

LA HEMATURIA EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LOS TUMORES DE RIÑÓN

Dr. J. MUÑOZ ESCODA

CONSIDERAMOS superfluo desde el punto de vista operatorio la división de los tumores renales en benignos y malignos, ya que su idéntica sintomatología inicial y su imposibilidad de diferenciación macroscópica, los abocan a un fin exclusivamente quirúrgico (E. SIMON) (1). Por otra parte, la frecuencia degenerativa, de los llamados tumores benignos (WEPLER) (2), hace que puedan agruparse todos, urológicamente hablando, bajo un mismo común denominador llamado «cáncer».

Hasta la saciedad se ha dicho que el problema del cáncer es una cuestión de diagnóstico precoz, e indiscutiblemente sin éste, no existe terapéutica útil y el pronóstico se ensombrece. La dificultad de su extirpación y el peligro de la metastatización, se acentúa a medida que va transcurriendo el tiempo y es verdaderamente desolador comprobar el débil porcentaje de los enfermos que llegan no ya oportunamente al tratamiento quirúrgico, sino a la exploración urológica en óptimas condiciones.

De aquí se desprende que MARION (3), en términos generales señale un 75 % de recidivas en los casos operados, de los cuales el 50 % sobrevienen al primer año, y que KOLMAJER (4) dé la cifra del 32 % de inoperabilidad quirúrgica, reiterada por PIGNALOSA y FERNÁNDEZ (5), en el estudio hecho sobre enfermos reconocidos en la Clínica Urológica de la Universidad de Milán.

En nuestra práctica particular, hemos recogido 12 casos entre definitivos y dudosos, de los cuales 7 han sido tratados quirúrgicamente, 3 de manera sintomática por las metástasis existentes, 1 cuyo diagnóstico clínico espera comprobación operatoria, y 1 cuya sintomatología típica no ha podido ser confirmada por rechazar el paciente toda exploración definitiva.

Su estudio presenta todos los matices de las dificultades diagnósticas y terapéuticas de estos casos; diagnóstico incompleto, diagnóstico y tratamiento precoz, diagnóstico precoz y tratamiento tardío, diagnóstico y tratamiento tardío, y abstención de todo tratamiento que no sea el sintomático.

¿Es que no existen síntomas de precocidad suficiente? ¿Se valoran los mismos en su sentido más estricto? ¿O es que el enfermo, dado el lento crecimiento del tumor y las escasas molestias de su fase inicial, anda remiso en la exploración que se le indica? Todas estas causas existen, pero debemos recordar la importancia del médico en los dos períodos, por los que pasan casi siempre esta clase de pacientes: el sintomático y el urológico, y subrayar el papel preeminente del mismo en su primer estadio, ya que su precisa valoración sintomática depende que su colaboración con el especialista sea oportuna y eficaz. La expectativa a la reiteración sintomatológica, o a la aparición de la trilogía clásica, hematuria, dolor y tumor, suele verse con harta frecuencia, y es causa de retrasos irreparables.

Examinando cada síntoma de por sí, dejando aparte el valor en su aparición cronológica, se comprende que sea la hematuria, la que por su espectacularidad puede dar origen al diagnóstico precoz, no sin que por esto se desestimen los otros dos, máxime en una enfermedad de pronóstico tan sombrío.

El dolor raramente se presenta como síntoma inicial y único, sino que casi siempre acompaña, sigue o precede a la hematuria. De tipo gravativo, no presenta crisis, sino a la expulsión de coágulos, es la sensación dolorosa vaga, el malestar lumbar unilateral, no influenciado por el reposo y la fatiga, la que acostumbra a aquejar estos enfermos, siendo su origen referible a la congestión transitoria del riñón, o a las hemorragias que ponen en tensión su cápsula. Sólo cuando el tumor ha alcanzado proporciones considerables, se hace intolerable por su carácter continuo, lancinante y su irradiación a ingles, muslos y testículos, debiendo imputarse entonces a fenómenos compresivos del plexo lumbar, y por tanto de valor nulo para el diagnóstico precoz.

En cuanto al tumor, rara vez constituye una manifestación clínica inicial encontrada por el propio enfermo; es generalmente un hallazgo médico del período avanzado, que sólo tiene un valor precoz en la infancia, en la cual precede casi de manera sistemática a la hematuria y al dolor (E. W. LEXER y P. CAPACCI) (6).

Es indiscutiblemente la hematuria el síntoma clínico más importante de la triada, ya que por su espectacularidad pone en guardia al enfermo y orienta al médico. Su porcentaje como primera manifestación de tumor renal, es de un 50 % según la mayoría de autores. P. CAPACCI (7) lo eleva a un 76 %, y K. BOSHAMER (8), a un 80 %. Nosotros, dentro de nuestra modestísima aportación, lo encontramos como sintoma precoz, en los 12 casos que reseñamos. De características propias, se distingue fácilmente de las otras hematurias de tipo renal, dato de gran valor clínico para la orientación hacia la posibilidad neoplásica. Insidiosa, espontánea y caprichosa, se manifiesta sin fenómenos premonitorios, sin causa evidente y con gran asombro del enfermo. Indolora en su iniciación, pierde este carácter ante la expulsión de un coágulo. Su carácter de intermitencia, le permite periodos de completo silencio, que pueden oscilar de días a meses o años, con orinas tan claras en los periodos de quietud hemática, que son un escollo contra el cual hay que luchar constantemente, ya que influye de manera desfavorable sobre el paciente, haciéndole olvidar su enfermedad, e incluso sobre el médico, que lo atribuye a una causa banal, perdiéndose un tiempo preciosísimo para el diagnóstico precoz. La forma alargada, vermiforme o de mulde ureteral que presenta algunas veces el coágulo, tiene su valor para el diagnóstico diferencial, aunque su constancia deja mucho que desear. Igual creemos que sucede con los coágulos blandos, filamentosos, semitransparentes y de color rojoamarillento, formados por el exudado seroso procedentes de los cordones tumorales, y que según ISRAEL (8), asegurarían el diagnóstico de neoplasia.

