

EL SULFATO DE BARIO Y CARBOXIMETILCELULOSA EN LA PATOLOGIA URETRO-PROSTATICO-VESICAL

Por el Dr. RUFINO J. FLORES BELAUNDE

Ha sido comentado en presentaciones anteriores, el empleo de esta mezcla no iodada, en uretrocistografías, mencionando sus ventajas. Es objeto de esta comunicación el presentar radiografías obtenidas en pacientes con diversas enfermedades de uretra y vejiga. Tendremos ocasión de comprobar la versatilidad de su empleo, la finura de los detalles obtenidos y la intensidad de su opacificación radiológica.

Caso Uno: Enfermo con estrechez uretral y reflujo uretro prostático acentuado. Se observan múltiples canalículos y fondos de saco glandulares inyectados con el medio de contraste. 1 FOTO.

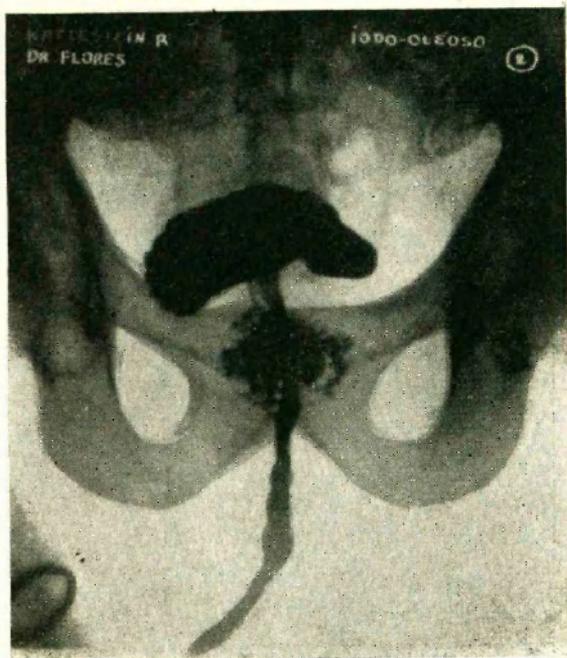
Caso Dos: Enfermo con adenoma de próstata a tres lóbulos. En la radiografía se observa en oblicua y en frontal la falta de relleno del lóbulo medio. DOS FOTOS.

Caso Tres: Enfermo con carcinoma de próstata, observándose las abolladuras de la uretra y base vesical y muy finos reflujos uretroglandulares. UNA FOTO.

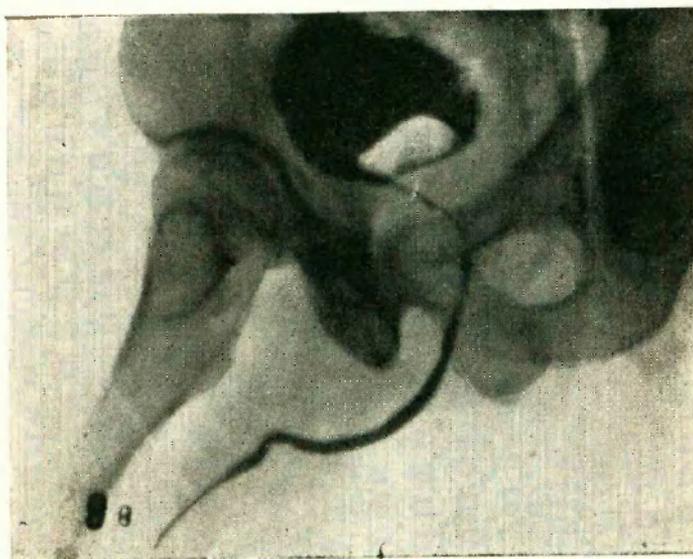
Caso Cuatro: Enfermo con gran hipertrofia prostática a tres lóbulos y numerosos divertículos vesicales. UNA FOTO.

