

## HEMATURIA RENAL SIN CAUSA APARENTE

Dres. OSCAR C. CARREÑO y JORGE ROSELLI

No rara vez nos encontramos, los urólogos, con casos de hematurias severas de origen renal y que cuidadosos y repetidos exámenes no logran determinar la causa. La gravedad del síntoma que nos obliga a demostrar o a descartar la existencia de un tumor nos coloca en un serio problema terapéutico. Tal el caso del paciente que paso a relatar.

*Historia clínica:* F. P., argentino, soltero, ochenta y un año, cepillero, domiciliado en Pedernera 1675. Historia clínica 1335, Hospital Piñero.

A mediados de noviembre próximo pasado ingresa al servicio de Urología del Hospital Piñero con intensa hematuria y marcada anemia. Refiere que desde hace algunos meses, no sabe precisar cuántos, tiene micciones con sangre. Encontrándose en la ciudad de Rosario, por esta razón es internado en un servicio de Urología donde le hacen estudio clínico, de laboratorio, endoscópico y radiográfico. Dice el enfermo que no le dieron diagnóstico ni le propusieron tratamiento. Internado en el servicio, se le efectúa examen endoscópico que muestra eliminación por el meato ureteral derecho, de orina intensamente sanguinolenta.

*Examen de laboratorio:*

*Sangre:* Glóbulos rojos: 2.600.000; Glóbulos blancos: 7.000; Hematocrito: 23 %.

*Orina:* Densidad: 1.012; albúmina: 1,80; hematies: gran cantidad.

Se le efectúan cuatro transfusiones de sangre de 500 cc.

*Radiografías:* El estudio radiográfico no es categórico para precisar una lesión determinada. La placa simple no muestra sombras calcúlosas. El urograma excretor muestra una rápida eliminación que apenas dibuja los cálices, pelvis y uréteres. La vejiga aparece deformada en su región prostática y con una imagen diverticular. Una pielografía ascendente derecha dibuja los cálices y la pelvis renal con dilatación marcada. El uréter aparece, en la unión de su tercio inferior con los dos tercios superiores, con una imagen de estrechamiento, por arriba del cual está dilatado en forma de huso. El estudio radiográfico, aunque con marcadas anormalidades no permite afirmar la existencia de una lesión, sobre todo tumor, capaz de dar tan intensa hematuria.

*Antecedentes personales:* Neumonía a los 20 años, sufriendo luego de asma durante varios años. Hemorragia en su juventud que curó bien. Sífilis en la misma época que trató con tres inyecciones de 606. Fue controlado serológicamente en varias oportunidades, siendo los resultados negativos.

Hace doce años fue tratado en el Instituto de Cáncer por una lesión de la piel del dorso de la nariz, cerca del ángulo del ojo. Curado. Fractura del tobillo. Curado sin secuelas.

Hace seis años operado de adenoma de próstata en este Servicio y después de una hernia inguinal. En oportunidad de la adenomectomía sus exámenes mostraban: orina: densidad 1010; albúmina: 2 g %; cilindros hialinos y granulosos, pus y hematies.

*Estado actual:* Paciente de 81 años de aparente buen estado general. Intensa hematuria con pequeños coágulos.

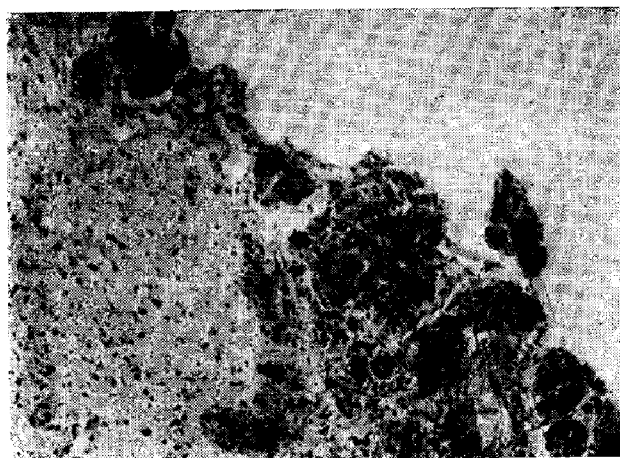
*Aparato circulatorio:* Cardiopatía isquémica. Bloqueo de rama derecha. Tensión arterial máxima 21, mínima 12.