Desaparecida la hematuria macroscópica, debemos pensar en su existencia microscópica, y su búsqueda constante se impone, cuando por exclusión no encontramos otra orientación para el diagnóstico. N. G. HALE y C. E. BURKLAND (9), en un protocolo de 6.576 autopsias practicadas en el «Aucker Hospital», de Saint Paul, Minnesota, la encuentran en 13 de los 54 casos de tumores renales, no bien diagnosticados en vida por insuficiente manifestación clínica, a pesar de la existencia en alguno de ellos, de metástasis neoplásicas en otros órganos.

Finalmente, puede inducir la presencia de la orina hemática a la búsqueda en la misma de la metahemoglobina, patognomónica del hipernefroma, según NICOLAS (8).

Sin embargo, sus caracteres bien definidos no eximen de establecer el diagnóstico diferencial con otras enfermedades hematóricas renales, principalmente con la tuberculosis, la litiasis, la pielonefritis hematórica, la glomérulonefritis, los tumores ureterales y la llamada hematuria esencial.

La hematuria tuberculosa se presenta con relativa frecuencia como síntoma inicial, tendiendo a disminuir a medida que progresa la enfermedad, al contrario de lo que sucede en los procesos cancerosos. Por otra parte, el cortejo de síntomas clínicos que la acompañan (orina piúrica, etc.), o que se hallan en la exploración urológica y bacteriológica, la ponen rápidamente en evidencia.

La calculosis es de fácil exclusión radiográfica.

Algo más dificultosa es la diferenciación de la pielonefritis hematórica, si bien las crisis febriles y la presencia de pus pueden orientarla fácilmente, a pesar de la posible infección secundaria de la neoplasia renal. La unilateralidad y la pielografía ascendente la pondrán en evidencia en todo caso.

De fácil diferenciación para el clínico es la glomérulonefritis con su hipertensión, albuminuria y hematuria sin coágulos.

En cuanto a los tumores ureterales, su diagnóstico es difícilísimo incluso para el especialista, ya que la orientación clínica basada en las observaciones de ROBRITUS (10), que considera como patognomónico la hematonefrosis intermitente en el curso de la hematuria, debida al atascamiento en el uréter de parcelas tumorales, son de interpretación muy dudosa y asimismo es muy relativo el valor que puede suministrarnos la intensa hematuria provocada por el paso de la sonda en el ureter.

El escollo mayor lo encontramos de todas maneras en la llamada hematuria esencial, ya que sus caracteres pueden ser los mismos que la del cáncer del riñón, y su diferenciación clínica imposible. La pielografía ascendente (GIBERT (11), FRANCOIS (12), ILLIES (VON) GESA (13), JASIEWSKY (14), JUDSON (15) y SCHNEIDER (16)), las pruebas funcionales de riñón, separación, indigocarmín (ANNEMARIE SCHNEIDER) (17), la prueba de S. U. A., según REHEN (18), (H. LÖECHNER (19) y DERS (20) y H. SCHNEIDER (21). El signo de BEGG (22) y en el último caso la lumbotomía exploradora, podrán dar la clave del diagnóstico.

La diferenciación se favorece mucho, cuando al síntoma base hematuria, se sobreañade el de tumor o dolor. Ante la manifestación hemática y el aumento de la masa renal comprobado por palpación o radiografía, debe descartarse inmediatamente la hidronefrosis y el riñón poliquistico, el primero de fácil diferenciación por el cauterismo y pielografía, y el segundo por su bilateralidad y clásico alargamiento de la imagen pielográfica de los cálices. También el completo examen urológico excluye el síntoma dolor sobreañadido a la hematuria, y aunque excep-

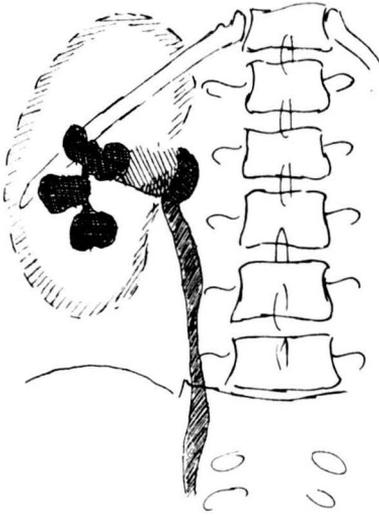


Figura 1

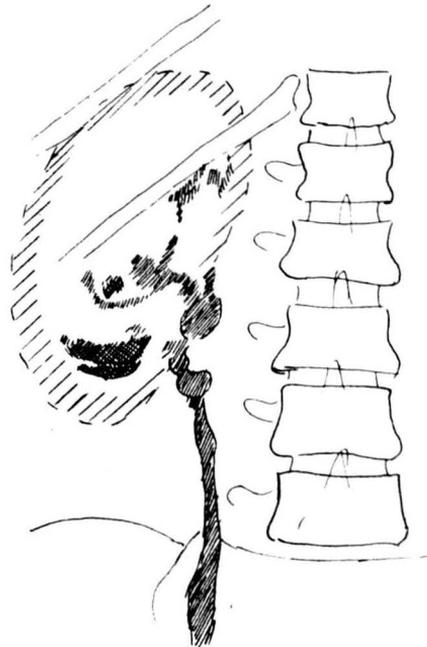
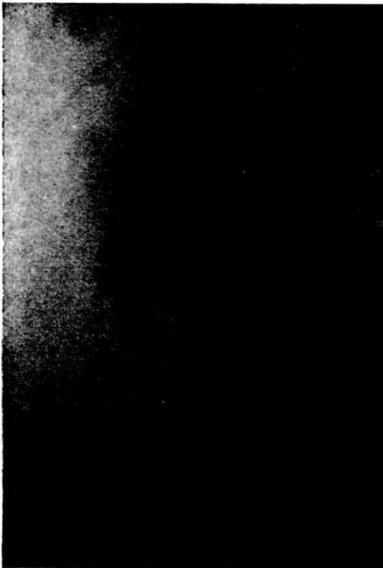


