

Tumores renales. Algunas Notas Sobre su Diagnóstico Radiológico

POR EL DR. MANUEL LABIOS

LOS tres signos clásicos y característicos de los tumores renales la hematuria, el dolor y la presencia de una masa o tumor no siempre existen o son de fácil comprobación a la exploración clínica. A menudo falta alguno de ellos, o su demostración es inconstante, la hematuria se considera como un signo de los más constantes y reveladores, pero a menudo nos encontramos con extensos tumores, especialmente los hipernefomas, que han invadido grandes porciones del parenquima renal sin producir hematuria gruesa. El tumor es de lo más ilusivo, pudiéndose apreciar claramente en un examen y pasando completamente desapercibido en el siguiente. Es precisamente por esta falta de constancia en los signos delatores que es preciso poner en juego todos los procedimientos que están a nuestro alcance para determinar si existe o no un tumor renal e intervenir sin pérdida de tiempo. La radiografía puede, en la mayoría de los casos, descubrir el tumor, sea mostrándonos el aumento de volumen del riñon, el desplazamiento de este órgano o las deformaciones que su presencia produce en la pelvis y los cálculos renales.

Hay más, cuando se trata de exámenes parciales es decir, de una sola asignatura y éstos deben hacerse por escrito, son tres horas también las que fijan los reglamentos de las Facultades de nuestra Universidad, y aun de los Institutos Normales, para que los examinandos desarrollen un cuestionario de tres preguntas en cada materia.

Con lo expuesto, lo que pretendemos establecer es que, dada la importancia del examen general privado en Medicina y Cirugía, el lapso para practicarlos indicado por la ley del ramo es del todo insuficiente, ya que se trata de una prueba por medio de la cual debe obtener un conocimiento cabal el jurado examinador, de la preparación del sustentante, en un terreno científico tan extenso como escabroso.

Por la experiencia que tenemos, en el asunto que ahora nos ocupa, creemos que son seis horas las que se necesitan, por término medio, para desarrollar como es debido, las tres etapas establecidas por el Código de Educación Pública y a las cuales hemos hecho alusión al principio.

Tegucigalpa, D. C., Abril de 1944.

Entre los métodos radiológicos es la pielografía retrógrada o transvesical la que suministra mayores datos, por la nitidez de las sombras, la seguridad de llevarla solución de contraste a la pelvis y los cálices y por ende la demostración de las deformaciones de la pelvis y cálices. Hay casos, sin embargo, en que la pielografía intravenosa o descendente suministra suficiente información para poder sentar el diagnóstico de tumor del riñón. En el caso que relataremos a continuación se usaron ambos procedimientos y en ambos se comprobó la deformación característica. La pielografía intravenosa no es un método muy seguro y las sombras que se obtienen no son siempre muy nítidas y pueden dar lugar a errores de interpretación. Siempre que sea posible esta clase de examen debe ser seguida por una inyección ureteral. En cambio en los niños o en enfermos que padecen de cistitis, vejiga irritable, que hace imposible la cistoscopia y cateterización de uréteres el procedimiento intravenoso es de gran valor.

Los signos radiológicos consisten en: 1.—Aumento de volumen de la sombra renal; 2.—Desplazamiento de ésta y 3.—Deformación de la pelvis y cálices renales.

1.—Aumento de tamaño de la sombra. El tumor, al invadir el riñón produce casi siempre aumento de volumen del órgano en el polo superior o el inferior o aún en toda la masa renal. Esto es característico de los quistes y tumores benignos y de los hipernefomas. La sombra no siempre es visible con claridad; a veces apenas se esboza uno de los extremos, pero casi siempre se pueden establecer comparaciones con la sombra del lado normal y entonces se distingue bien el aumento. Una preparación del enfermo es esencial.

2.—Deformaciones de la sombra. En vez de una imagen redonda u ovalada el riñón se nos presenta con abultamientos producidos por los crecimientos dentro del parenquima. El riñón se desplaza hacia afuera y generalmente hacia abajo, alejándose de la sombra del psoas y la columna vertebral.

3.—Deformaciones de los cálices y pelvis. Este signo delata una invasión de la pelvis y cálices de afuera adentro con destrucción de estas estructuras. En casos avanzados toda la arquitectura está errática, alojándose la sustancia opaca en cavidades de diversas formas y tamaños. Al principio es en los cálices donde encontramos los datos más interesantes; estos pueden estar truncados, amputados o alargados. La amputación de los cálices es característica especialmente de los superiores, pues el polo superior del riñón es el sitio más frecuente de la localización del tumor.

La determinación de la función renal es posible únicamente con el método intravenoso y esto solamente de una manera aproximada. Hay que hacer constar que la pielografía intravenosa no es un método para determinar la fisiología renal, aunque algunos han querido darle un valor estimativo o mejor dicho cuantitativo de eliminación a la mayor o menor densidad de las sombras producidas por la eliminación de la sustancia opaca. Sin embargo, con todo y sus limitaciones, podemos muchas veces asegurar si un riñón funciona normalmente o hay alguna disminución en su excreción.

