

## CIÁTICA POR TUMOR RENAL

Dr. A. VIÑAS CARRÉ

**I**NTERPRETEMOS primeramente la siguiente historia clínica: M. F. A., natural de Barcelona. Edad, 66 años. Sin antecedentes hereditarios. Enfermedades anteriores sin importancia. Obesidad. Dice que los familiares la consideran quejicosa.

En el recorrido de los dos últimos años tuvo cuatro cólicos agudos localizados en hipocondrio izquierdo y región umbra izquierda que compelió, uno de ellos, a guardar cama dos días. Sin síntomas urinarios. Fué diagnosticada de litiasis renal izquierda con imagen calculosa negativa por motivo de la obesidad de la enferma o bien a la composición del cálculo que no proporcionó imagen opaca a R. X.

En el último año aqueja con frecuencia dolores neurálgicos — e inclusive ululando debido a la agudez de ellos — en las extremidades inferiores, particularmente en la pierna izquierda, con síndrome ciático; tratándose con preparados de azufre y con diatermia.

Hace un mes repara incontinencia orina, con micciones voluntarias; ligera polaquiuria y disuria terminal, por lo que ingresa en nuestro servicio.

*Exploración:* Después del interrogatorio procedemos a la sistemática recogida de orina, que en este caso — por ser mujer — se hace con sondaje. Orines turbios. Y en la segunda visita apreciamos residuo vesical de 425 cc.

Por la exploración abdominal se valúa una tumoración en hipocondrio izquierdo, con ligero peloteo, no desplazable en sentido lateral, de un diámetro de 15 cm. aproximadamente. Sin timpanismo por delante de la masa tumoral.

Tobillo izquierdo edematoso. Ligera parálisis motora y sensitiva de la pierna izquierda. Menopausia hace 15 años. Presión arterial, 20/11.

Tacto vaginal normal.

*Análisis de orina global:* Albúmina negativa. Reacción ligeramente alcalina. Sedimento: Leucocitos abundantes y algunos colibacilos.

*Cromocistoscopia:* R. D., 5'; R. I., 6'. En ambos de color e intensidad normal.

*Separación orines:* R. D. Urea, 17 por 1000. Escasos leucocitos, sin cristales ni cilindros. R. I. Urea 10 por 1000. Leucocitos y bacilos coli, abundantes. Sin cristales ni cilindros.

*Urea sangre:* 0,36 por 1000. *Wassermann:* negativo.

*Intradermorreacción de Cassotti:* negativa.

*Trajecto intestinal:* Ptosis del colon transverso en forma de V, con desplazamiento del ángulo esplénico hacia arriba y por encima de la masa tumoral opaca. Como si dicha masa se hallase circunscrita por un marco formado por el colon transverso y el colon descendente.

*Pielografía ascendente:* R. D. capacidad 5 c. c. de la solución de contraste. Pelvis y cálices normales. R. I. capacidad 9 c. c. Pelvis dilatada. Cálices alargados en forma de patas de araña. Sombra tumoral en el polo inferior del riñón. Uréter izquierdo desplazado hacia la derecha, por fuera de la columna vertebral, lindando con el uréter derecho (véase pielografía).

Fué intervenida por vía lumbar, no lográndose su extirpación por las múltiples adherencias con la columna vertebral.

*Diagnóstico:* Hipernefroma.

### Comentarios

Se promovió, primero, la radioscopia intestinal por creer en la probabilidad de un tumor intestinal o de mesenterio, ya que faltaba a la percusión el timpanismo del intestino por delante de la masa tumoral (frecuente en los tumores renales por ser retroperitoneales). Además, de la tríada sintomática de los tumores de riñón (dolor, tumor, hematuria) faltaba el síndrome principal: la hematuria. Pero con el trayecto intestinal eliminamos el presagiado tumor de colon. Así, para orientarnos a favor de un tumor renal faltaba el clásico paso del colon por delante de la masa tumoral, si bien en algunos voluminosos tumores renales es asiduo el desplazamiento del colon, igual que el caso que nos ocupa.

Fué la pielografía quien endilgó el diagnóstico de tumor renal. La observación curiosa de nuestro caso es la preponderancia del dolor radicular «ciático».



