

Sociedad Argentina de Urología

4ª Sesión científica ordinaria - 23 de julio de 1959.

Presidente: Dr. Alfredo A. Grimaldi

Secretario: Dr. Juan A. Goldaracena

RIÑÓN MASTIC A CRECIMIENTO ENDOTORACICO. NEFRECTOMIA TORACO-ABDOMINAL

Por los Dres. JOSE D. DOTTA y TOMAS DELPORTE

El hecho poco frecuente de haber observado una enferma portadora de un riñón mastic nos mueve a su presentación a fin de destacar algunas de sus características y en especial la vía de abordaje por la que fué tratada.

En el seno de esta Sociedad algunos de sus miembros ya se han esmerado en aportar algunas observaciones de esta variedad clínica, siendo A. García el primero en el año 1932 y continuando luego R. Grimaldi y R. A. Rubí en 1936, G. Vilar y M. Cartelli en 1939 y A. A. Grimaldi en 1947. T. Schiapapietra comenta una observación personal sin haberla publicado. Ignoramos si ha habido alguna otra observación relatada y de ser así sepan los autores disimular su omisión.

El 17 de agosto de 1957 ingresa al Hospital Italiano Garibaldi la Srta. A. C. V. de 40 años de edad, por acusar desde hace cierto tiempo inapetencia, decaimiento y pérdida de peso. Al ser examinada se constata en flanco izquierdo una grosera tumoración, razón por lo cual somos consultados siendo transferida a nuestro Servicio el 8-IX-57.

Sus antecedentes son irrelevantes, excepción hecha de que a los 4 años de edad se produce una luxación de la cadera derecha atribuida a un traumatismo y tratada con yeso por el plazo

de 5-6 años, siendo intervenida en febrero de 1948 por el malogrado Dr. Sgrosso, quien le efectuara una cistotomía subtrocantérea, curando con una anquilosis de dicha articulación.

Un año atrás fué intervenida por una fistula inguinal izquierda. Desde el punto de vista urológico dice que como consecuencia de cierto dolor que acusaba en región lumbar izquierda y de una piuria fué sometida a tratamiento por su riñón de dicho lado, ignorando la naturaleza del proceso. Nunca tuvo cólico renal ni hematuria.

Tres meses antes de su internación tuvo un episodio de cistitis que cedió a la semana y que repitió pocos días antes de la misma. A su ingreso refiere pocas molestias lumbares.

Al examen clínico se constata una enferma en buenas condiciones generales, no ofreciendo el aparato pulmonar ni el cardiovascular ninguna anomalía, es normotensa.

En abdomen, en su hemiporción izquierda la palpación permite apreciar una grosera tumoración firme, irregular, ligeramente abollonada, que ocupa todo el flanco izquierdo, que

