

Hosp. Rawson, Serv. de Urología,  
Jefe: Profesor Dr. E. CASTAÑO

Por los Doctores

ENRIQUE CASTAÑO,  
R. DE SURRA CANARD  
y ARTURO A. ORTIZ

## CANCER DE RIÑON Y LITIASIS URINARIA ASOCIADA

UNA asociación patológica de esta naturaleza, si no es un caso corriente de casuística, es una superposición de 2 entidades nosológicas no antagónicas que pueden afectar a un mismo órgano, máxime cuando la acción de una de ellas puede favorecer el advenimiento de la otra.

El interés de esta presentación sólo estriba, pues, en que: ante la elocuencia sintomatológica de una litiasis pasemos desapercibida la neoplasia que debe ser siempre el verdadero norte del procedimiento a seguir en la intervención quirúrgica.

La historia clínica es la siguiente:

*Enfermedad actual.* — Hace 7 años, durante las horas de trabajo sintió un agudo dolor en la región lumbar izquierda, con irradiación al testículo del mismo lado, dolor que se acompaña de hematuria y temperatura. Sometido a tratamiento médico los fenómenos remiten a los 3 días. Hace 3 años se repite el mismo cuadro; es de notar que las hematurias eran de tipo total. El examen más prolijo que se le practica en esta ocasión, permite constatar una estrechez de uretra, efectuándosele dilataciones progresivas.

Los accidentes dolorosos, sobre quien recae toda la preocupación de nuestro enfermo, se repiten en diversas oportunidades acompañados siempre de hematurias. Un examen radiográfico permitió observar la presencia de sombras calcúlosas en riñón y vejiga; razón por la cual es internado en el servicio del Hospital Rawson, en junio del 40.

Los antecedentes personales revelan una gama patológica bien extensa. Adenopatía supurada a los 2 años, tendencia exagerada a los resfriados en la infan-

cia y adolescencia. A los 20 años inicia una serie de procesos venéreos: blenorragia complicada con una orquiepididimitis del lado derecho; 10 años más tarde nuevo accidente uretral (tratado en ambas oportunidades en forma inadecuada); 4 años más tarde como notara dificultad en la micción es sometido a una exploración de uretra que comprueba la existencia de una estrechez filiforme. A estos procesos se intercalan lesiones ulcerosas de pene (chancros) cuya verdadera etiología desconoce. A los 22 años tuvo una fractura de costillas y luego fenómenos dolorosos a nivel del callo óseo.

*Estado actual.* — El examen clínico general es negativo, salvo para el aparato respiratorio donde se auscultan algunos rales congestivos diseminados en la base pulmonar derecha y ligero aumento en la sonoridad de la cavidad torácica de carácter enfisematoso. Tensión M x 12 Mn. 7'.

El abdomen difícil de palpar es ligeramente doloroso en fosa iliaca derecha y sobre todo en el hipogastrio. La palpación metódica de ambas regiones renales permite percibir el polo inferior del riñón derecho. Palpándose el del lado izquierdo en mayor amplitud de peloteo franco e indoloro. El examen minucioso del resto del aparato urinario no revela puntos dolorosos ureterales ni otros signos de anormalidad.

A la micción se constata franca disuria que desaparece al efectuarla en decúbito dorsal. En posición de pie el acto de la micción se interrumpe bruscamente en algunas oportunidades finalizando gota a gota con ligero ardor final. El examen instrumental pone en evidencia en la uretra algunas estrecheces anchas que permiten pasar con alguna dificultad el explorador N° 18. La orina recogida de la vejiga por sondaje es turbia, siendo el órgano sensible al contacto.

La próstata un poco aumentada de tamaño con algunos núcleos de prostatitis crónica.

El examen de los testículos revela a la palpación a nivel del epidídimo derecho un nódulo cicatricial de su epididimitis anterior.

