

ABSCESO CORTICAL DE RIÑÓN SIMULANDO UN NEOPLASMA

Por los Dres. RODOLFO I. MATHIS y JOSE LORENZO

Dentro del amplio capítulo de las Pionefritis, término tan feliz con que Motz designara las infecciones corticales de riñón o forma supurada y por vía de infección hematógena, los abscesos, mejor dicho los grandes abscesos únicos o en muy escaso número, constituyen la entidad menos frecuente.

Presentamos aquí una observación, interesante por muchos aspectos y que merece comentarios particulares.

E. C. de P., 39 años, argentina, casada, da como único antecedente hereditario, el padre que falleció de cáncer de estómago.

No recuerda haber padecido enfermedades en la infancia. Su vida sexual es normal, pero después de su matrimonio no tiene embarazos. Los estudios practicados con este motivo, permiten responsabilizar de ello al esposo. A los 35 años tiene reumatismo poliarticular agudo que dura un mes y cura sin secuelas con el tratamiento salicilado. La anamnesis más minuciosa no permite descubrir, antes de su enfermedad actual, la presencia de panadizo, forunculosis, etc.

Su enfermedad actual comienza el 15 de noviembre de 1943 con dolor sordo en la base del hemitórax izquierdo, acompañado de escalofríos y temperatura que oscila entre 37,5° y 38,5° seguido de marcada astenia y anorexia. El examen clínico practicado por uno de nosotros, no revela nada de anormal y se le instituye tratamiento sintomático. La enferma vuelve a los 15 días con los mismos síntomas que han continuado sin variación. Se le indica entonces una radiografía de tórax que es negativa. Dos días después sufre fuerte dolor en fosa lumbar izquierda con irradiación inguinal, con los caracteres del cólico nefrítico. Al análisis de orina: hematías en el sedimento. Pasado el cólico que dura un par de horas continúa con su dolor con los caracteres anteriores; aparecen vómitos post-prandiales que coinciden con la exacerbación de sus dolores lumbares.

Posteriormente vuelve a tener dos cólicos pero de menor intensidad.

El estudio radioscópico de estómago no demuestra nada de particular, salvo que la presión de la región lumbar izquierda despierta dolor y provoca el vómito.

En los exámenes posteriores se percibe por palpación, una tumoración en hipocondrio

izquierdo que se insinúa en flanco, con amplio contacto lumbar, que no pelotea y cuya movilidad es escasa. Dicha palpación despierta dolor, y el intestino se percute fácilmente por delante.

El 27 de marzo comprobamos un regular estado de nutrición por franco adelgazamiento (8 kilos en tres meses) mucosas pálidas. El examen de sus aparatos respiratorio, circulatorio y nervioso sin particularidad. Tiene fiebre que oscila entre 37 y 38°. Pulso 80 y presión arterial 12 y 7 al baumanómetro.

El 28 de marzo radiografía simple de árbol urinario (fig. 1) que revela un franco borramiento de la sombra del psoas del lado izquierdo, sin escoliosis. No se visualiza la sombra renal de este lado.

