

Hospital Rawson
Cátedra del Prof. Dr. B. MARAINI

Por el Doctor
GUILLERMO IACAPRARO

TUMOR RENAL A FORMA INFECCIOSA

En el curso de su evolución, el cáncer de riñón puede presentar un cuadro clínico variado, según predomine uno o varios síntomas.

Albarran e Imbert describen 4 formas clínicas del tumor renal



Figura N° 1

en el adulto, a saber: 1° forma hematórica pura; 2° forma tumoral; 3° forma hematórica y tumoral; 4° forma dolorosa.

Podríamos agregar la forma latente bien descrita por Rayer y que se refiere a los casos en los cuales no exista ni tumor notable,

ni hematuria visible, ni dolor importante y es la caquexia y las metástasis las que revelan al tumor renal. Casos de esta naturaleza hay relatados por Tuffier, Curtis, Brault, Gaultier, etc. Esta clasificación no tiene un valor absoluto y es uno o varios síntomas predominantes los que combinados realizan un cuadro clínico.

Prácticamente la triada sintomática de un tumor renal lo constituye, bien lo sabemos: la hematuria, el tumor y el dolor. La fiebre



Figura N° 2

sin embargo puede observarse, y en general parece estar en muchos casos en relación con la rapidez de evolución misma de la lesión.

Verneuil ha descrito la fiebre de las neoplasias, apareciendo fuera de todo fenómeno infeccioso. Israel insiste sobre los caracteres de la hipertermia que él encuentra en el 8 % de los casos.

No entra a considerar ni debe confundirse con el cuadro febril que acompaña al final evolutivo de una neoplasia, coincidiendo con la caquexia acentuada y las metástasis. La fiebre realmente interesante desde el punto de vista clínico aparece al principio de la lesión

y puede durante un tiempo largo constituir uno de los síntomas dominantes.

Israel describe varios tipos de fiebre en las neoplasias renales: 1º remitente o intermitente; 2º fiebre a recaídas, en la cual los períodos febriles se hallan separados por período de apirexia; 3º la llamada fiebre hematórica, caracterizada por preceder a ella y desaparecer cuando ella se manifiesta.

La fiebre de las neoplasias renales desaparece en general después

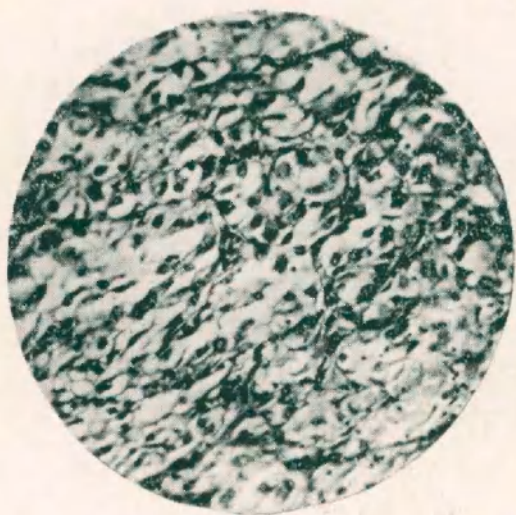


Figura. N° 3

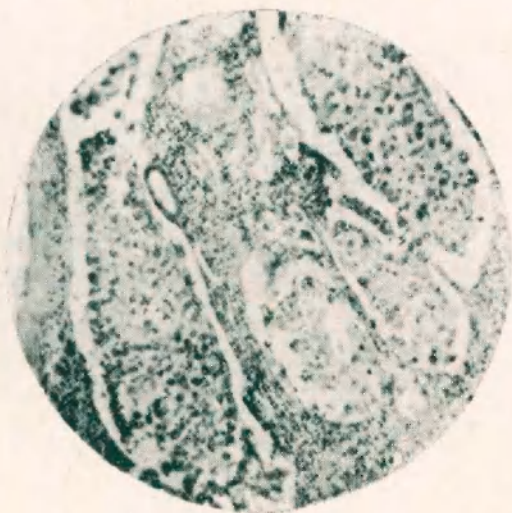


Figura N° 4

de la nefrectomía, si la ablación del tejido neoplásico es completa, reapareciendo cuando el neoplasma recidiva.