Figura 2

cionalmente pueda presentarse una nefritis hematúrica dolorosa, verdadero escollo para el diagnóstico, su valor es relativo, ya que la intervención operatoria se impone de manera inexorable lo mismo que en el cáncer (MARION) (3).

Sea, pues, el tipo que sea, la hematuria renal representa el síntoma clínico inicial en que se basa la máxima posibilidad para el diagnóstico precoz del cáncer de riñón, y ante su presencia, la colaboración del médico de cabecera con el urólogo es imprescindible y única para la confirmación o negación del hecho.

En el siguiente cuadro y de manera esquemática, exponemos resumidos nuestros casos clínicos y el valor comparativo del tiempo de la aparición de la hematuria, en relación con los demás síntomas, así como tratamiento efectuado, diagnóstico histo-patológico y evolución posterior.

CASOS	RELACION DE LOS SÍNTOMAS CON LA 1.º EXPLOR.				TRATAMIENTO	Diagnóstico Histopatológico	OBSERVACIONES
	HEMATURIA	DOLOR	TUMOR				
			Observ. paciente	Observ. médico			
1.—M. B.	10 meses antes	no	no	no	Nefrectomía	Epitelioma o tumor de GRAWITZ	Metástasis pulmonar y fallecimiento al año y medio
2.—J. C. A.	10 meses antes	concomitante	no	si	Sintomático	—	Metástasis genital concomitante
3.—M. T. F.	2 meses antes	no	no	si	Sintomático	—	Metástasis hepato-biliar concomitante
4.—A. A. V.	1 1/2 año antes	después	no	no	Nefrectomía	Epitelioma células claras	Continúa bien a los tres meses
5.—N. R. L.	2 años antes	concomitante	no	no	Nefrectomía	Carcinoma adenomatoso tubular	Continúa bien año y medio después
6.—A. L. R.	1 1/2 año antes	después	si	si	Lumbotomía	Rabdomiosarcoma	Fallece de shock
7.—R. B. L.	1 mes antes	no	no	no	—	—	Se niega a la exploración pielográfica
8.—S. T.	8 días antes	concomitante	no	si	Nefrectomía	Carcinoma tubular	Continúa bien al año
9.—L. A. G.	3 años antes	después	no al principio	si	Nefrectomía	Epitelioma de células claras	Fallece de shock
10.—J. S. G.	6 meses antes	si	no	si	Nefrectomía	Epitelioma cordonal	Continúa bien a los nueve meses
11.—J. M. S.	5 años antes	no	no	si	Sintomático	—	Paget? Carcinomatosis concomitante?
12.—S. S. M.	4 años antes	no	no	no	Sintomático	—	No se acepta tratamiento quirúrgico

Caso número 1. — M. B., 60 años, viuda.

Hace diez meses observó orina totalmente hemática durante una sola micción. Repetido el síntoma varias veces a largos intervalos de tiempo, no le da importancia, por no presentar dolor ni otra clase de molestia. Es accidentalmente que nos consulta el caso.

A la exploración clínica (febrero 36), no se aprecian masas renales ni puntos dolorosos. Orinas clarísimas. La cromocistoscopia no inicia alteración vesical alguna, con normal eliminación del indigo carmín, en ambos riñones. Pocos días después, y en el curso de una nueva hematuria, puedo comprobar por cistoscopia que la orina del riñón izquierdo es fuertemente hemática. La prueba del indigo nuevamente efectuada, así como la separación de orina, no acusa diferencia ostensible entre riñón derecho y riñón izquierdo, salvo la hematuria izquierda. El pielograma retrógrado (Fig. 1), pone en evidencia una tumoración en cáliz superior, que invade la pelvis del R. I. Se aconseja su extirpación que es rechazada.

Cinco meses después veo nuevamente a la enferma, la cual sólo últimamente he presentado una discreta hematuria que la induce a un nuevo reconocimiento. Esta pielografía (Fig. 2), evidencia los progresos de la enfermedad.

Nefrectomía laboriosa, pero sin incidentes. Alta de clínica a los 18 días. Pieza anatómica (Fig. 3). Diagnóstico histopatológico: Epitelioma o tumor de GRAWITZ.

Según referencias familiares, la enferma falleció año y medio después, debida a una metástasis pulmonar.