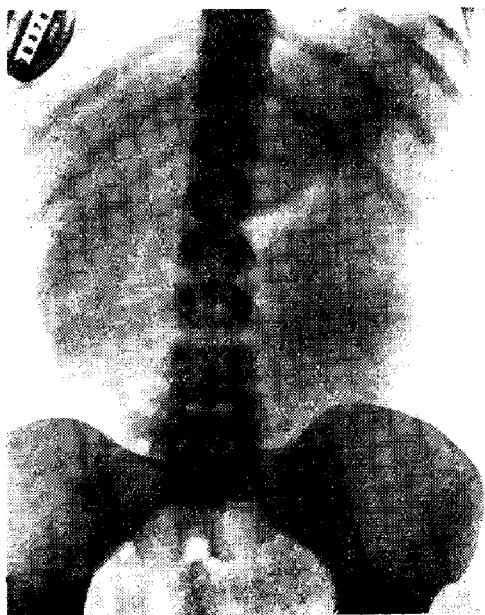


Figura 1

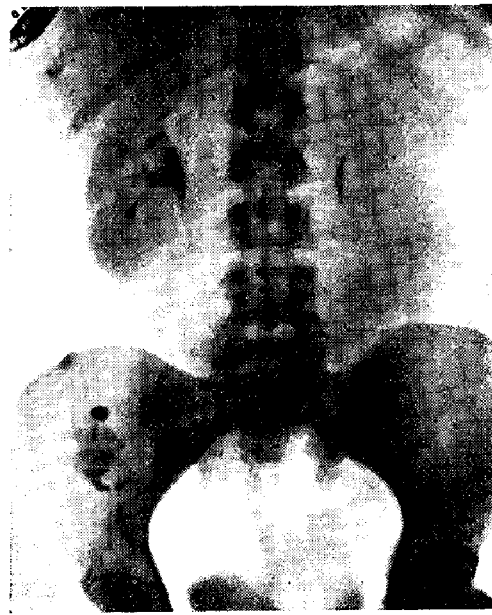


Figura 2

El 2 de abril, urografía excretoria con Nitasom. Urograma normal en el lado derecho. En el lado izquierdo puede observarse: 1º borramiento de la sombra del psoas; 2º sombra renal poco nítida pero puede individualizarse aumentada de tamaño y deformada en todo el polo inferior que casi contacta con la cresta ilíaca; 3º las cavidades excretorias sólo dibujan el cáliz superior (fig. 2) la pelvis está como comprimida y rechazada hacia dentro. Lo mismo pasa con el extremo superior del uréter.

El 3 de abril se efectúa un examen endoscópico y pielografía ascendente, comprobando: orinas ámbar. Vejiga de capacidad normal. Mucosa sana. Meatos ureterales bien implantados. La prueba de Voelker y Joseph es normal con eliminación del colorante a los tres minutos en ambos lados. Se cateteriza sin dificultad el uréter izquierdo (25 cms.) y se efectúa pielografía con solución de yoduro de sodio al 30 %. Capacidad píelica de 5 c.c. Se obtiene frente y perfil (figs. 3 y 4). Se han llenado los cálices y la pelvis renal; esta última está indudable-

mente rechazada hacia la columna y aplastada lo mismo que los cálices que si bien conservan la forma de la papila no tiene formación de cálices secundarios. Sin embargo, la radiografía de perfil demuestra que todo el sistema está rechazado y rotado.

Se han complementado los exámenes de laboratorio siguientes:

Análisis de sangre. — Urea en suero: 0,26 %; Glucemia: 0,99 %.

Recuento globular. — Glóbulos rojos 4.110.000; glóbulos blancos 7.900; Hemoglobina 73 %; valor globular 1/.

Fórmula leucocitaria. — Polinucleares neutrófilos 65 %; polinucleares eosinófilos 2,50 %; polinucleares basófilos 0,00 %; linfocitos 24 %; monocitos 8 %.