La patogenia es discutida. Eichorst la atribuye a la reabsorción de productos tóxicos. No comparte con esta opinión Israel quien cree es debida a la destrucción de elementos celulares normales por el tumor, o a la acción pirogénica de productos engendrados por las células neoplásicas.

Abderhalden y Freund emiten la hipótesis de la penetración en la sangre de una albúmina extraña. Neu se inclina a pensar que se trata de un simple fenómeno anafiláctico. Menetrier cree sin embargo que cualquiera sea la patogenia, es muy difícil eliminar la acción siempre presente de los microbios de infección secundaria. Entre nosotros García y Monserrat, al ocuparse de la fiebre en los tumores

epiteliales del riñón, relatan un caso por ellos observado y en el cual al examen histológico pudieron constatar la existencia de focos exudativos microscópicos, diseminados en la masa tumoral, significando ello un proceso infeccioso concomitante, al que atribuyen gran importancia en la patogenia de la temperatura. De cualquier manera, sea cual fuere la patogenia, constituye la hipertermia una indica-

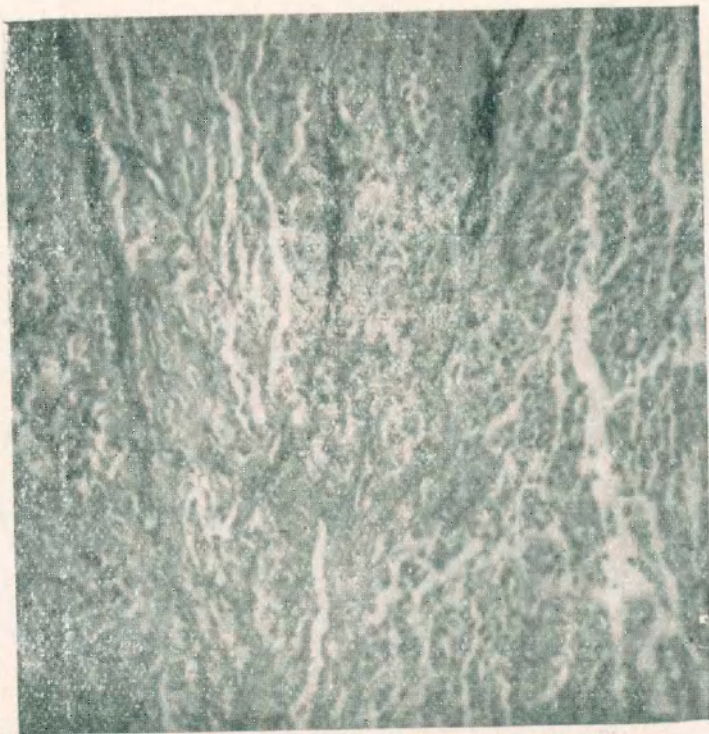


Figura N° 5

ción pronóstica favorable y es un índice de gran valor en lo que respecta a la malignidad del tumor.

No estamos autorizados ni pretendemos entrar en consideraciones sobre la patogenia de la fiebre, sólo queremos relatar un caso clínico que consideramos de gran interés, ya que una neoplasia renal simuló durante gran parte de su evolución un cuadro infeccioso.

Por decaimiento general, pérdida de fuerza, anorexia y temperatura; la señora J. de S., de 46 años de edad, consulta a un clínico, el Dr. Bacigaluppi.