Caso Cinco: Enfermo en estudio por falta de eyaculación. Se presenta solamente una cistografía de ensayo, realizada en posición de pie al final de un estudio radiográfico de rutina y vemos en ella sucesivamente superpuestos aire inyectado, luego orina mezclada con el medio opaco y finalmente el medio opaco sedimentado en la base de la vejiga. Por esta disposición es ideal para uretrocistografías de tumores vesicales, donde suele haber con frecuencia orina residual. Recordamos además que en presencia de orina nos da la imagen "en bolitas" características de los medios oleosos opacos, que tanto perturban al estudio.

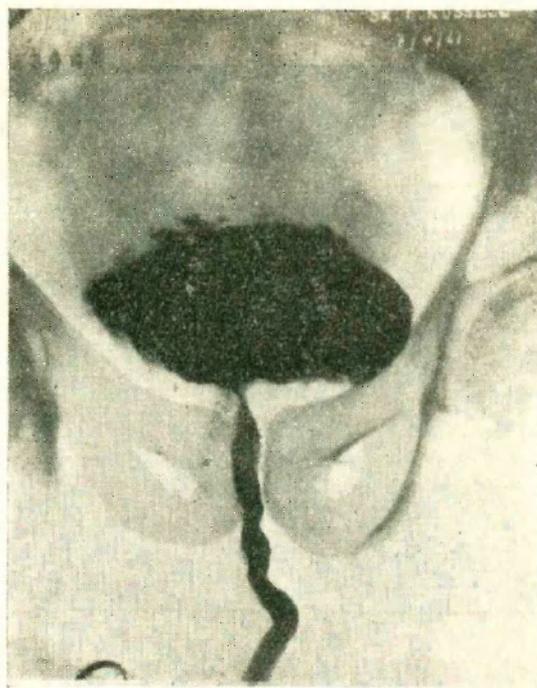
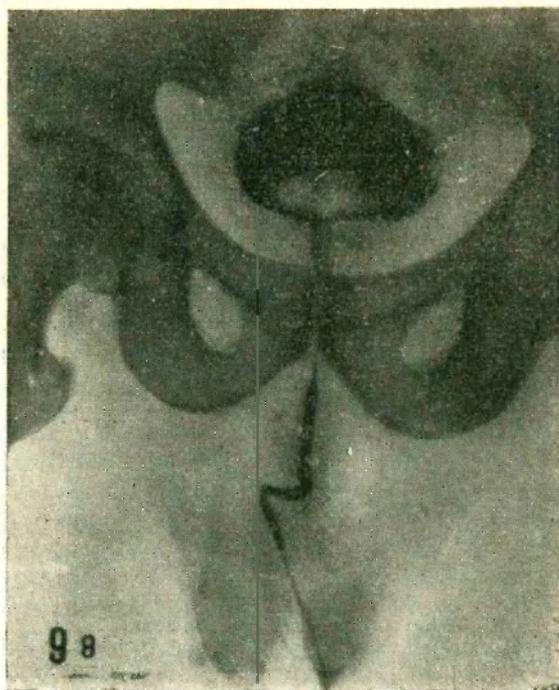
Por estas mismas razones es también muy útil en las uretrocistografías miccionales en posición de pie.