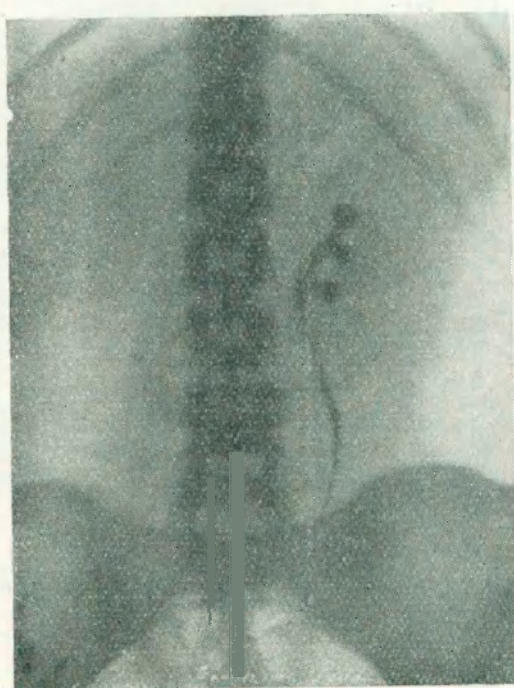


Figura 3

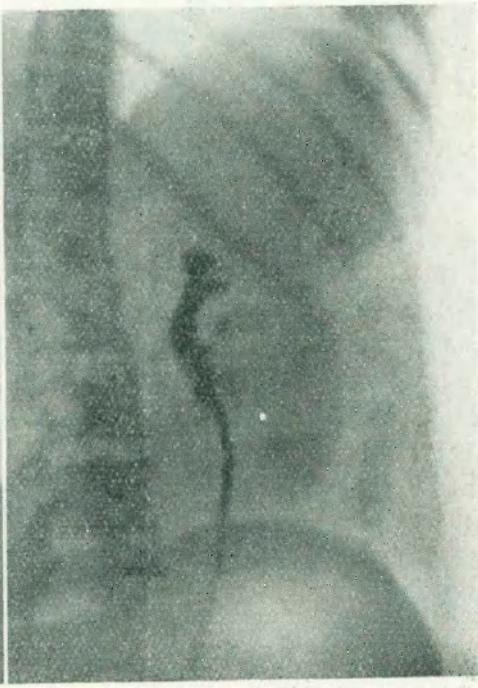


Figura 4

Análisis de orina. — Densidad 1.021. Reacción alcalina. No hay pus. Resto normal.

Análisis bacteriológico. — Negativo.

El 5 de abril. — Reacción de Cassoni negativa.

Por gentileza del Dr. Santiago Chichizola se interna en la Sala III del Hospital Teodoro Alvarez donde ocupa la cama 51.

Se decide la intervención con las siguientes posibilidades diagnósticas:

1º Neoplasia de riñón a forma febril.

2º Neoplasma de riñón infectado.

3º Pionefritis en cualquiera de sus variedades con reacción perinefrítica.

El 16 de mayo. — Operador Dr. Mathis. Ayudantes Dres. Puyó y Salvide.

Anestesia. — Raquípercaína 0,007 grs. que fracasa y obliga a general éter.

Incisión lumbar oblicua de Israel, amplia. Se arriba a la "loge" renal y se comprueba gran tumoración con tejidos infiltrados de aspecto lardáceo y con gruesas venas que la rodean. Dicho tumor está con íntimas adherencias a los órganos vecinos y su aislamiento se hace sumamente difícil sobre todo en el polo inferior y pared anterior donde el peritoneo se desgarró en estas maniobras de liberación. Se comprueba la presencia de 4 ó 5 ganglios del tamaño de aceituna en pedículo y preaórticos. Se consigue liberar el uréter que es de tamaño normal, y poco a poco se confecciona un pedículo; se liga dicho pedículo en varias tomas y se extrae el órgano. Cierre de dos brechas del peritoneo que se han hecho; una de ellas a través del