Antigua asmática, en ocasiones con poussé de bronquitis, es interpretado en un primer momento como un estado infeccioso bronquial. Se le prescribe la medicación habitual en esos casos; y pese a ello, la enferma no mejora, persistiendo su fiebre, de tipo intermitente irregular, llegando en algunas ocasiones a 39°, 39.2°. Se

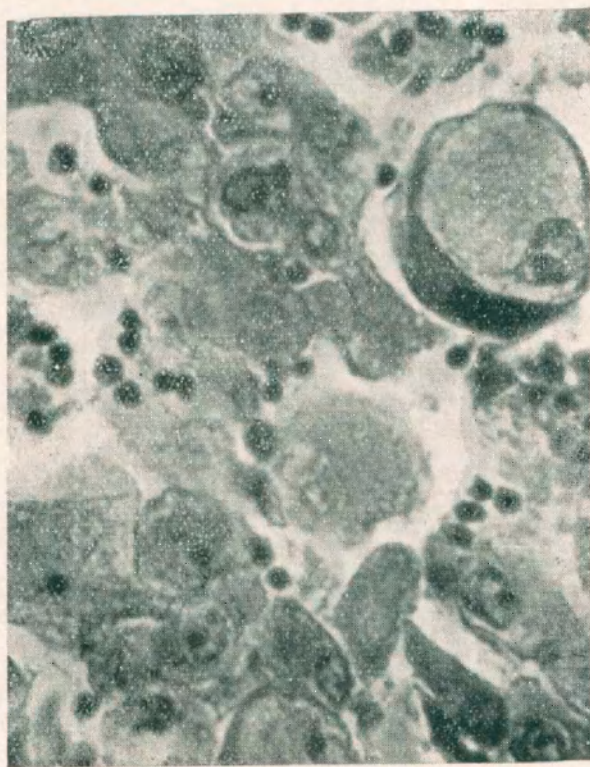


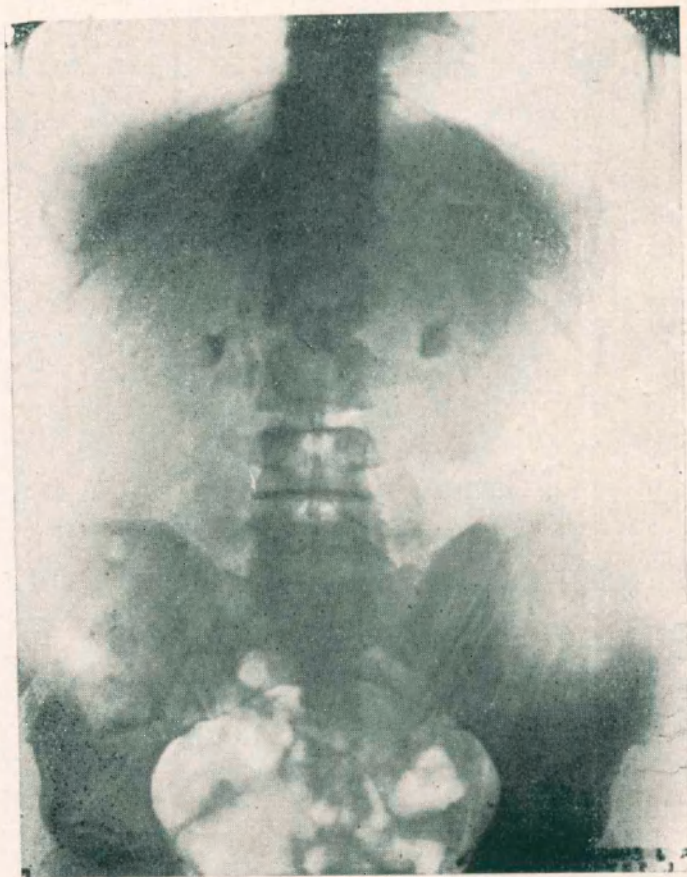
Figura N° 6

insiste en la medicación anti-infecciosa, no mejorando la enferma y persistiendo la fiebre.