La preparación del enfermo es muy importante y en el caso de la pielografía intravenosa la consideramos **esencial**. Hay que desalojar por completo los gases intestinales y las concreciones y residuos fecales para que sus sombras no vayan a entorpecer la visibilidad de los riñones y vayamos a confundir éstas con tumores. Nosotros usamos rutinariamente un purgante de aceite de ricino la víspera del examen seguido de un enema de limpieza. Dos horas antes de tomar las radiografías inyectamos un cc de pitresin y un cuarto de tableta de sulfato de benzedrina para facilitar la eliminación de los gases.

Ilustramos los conceptos anteriores con la observación siguiente:

M. de M. mujer de 50 años, oficios domésticos, originaria de Comayagua, ingresa a la Casa de Salud La Policlínica el día 21 de enero de 1944.

Historia.—Desde hace tres meses acusa adelgazamiento progresivo con trastornos dispépticos consistentes en anorexia, vascas y vómitos después de las comidas. De un mes a la fecha dolor lumbo-abdominal izquierdo en forma y del tipo uretero-renal que aparece sin causa manifiesta, sin estar relacionado aparentemente con sus trastornos digestivos y sin constituir verdaderas crisis de cólico renal.

Desde hace quince días el sueño es impedido por nicturias (tres micciones más o menos) que hacen su aparición después de exacerbaciones dolorosas lumbares y abdominales poco características. **Nunca ha tenido hemsturia.**

Anamnesia lejana.—Desde hace un año fiebres intermitentes palúdicas que ceden a la quinina. Hace seis meses disentería ambiana, comprobada por el laboratorio, que cesó con tratamiento de emetina. Tres embarazos normales que llegaron a término.

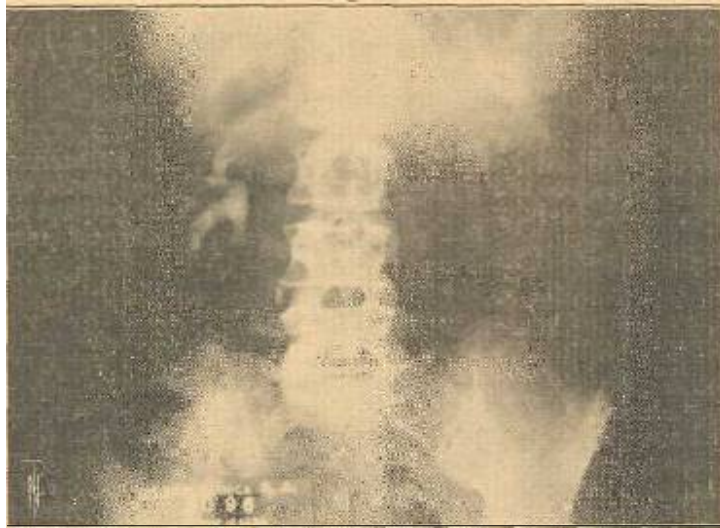
Examen físico.—Enferma enflaquecida con marcada pérdida de tejido adiposo, tez pálida. Aparato pulmonar y cardio vascular normales. El examen del abdomen revela dolor en el colon transversal y epigastrio, meteorismo acentuado en la región gástrica. En el flanco derecho hay dolor a la palpación profunda, siendo igualmente dolorosos los puntos costo-muscular y paraumbilical izquierdos.

Aparato urinario. Dolor a la palpación en los puntos uretero-renales posteriores. No se **determina ninguna masa a la palpación**. Los riñones no se palpan.

Exámenes de laboratorio. - Sangre: G. R. 5, 160.000, G. B. 7.300, **Neutrófilos 77%**, Linfocitos 23%, Hematozooario negativo. Orina: trazas de albúmina, ligeras trazas de pigmentos biliares, pocos leucocitos, cristales de fosfato amoniomagnésico **No hay** sangre.

Exámenes radiológicos.—En vista de sus trastornos dispépticos, dolor en el epigastrio y emaciación, se principió por un examen del tubo digestivo, pero solamente se encontró una ptosis marcada del estómago e intestinos sin evidencia de úlcera o carcinoma.

Se procedió entonces a explorar el árbol urinario por la pielografía intravenosa primero y después se le practicó una ascendente. Con



*PIELOGRAFÍA INTRAVENOSA.—Muestra el aumento de volumen del riñon **izquierdo**, la deformación de los cálices y la casi nula excreción de la sustancia opaca. La operación confirmó la existencia de un tumor del polo superior del riñon izquierdo.*

la pielografía intravenosa encontramos suficientes datos para sentar nuestro diagnóstico: aumento de volumen del riñon, gran deficiencia en la eliminación de la sustancia opaca, casi nula. Lo poco que se podía apreciar de los cálices revelaba que estos estaban alargados, adelgazados, deformados y truncados en su polo superior. Estábamos, pues, frente a los signo clásicos de los tumores renales con invasión de gran cantidad de parenquima y ese fue nuestro diagnóstico.

La pielografía ascendente sirvió para comprobar los hallazgos de la intravenosa y mostró la amputación de los cálices superiores. La división de las orinas mostró: Riñon derecho: cantidad 13 cc en 30 minutos. Area 14 gmos. por litro. Riñon izquierdo: no filtró orina.

La operación reveló que se trataba de un gran tumor del polo superior del riñon izquierdo que había ya invadido gran parte del parénquima renal y llegaba en algunos puntos hasta la pelvis. El tumor tenía todas las características externas de un hipernefoma, pero no se hizo cortes.