#### EXAMEN RADIOGRAFICO

R. 1018. *Rad. simple del Ap. Ur.* — Enfermo mal preparado; radiografía con muchos gases. Alcánzase a visualizar sin embargo la sombra renal derecha, descendida, estando el polo inferior a la altura de la apófisis transversa de la 4ª vértebra lumbar. En el lado izquierdo no se observa la imagen renal correspondiente, pero constátase la presencia de una sombra densa de forma triangular, contornos nítidos, localizada a 7 cms. de la línea media y a la altura de la 2ª vértebra lumbar un poco por debajo del nivel de la apófisis transversa; imagen probable de cálculo intrapélvico. A nivel de la zona vesical se ve otra sombra de la misma naturaleza de forma ovoidea más nítida en medio de la cual alcanza a percibirse un núcleo central (Fig. 1).

R. 1110 - 11 - 12. — RADIOGRAFIA EXCRETORA 5', 10' y 15'

R. 1110. a los 5'. — Nefrograma derecho positivo, imagen renal descendida. A la izquierda no se ve el contorno renal; pero, dentro de la zona correspondiente al riñón se observa una sombra irregular de un tamaño mayor que en la radiografía simple, que se prolonga hacia abajo y hacia afuera. Hacia arriba y a 3 cms. de esta imagen puede comprobarse la presencia de un núcleo lenticular

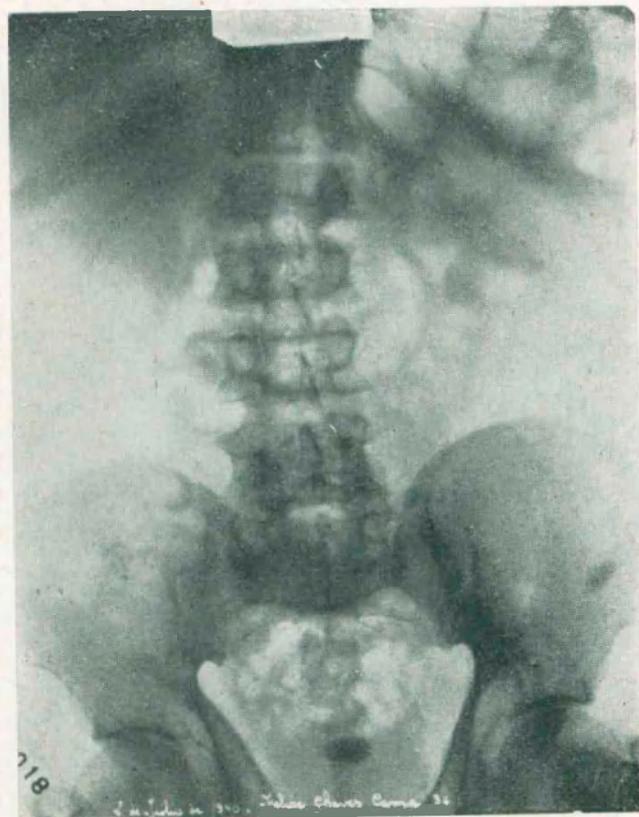


Figura 1

de misma opacidad, esta imagen son debidas a la substancia de contraste (uroselectán). Obsérvase la substancia eliminada acumulada en vejiga.

R. 1111 - 12, a los 15' y 45'. — Riñón derecho esbozo de pielograma excretor la aerocolia impide visualizar el A U I.

A raíz del deficiente examen excretor, una vez extirpado el cálculo vesical se practica un cateterismo de uréter izquierdo con sonda opaca, cuyo extremo llega a la 3ª lumbar, inyectando ioduro de sodio al 12 % 50 cm. 3, y observamos:

1809. *Pielografía ascendente.* — La imagen pielocalicial es interesante: cálix superior dilatado irregular, alargado y como rechazado hacia la línea media. El cálix medio ausente, mientras el inferior a cuyo nivel alcanza a percibirse la imagen sobre agregada antes descripta y que se prolonga hacia la pelvis, presenta un aspecto algo parecido al anterior dando la sensación de desfleca-

miento. La pelvis y el uréter superior dilatados presentan en conjunto una forma semilunar a concavidad externa, siendo el resto del uréter dilatado e irregular con algunos codos donde se puede observar la interrupción de la sombra del contraste. Obsérvase en la vejiga la presencia de yoduro de sodio (Fig. 2).