*Aparato respiratorio:* Bronquial crónico enfisematoso.

*Abdomen:* Globuloso, blanco, depresible, indoloro. Hernia inguinal derecha recidivada.

*Exámenes de laboratorio:* Glóbulos rojos: 3.500.000; glóbulos blancos: 7.000, urea en sangre: 0,35 g‰; glicemia: 0,95 g‰.

*Orina:* No se efectúa pues la gran cantidad de sangre dificulta su examen.



Los repetidos exámenes endoscópicos siempre muestran que la sangre proviene del meato ureteral derecho y en forma de eyaculaciones rítmicas.

Se repite el estudio radiográfico que parece calcado al anterior. Sólo se puede hablar de dilatación de los cálices y de una imagen de estrechamiento en la unión de sus dos tercios superiores con el inferior. Ante la magnitud de la hematuria que anemizaba al enfermo, anemia que controlábamos con transfusiones repetidas, se resuelve la exploración operatoria, previa autorización del enfermo dado su estado cardiovascular y broncopulmonar.

*Operación:* Enero 31 de 1963. Cirujano, Dr. Carreño. Ayudantes, Dres. Rosell y Venturini.

Anestesia general con Novocaina, previa inducción de Pentothal. Corrección de la oxigenación. Teniendo en cuenta la imagen obstructiva del uréter y pensando en la posibilidad, aunque remota, de la existencia de un cálculo u otra lesión benigna se aborda primero el uréter por una incisión de Gibson. Aislado el uréter, se lo ve y se lo palpa completamente normal. A pesar de ello, se lo abre comprobándose también su normalidad, pero se ve cómo viene de arriba orina intensamente teñida de sangre. Se secciona el uréter casi en la vecindad de la vejiga. Se libera el cabo superior lo más alto posible y se liga. Cierre de la pared. Lumbotomía a través del espacio de la XII costilla. Se libera el riñón que aparece con marcada perinefritis dominando ostensiblemente en el polo superior, lo que hizo pensar que en ese sitio estaba la lesión tumoral sospechada. El uréter ligado en el primer tiempo de la operación aparece como una morcilla, llena de sangre. Ligado el pedículo se extirpa la pieza en block con el uréter. Cierre de la pared por planos.

El riñón extirpado era del tamaño y forma normal, consistencia aumentada, color amarillo pálido y con perinefritis. El corte sagital no muestra lesión tumoral aparente en el parénquima. La pelvis muestra en una de sus caras una zona aterciopelada, color borra vino, donde pareciera estar la lesión sangrante. El paciente hace un postoperatorio muy bueno y la hematuria desaparece totalmente.

*Informe anatomopatológico:* Debido a la gentileza del doctor Schlossberg y del doctor Mosto, del Centro de Neoplasias del Hospital Rawson.

Riñón color amarillento rosado, de consistencia aumentada, superficie lisa, forma y tamaño conservados. Al corte, el parénquima se presenta pálido y la relación cortical medular conservada. La pelvis renal y el uréter con mucosa congestiva. La capsula se presenta opaca y engrosada y al desprenderla, con dificultad, deja una superficie granulosa irregular.

*Diagnóstico histológico:* Carcinoma de tipo transicional superficial con una zona muy limitada de penetración en el corión. El carcinoma se halla circunscrito a una pequeña porción de la pelvis. Riñón con nefritis crónica intersticial.

#### COMENTARIOS

Hay una discordancia evidente en nuestro caso, entre la pequeña lesión tumoral encontrada y la intensa y constante hematuria que presentaba. Interpretamos el hecho recordando que a la existencia del tumor se agregaba, en este paciente, ser portador de una hipertensión arterial, lesiones vasculares escleróticas y lesiones de nefritis o pielonefritis crónicas, todas capaces de dar hematuria y que posiblemente en este caso sumaba sus fuerzas.

Entre las lesiones más comunes encontradas en estos casos de hematurias de causas inaparentes los tumores ocupan el primer lugar, le siguen en frecuencia los cálculos, las pielonefritis, hipertensiones arteriales, tuberculosis, hemangiomas y discrasias sanguíneas.

Es seguro que contando con mayores posibilidades de medios de estudio en igual proporción disminuirían estos casos de hematuria de causa no aparente, me refiero a radiografías tomográficas, radiocinematografía, aortografías y aerogramas combinados entre sí.