Enferma con una visceroptosis generalizada, como se palpara bien el 1/3 inferior del riñón derecho y para descartar cualquier proceso urinario; se nos consulta. Y es por esa única circunstancia que vemos a la enferma. El interrogatorio desde el punto de vista urológico es absolutamente negativo, no hay dolor de tipo cólico, nunca hematurias, no hay trastornos miccionales.

Desde el punto de vista semiológico, únicamente se palpa el 1/3 inferior del riñón derecho, poco o nada doloroso, superficie lisa y cuya forma y tamaño no permiten prejuzgar, ni mucho menos la existencia de algo tumoral, si bien parece algo aumentado.

Examen de sangre, nada de particular, salvo una discreta anemia. Análisis de orina repetidos; nada de anormal, no hay pus ni



sangre. El cuadro infeccioso continúa, lleva 25 días de evolución, la fiebre persiste, el estado general decae y siendo negativo el examen clínico general de la enferma, nos decidimos a realizar una pielografía descendente con Uroselectan, única prueba que conseguimos sea aceptada por la paciente.

Realizada ésta por el Dr. Guardado, obtenemos nefrogramas a los 5, 15 y 45 minutos. En ellos puede observarse en el lado derecho una imagen sospechosa pielocalicial y más o menos bien de-

limitado un polo inferior de riñón aumentado de volumen y globuloso. No sin dificultades por la negativa de la enferma, conseguimos practicar una pielografía ascendente. Al examen cistoscópico, vejiga sana; se realiza el cateterismo ureteral derecho, se introducen 15 cm. de sonda y se inyectan 20 c.c.³ de Yoduro de sodio al 12 %.

La pielografía obtenida es harto elocuente: la amputación del cálice inferior, y parte del cálice medio, el aumento de volumen y tipo globuloso del polo inferior, la propulsión del uréter contra la columna lumbar, todo ello impone el diagnóstico del tumor renal.

Vista la enferma con el Dr. Sacco, se propone a los familiares una lumbotomía exploradora:

La enferma es operada con los siguientes análisis:

Azohemia: grs. 0.22 y 0.32 en mil c.c.³

Reserva alcalina: 50 % de CO₂.

Recuento globular: glóbulos rojos, 3.640.000; glóbulos blancos, 8.000.

Fórmula leucocitaria:

Polinucleares neutrófilos	75 %
Linfocitos	22 „
Monocitos	2 „
Eosinófilos	1 „

Hemoglobina: 75 % (Sahli).

Orina: Amarilla clara. Sedimento escaso.

Reacción ácida. Densidad 1.009.

Urea, 10.40. Cloruros, 6.10.

Fosfatos, 1.60. Acido úrico, 0.25.

Albúmina vestigios. Indican tiene.

Sedimento: células epiteliales planas.

Leucocitos normales. Mucus.

Microorganismos.

Operación. — Operador: Prof. Sacco. Se opera la enferma con anestesia general. Lumbotomía tipo Israel. Incindida piel y tejido celular subcutáneo, etc., se llega al riñón apenas aumentado de vo-

lumen, gran desarrollo vascular en la grasa perirrenal y en la cápsula. El polo inferior del riñón tumoral, globuloso, adherido a su nivel a la grasa perirrenal.

Se realiza la nefrectomía. Se deja drenaje. Se reconstruye la herida por planos, la piel con crin. Post operatorio muy bueno. Se retira el drenaje a los 5 días, la temperatura desciende paulatina-