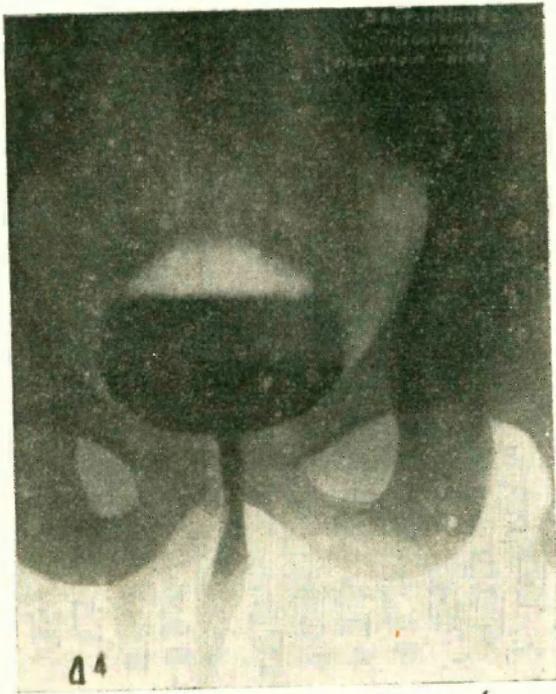
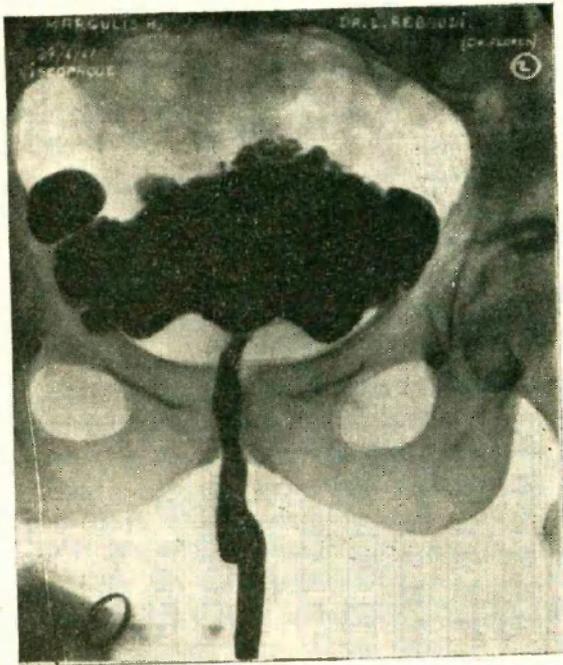
Primer caso



Segundo caso



Segundo caso



Tercer caso

Hospital Rawson, Servicio de Clínica Urológica, Sala XIII.
Profesor: Dr. Armando Trabucco.

CRIPTO TUMOR DE RIÑÓN, ENMASCARADO POR FALSA IMAGEN DE TUMOR SUPRARRENAL

Por los Dres. ARMANDO TRABUCCO, BELISARIO OTAMENDI
y PEDRO BRAGONI

Traemos a consideración de esta Sociedad, el estudio médico-quirúrgico de un enfermo que concurre a nuestro Consultorio Externo, trayendo un informe histopatológico de una biopsia, por punción de hombro, efectuada en el Hospital de Clínicas quince días antes.

El mismo detallaba en su protocolo el hallazgo de un carcinoma metastásico de tipo a Células claras.

Con este antecedente se dispone su internación para comenzar el estudio clínico correspondiente.

Ocupa la cama 53 de nuestro servicio, historia clínica N° 720.

Padre y madre fallecidos, ignora causa; hermanos e hijos sanos; entre sus antecedentes personales presenta como enfermedades importantes el hecho de haber padecido a los nueve años de una pluresía derecha con evolución favorable; a los cuarenta y siete años es operado de glaucoma derecho.

A partir de los cincuenta años es intervenido en varias oportunidades de cataratas, fruto de esta enfermedad manifiesta una acusada disminución de su agudeza visual.

Niega enfermedades venéreas.

Su enfermedad actual comienza al parecer hace siete meses cuando nota que sobre la parte postero-superior de su hombro derecho existe una tumoración dolorosa, que aumenta de tamaño paulatinamente a medida que transcurre el tiempo y que impide los movimientos libres de la articulación escapulo humeral, que se va limitando sensiblemente su recorrido.

Únicamente refiere como sintomatología urinaria, ligeros dolores en Fosa Iliaca izquierda (F. I. I.), irradiados hacia la cadera y pierna del mismo lado.

La micción es normal en todas sus características, investigándose especialmente si en algún momento de su enfermedad había advertido la presencia de sangre en sus orines, recogiendo respuestas negativas en las reiteradas oportunidades en que se hizo esta pregunta.

La inspección, palpación y búsqueda de puntos dolorosos reno-ureterales de su sistema renal derecho no arrojan datos positivos.

La inspección de la F. L. I. es negativa.

