

LA NECESIDAD DE LA EXPLORACION QUIRURGICA DE LAS TUMORACIONES RENALES

Dres. A. E. Trabucco, F. Márquez y H. A. Levati.

Ya han sido referidas en otras comunicaciones las dudas diagnósticas que presentan las tumoraciones renales y la necesidad de la intervención quirúrgica para su real y verdadera determinación.

Los retroneumoperitoneos, las pielografías ascendentes, las arteriografías, los centellogramas, podrán ayudarnos en la presunción diagnóstica pero son falibles y la cirugía es el único procedimiento que aclarará todas las opiniones.

Recordemos los trabajos del Dr. Bernardi y colaboradores presentados en esta sociedad en los años 1955, 1957 y 1966 y el que nosotros hicimos el 22 de septiembre de 1966 que avalan y consolidan nuestra premisa.

Historia N° 1

J. A. 61 años. Arg. Historia N° 19. Serie 786.

Ingresó a nuestro servicio del Hospital Rawson el 7 de junio de 1967 ocupando la cama 45 con el siguiente resumen de historia: desde hace 4 meses dolorimiento lumbar derecho con un episodio de una micción hematórica 15 días antes de su ingreso y que lo lleva a la consulta. Al examen: Buen estado general. No hay mayores trastornos miccionales. Palpación renal derecha indolora pero que permite apreciar una masa polar redondeada y lisa, que llega a aprisionarse. Normotenso. Resto del examen sin particularidades.

Rxs.: Simple: sin particularidades. Urograma: (Fig. n° 1) En R. D. es bien visible el desplazamiento de los cálices inferiores y medios que parecen abrazar una masa en su interior. Buena excreción renal bilateral.

Se completa el estudio con una arteriografía selectiva (Seldinger) que muestra la ausencia de vascularización en el espacio comprendido entre los cálices rechazados.

El centellograma no aclara nada en su captación ventral ni en la dorsal, y es un elemento de duda diagnóstica más que aclarativo.

El paciente fue intervenido a fines de ese mes (junio).

Diagnóstico: Quiste Polar.

Alta: el 14 de agosto de 1967.

Historia N° 2

V. S. 68 años. Arg. Historia N° 12. Serie 863. C. 66

Ingresó el 3 de julio de 1967 con antecedentes de una hematuria hacía 2 meses, total e indolora, que le persistió durante 48 hs. y otra 2 días antes del día de su internación de caracteres similares si bien más rojiza y que le persistió hasta el 4° día de su ingreso.

El estudio cistoscópico que se le practicó constató la salida de sangre por el meato ureteral derecho, con buena fuerza de proyección y rítmicamente. Además se visualizaron dos prominentes lóbulos laterales y un cuello vesical alto y de escasa excursión con los esfuerzos miccionales.

El estudio pielográfico no arrojó particularidades en su placa simple y en la urográfica (Fig. n° 2) nos dió una imagen de desplazamiento de cálices medios e inferiores similar al caso N° 1. El riñón izquierdo presentaba buena función con una imagen no clara en su polo superior, como de amputación de una cáliz y rechazamiento del otro. El cistograma dió una marcada elevación del fondo vesical.

El contorno renal mostró la deformación del polo inferior en el sitio donde se produce la distorsión calicial.

El paciente, hipertenso, se negó a efectuarse arteriografía y para completar el estudio se le hicieron tomografías (Fig. nº 3) que no aclararon mayormente la presunción diagnóstica.

La intervención quirúrgica se hizo sobre la duodécima costilla derecha la que se reseccó. Se liberó un riñón tumoral envuelto por un tejido grasoso surcado por gruesas venas y se hizo su ectomía con facilidad. (Fig. 4).

El informe anatomopatológico Nº 6899 nos indicó un Adenocarcinoma de Riñón.

Evolución postoperatoria sin particularidades. Se dió de alta el 21 de julio de 1967.

Historia Nº 3

J. F. 72 años. Brasileño. Historia nº 4. Serie 826. C. 18.

Ingresó al servicio porque desde hacía tres meses presentaba hematurias intermitentes, indoloras y sin coágulos, y visto en el consultorio externo se palpó en la región lumbar derecha una masa del tamaño de una cabeza de feto, redondeada, lisa, indolora, móvil y de consistencia firme, sin induraciones.

El estudio radiográfico mostró el rechazamiento de los cálices inferiores y la presencia de una masa polar inferior que deformaba francamente la silueta renal. Para mayor claridad se hizo una pielografía ascendente (Fig. nº 5) que por su imagen nos inclinó a posibilitar la presencia de una tumoración quística.

En la operación se extirpó un grosero riñón tumoral cuya anatomía patológica indicó que era a células claras.

CONSIDERACIONES Y CONCLUSION

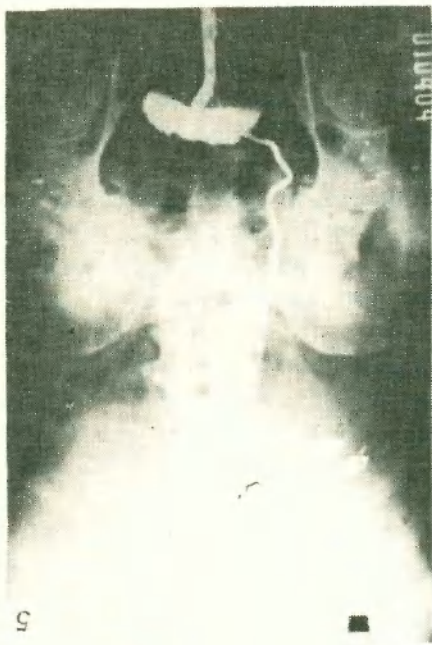
La presunción de un quiste renal y la no intervención del paciente puede llevar a que una neoplasia quede ignorada ya que sólo la exploración quirúrgica, visualizando el órgano nos permite el diagnóstico de certeza.

Toda tumoración renal necesita ser explorada quirúrgicamente.

DISCUSION

Dr. Bernardi. Me interesaría saber por qué vía fue abordado ese enfermo. Ello es muy importante. Nosotros, sistemáticamente, seguimos la vía abdominal.

Dr. Levati. En todos los casos el abordaje fue por vía lumbar.



LA NECESIDAD DE LA EXPLORACION QUIRURGICA DE LAS TUMORACIONES RENALES