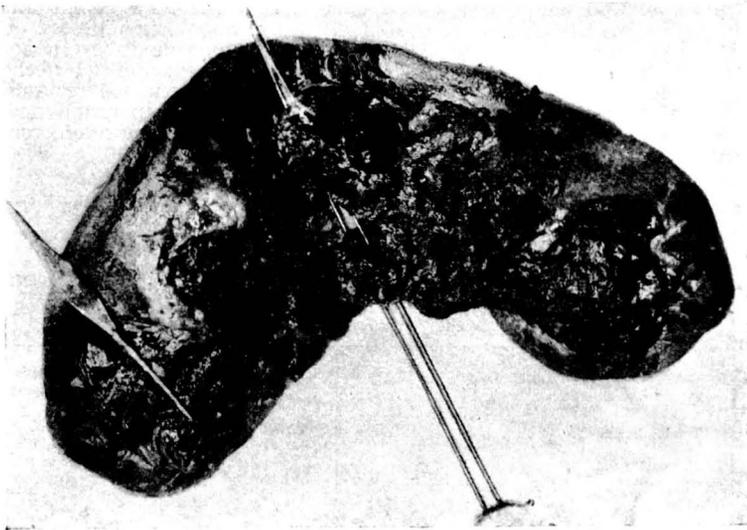


Figura 3

Caso número 2. — J. C. A., 53 años, casada.

Hace diez meses hematuria total indolora y espontánea que la observa de madrugada y durante una sola micción, apareciendo después un cólico nefrítico derecho, de caracteres típicos y gran intensidad. Tres meses después, nueva hematuria y cólico, que cede al cloruro mórfico, calor local y hemostáticos. Orina clarísima en los períodos intermedios. Nueva hematuria espontánea e indolora, un mes después.

En el momento de la exploración (noviembre 40), orina de color y aspecto normal. Se aprecia, a la palpación, un riñón derecho ligeramente aumentado, muy desplazable, indoloro, pero de una dureza sospechosa. No se palpa el riñón izquierdo. La cistoscopia pone en evidencia una compresión vesical en su vecindad uterina, con vascularización acentuada y ligera edematización. Al índigo-carmin, el R. I. elimina azul intenso a los tres minutos, mientras que el R. D. inicia la eliminación a los seis, sin fuerza, babeante y con una coloración muy ligera, que no progresa. El pielograma retrógrado (Fig. 4) da una imagen decapitada de caliz superior, correspondiente una masa tumoral.

Reconocida ginecológicamente, se sospecha la existencia de una neoplasia maligna uterina, que desgraciadamente se confirma.

Es rechazada toda proposición terapéutica que no sea sintomática.

Caso número 3. — N. T. F., 60 años, casada.

Enferma con antecedentes hepato-biliares, desde hace 30 años.

Hace dos meses ligera hematuria espontánea indolora, observada sólo en alguna micción, en el curso de 48 horas. Orinas claras antes y después. Ninguna molestia vesical. Es en el curso de una crisis biliar que al examen se observa un aumento de la masa renal izquierdda, motivando mi intervención urológica.

(Noviembre 43.) Masa renal izquierda aumentada de volumen muy desplazable y con buen peloteo lumbar. Orina opalina. Cistoscopia, índigo-carmin y separación de orina completamente normales, salvo un considerable aumento de los hematíes en la orina procedente del lado izquierdo. El pielograma retrógrado evidencia una clara neoformación renal, por lo que antes del tratamiento quirúrgico y dado el precario estado de la paciente, no atribuido por nosotros a la neoplasia renal, se le practica una cuidadosa exploración funcional hepato-biliar, orientada hacia una probable neoplasia maligna de vías excretoras, desgraciadamente confirmada en consulta con el doctor Gallart.

Tratamiento sintomático. *Exitus letalis*, dos meses después.