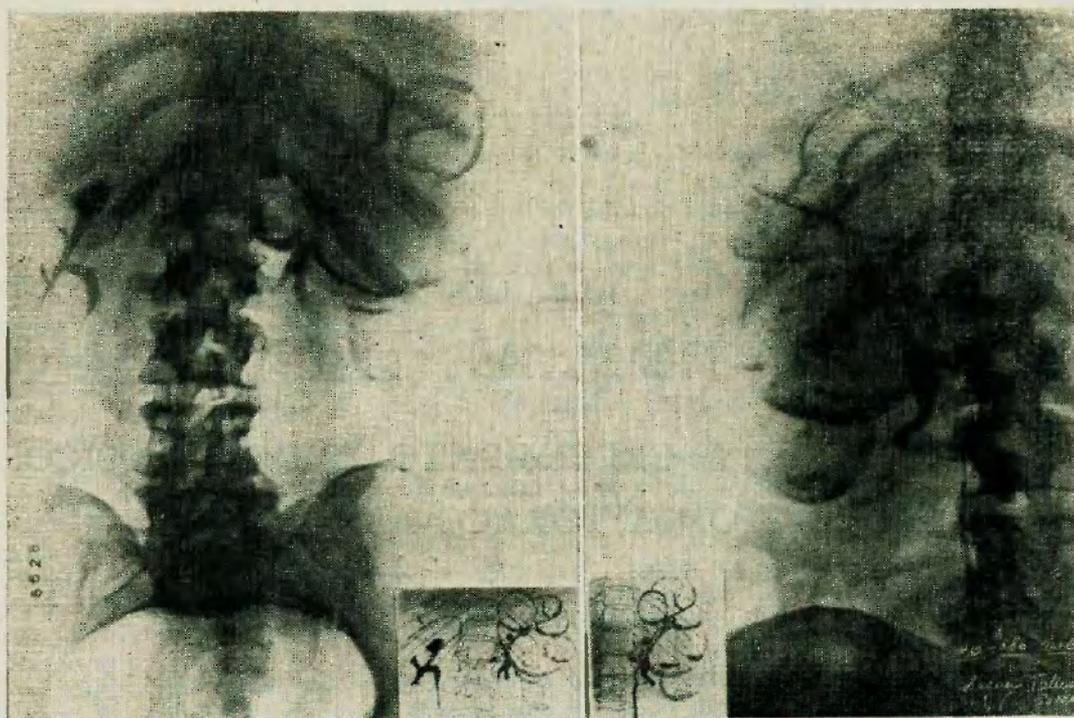


FIG. Nº 1. — Urograma por excreción.

FIG. Nº 2. — Pielografía ascendente de R. I.

se pierde por debajo de la parrilla costal, que tiene peloteo y contacto lumbar, se mueve con la respiración y no es sensible. Hígado y riñón derecho no ofrecen datos semiológicos positivos.

Los distintos exámenes de laboratorios no ofrecen datos dignos de mención con excepción de una eritrosedimentación moderadamente acelerada (25 mm. — 51 mm.) y en orina vestigios de albúmina (0.10 grs.) con piocitos en sedimento (+++). La investigación de bacilo de Koch en orina es negativa. El hemograma está dentro de límites normales y la reacción de Casoni es negativa.

Ya en el momento de su ingreso venía con unas radiografías contrastadas de su intestino que a la par de mostrarnos un tránsito colónico normal también revelaban la apertura del ángulo esplénico, tal como sucede en las tumoraciones del riñón y la existencia a nivel de dicho ángulo de una imagen abigarrada constituida por una serie de formaciones circulares de distinta densidad radiológica, como si fuera salpicada de incrustaciones calcáreas.

La radiografía directa reno-vesical tanto la de frente como la de perfil realizada 20 días después de la precedente nos muestra que dicha tumoración nos ofrece igual aspecto atigrado, con unas zonas de mayor densidad que otras, que se extiende por arriba hasta la 9ª costilla y hacia abajo hasta un par de traveses de dedo por encima de la cresta iliaca y ocupa el flanco posterior.

El urograma por excreción (Fig. Nº 1) revela una buena eliminación por el lado derecho. llamando la atención una dilatación calicial superior y cierta rigidez del uréter. Del lado izquier-

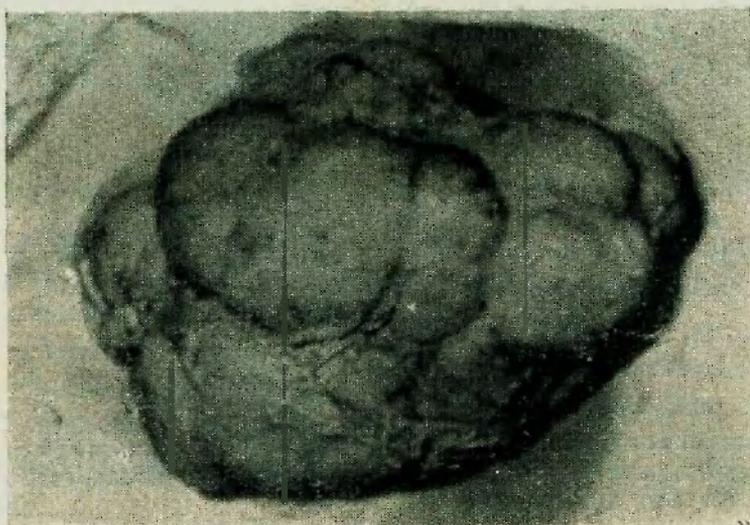
do, vinculado con esa tumoración se puede visualizar la eliminación de substancia de contraste con cierto retardo y que llena una cavidad con los caracteres de ser la pelvis.

La cistoscopia difícil de realizar por su anquilosis de la cadera derecha muestra un estado congestivo difuso sin lesiones específicas. Los orificios ureterales no ofrecen anomalía y el uréter izquierdo es cateterizable en toda su extensión.

La pielografía ascendente del riñón izquierdo efectuada en distintas incidencias, frente, oblicua y perfil dibuja un sistema pielocalicial íntimamente vinculado con esa formación, donde sólo se dibuja el cáliz inferior con amputación total del medio y del superior. (Fig. Nº 2).