*Análisis de laboratorio.* — 12 - 8 - 40. — Orina, de reacción alcalina, P. H. 7. — En sedimento regular cantidad de pus uratos alcalinos, algunos hematíes.

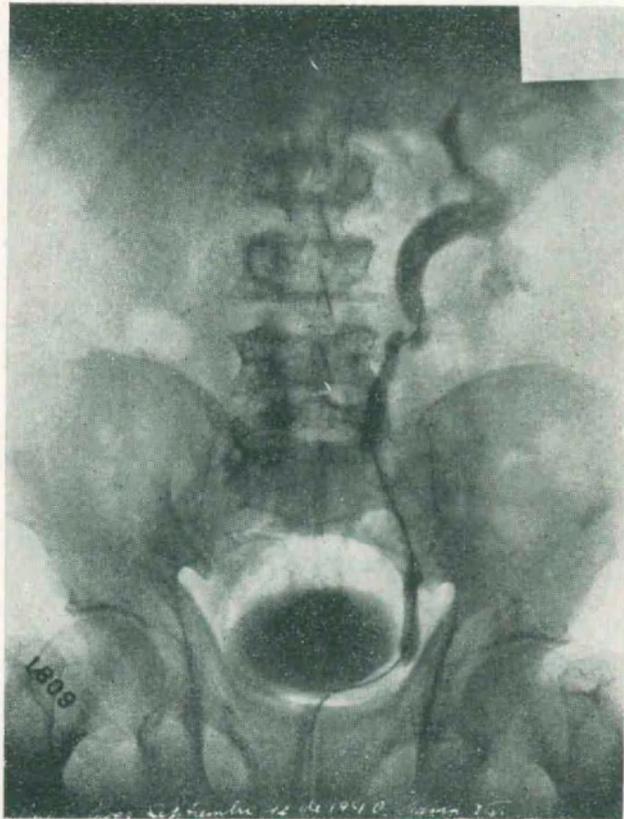


Figura 2

Azohemia: 0,42 % c.c. Cloro plasmático: 350 mgs. %; cloro globular 170 mm. %.

Reserva alcalina: 54.24 c.c. de CO<sub>2</sub> %.

Indigo carmín: RD. 4' R. I. 5'.

#### EXAMEN FUNCIONAL POR SEPARADO DE AMBOS RIÑONES

	R. D.	R. I.
Cantidad .. .. .	15 cc.	20 cc.
Urea .. .. .	25,20	17,30
Cloruros .. .. .	10,10	8,00
Fenol .. .. .	35 %	20 %

Sedimento ausencia de pus y gérmenes.

*Evolucion de la enfermedad.* — Se dilata al enfermo progresivamente hasta tener calibre uretral, practicándosele una cistoscopia con 100 gms. de capacidad. Observándose una mucosa congestiva con fenómenos de cistitis. En el bajo fondo un cálculo de unos 2 cm. aproximadamente de diámetro mayor.

Se continúa las dilataciones hasta el N° 58, demorando alrededor de 2 meses en lograr este calibre por alternativas febriles imputables a las maniobras de dilatación en un ambiente séptico y sobre una uretra rígida.

El 29 de agosto con el litotritor endoscópico de Joseph, se consigue desmenuzar el cálculo lo suficiente para que el enfermo elimine espontáneamente los fragmentos; se hacen instilaciones vesicales mejorando la vejiga. Obteniendo así el aclaramiento de la orina.