Figure 4

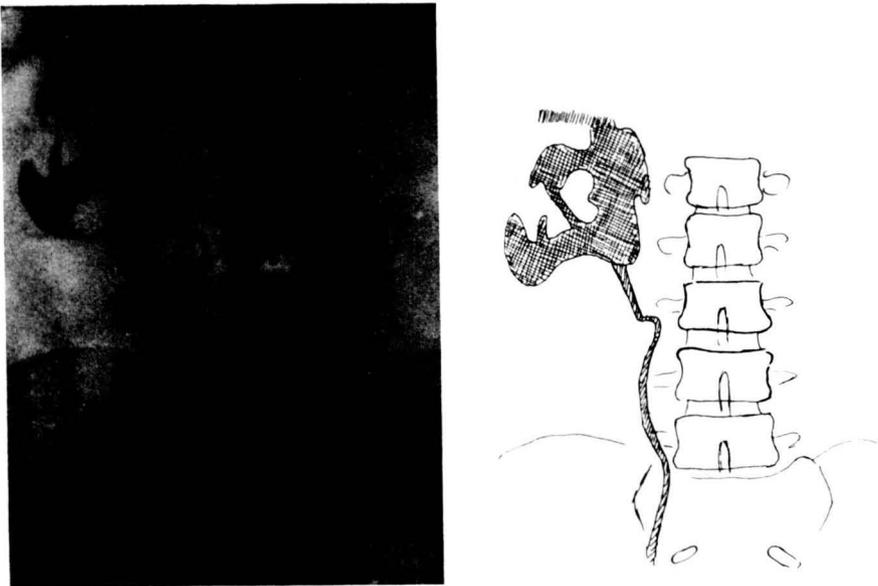


Figure 5

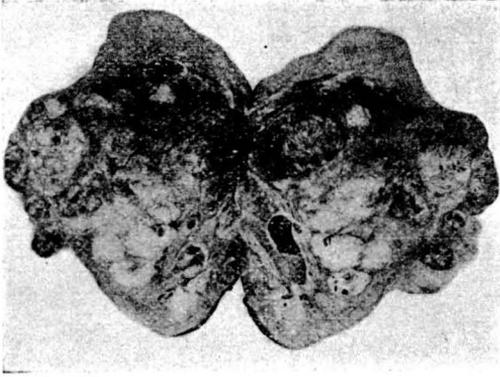


Figura 6

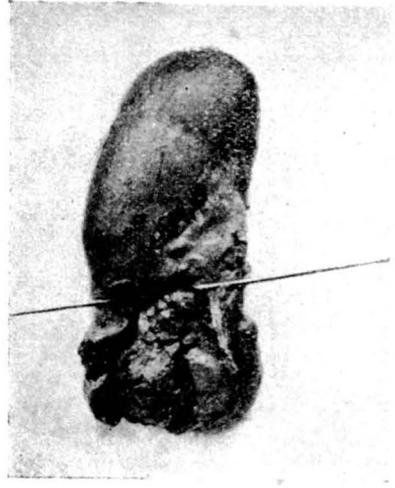


Figura 8

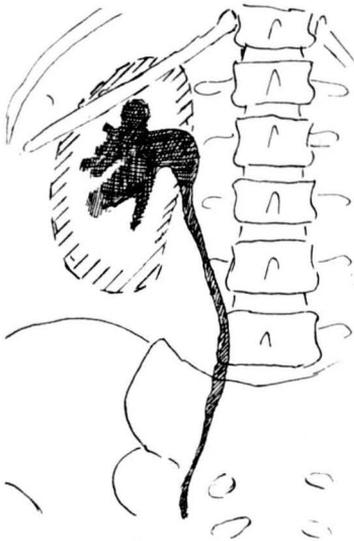


Figura 7

Caso número 4. — A. A. V., 57 años, casado.

Hace quince días hematuria espontánea, indolora y total, alternando según el paciente con alguna micción de orina completamente clara. Cólico nefrítico izquierdo a las 32 horas. Nuevas hematurias intermitentes y de color menos intenso los días siguientes. Hace seis días orina transparente. Ninguna molestia vesical.

Exploración renouretal negativa (noviembre 43). Orina clarísima. Sedimento escaso y sin valor. No se practica cistoscopia por negativa del enfermo. El examen radiográfico no acusa ninguna sombra calcuosa, y su urograma es normal en situación, forma y tamaño.

En junio de 1944 (siete meses después), se repite la hematuria con iguales caracteres. Exploración clínica negativa, con orina clara en el momento de la misma. A la cistoscopia, muy buena capacidad, mucosa y meatos normales. La prueba del indigo-carmin acusa una buena eliminación a los cuatro minutos para el riñón derecho. El R. I. solo la inicia a los nueve minutos regular, débil y sin progresión. El sedimento de la orina presenta hematíes en relativa abundancia. Se intenta una separación y pielografía ascendente que es rechazada, consintiendo sólo una descendente con uroselección B., cuyos resultados excrementadamente imprecisos sólo pueden orientar, y aún con reserva, hacia una probable deformidad de la pelvis renal izquierda.

No vuelvo a ver al enfermo hasta mayo de 1945, o sea año y medio después de su primera manifestación hemática, explicando que hace pocos días, y con motivo de una ducha fría, se ha presentado la hematuria con los mismos caracteres de siempre.

La exploración clínica continúa negativa. La separación de orinas no acusa ninguna diferencia en úrea y cloruros, entre el R. D. y R. I. y sólo en el sedimento se encuentran abundantísimos hematíes en la orina procedente del R. I. El pielograma retrógrado (Fig. 5), es bien demostrativo de la deformación pelocalicilar imputable, como todo el historial, a un tumor renal.

Nefrectomía (mayo 45), muy laboriosa, por la gran vascularización existente. Sección y ligadura baja del ureter. Ligadura por separado de los vasos hiliares. Extirpación de toda grasa perirrenal posible. Sutura en tres planos y pequeño drenaje de gasa. Pieza anatómica (Fig. 6). Diagnóstico histopatológico: Epiteloma de células claras. (Dr. Alvarez Zamora.) Alta clínica, cicatrizado por primera intención, a los quince días.

Caso número 5. — N. R. L., 53 años, casada.

Hace dos años hematuria total con dolor gravativo en región lumbar derecha, que no adquirió nunca la forma de crisis. Esta hematuria intensa al principio, persistió visible, aunque muy disminuída durante quince días. Orinas transparentes después. Ninguna molestia vesical. Hace diez días nueva hematuria total y completamente indolora, con alternativas de orina clara en el mismo día.

Exploración renouretal negativa. Orina clarísima. La cistoscopia no pone en evidencia ninguna lesión vésico-ureteral. La prueba del indigo-carmin es completamente normal, eliminando azul a los cuatro minutos con igual intensidad y ritmo en ambos meatos. No se practica separación de orina. El examen radiográfico simple sólo demuestra un ligero descenso del riñón derecho, sin ninguna sombra sospechosa de cálculo.

Un mes después, se repite la hematuria durante una sola micción. La cistoscopia practicada a los diez días posteriores y en plena nueva hematuria, comprueba que la sangre fluye del meato ureteral derecho. La separación de orinas da el siguiente resultado: R. D.: Urea, 5,88 %; cloruros, 4,12 %; albúmina, positiva. Sedimentos: Hematuria intensa, escasos leucocitos, gruesos elementos celulares probablemente epiteliales no identificables a células neoplásicas. Ningún germen. R. I.: Urea, 21,56 ‰; cloruros, 8,56 ‰; albúmina, indicios. Sedimento: Algunos hematíes, escasos leucocitos, ningún germen. El pielograma retrógrado (Figura 7), demuestra una deformación del cáliz inferior, que confirma nuestra sospecha de tumor renal.

En febrero de 1944, nefrectomía sin incidentes. Alta a los quince días.

En la pieza anatómica (Fig. 8), se comprueba la tumoración del cáliz inferior, cuyo examen histopatológico lo cataloga como carcinoma adenomatoso tubular. (Dr. Alvarez de Zamora.)

Caso número 6. — A. L. R., 17 años, soltero.

