

CONSIDERACIONES SOBRE LOS TUMORES Y PSEUDOTUMORES DEL RIÑÓN

por el Prof. Dr. RAFAEL MOLLA

Catedrático de Clínica Quirúrgica en la Universidad Central

No hay cuestión de Cirugía urinaria más sencilla, al parecer, ni más compleja en realidad, que la referente al diagnóstico de los tumores del riñón. Aumento de volumen del órgano, dolor, hematuria, espontaneidad de síntomas y de lesiones, ausencia de fenómenos patológicos en el bajo aparato urinario; tal es la síntesis de la sintomatología clásica. Y, sin embargo, ¡cuantos errores no se registran y cuantas dificultades no se ofrecen a diario para llegar al diagnóstico en todos sus aspectos, de una neoplasia renal!

Nos referimos, en primer lugar, en este corto trabajo a las verdaderas producciones patológicas del riñón, es decir, a los tumores sólidos o líquidos, la clasificación más vulgar, más antigua y más veraz, puesto que el concepto de tumor, tanto en su aspecto clínico como en el anatómo-patológico, tiene endebles fundamentos científicos, y al acomodarnos a la terminología corriente no incurrimos en una herejía científica y técnica, llamando tumor a un quiste cuyo contenido no es orina.

Es, en general fácil, mejor dicho, no es difícil, el diagnóstico directo de los tumores del riñón, o el diagnóstico por exclusión que automáticamente se nos impone en la clínica, cuando no existe el síndrome de la infección pielo-renal y son evidentes los síntomas corrientes de neoplasia, pero no siempre la Clínica se ofrece al observador con la simplicidad y la clarividencia con que la describe la Patología pura.

Es difícil, por el contrario, diagnosticar un tumor renal cuando no presenta el síntoma hematuria, por lo mismo que éste síntoma, si bien puede faltar, es de los que con más constancia se presentan, y de un modo precoz, en las neoplasias del riñón.

También es origen de dudas y de dificultades la falta de aumento de volumen del riñón, por que el dolor y la hematuria son síntomas que forman parte casi constante del síndrome renal.

Es fácil, en cambio, cuando a la hematuria y aumento de volumen se asocia la falta de piuria, siempre que podamos excluir la litiasis y la ectopia complicada.

No obstante estas afirmaciones, los errores son posibles, porque el riñón, si por una parte sangra con facilidad, por otra es órgano de reacciones tórpidas y larvadas que hacen posible la lenta evolución de procesos crónicos sin grandes protestas del organismo, máxime tratándose de lesiones unilaterales como son las neoplasias.

No es infrecuente la confusión o la duda entre una neoplasia cavitaria renal de pequeño volumen, un simple papiloma pelviano y una nefritis de tipo hematórico, cuando ambos procesos evolucionan asépticamente, como es lo general.

Corriente es también el caso y ostensibles las dificultades para hacer un diagnóstico directo de la ptosis renal con síntomas hematóricos, mayormente cuando en estos casos el riñón desplazado suele estar aumentado de volumen por el estado congestivo que supone la pérdida de la perpendicularidad de los vasos renales al penetrar y salir del seno renal.

Esta nota clínica no tiene por objeto hacer un estudio de los tumores del riñón en todos sus aspectos, si no más bien insistir en las dificultades de diagnóstico que ofrecen los procesos quirúrgicos del riñón o pararenales, de tipo tumoral o neoplásico, cualquiera que sea su naturaleza, apoyándonos en observaciones clínicas de indudable interés.

Los dos casos que vamos a relatar constituyen, no dos errores de diagnóstico, sino dos casos de diagnóstico difícil y dudoso por el modo larvado y la forma enmascarada y torpida como se ocultaban lesiones de tipo séptico con gran reacción conjuntiva periférica que simulaba un proceso neoplásico. Los dos enfermos curaron, por que se hizo el diagnóstico cuando pudo hacerse, con las lesiones a la vista, y la intervención alcanzó los límites que la lesión imponía; la nefrectomía en un caso y la simple evacuación de un absceso parietal en el otro.

En realidad, dada la naturaleza fímica de las lesiones que simulaban un tumor, el título de este pequeño trabajo clínico debía ser este: "Los procesos tuberculosos renales, peri-renales y los tumores del riñón", y la moraleja o el interés clínico de entrambos se presta a insistir una vez más sobre la complejidad de la Clínica. En ésta faltan con frecuencia o fallan a menudo los clichés o paradigmas de diagnóstico teórico que brindan las obras de Patología, porque ésta es sencilla y simplista y la clínica es proteiforme en relación con los individuos, los terrenos orgánicos y el modo de reacción individual. Por eso el espíritu clínico ha de culminar sobre los datos doctrinales, cuya adquisición es tan fácil como es difícil su exacta interpretación. Por eso también el diagnóstico, *el juicio*, es y será siempre difícil, al lado de la doctrina que es fácil, y de la técnica que es también fácil de adquirir y hasta de dominar. He aquí el relato de los dos casos clínicos simulando tumores renales:

