumor había tomado esa situación, y es posible que el pediatra que había palpado el abdomen meses antes no haya notado el tumor; es raro que un pediatra que generalmente se basa en la palpación para el diagnóstico en los chicos, no haya detectado un tumor de esa naturaleza. La malignidad tan tremenda de esa tumoración ha hecho que crezca en forma inusitada, y la prueba está que a pesar de la intervención, no obstante, la radioterapia postoperatoria, la enferma fallece dos meses después con siembras por todos lados.

Dr. L. Brea.— Bueno, yo también creo que el pediatra no encontró el tumor cuando examinó la niña dos meses antes, porque no se palpaba. Lo que nosotros encontramos después se justifica ampliamente porque en el primer momento la palpación no permitió tampoco hacer un diagnóstico de tumor retroperitoneal. Se encontró una tumoración muy anterior, como si se hubiera roto el músculo recto anterior, y era una tumoración muy localizada. Posteriormente la radiografía y la hematuria mostraron un cuadro más evolucionado que permitió hacer el diagnóstico de rotura de riñón pero nosotros creíamos que se trataba de un riñón patológico, y no podíamos decir con exactitud, si lo que se había roto era un riñón tumoral o una hidronefrosis.