A pesar de los caracteres clínicos y radiológicos antes enunciados, pero no estando absolutamente convencidos, dada la poca sintomatología, de que la tumoración pudiera ser de origen renal nos decidimos a efectuar un perineumorrriñón según técnica de Ruiz Rivas. El mismo nos muestra la amplia difusión del aire en la atmósfera perirrenal, circunscribiendo la tumoración objeto de este estudio.

Ya con el diagnóstico en firme de una tumoración renal, de probable naturaleza tubercu-



FOTOG. Nº 3. — Pieza operatoria cerrada.

losa por sus antecedentes y por sus caracteres radiológicos, se plantea el problema de su vía de abordaje.

Dadas las dimensiones y por estar profundamente ubicada debajo del reborde costal se decide abordar la misma por la vía tóraco-abdominal.

Es así como el 18-IX-57 bajo anestesia general con intubación la enferma es intervenida mediante una incisión tóraco-abdominal a través del 10º espacio. Colocado el separador de Finochietto se incinde el diafragma prolongando la incisión hacia adelante a través del peritoneo. Se constata así un bazo de caracteres normales y la celda renal ocupada por una tumoración irregular, abollonada, blanquecina, que se halla vinculada en su parte inferior con una porción de parénquima renal aparentemente normal. Una vez separada la suprarrenal se individualiza y libera el uréter, seccionándolo entre dos ligaduras. Después de ello se llega al pedículo, se lo libera y secciona previa ligadura del mismo. Se procede luego como de costumbre, cerrando por planos, empezando por el diafragma y dejando dos gruesos tubos de drenaje, uno en la cavidad pleural y otro en la celda renal, ambos bajo agua.

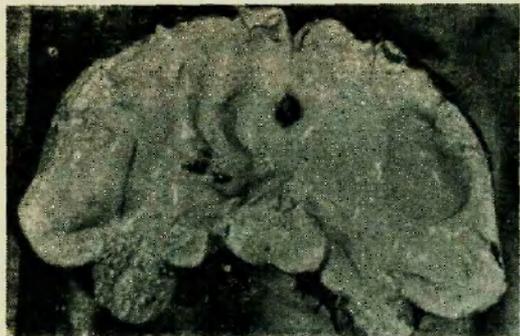
El post-operatorio inmediato se desarrolla sin incidencias y controles radiográficos de los campos pulmonares a las 24 hs. y a las 48 hs., muestran el pulmón izquierdo perfectamente reexpandido. Es medicada con estreptomycinina e hidrazida del ácido Nicotínico.

La pieza operatoria como muestra la fotografía correspondiente (Fotog. Nº 3) mide 18 cms. por 16 cms. y está constituida por una tumoración abollonada que coincide perfectamente con la serie de circunvoluciones ya visibles radiográficamente bajo las formas de esas calcificaciones multicéntricas. En la parte correspondiente al polo inferior se aprecia como un apéndice una pequeña porción de parénquima renal sano. Abierta la misma por su borde exterior, de afuera a adentro, se constata que el riñón está prácticamente reducido a una corteza y de

cuya cara interna parten una serie de tabiques, cavidades todas ellas llenas de un material tipo masilla (Fotog. N° 4), de un color caramelo. Eliminando esta sustancia siruposa todo el riñón está esencialmente constituido por una serie de cavidades. (Fig. N° 5).

El informe anátomo-patológico (Dr. Fontana) manifiesta no existir ningún carácter específico, existiendo sólo lesiones de pielonefritis crónica.

La enferma es dada de alta a los 12 días de operada, recomendando continúe con el tratamiento indicado. Controles periódicos demuestran una evolución favorable de la misma y a los siete meses había aumentado unos diez kilos de peso. La piuria ha desaparecido, la



FOTOG. N° 4. — Pieza operatoria abierta, llena de masilla.



FOTOG. N° 5. — Pieza operatoria abierta y en sus cavidades vaciadas de caseum. En polo inferior se aprecia la porción del riñón.

eritrosedimentación se ha normalizado y los urogramas revelan la persistencia de cierta dilatación del sistema calicial superior. La enferma ha prolongado su tratamiento antibiótico y quimioterápico durante un año continuado.