Figura 5

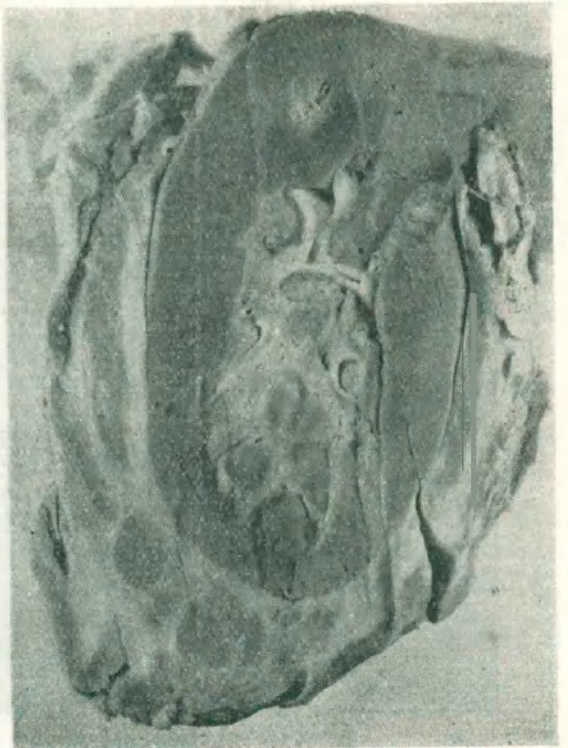


Figura 6

mesocólon, lo que obliga a ser muy cuidadoso en la sutura para respetar los vasos. Drenaje posterior de gasa. Cierre en dos planos al catgut. Piel con crin.

Fuera del chock postoperatorio que se yugula con la medicación del caso, la enferma hace un post-operatorio normal.

Terminada nuestra intervención con el convencimiento de haber extraído una neoplasia renal en los límites de operabilidad, seccionamos la pieza comprobando la presencia de un absceso de polo inferior de riñón que contenía unos 30 grs. de pus amarillo bien ligado. El análisis bacteriológico reveló estafilococos aureus.

Se envía la pieza al Dr. Amadeo Marano para su estudio anatómo-patológico. Su informe dice:

Descripción macroscópica. — Riñón aumentado de tamaño en todos sus diámetros, pero especialmente en su polo inferior, por lo cual en su conjunto adopta una forma piriforme. Un corte mediano (Fig. 5) nos muestra en el polo inferior la existencia de una zona del tamaño de una mandarina chica, con una cavidad central —que nos llega sin contenido— de paredes anfractuadas e irregulares, de contornos policíclicos con una superficie de aspecto mamelonado, color blanco-amarillento, ligeramente friable y que no tiene relación con la pelvis ni los cálices de los que se halla separado por una franja de tejido renal. La pelvis renal se presenta con caracteres normales así como la desembocadura de los cálices.

La cápsula renal a la altura del polo inferior y a partir del hilio del órgano preséntase

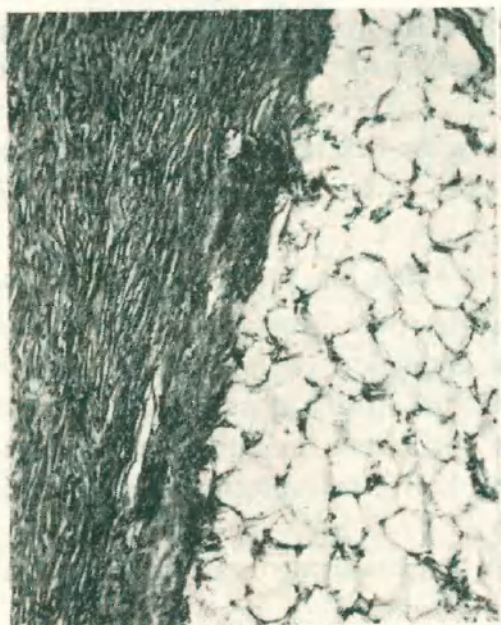


Figura 7



Figura 8

muy espesada llegando en algunas zonas a 3 centímetros presentando una estructura fibrosa dispuesta en haces y que alterna con zonas de color amarillento rellena de tejido adiposo sumamente denso. Este aspecto esclero-lipomatoso de la cápsula renal, se repite en toda su extensión desde el hilio hasta su polo inferior, que es donde adopta los caracteres más marcados (Fig. 6).

El estudio histológico efectuando cortes a nivel de la cápsula y de la pared de la zona enferma dice:

Microfotografía (Fig. 7). Reacción esclerosada dispuesta en haces con transformación hialina que delimitan cavidades rellenas de tejido adiposo.