Por otra parte, las pruebas funcionales renales dieron un resultado muy vacilante hacia el credero tumor renal. Desde luego, estas irregularidades son acaccederas y podemos impugnar el criterio afirmativo que dice «un tumor abdominal con un buen funcionamiento renal del mismo lado no puede ser un tumor renal; mientras que la alteración funcional indica con seguridad dicho origen». Este criterio podemos, además, refutarlo si evocamos aquellos casos de tumores abdominales — no renales — con alteraciones funcionales de los riñones; sea por nefritis o por acción inhibitoria funcional.

Todos los urólogos pueden presentar casos de tumores renales con pruebas funcionales normales no obstante la destrucción de una buena parte del riñón. Contrariamente, en la tuberculosis renal basta una lesión inicial para darnos

unas pruebas funcionales anormales. Bien se comprende si consideramos que, en el tumor renal, la lesión está localizada solamente en el parénquima destruido (no obstante la posibilidad de extenderse la lesión); pero bastará un resto de parénquima no invadido para darnos una cromocistoscopia normal. No ocurre así en la tuberculosis renal, en la cual la lesión invade prontamente todo el parénquima.

Verdaderamente, la incertidumbre con las pruebas funcionales en los tumores de riñón impide diagnosticar en sus comienzos un tumor renal. A propósito de estas pruebas, las más empleadas son con el azul de metileno, con el indigo-carmil y con la fenolsulfonaftaleína, considerando a esta última la de resultados más ciertos.

Con referencia a la ligera *parálisis* que presentaba en la pierna izquierda, debe hacer pensar en una ciática por neoplasia, sea por compresión, sea por infiltración de células cancerosas. Recordemos que a toda enferma histerectomizada por cáncer la aparición de neuralgia ciática es síndrome de recidiva.

Con referencia a los *dolores* de la enferma — el actual de tipo ciático y los anteriores de tipo cólico-nefriticos — veamos una exposición diferencial.

Todo tumor renal al empezar su evolución es indoloro, aun mediante la palpación, e indoloro continuaría si no fuese por la acción coadyutoria de otro tropiezo. Este puede ser de causa renal propiamente dicha (aumento de la presión intrapélvica — coágulo, cálculo, hidronefrosis, acodaduras de uréter —, ya que al distenderse la pelvis renal se rompe el equilibrio hidrodinámico entre la presión de la secreción de la orina y la presión de excreción; consecutivamente se producen pequeñas extravasaciones por los cálices motivando el dolor renal — igualmente los observamos al practicar una pielografía ascendente si forzamos la capacidad pélvica). También los dolores pueden ser de causa extrarrenal, por compresión sobre otros órganos o por invasión — metástasis — sobre las raíces posteriores de la médula. Caracteriza a estos últimos su aparición sin causa justificada, pertinaces y constantes aun durante el reposo, exacerbándose con los movimientos.

El diagnóstico diferencial debemos hacerlo con:

La litiasis renal, si bien el dolor en ésta es siempre agudo o subagudo (recordar que la obstrucción por coágulo puede dar igual cuadro).

En la hidronefrosis, e igualmente en las acodaduras de uréter, como asimismo en las nefroptosis, el dolor es siempre consecuencia de influencias exteriores.

En la tuberculosis renal — caso de no encontrar el bacilo de Koch — el pus puede temporalmente apelonarse en el uréter dando lugar a crisis subagudas, de igual manera por aumentar la presión intrapélvica.

En las nefritis llamadas quirúrgicas es donde existe mayor confusión con el dolor. Con las neuralgias de las raíces medulares, espondilitis, afecciones discos intervertebrales, etc., y por invasión metastásica, es donde el diagnóstico resulta más difícil. Pero la pielografía — particularmente la ascendente — dará el diagnóstico, evitando los posibles errores que puede dar un pielograma (aun con técnica perfecta). La descripción de estos errores ocupará otro trabajo.

Con la ciática existen otros diagnósticos diferenciales (diabetes, sífilis, tabes, sarcoma región glútea, de origen gonocócico, etc), pero haría interminables estas notas.

Falta buscar la causa de la *retención vesical* de la enferma. Fácil es la explicación acogiéndonos a la compresión del tumor sobre las raíces posteriores de la médula, ya que producen una irritación del simpático, y consecutivamente originará un espasmo — posteriormente hipertonia — del esfínter interno de la vejiga.