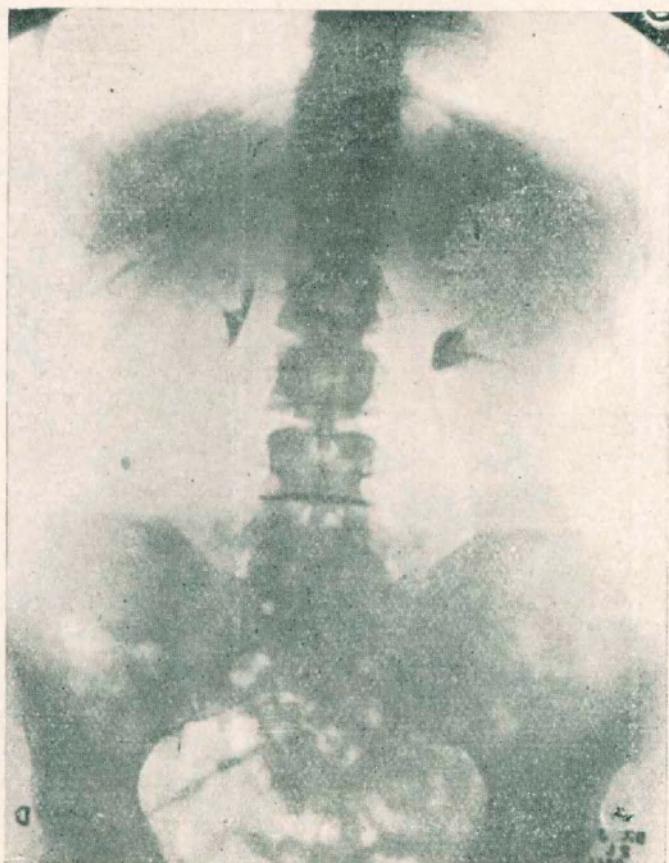


mente, quedando apirética al 5º día. A las 3 semanas es dada de alta con la herida cerrada, sin fiebre, pero con gran decaimiento y anorexia.

Se indica radioterapia de la región como tratamiento de los ganglios lumbares presuntamente invadidos. El examen anatómico patológico de la pieza operatoria realizada por el Prof. Roffo dice lo siguiente: Como detalle importante, en la sección del riñón, Fig. N° 1, debemos recalcar el perfecto encapsulamiento del tumor

ubicado en el polo inferior y que a nivel del cálice lo rechaza estando a su nivel perfectamente limitado.

Descripción histológica. — La estructura del parénquima renal se halla profundamente modificada, apareciendo focos caracterizados por una abundante neoformación, de aspecto nodular, infiltrativo y destructivo. En el examen de los pequeños focos se ob-



serva que estos están formados por un estroma conjuntivo y llenos de células de tipo epitelial cilíndrico, superpuestas en varias hileras que llenan por completo el tubo. En otras zonas se observa que toda estructura tubular ha desaparecido, encontrándose en cambio una abundante proliferación de células de tipo epitelial de forma muy desviada de la primitiva. Estas células se caracterizan por aparecer muy voluminosas, con uno y varios núcleos, con numerosas inclusiones protoplasmáticas, por otra parte los núcleos son muy cromáticos y se encuentran en activa mitosis.

Diagnóstico histológico. Adenocarcinoma con abundante metaplasia. Evolución ulterior de la enferma: siempre con mal estado general y adelgazamiento, reaparece a los 2 meses la temperatura con iguales características que anteriormente; acusa la enferma dolores en la región lumbar y una neuralgia intensa del trigémino ocular izquierdo. Se constata una recidiva in situ y el oftalmólogo diagnostica además una neoplasia retroocular. Fallece al poco tiempo en plena caquexia.

COMENTARIOS.

Como podemos ver, hay en la evolución de la enferma un dato elocuente y categórico: la neoplasia renal causante de la temperatura, la nefrectomía haciéndola desaparecer y su reaparición coincidiendo con la recidiva in situ y la metástasis.

Casos clínicos de tumores renales febriles hay indiscutiblemente muchos relatados y entre nosotros tenemos las observaciones de Castaño y Risolía, los 3 casos de Maraini y Astraldi, el de Tobías y Varela y el ya comentado de García y Monserrat.