Hace año y medio, hematuria total espontánea indolora, con crisis de cólico nefrítico unas horas después, que obligó a varias inyecciones de cloruro mórfico. Repetición de la hematuria a los quince días, con los mismos caracteres, pero sin ninguna crisis dolorosa posterior. Orina completamente transparente entre una y otra hematuria.

Explica que se le practicó un examen urológico sin poder precisar diagnóstico, y una lumbotomía con biopsia, que no indicó ningún proceso neofornativo,

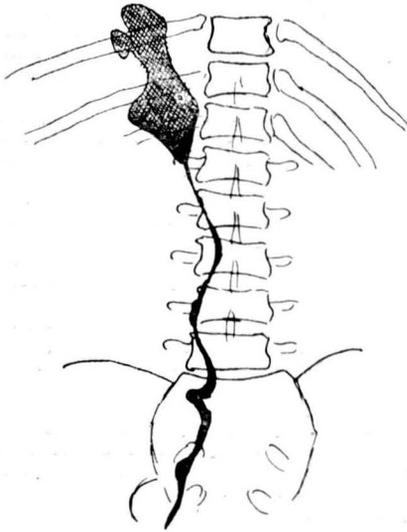


Figura 9

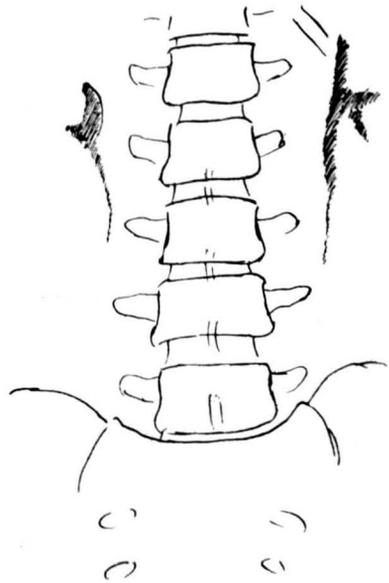


Figura 10

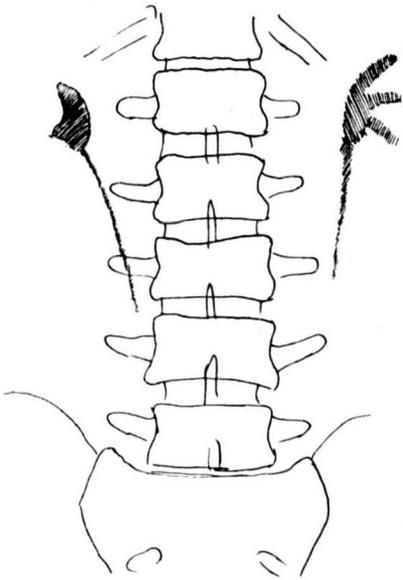


Figura 11

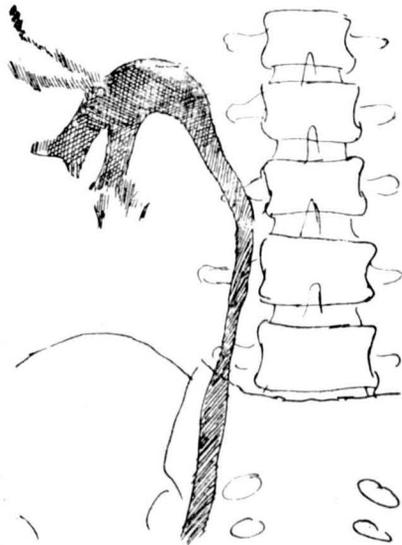


Figura 12

si bien el cirujano hizo a sus familiares algunas reservas sobre las posibilidades de un tumor maligno. Dado de alta, se repiten las hematurias con mayor intensidad, así como las crisis de cólico nefrítico, que se hacen casi constantes. Por esta época observa la presencia de una masa tumoral de rápido crecimiento, que le sobresale en el hipocondrio izquierdo.

A la exploración, palpamos esta masa que indiscutiblemente es de origen renal, y ocupa región lumbar e hipocondrio izquierdo, así como algo del vacío del mismo lado. Orina totalmente hemática. La cromocistoscopia no hace visible ninguna alteración vesicoureteral, eliminando azul intenso a los cuatro minutos el R. D., no así el R. I., que continúa mudo a los veinte minutos. El pielograma retrógrado (Fig. 9), nos muestra el desplazamiento y deformación de la pelvis por la gran masa tumoral. No se consigue recoger orina de este riñón. Velocidad de sedimentación globular, 136 mm. la primera hora. Contaje: leucocitos, 18,300; hematíes, 5,320,000 U.I. Fórmula: Neutrófilos polinucleares en banda, 13; segmentados, 70; juveniles, 4; linfocitos, 8; monocitos, 2.

Las crisis dolorosas son tan intensas, repetidas y rebeldes a toda clase de tratamiento, que se decide intervención.

(Febrero 1944). Incisión lumbar oblicua transversal ampliada. Disección laboriosísima que consigue aislar el polo inferior, siendo técnicamente imposible en su zona hiliar y polo superior. Exitus letalis dentro las 72 horas.

Biopsia: Rabdomioma (Dr. García Guardiola).

Caso número 7. — R. B. L., 38 años, casado.

Explica que desde hace algún tiempo y de manera intermitente, observa orinas más pigmentadas que lo normal, y que hace tres semanas, dado el aumento de esta pigmentación, se le practicó un examen de sedimento de orina, encontrándosele abundantísimos hematíes. Ninguna molestia dolorosa renovesical. Micciones con orina completamente transparente. Hace tres días hematuria total indolora, con expulsión de algunos coágulos y de una duración de 48 horas.