Un caso indistinguible de Tuberculosis de Riñón, debía titularse el caso que vamos a relatar; tales eran las dificultades, o mejor el enmascaramiento de los síntomas que ofrecía el enfermo y que impidieron en absoluto, ir a la operación con un exacto diagnóstico. El hecho es tanto más curioso cuanto que hoy, por la abundancia y eficacia de todo género de medios de exploración manuales, instrumentales, biológicos y de laboratorio, no solo se diagnostican todos los casos de tuberculosis renal, sino que, más bien, muchos se diagnostican de tuberculosis sin serlo, como nefritis hematóricas, pielonefritis banales y pionefrosis de este tipo o de la naturaleza gonocócica. Nuestro caso es diametralmente opuesto y su originalidad estriba en ser un caso de tuberculosis renal con lesiones avanzadas, sin dar síntomas renales de ninguna clase, ni urológicos ni clínicos y los que ofrecía correspondían de tal manera a otros procesos que era casi inevitable un error de diagnóstico, que solo pudo desvanecerse a la vista de las lesiones.

Como justificante previo de un diagnóstico imposible, cuyo proceso exploratorio vamos a detallar, diremos que se trataba de un caso de tuberculosis renal, cortical y peri-renal a la vez, de forma hipertrófica, con lesiones cerradas para el riñón, que exponía fatalmente a confundirla con otros procesos ante la falta

absoluta de síntomas específicos y de síntomas comunes.

Se trataba de una mujer de unos cuarenta años, de buen aspecto y regular constitución, casada, con varios hijos sanos y sin antecedentes patológicos, hereditarios, y en cuanto a los propios, eran todos extraños al aparato genito-urinario.

Explorada detenidamente nada se apreciaba en los grandes sistemas y aparatos respiratorio, circulatorio, digestivo y genital. So'lo algunas molestias, muy ligeras, en el vacío izquierdo, algo más a la presión y palpación profunda, muy pocas espontáneamente. Se tocaba a la palpación una masa que se estimó era de riñón, en dicho vacío, bastante fija, doble o más del volumen normal del riñón, irregular, sobre todo en el borde interno, como si se continuara con el bazo o con colon descendente, pero sin ningún síntoma de colon ni de peritoneo. Se comprueba, aunque no muy claramente, el apoyo lumbar de la tumoración y se aprecia el peloteo, síntomas que por sí solos permiten afirmar que se trataba de un proceso de riñón. Existía verdadera oliguria, pues la orina no pasaba en cantidad de 500 a 600 gramos, densa, de mucho color, pero de aspecto brillante, sin enturbiamiento de ninguna clase. El análisis global de la orina demostró que no contenía pus, ni sangre, ni albúmina, ni bacterias. El cateterismo ureteral dió orina igual en ambos riñones. No existían síntomas vesicales de ninguna especie y la enferma no tenía fiebre. Los síntomas objetivos parecían corresponder a una ptosis renal en segundo grado, riñón del vacío, grande y algo regular, como dejamos dicho.

Admitida la ptosis, excluimos la ptosis simple, creyéndola sintomática de otro proceso del riñón. Excluimos (ni lo pensamos siquiera) la tuberculosis, ante la falta de piuria, hematuria, poliuria, polaquiuria y bacterias. Excluimos la retención renal, uro o pio nefrosis, por la dureza y forma del riñón y por los antecedentes, síntomas, arenillas y cólicos.

La radiografía, no pudo practicarse por dificultades accidentales en el gabinete radiológico, y por exclusión, único medio y método de juicio, ante el conjunto de síntomas positivos o negativos, pensamos que se trataba de un tumor renal, peri-renal o para-renal, inclinándonos a un *cáncer* o a un *hipernefroma* con adherencias.

Habíamos excluido en principio un tumor del bazo por la falta de síntomas hemáticos, como excluimos un proceso neoplásico de colon por que, además de la falta de síntomas, la insuflación permitió comprobar que el colon estaba por delante de la tumoración.

Con el diagnóstico de tumor renal cortical o peri-renal fuimos a la intervención.