El Prof. E. Castaño presenta un caso interesante de un tumor renal a gran desarrollo, sin hematurias, con estado febril, que hizo pensar en un primer momento en una esplenomegalia, por las características semiológicas del tumor y dirección de crecimiento, aclarando el diagnóstico la pielografía. La nefrectomía fué seguida de desaparición inmediata de la temperatura.

En nuestro caso, sin hematuria, sin dolor, sin gran tumor renal palpable, el cuadro clínico fué francamente de tipo infección febril, siendo la pielografía realizada, la única capaz de darnos el diagnóstico y despistar una neoplasia renal asintomática, y en esto radica el interés de la comunicación.

Discusión

Doctor Monserrat. — Como contribución al estudio de los tumores renales febriles, deseamos referir un caso, de la serie que conjuntamente con el Dr. García hemos recogido, en nuestros estudios sobre los tumores del riñón.

La observación clínica sintetizada es la siguiente:

N. N., de 60 años de edad. Como único síntoma una hematuria total e indolora hace dos meses y medio.



Figura N° 1
Imagen pielográfica del tumor.

Esta sintomatología se repite dos días antes del examen con los mismos caracteres de ser total, espontánea, indolora y con coágulos.

El mismo día del examen, sin ningún manipuleo instrumental, tiene el paciente un violento escalofrío, sudación y 40°.

En los 4 días subsiguientes se repite la sintomatología dos o tres veces al día, remitiendo la temperatura en los intervalos.

Esta sintomatología febril se acompaña con dolores lumbo-inguinales izquierdos sin caracteres francos de ser cólicos renales.

Al quinto día se le practica un cateterismo del uréter; se recogen 20 c. c. de orina intensamente sanguinolenta, negruzca y con olor fétido.

Se practica una pielografía cuya imagen acompañamos (Fig. N° 1).

Después del cateterismo desciende la temperatura y dos días después se practica una nefrectomía.



Figura N° 2

En el centro masa tumoral perfectamente encapsulada.

Evolución normal, sin temperatura. Hace ya 3 años y medio y el enfermo continúa en buenas condiciones.

La pieza operatoria (Fig. N° 2) nos muestra una tumoración bien encapsulada, que ocupando la parte media rechaza los cálices hacia arriba y abajo en un concordancia perfecta entre imagen pielográfica y del tumor.

El estudio histológico nos demostró un tumor con las características de los llamados "hiper nefromas o epitelomas endocrinoideos", sobre los cuales no nos extenderemos en consideraciones por no ser éstas oportunas en esta ocasión.