A la exploración (Mayo 44), no se aprecia nada de particular en su aparato genital. Orina transparente y de color normal. Por cistoscopia, mucosa vesical sana, y meatos ureterales normales. La prueba del índigo carmín no acusa diferencia alguna en tiempo, ritmo e intensidad. P. A.: 13-7. Ligerísimos indicios de albúmina. Abundantes hematíes en el sedimento. El examen radiográfico simple da urogramas normales en tamaño, forma y situación, no evidenciando ninguna sombra sospechosa de cálculo. La pielografía descendente con Uroselectan B., acusa una deformación de la pelvis derecha, que con rara constancia persiste a los 10, 20 y 30 minutos. (Figs. 10 y 11), dando la sensación de una masa que invade dicha pelvis.

Considero que es insuficiente este dato para un diagnóstico tan grave, pero creo que el mismo da pie a una sospecha que desgraciadamente no podemos aclarar por negarse el enfermo a todo cateterismo uretral y pielografía ascendente.

Caso número 8. — T. S. T., 64 años, viuda.

Hace ocho días que de manera brusca se inicia una intensa hematuria de tipo total con dolor gravativo en región lumbar izquierda, pero sin ninguna molestia a la expulsión.

A su examen (junio 44) tumoración renal izquierda de gran tamaño y bien desplazable. La pielografía ascendente (Fig. 12) es bien demostrativa de un tumor de polo superior por la decapitación y deformación de este cáliz.

La nefrectomía practicada poco después confirma el diagnóstico (Fig. 13) y el examen histo-patológico lo clasifica como carcinoma tubular (Dr. Alvarez Zamora).

Evolución normal. Continúa completamente bien a los 13 meses de la intervención.

Caso número 9. — L. A. G., 67 años, casado.

Hace tres años, hematuria total indolora, con intermitencias de orina clara. Pasa un año sin ningún síntoma, repitiéndose después la hematuria con los mismos caracteres. Esta hematuria de un mes de duración aproximadamente, va seguida de dolor lumbar izquierdo, de tipo gravativo, que nunca adquirió los caracteres de crisis. Hace dos meses observó una pequeña tumoración indolora en el hipocondrio izquierdo, así como la aparición de un varicocele en el mismo lado.

La exploración demuestra una tumoración móvil que ocupa la región lumbar, vacío e hipocondrio izquierdos. En el examen cistoscópico no se observa eyaculación sanguínea por ningún meato ureteral. A la prueba del índigo carmín, sólo elimina el R. D. a los cuatro minutos regular e intenso, no haciéndolo aún el R. I. a los 15 minutos. El sondaje, fácil en ambos uréteres, permite recoger orina clara, así como química y bacteriológicamente normal en el R. D., siendo imposible en el R. I., por obstrucción del catéter.

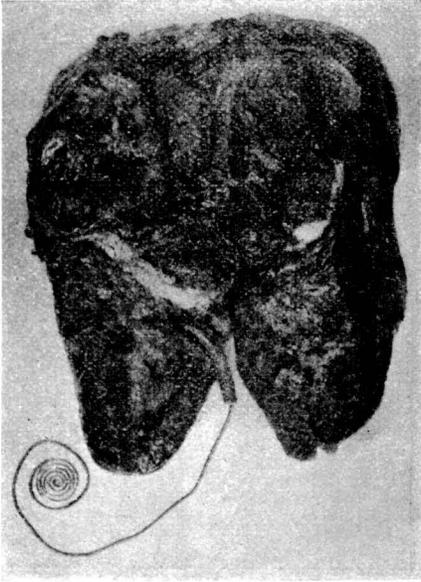


Figura 13

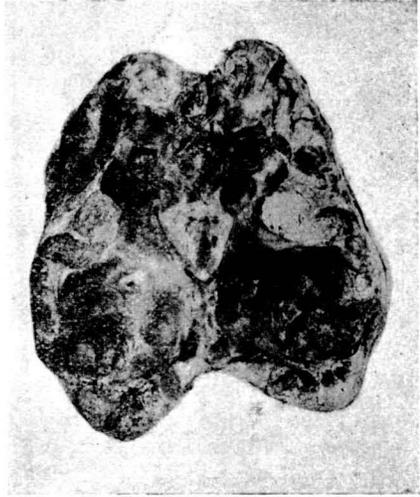


Figura 15



Figura 14



Figura 16

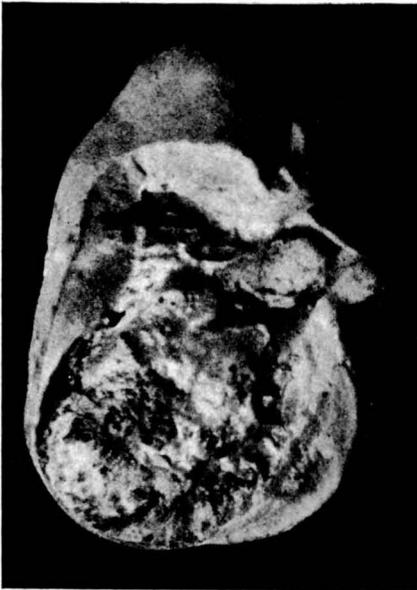


Figura 17

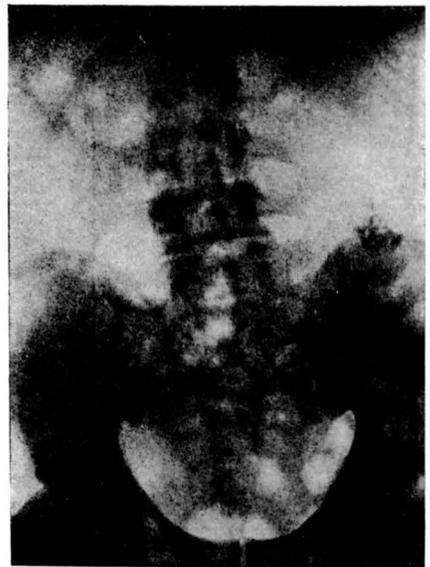


Figura 18

No se continúa la exploración por ingresar el enfermo en un centro hospitalario, al idicarle nuestro criterio eminentemente quirúrgico.