El riñón izquierdo se palpa a tres traveses de dedo del reborde costal se desplaza bien con los movimientos respiratorios, su consistencia impresiona parecerse a la consistencia normal del órgano, lo mismo que su forma. Su tamaño es algo mayor. La puño percusión suave de la F. L. I. despierta dolor en la zona, que no se irradia. Los puntos dolorosos reno-ureterales arrojan resultados positivos para el costo muscular, el uretral superior y el medio.

La búsqueda de adenopatías en las zonas ganglionares es negativa.

La uretra se halla libre y permite el paso de instrumentos de grueso calibre. La inspección y palpación de los genitales externos no descubre ninguna anormalidad en ellos.

El tacto rectal nos permite reconocer una próstata de tamaño ligeramente aumentado, pudiéndosela comparar a una ciruela chica, de consistencia adenomatosa, de superficie irregular, indolora, con cierta movilidad y sus planos adyacentes sin particularidades. La mucosa rectal desliza bien sobre el plano prostático.

Las vesículas seminales no se palpan.

Buen estado general, no hay pérdida de peso ni apetito, la fuerza y capacidad para realizar sus tareas habituales no han sufrido modificación alguna. El examen cardiológico especializado nos demuestra que el enfermo presenta una tensión arterial de 170/110 mm. de Hg. sin repercusión aparente sobre su sistema circulatorio central. Cabe destacar que las mismas cifras tensionales se anotaron en varias oportunidades y en algunas de ellas con variantes despreciables.

Respiratorio sin particularidades.

Con todos estos antecedentes se piden los análisis de rutina y un examen pielo-gráfico excretor.

Azucemia: 0,40 g/oo; Glucemia: 0,90 g/oo; Glucosuria: negativa. Eritro: 1º h. 35 mm 2º h. 60 mm.

Orina: aspecto turbio, ácida, densidad 1015, úrea: 1734, Cloruros: 7.

Urobilina: vestigios. Sangre: negativa: El estudio del sedimento urinario dio: abundantes células planas, leucocitos granulados aislados.

Bacteriológico de orina: Regular cantidad de pirocitos, abundantes bacilos subtilis y coli.

Hemograma: G. Rojos: 4.600.000. G. Blancos: 7.900. Fórmula: Neut. 67 %.

Eos. 3 % Bas. 1 %; Mon. 2 %; Linf. 28 %.

En la radiografía directa del árbol urinario se visualizan bien ambos psoas. Sombra renal izquierda de forma conservada, polo superior situado a nivel de la apófisis transversa de la primera vértebra lumbar. Dentro de la imagen renal se pueden observar dos sombras cálcicas, una superior y otra inferior, situadas más o menos a diez centímetros de la apófisis trasversa de la segunda y tercera vértebra lumbar, respectivamente.

Imagen renal derecha sin particularidades.

La placa de los diez minutos demuestra buena imagen pielo-calicial del riñón derecho con buena eliminación de la sustancia de contraste.

El riñón izquierdo impresiona con imágenes pielo-cliciales borrosas con papilas esfumadas. Vejiga comienza a rellenarse con sustancia opaca.

A los treinta minutos ambos riñones han eliminado totalmente la sustancia de contraste. Vejiga con buen relleno y sus paredes sin particularidades.

Ante estos resultados y valorando los antecedentes anteriores decidimos realizar una pielo-grafía ascendente izquierda combinada con un retroneumo peritoneo; inyectando por vía pre-sacra 750 cc. de aire.

El examen endoscópico nos da una capacidad vesical conservada. Vejiga de paredes sanas. Meato derecho: S/P Meato izquierdo eyacula bien, orinas claras, notándose ligera congestión del meato y puntillado petequial que se abre en abanico hacia el triángulo.

Cuello se esboza el signo de las nalgas por aumento de los lóbulos laterales de la próstata.

El cateterismo renal se efectúa con facilidad y sin ningún inconveniente introduciendo el cateter hasta la marca de los 20 cts. notando salida de orinas claras, por el extremo del cateter, con ritmo normal.