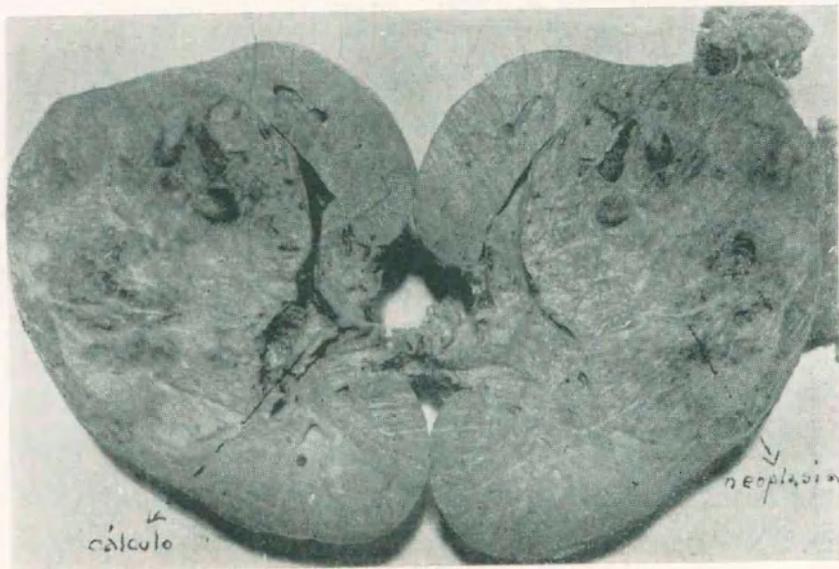


Figura 3

Los exámenes funcionales practicados en ambos riñones y sobre todo del lado derecho ya citados permiten ir en procura del cálculo pélvico contemplando ya la probabilidad de la nefrectomía por las deducciones a que se arribara a través del estudio radiográfico y que no era otra que lesión del parénquima de otra naturaleza.

*Intervención.* — Previo preoperatorio de hidratación y gluconato de calcio se efectúa el 19 de sept. de 1940 la intervención. Operador: Dr. Surra; ayudantes, doctores Ortiz y Tetamanti. Anestesia etérea.

Con propósito deliberado se reseca la 12ª costilla para obtener amplio campo. Atmósfera grasosa perirrenal aumentada de tamaño; sobre la fascia de Zucerkandl, serpentean pequeños vasos venosos angiomasoides de aspecto vermiformes, formando una placa de 7 cm de diámetro. Se libera el riñón con hemostasia prolija, cuando se llega a la zona angiomasosa se comprueba que del

parénquima emergen vasos venosos grandes y friables que dan abundante sangre. Desprendida la placa previa ligadura, se observa el parénquima subyacente, también presentando vasos venosos de la misma característica.

El aspecto del órgano es de color grisáceo con núcleos de densidad aumentada.

Se diagnostica tumor renal maligno, optándose por la nefrectomía. Pedículo renal muy largo, se liga y extrae el riñón, Rubberdann. Se reconstruye la pared por planos: piel con crin.

Posoperatorio de sueros y cardiotónicos.

La marcha del posoperatorio se ha realizado sin inconveniente, dándose de alta el 19/10/40, ordenando su vigilancia periódica en el C. E.

El examen anatómopatológico de la pieza practicado por el Dr. Trabucco reveló tratarse de un epiteloma a células claras.

#### COMENTARIOS

A través de la estadística podemos comprobar que esta asociación patológica dentro del Aparato Urinario no es frecuente. Los datos recogidos dan cifras variadas, oscilando en un 5 % y 20 % incluyendo en este porcentaje no solamente los tumores del parénquima, sino también las formaciones tumorales de la pelvis renal ya sean éstas benignas o malignas.

Dos teorías pretenden explicar cuál es el puente de unión de estas dos entidades, en lo que se refiere a sus relaciones de causa y efecto. Una de ellas sostiene la acción irritativa prolongada del cálculo sobre la pelvis o el cáliz como elemento predisponente o desencadenante de la neoplasia. La otra, en cambio, atribuye a la formación calculosa como una consecuencia de la neoplasia, en virtud de la acción favorecedora de la precipitación litógena que tienen los detritus tumorales.

Desde el punto de vista clínico los autores no hacen mención especial de signos que orienten hacia esta asociación y ello se explica por la multiplicidad de formas clínicas que adoptan las litiasis y el silencio evolutivo de muchos tumores malignos. La pielografía es pues el elemento de diagnóstico con que contamos y a él recurrimos en las oportunidades que se nos presentan en la práctica diaria.

En lo que se refiere al enfermo en estudio, sin ser categórico, se puede presumir que la litiasis es anterior; tal es lo que nos permite aseverar el estudio de sus antecedentes.