Practicamos larga incisión lumbo-abdominal, propia del caso. Al llegar a la aponeurosis del transverso, tras de robustos músculos del plano superficial y gruesa capa celular subcutánea, se toca tal resistencia y dureza que uno de los ayudantes creyó que se trataba de la duodécima costilla, cuando se trataba de una infiltración fibrosa, de consistencia dura, casi ósea, de tipo neoplásico, difuso o hiperplásico. Incindimos sobre este tejido duro, que pensábamos correspondía al riñón o a un proceso sobre él desarrollado, temiendo abrir el peritoneo, que no se distinguía entre las masas inflamatorias difusas. Dividido este tejido que rechinaba, aislamos la cara posterior del riñón dejando una lámina de tejido

renal sobre peritoneo y colon adherido, y una vez desprendido el riñón, de algo mayor volumen que el normal, fácilmente se le exteriorizó merced a su largo pedículo practicándose sin dificultad la refrectomía. Resecamos parte de la masa fibrosa adherida al peritoneo y exploramos los ganglios lumbares hipertrofiados del tamaño de gruesas almendras. Saturamos, dejando desagüe lumbar.

Abierto el riñón extirpado apreciamos la integridad de casi todo su tejido y solamente en su borde interno y parte de su cara posterior existía una pseudo tumoración de tipo fibroso y en la mitad del espesor de la zona cortical con focos moduladores de tuberculosis aislados del resto del parenquima por un tejido reaccional, verdadera nefritis esclerósica que explica el aislamiento del proceso y la anulación de la función renal en esta zona y la falta de síntomas en la orina. El análisis histológico confirmó la naturaleza tuberculosa de este proceso.

Vemos pues, que lo que simulaba tan perfectamente renal, resultó un caso de tuberculosis cortical cerrado hacia la cavidad del riñón y propagada a cápsula fibrosa y a peritoneo, formando con el colon un bloque que simulaba el tumor. Así quedan explicados los síntomas evidentes y ausencia absoluta de síntomas urológicos y biológicos y clínicos de tuberculosis del riñón. Es un caso elocuentísimo que confirma, una vez más, que la tuberculosis en su anatomía patológica, lo puede simular todo, lo mismo los procesos inflamatorios que los degenerativos y neoplásicos.

En el otro caso de pseudo tumor renal, origen de tantas dudas y errores de diagnóstico, era evidentemente de localización lumbar. Sonoridad del colon por delante, peloteo lumbar, aunque obscurecido por la contractura provocada, síntomas que se consideran con fundamento como patognomónicos de tumoración renal, y, sin embargo, se trataba de un absceso crónico de envoltura fibrosa, dura y resistente. La situación de la masa tumoral no era posible por la palpación bimanual ante la contractura que provocaba la palpación y la presión, lo cual nos hacía pensar en un proceso independiente del riñón, máxime cuando no existían síntomas urológicos.

Venía la enferma con dos o tres diagnósticos vagos; tumor renal, tumor abdominal, tumor para-renal, tumor cecal, lo cual era peor que no tener ningún diagnóstico. Proceso de hígado o de riñón, ese era el juicio que se había formulado por la mayoría de los cirujanos que habían observado el caso, sin pasar de este diagnóstico meramente topográfico, pero era aventurado afirmarlo así ante la ausencia de datos urológicos y de trastornos en las funciones hepáticas. Se había pensado, sobre todo, en un tumor para-renal o en un quiste hidatídico, por la eosinofilia pronunciada que presentaba la enferma, si bien el dolor y la contracción provocada por la presión manual mantenían en suspenso nuestro juicio. El cateterismo ureteral excluyó la posibilidad de su origen renal cavitario, sin excluir ni afirmar por ello su origen peri-renal que parecía lo más lógico, desde el momento en que ocupaba la fosa lumbo-renal.

No pudimos pasar de un diagnóstico topográfico y de un diagnóstico de operabilidad, formulado este ante el buen estado general de la enferma y la integridad del hígado y riñones.

La lumbotomía demostró lo siguiente: La existencia de un absceso frío de la parte más alta de la región lumbo-abdominal, con gran reacción conjuntiva y dureza de sus paredes, que simulaba un proceso neoplásico, proeminando más en la fosa lumbar profunda que en las capas superficiales de dicha región lumbar. El dolor provocado por la exploración y la contracción de la pared abdominal oscurecían el diagnóstico. Abierto el foco purulento resultó un absceso frío, autóctono, seguramente tuberculosos, el cual, evacuado y legrado el foco, no se reprodujo y la enferma se repuso rápidamente.

Los dos casos relatados justifican el tema de este artículo, sin que por otra parte constituyan una novedad clínica, pues, como antes decíamos, es bien sabido que las lesiones tuberculosas pueden simularlo todo, desde una neoplasia, la más quirúrgica de las lesiones, a una infección general de difícil punto de partida o localización primaria.

LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE LA ADRENALINA

por el Dr. A. PEDRO Y PONS

Médico del Hospital de la Santa Cruz, de Barcelona

La adrenalina, he aquí un hormon que el clínico no debe olvidar fácilmente tanto por su extenso margen de aplicación terapéutica, como por la ayuda valiosa que le presta en el diagnóstico de numerosas enfermedades internas.