La placa en decúbito dorsal (fig. 1) sacada con esta técnica, demuestra que el aire diseña muy bien el psoas derecho, no así el izquierdo. Se visualizan muy bien las imágenes pielo-caliciales izquierdas, rellenas por el medio de contraste. Sobre el polo superior se observa bien delimitada por el aire, una sombra redondeada situada a la altura de la undécima y duodécima vértebra dorsal separada por dos traveses de dedo del borde externo de las vértebras. por su borde superior limitada por la cúpula diafragmática y por su borde inferior por el polo superior del riñón.

Se toma entonces una placa en oblicua izquierda (fig. 2), que deja ver perfectamente delimitada la sombra sospechosa; del tamaño de una mandarina, que tiene contacto con su borde superior con el diafragma, por su borde anterior con el bazo y por su borde inferior con el riñón izquierdo.

Para aclarar mejor el panorama y ver la relación que existe entre la sombra sospechosa y la circulación arterial, indicamos una aortografía (fig. 3) que al contrastar la aorta y sus



ramas nos muestra muy bien a la renal derecha de contornos normales y nefrograma normal. La arteria renal izquierda no se dibuja bien y la imagen renal se observa en posición descendida, con una muesca de aplastamiento sobre su polo superior, que se encuentra rechazado hacia abajo, por una sombra de igual densidad, de contornos más o menos redondeados, separada de la columna y del pilar izquierdo de diafragma a un través de dedo.

A esta altura del estudio clínico del enfermo nos encontramos ante la posibilidad de estar en presencia de una tumoración extra-renal, retro-peritoneal que ha dado metástasis a distancia con la característica particular de un tumor a células claras.

Orientamos, pues, nuestro estudio hacia la glándula suprarrenal, capaz en caso de degeneración neoplásica de dar dicha metástasis.

Pedimos entonces una prueba de Exton Rose, que arroja los siguientes resultados:

	1er. frasco	30'	60'
sangre	0,83	1,50	1,22
orina	Neg	Neg	Neg

La prueba de Thorn nos informa que al inyectar 23 U. de ACTH provocamos una eosinopenia de un 15 %.

El dosaje de 17 Ceto-esteroides nos da una eliminación urinaria de 9.6 mg en 24 horas y el de 11 Detoxi-Corticoesteroide da una eliminación de 1,2 mg diarios. El dosaje de Aminocatecols nos dae 148 microgammas en 24 horas de Nor-adrenalina. La adrenalina no se pudo dosar en esa oportunidad. Es decir, que mientras los amino-catecoles están aumentados las demás pruebas funcionales efectuadas son normales.

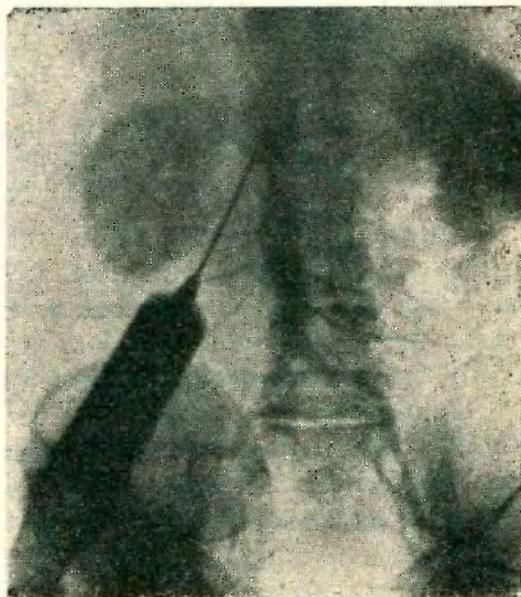
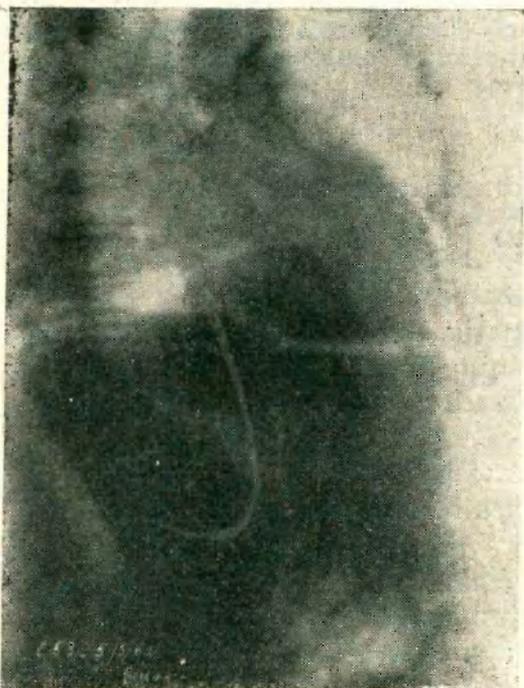
Esta disparidad de resultado nos llevó a decidir la exploración quirúrgica en forma inmediata.