Nos interesa señalar que tanto por debajo de la mucosa de la

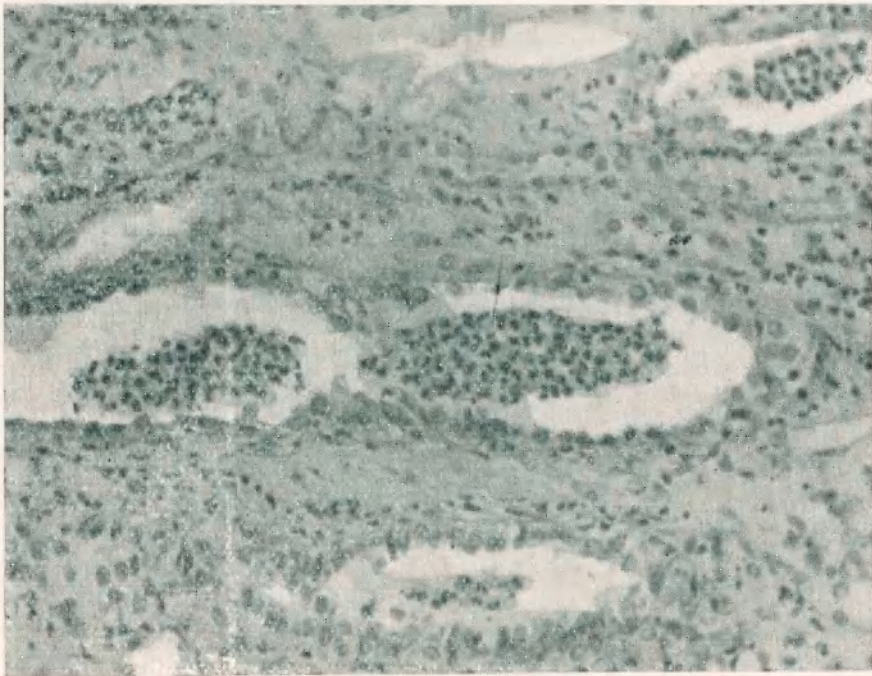


Figura N° 3.
Tubos uriníferos repletos de polinucleares.

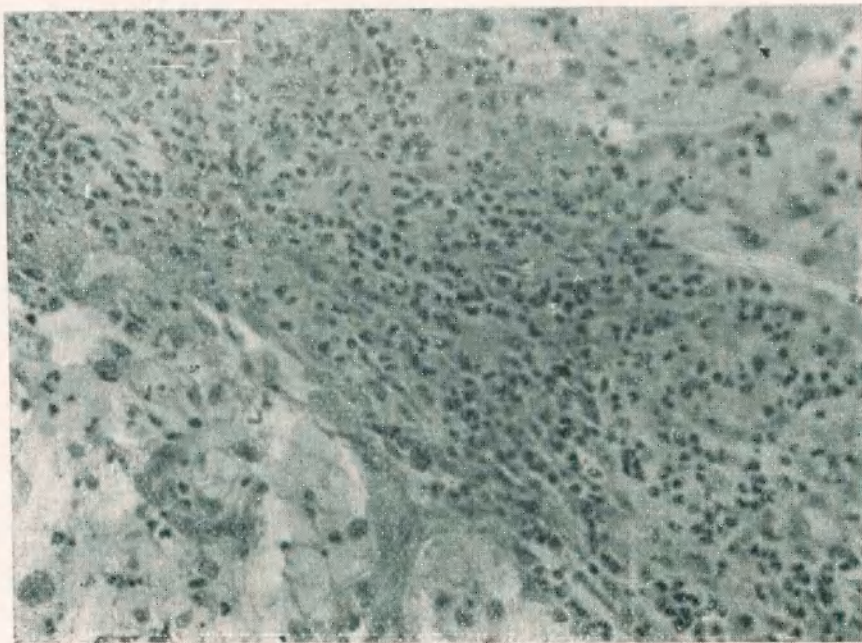


Figura N° 4.
Estructura endocrinoidea del tumor con infiltrados leucocitarios polinucleares.

pelvis, como en la luz de ésta y en los conductos urinarios (figura N° 3) se observan acúmulos leucocitarios a neto predominio de polinucleares.

Esta exudación de carácter aguda se observa también en plena masa tumoral (Fig. N° 4).

Por la historia clínica, es evidente de que estamos frente a un tumor renal de tipo febril, y la anatomía patológica nos demuestra palmariamente un proceso exudativo agudo sobreañadido al tumor. De la relación entre ambos procesos fluye, pues, espontáneamente que la temperatura es la resultante de la infección del parénquima renal.

Esta observación, coincidente con la que publicamos colaborando con el Dr. García a que hace referencia el comunicante, nos reafirma más en el concepto defendido en aquella ocasión, en la cual establecíamos categóricamente que la fiebre en los tumores renales es siempre una manifestación de infección sobreañadida, por lo cual, siendo una eventualidad, dentro de las neoplasias renales, no aceptamos que se quiera hacer por ello una forma clínica de los tumores renales a base de este síntoma.

Y la patología general nos da argumentos para reforzar nuestro criterio, pues siempre se observan tumores febriles cuando la neoplasia se ulcera y se contamina.