Microfotografía (Fig. 8). Corresponde a la pared de la tumoración en la cual se visualizan numerosas células de tipo histiocitarias y polinucleares en degeneración gránulo-grasosa. Los cortes practicados con el micrótopo de congelación y la ulterior coloración de substancias lipoides mostró la gran cantidad de histiocitos cargados de esta substancia.

Hemos presentado con todos los detalles de interés un caso de absceso cortical o como dijimos al principio, siguiendo a Motz, de gran absceso cortical, con las dificultades del diagnóstico y sobre todo quirúrgicas.

El "grand abcés du rein" se diferencia fácilmente de los abscesos miliare múltiples y aún de los pequeños abscesos que van a la curación espontánea algunos, o bien al flemón perinefrítico. Cuando uno recorre la bibliografía se encuentra muy a menudo que no se hace bien el distingo entre el gran absceso único y la otra entidad que ha dado ya lugar a muchos trabajos entre nosotros el ántrax del riñón, que si bien tiene muchos puntos de contacto, merece ser diferenciado nítidamente.

Israel define muy bien el ántrax del riñón "masa limitada de aspecto tumoral, lardáceo, no teniendo sino poca tendencia a evolucionar a la colección purulenta".

Por el contrario, el absceso es una colección de pus que puede quedar mucho tiempo en la cortical y que puede abrirse paso ya sea hacia el tejido perinefrítico, ya sea hacia las cavidades intrarrenales.

Es distinta la anatomía patológica, la evolución y aún el tratamiento.

Si bien el absceso cortical es frecuente, pues hoy se considera que todo absceso perinefrítico denominado antes idiopático es la consecuencia de un absceso cortical abierto, constituyendo lo que Lecene denominara "perinefritis supurada metastásica", el gran absceso es una rareza, máxime cuando sufre una evolución tórpida como en nuestro caso. Son estos abscesos para el riñón lo que el absceso de Brodie es para el hueso.

Del punto de vista sintomatológico: temperatura con afectación del estado general, dolor sordo, a veces tumor, he ahí todo.

Sin embargo, en la gran mayoría de los casos existe un antecedente de suma importancia que faltaba en nuestra enferma: la presencia de una forunculosis anterior, panadizo, etc.

Del punto de vista de los exámenes complementarios, la falta de signos urinarios (siempre que la colección no se abra en las vías excretorias), la leucocitosis (que faltaba en nuestra enferma) y a veces la palpación de un tumor renal grande y doloroso, completan el cuadro.

Queremos recalcar las posibilidades de la urografía excretoria y de la pielografía ascendente. Este punto ya fué tratado entre nosotros por Ercole cuando se ocupó del ántrax del riñón.

Este tema se discutió también en el Congreso Internacional de Viena de setiembre de 1936, y volvió a discutirse en la Sociedad Francesa de Urología (Sesión del 24 de abril de 1939) a raíz de dos casos presentados por Barge y Larraud y del que fué relator Marion. En general las pionesfritis pueden no dar deformación de la imagen piélica, y cuando lo hace, se asemeja a las defor-

maciones que produce el *cáncer de riñón* y en general son patrimonio de un ántrax o bien de un gran absceso.

No insistiré sobre la atipia de estas imágenes y analizando nuestro caso, me parece digno de mención la discordancia entre la urografía excretoria con la falta de relleno de los cálices inferiores y la pielografía de relleno que permite ponerlos nítidamente de manifiesto, aunque rechazados. No dudamos en interpretar este hecho por la presencia de edema de vecindad, lo cual sería muy interesante para el distingo con la infiltración neoplásica.

En cuanto a la conducta seguida del punto de vista operatorio, el resultado obtenido es prueba de su eficacia, pero los riesgos operatorios en casos como el descrito son justificables sólo en presencia de una neoplasia. Si hubiéramos hecho el diagnóstico de seguridad creemos que lo indicado hubiera sido o la nefrectomía subcapsular, y en casos más serios la simple abertura y amplio drenaje, que pueden conducir a la curación con el menor riesgo.