El acto quirúrgico fue realizado el 23 de abril y el parte dice:

Cirujano Dr. Trabucco; Ayudantes: Otamendi-Bontá; Anestesia general.

Incisión oblicua lumbar, siguiendo la 11 costilla, la cual se reseca. Sección de los planos musculares. Se corta la fascia de Zuckerkand, visualizándose gruesos vasos venosos que transcurren en medio de la grasa peri-renal; marcada reacción perinefrítica, que es más notable a nivel del polo superior del riñón, sobre el cual encontramos una masa redondeada, compacta y firme de grasa en degeneración esclerolipomatosa, del tamaño de una naranja grande.

Se la separa del polo superior y se libera la cápsula suprarrenal desplazada, pero de forma y tamaño normal. El riñón se muestra agrandado, de tamaño y consistencia, y en la zona antero-inferior interna se observa una masa de mayor consistencia que el resto de la glándula, de características muy sospechosas. Esto nos decide a efectuar la nefrectomía. Se libera bien pedículo renal y a posteriori se efectúa su ligadura y sección.



Se extrae el riñón rodeado de un magma grasoso. Drenaje y cierre por planos hasta piel. El post-operatorio mediato e inmediato no presentó alternativas de importancia.

El estudio anatómo-patológico nos detalla en su protocolo los siguientes datos:

La pieza extraída quirúrgicamente está compuesta por una glándula renal recubierta, en la parte superior e interna, por una gran masa de grasa dura. El todo tiene el tamaño aproximado de un melón de cerca de 25 cm. de polo a polo, por 10 cm. en cada uno de sus otros dos ejes. Las dos estructuras merecen descripción aparte. La masa grasosa situada en el polo superior del riñón tiene, en sí, el tamaño y forma de un pomelo. Está construida por tejido resistente, elástico y está íntimamente adherido al riñón, tanto que no puede desprenderse con plano de clivaje. Por el borde interno sale una prolongación de tejido graso que recorre, prácticamente todo el borde interno del riñón situado debajo, estando libre en todo su alrededor menos en su base de implantación en el tejido graso originario.

El riñón situado debajo de lo que hemos descripto más arriba, está aumentado de volumen en relación a lo que se conoce como normal. Es de color desigual, blancuzco en algunas zonas, rojo en otras. Presenta algunas lobulaciones y retracciones cicatriciales. En la parte antero-inferior-interna hay una masa de mayor consistencia que hace una muy discreta proyección esferoide.

Abierta la pieza en total, se puede comprobar que el proceso grasoso situado en la parte superior, hace cuerpo con el parénquima renal, dando la impresión de estar enraizado en un viejo infarto. No se observa en toda la masa grasosa, ningún tejido similar al suprarenal. Abierto el riñón por su eje longitudinal, permite observar múltiples infartos cicatriciales, retráctiles, una discreta hidronefrosis con lesiones de papilas, la presencia de algunos calculos pequeños de color amarillo negruzco y, sobre todo, una zona redondeada, del tamaño de una naranja, aparentemente encapsulada, constituida por tejido un poco más firme que el del parénquima, de color amarillento con zonas más pequeñas de color rojo vinoso como tejido en necrosis o con infartamientos.

