

METASTASIS RENAL DE CANCER DE PULMON

Dres. NESTOR J. VIGO y OMAR RAFAEL LANGONE

Paciente B.B., de 56 años, casado, sin antecedentes hereditarios de importancia y como personales, fue operado hace 4 años por proceso condensante neoplásico (lobectomía apical lado izquierdo) y que según controles posteriores evolucionó favorablemente.

Consulta en enero 1968 por dolor lumbar, a predominio lado izquierdo y desde hace seis meses, con hematurias microscópicas, hipertensión arterial, ardores postmiccionales y disuria.

El estudio endoscópico demuestra: Orinas claras, esclerosis de cuello.

Laboratorio: Rojos: 3.800.000 Blancos: 9.000. Hematocrito: 39 %. Urea: 0,45 grs. %. Glucemia: 1,20 grs. %. Eritrosedimentación, I.K.: 45 mm. Orina: Células epiteliales aumentadas, abundantes leucocitos. Bacterias negativo. Hemoglobina positiva.

Urograma excretor: 6/1/1968: muestra buena función excretora y secretora lado derecho. Vejiga sin particularidades. Lado izquierdo: sin poder precisar en forma clara, se aprecia mal relleno de pelvis (¿ocupada o rechazada?), cálices elongados y mal rellenos. Ante esta situación se decide arteriografía.

Arteriografía: Dr. Langone, O. R. - Rx. Dr. Bruses. 12/1/1968. Retrógrada femoral izquierda, selectiva ambas arterias renales.

La arteriografía nos muestra a la izquierda: Riñón aumentado de tamaño. Sistema arterial: circulación empobrecida en polo superior con arteria retropiélica en la que notamos disminución de su luz con estrictura de la misma a medio centímetro de su nacimiento. La faz nefrográfica nos demuestra compromiso circulatorio del polo superior, al estar disminuida su densidad. La pielografía arteriográfica visualizada: pelvis endurecida y fija en su borde interno, como si estuviera retraída, calis superior no se llena y el medio e inferior lo hacen en forma deficiente.

El dolor lumbar referido, muy intenso, la falta de respuesta a los antiálgicos y si bien el urograma excretor y la arteriografía, no localizaban una zona claramente alterada, se decide lumbotomía exploradora, que se realiza el día 15 de enero de 1968.

Cirujano: Dr. Langone, O. R. Lumbotomía clásica: Se visualiza riñón aumentado de tamaño, aspecto normal. La palpación nos muestra hilio renal fijo, endurecido y retraído, palpación arterial apagada. Zona cortical parahiliar dura y fija. Se decide nefrourecterectomía.

Anatomía patológica: Dr. Luis Pianzola: Metástasis carcinomatosa, tejido con características alveolos pulmonares.

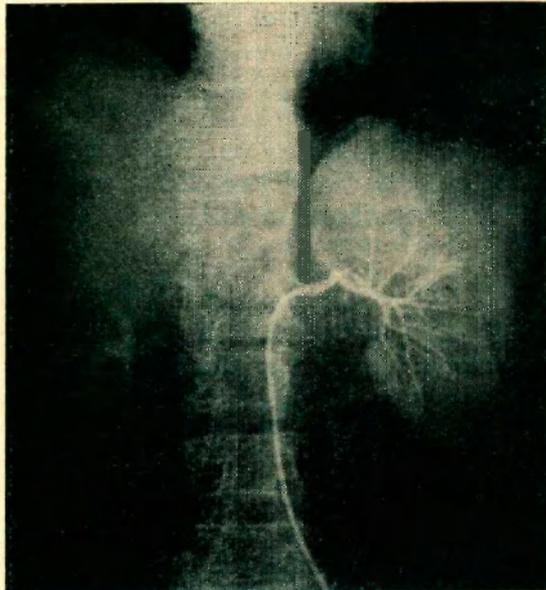
COMENTARIO:

Se presenta un caso de metástasis renal de cáncer de pulmón, difícil de diagnosticar preoperatoriamente, pero necesario de tener en cuenta en los pacientes con patología renal con antecedente de cáncer de pulmón primitivo.

Es excepcional que el riñón sea asiento de tumores secundarios metastásicos ya que la regla son los primitivos, pero pueden asentar en riñón tumores de origen digestivo, mamarios, anexiales y de origen renal, como fue presentada esta posibilidad en la Sociedad Argentina de Urología el caso de hipernefroma bilateral por los doctores Néstor J. Vigo y Carlos Graziani.

La propagación metastásica dadas las características homolaterales, habla en favor de una posible propagación de vecindad por vía linfática, a pesar de que no se descarta la vía sanguínea arterial que explicaría la localización en general inicialmente cortical, glomerular de la metástasis renal.

Asimismo nos llama la atención la no característica forma o mapa arterial de la arteriografía, pero creemos que la misma está dada por el compromiso exoarterial de la arteria renal en su bifurcación hilar.



DISCUSION

Dr. Bernardi. — Hace más o menos veinte años presentamos un caso sumamente interesante de fractura del fémur derecho en una enferma a quien hicimos una nefrectomía por cáncer. Creo que en todos estos casos de metástasis post-operatoria en parte tenemos la culpa los cirujanos, porque no ponemos mucho cuidado en la vía de abordaje. Generalmente, y me incluyo entre ellos, vamos por vía lumbar y creo que debe hacerse por la vía abdominal, tratando de ir directamente al pedículo. Casi todas estas metástasis se deben a trombosis. De manera que es una técnica que hay que tenerla muy en cuenta.

Ultimamente Whitmore publicó un trabajo sumamente interesante en el último número de *Journal of U.* referente a una cantidad de casos y así como a una técnica más cuidadosa consistente en ubicar al émbolo abriendo los grandes vasos.

Al margen de todo esto, en este momento tenemos un enfermo en el Hospital Italiano con un cáncer de la próstata, que entre otras cosas presenta metástasis pulmonares y ha hecho una localización en la cuarta vértebra cervical que le produjo la compresión de la médula y tuvo que ser operado en el Servicio de Neurocirugía para evitar un accidente sumamente serio.

Dr. Vigo. — Quería aclararle al Profesor Bernardi, aparte de agradecerle la colaboración en su comentario, que cuando tenemos una duda o una certeza de tratarse de un tumor de riñón, en este caso no la tuvimos, somos siempre partidarios de la vía trasretroperitoneal

Es decir, que siempre vamos primero a la vía renal. En este caso, honestamente, no tuvimos ni por asomo la idea de que podía tratarse de un tumor de parénquima renal.

Dr. Guman. — Si bien se trata de metástasis en riñón, debo hacer presente que siempre el carcinoma de pulmón da con frecuencia metástasis renal. Dentro de las necropsias se calcula que alrededor del 17 % de los carcinomas indiferenciados de pulmón, dan metástasis en el riñón.

Simplemente quería hacer esa aclaración. Probablemente del punto de vista clínico puede pasar desapercibido, principalmente cuando son metástasis pequeñas; pero el riñón, repito, está afectado en el 17 % de los carcinomas de pulmón.

Dr. Langoni. — No negamos la posible frecuencia, pero nos hemos encontrado con un paciente, que como lo hemos dicho en el relato, había sido operado hacía 4 años, sin haber presentado ninguna manifestación clínica de posible siembra metastásica.

Sr. Presidente. — Si no se hacen más comentarios, se pasará al siguiente trabajo.