El riñón mastic constituye la etapa completa de la exclusión renal y se lo considera como una evolución espontánea hacia la autocuración de una tuberculosis renal. Esta autonefrectomía podrá ser total o parcial de acuerdo al lugar donde se efectúa la obliteración y nuestro caso es un ejemplo de esto último.

Al mencionar el término de curación espontánea quedaría implícito que salvo aquellos casos donde la tumoración es de cierta magnitud el enfermo podría librarse de todo tratamiento. Si bien es cierto que el estudio bacteriológico del caseum hallado en estas cavidades habría demostrado ausencia de bacilos de Koch, no menos cierto es que en todas las observaciones relatadas por los distintos autores existen manifestaciones vesicales y piuria, no escapando nuestra enferma a esta regla. Este aspecto tiene para nosotros particular importancia en lo que a tratamiento se refiere y al que nos referiremos oportunamente.

En general las manifestaciones clínicas no son mayormente ostensibles y es el volumen que llega a adquirir el riñón afectado el que determina los estudios posteriores. De todos ellos la radiografía es la que nos llevará a la precisión diagnóstica, habiendo sido Rumpel el primero, en 1903, en señalar la existencia de opacidades radiológicas debidas a focos caseosos intrarrenales. Más tarde Legueu, Papin y Maingot describen la existencia en el área renal de manchas redondeadas, irregulares, desiguales en su opacidad y que se deben a la cretificación parcial de nódulos caseosos, recibiendo por ello la denominación de riñón atigrado. Otras veces toma un aspecto marmóreo, estando toda la sombra renal diseminada de manchas opacas de forma y disposición variada. En el

riñón mastic este aspecto es aún mucho más evidente y se halla constituido por la yuxtaposición de vastas manchas redondeadas siendo nuestro caso un típico ejemplo de ello.

Establecido el diagnóstico de riñón mastic se plantea el problema del tratamiento. Compartiendo la opinión ya sustentada por A. García en 1932 y apoyada por todos los autores consultados, lo único que corresponde es el tratamiento quirúrgico, es decir, materializar con la extirpación del órgano lo que la naturaleza ha efectuado por sí misma. Dejar un foco de esa naturaleza en el organismo implica la probable absorción de substancias tóxicas y el riesgo siempre latente de una reactivación. Puesto a cubierto con un tratamiento previo con estreptomycinina asociada a la Hidracida del ácido nicotínico o al P. A. S., lo único que corresponde es la nefrectomía.

Es indudable que esta nefrectomía podrá llevarse a cabo por la vía lumbar clásica de acuerdo con una de las tantas modalidades a lo que la misma es susceptible. Pero queremos sin embargo destacar, cuando el riñón ha adquirido cierto volumen y en especial a crecimiento endotorácico, el empleo de la vía tóraco-abdominal que ya preconizara Fey con su incisión a lo largo de la 11ª costilla. Por nuestra parte empleando esta vía de abordaje, que ya comentáramos en otras comunicaciones, efectuamos la incisión a la altura del 9º o del 10º espacio intercostal sin sección de costilla. Con ello logramos llegar directamente sobre el riñón, individualizar y separar perfectamente la suprarrenal y llevar a cabo los demás tiempos operatorios con extraordinaria facilidad. Extirpado el órgano en block no existe ningún riesgo de contaminación de la cavidad pleural y el post-operatorio silencioso que tuvo nuestra enferma fué el mismo que tuvieron todos aquellos pacientes en quienes por otra circunstancia se empleó la misma vía.

B I B L I O G R A F I A

- Dufour, A.* — Rein Mastic tres volumineux. Jour. d'Urologie. 49, 538, 1941.
García, A. — Tuberculosis renal bilateral. Exclusión renal izquierda. Revista Argentina de Urología. 1, 179, 1932.
Grimaldi, A. A. — Riñón mastic en un adolescente. Revista Argentina de Urología. 16, 22, 1947.
Grimaldi, Fr. E. y Rubí, R. A. — Riñón mastic. Revista Argentina de Urología. 5, 353, 1936.
Leger, L. y Moulouquet. — Encyclopédie Médico Chirurgicale. Tuberculose rénale.
Narbora Arman, B. y Noverque, D. G. — Riñón mastic en un niño de 10 años de edad. Archivos Españoles de Urología. XI, 51, 1955.
Vilain, A. — Rein mastic y grossese. Journal Belge d'Urologie. 20, 67, 1951.
Vilar, G. y Cartelli, N. — Riñón mastic. Revista Argentina de Urología. 8, 681, 1939.