El estudio histológico arroja los siguientes resultados: El tejido situado por arriba del riñón es grasa en forma tumoral, sin caracteres de malignidad tipo lipoma. El riñón tiene una evidente pielonefritis con marcados regueros inflamatorios crónicos y con todas las características destructivas parenquimatosas en las zonas de infarto; glomérulos en oblea, esclerosis intersticial, dilatación tubular, etc. La zona situada dentro del riñón, con características macroscópicas distintas al órgano, está constituida por un tejido de proliferación neoplásica cuyas células son de protoplasma claro y núcleo pequeño, bien teñido. Estas células neoplásicas se disponen en distinta forma. En algunas zonas adoptan el aspecto adenocarcinomatoso, limitando cavidades pseudo-glandulares; en otras tienen un franco aspecto endocrinoideo, estando separados los cordones epiteliales por verdaderos capilares, pero el rasgo más característico es la cantidad de lagunas sanguíneas de tipo venoso primitivo, diseminadas prácticamente en toda la superficie tumoral. Dentro de esas lagunas sanguíneas no sólo se observan eritrocitos, sino

también células tumorales en forma aislada o en paqueños conjuntos. Otra particularidad que presenta este tejido es la cantidad de linfocitos que existen en toda su superficie. Estos se hallan dispuestos en regueros y, algunas veces, se encuentran conglomerados mostrando una verdadera reacción inflamatoria del estroma neoplásico.

DIAGNOSTICO

Epitelioma renal a Células Claras, de acentuada malignidad.

COMENTARIO

Aunque está perfectamente relatado la comprobación de tumores renales, en pacientes con ninguna sintomatología urinaria, descubiertos por la anatomía patológica de metástasis a distancia, el caso que traemos tiene un interés particular, pues la mayoría de los estudios realizados contribuían a hacer pensar en un tumor retroperitoneal extra-renal.

Cuando vimos por primera vez al paciente portador de una metástasis en hombro de un tumor a células claras, todo nos hizo suponer que estábamos en presencia de un tumor de riñón.

El interrogatorio negativo de hematuria, de dolores lumbares, de cólicos renales, etc., no influyó en principio para cambiar nuestra opinión.

Pero ya con el urograma excretor, con aparente conservación morfológica de los cálices y pelvis, la presencia de cálculos renales, el descenso marcado del riñón izquierdo por compresión extrínseca provocada por una masa tumoral interpuesta entre la glándula y el diafragma, una aortografía que en ese momento nos dio la impresión de presentar zonas de encharcamiento, pensamos que nuestro estudio debía dirigirse a detectar un proceso suprarrenal, encontrándonos ante exámenes que no eran lo suficientemente concluyentes para pensar en un tumor de suprarrenal ni tampoco para excluir este diagnóstico. A posteriori de la intervención quirúrgica se repitió el dosaje de amino-catecoles, cuya cifra dio 85 microgramas en 24 horas, es decir, cifras normales, pudiendo justificar el aumento previo a la intervención quirúrgica debido a el Stress producido por la compresión extrínseca de la glándula.

Ya prácticamente agotados todos los medios de diagnóstico a nuestro alcance decidimos la intervención quirúrgica, con la correspondiente sorpresa de comprobar que esa masa tumoral a la cual le habíamos atribuido características neoplásicas, no era nada más que un magma grasoso en degeneración esclerolipomatosa y que la verdadera causa y origen de las células metastásicas se encontraba en la glándula renal.

Mirando nuevamente las radiografías luego de la intervención quirúrgica, que es cuando parece más fácil ver lo que previamente no se diagnosticó, no podemos bajo ningún concepto que el urograma, o la pielografía ascendente demuestran que existe un proceso tumoral y menos de la magnitud del que se encontró.

La única placa, que luego de ver la zona donde asentaba el tumor, podemos decir que nos da un dato positivo es la aortografía, que sin dar el típico encharcamiento, nos muestra una zona con mayor vascularización que el resto.

CONCLUSION

Traemos ante esta Sociedad el estudio de un enfermo portador de un tumor de riñón, diagnosticado por la biopsia de su metástasis, que nos hizo suponer por los exámenes radiográficos y el aumento en el dosaje de amino-catecoles, estar ante un proceso extrarrenal y que la cirugía demostró el error.