Y este campo de aplicación diagnóstica de la adrenalina, del cual voy únicamente a ocuparme, es tan anchuroso que contrasta en seguida con el poco empleo que de ella se hace en clínica en aquellos casos en que podría despertar singulares reacciones biológicas, tan precisas, tan originales, que ningún otro medio es capaz de poner de manifiesto.

En el caso más conocido contribuye a la exploración del sistema nervioso vegetativo, en otras circunstancias esta misma exploración puede darnos idea aproximada del estado de hipertiroidismo de un enfermo con bocio. Pero aun es más, en el vasto grupo de síndromes esplenomegálicos, ningún otro método clínico es capaz de suplantar a la adrenalina en el estudio del estado de plenitud fisiológica o de atrofia degenerativa de los corpúsculos de MALPIGHIO de esta víscera. Y así mismo en las esplenomegalias crónicas infecciosas de origen palúdico, la inyección de adrenalina es capaz de provocar en fases apiréticas movimientos reaccionales febriles tan semejantes a los de un típico acceso palustre, que hasta el hallazgo del hematozooario en la sangre puede ser demostrado. Finalmente, provocando una intensa leucocitosis reaccional constituye la inyección de adrenalina un medio diagnóstico de valor en los estados subleucémicos y leucémicos de las leucemias mieloides y linfoides.

EXPLORACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO VEGETATIVO CON LA ADRENALINA

La inyección subcutánea de dosis medias de adrenalina (un miligramo) provoca en el estado de máxima reabsorción del medicamento una impregnación y exci-

tación manifiestas del sistema nervioso simpático. Y es tan aparatosa la fenomenología que despierta la inyección de adrenalina en sujetos con hiperexcitabilidad simpática (simpaticotónicos) que se ha dicho que este hormon impregnaba y excitaba de una manera específica el sistema nervioso simpático. Sin embargo, creer que la adrenalina posee únicamente una acción excitotónica es falso. Esta substancia posee una manifiesta acción anfotónica o sea de excitar a la vez el sistema parasimpático y el simpático, y para obtener predominantemente una u otra acción nos basta con emplear dosis apropiadas, vagotónicas o simpaticotónicas. Claro está que la dosis media de un miligramo de adrenalina en inyección subcutánea tiene una acción prevalentemente simpático-tónica a pesar de la cual vemos que en una primera fase anterior al desencadenamiento de los fenómenos dependientes de la crisis simpática aparecen, síntomas de vagotonia manifiesta. DANIELOPOLU, CARNIOL, entre otros, han señalado este anfotropismo de la adrenalina, y que la especial electividad para uno u otro sistema dependía de las dosis inyectadas, provocando dosis muy bajas una excitación parasimpática casi pura, y las dosis medias una acción simpaticotónica.

En las gráficas que siguen (fig. núms. 1 y 2) se ob-

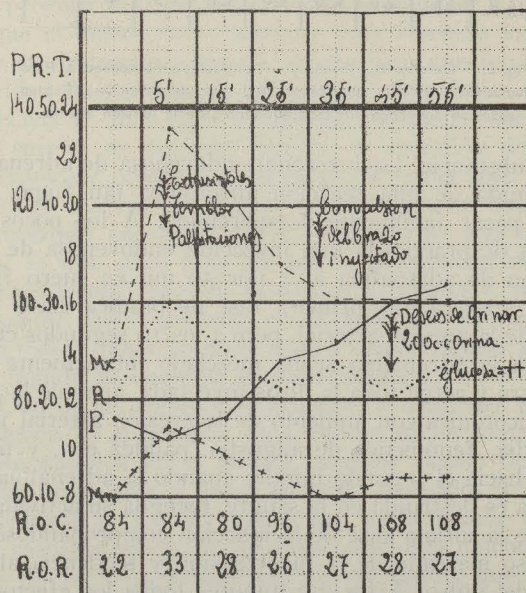


Fig. 1. - Luisa G., 25 años. - Neurótica. Dispepsia sensitivo-motriz. Inyección subcutánea de 1 mgr. de adrenalina. Intensa reacción simpaticotónica.

serva perfectamente como la fase de excitación del sistema parasimpático precede a la fase simpaticotónica, y como este primer momento de parasimpaticotonia dura a veces 20 y 25 minutos, perdiendo al final su pureza sintomática y apareciendo sus síntomas mezclados con los de la fase simpaticotónica siguiente.

No voy a entrar en detalles minuciosos respecto a la técnica de la prueba de la adrenalina pues son de sobras conocidos, manifestando que he usado casi siempre la vía subcutánea, a pesar de que DANIELOPOLU cree debe ser reemplazada por la vía endovenosa. Para ello se funda en que la adrenalina es una substancia que se destruye muy rápidamente en contacto con los tejidos, lo