Seis meses después, acude nuevamente a nuestra consulta, deseando ser intervenido como ya habíamos propuesto. En la pielografía ascendente que practicamos ahora (Fig. 14), se observa la enorme dilatación y alargamiento de la pelvis y cálices, que hace pensar en un riñón poliquistico.

La intervención (marzo 45), permite un fácil despegamiento de toda la masa renal, a pesar de la gran vascularización existente, siendo extremadamente difícil el pedículo, por invasión neoplásica vascular. Ligadura en masa. Fallece a las pocas horas de shock postoperatorio. Pieza anatómica (Fig. 15). Diagnóstico histológico: Epitelioma de células claras. (Dr. Roca de Viñals.)

Caso número 10. — J. S. G., 60 años, casada.

En junio de 1944, hematuria total y espontánea con dolor difusa en región lumbar derecha. Expulsión de grandes coágulos en su iniciación, y persistencia de orinas de color café durante muchos días. Nueva hematuria al cabo de un mes, con los mismos caracteres. Reconocida por el médico de cabecera, señala la presencia de un riñón ptósico y aumentado de volumen. Cortos períodos de tiempo con orina completamente limpia. Hace tres semanas, cólico nefrítico derecho sin hematuria. Repetición a los diez días.

En el momento de la exploración (noviembre 44), orina turbio-hemática, con abundante sedimento moco-fibrinoso. Se comprueba el desplazamiento y el aumento de volumen del riñón derecho, así como su dureza atípica. La cistoscopia no revela anormalidad vesical alguna, observándose unas eyaculaciones hemáticas en el meato ureteral derecho. La prueba del índigo-carmin acusa una buena eliminación para el R. I., no así para el R. D. que la inicia a los diez minutos, con una coloración débil y sin progresión. El pielograma (Fig. 16), si bien no da ninguna imagen típica nos confirma la necesidad operatoria ante la ptosis, horizontalidad y deformidad del molde pélvico.

Nefrectomía derecha (noviembre 44), sin incidentes. Cicatrización por primera intención y alta a los quince días.

La figura 17 nos demuestra la progresiva invasión del tumor, desde el polo inferior hasta ocupar la pelvis, siendo curioso observar la desviación ureterovascular, debida al desplazamiento renal.

Diagnóstico histológico: Epitelioma cordonal (Dr. Roca de Viñals).

Caso número 11. — J. M. S., 65 años, casado.

Hace cinco años hematuria espontánea, total e indolora que duró sólo unas micciones y que desapareció sin dejar ninguna molestia. Ocho meses después se repite la hematuria con los mismos caracteres y así sucesivamente sin ciclo alguno hasta que en estos últimos tiempos aparecía ante cualquier transgresión de régimen o de trabajo. Orinas transparentes entre una y otra hematuria. Ninguna dificultad en la expulsión. El enfermo es tratado única y exclusivamente por antisépticos y sales litínicas.

La exploración efectuada en enero 1943, muestra un enfermo con franca tendencia caquética, de palidez pajiza, asténico y completamente inapetente. Orina totalmente hemática con algunos coágulos. La palpación aprecia una masa renal derecha muy desplazable, aumentada de volumen, deformada y situada en el vacío del propio lado. La dureza característica y las abolladuras existentes reafirman el diagnóstico. La cistoscopia sólo permite observar que sangra abundantemente el orificio ureteral derecho. La prueba del índigo-carmin es negativa para ambos lados. El examen radiográfico simple (Fig. 18), muestra una trama calcificada difusa en el lugar correspondiente al urograma derecho, llamando empero principalmente la atención las lesiones óseas generalizadas por todas las vértebras lumbares, sacro, ileon y cabezas de fémur que recuerdan las de la enfermedad ósea de Paget o más aún las de la carcinomatosis generalizada.

El diagnóstico clínico de neoplasia renal no pudo confirmarse de hecho por el precario estado del paciente que sucumbió antes de su ingreso en clínica, donde nos proponíamos estudiarlo detalladamente.

Caso número 12. — S. S. M., 68 años, casado.

Hematuria total indolora y de una sola micción en septiembre del 41. Ningún otro síntoma urológico. Desde hace unos días que observa orinas hemáticas aunque sin la menor molestia reno-vesical. Hace 48 horas hematuria intensa, total e indolora por la que acude a la consulta. Ninguna crisis dolorosa y sí ligero dolor gravativo en región lumbar derecha. Ninguna dificultad expulsiva. Chorro normal.

A la exploración (mayo 45) se palpan masas renales, ningún punto reno-ureteral doloroso. Próstata sin ningún carácter extraño. Orina totalmente hemática con pequeños coágulos alargados.

Por cistoscopia se comprueba que sangra el O. U. D. La separación de orinas da orina transparente químico-cito-bacteriológica normal para el R. I. y totalmente hemática para el R. D. El índigo-carmín no acusa diferencia ostensible. El examen radiográfico simple es negativo de cálculo. La pielografía derecha (Fig. 19), demuestra un alargamiento del cáliz superior y un ensanchamiento de la pelvis, sospechosos a todas luces (LOWSLEY KIRWIN) (23), así como una acodadura ureteral entre la 3 y 4 vértebra lumbar.

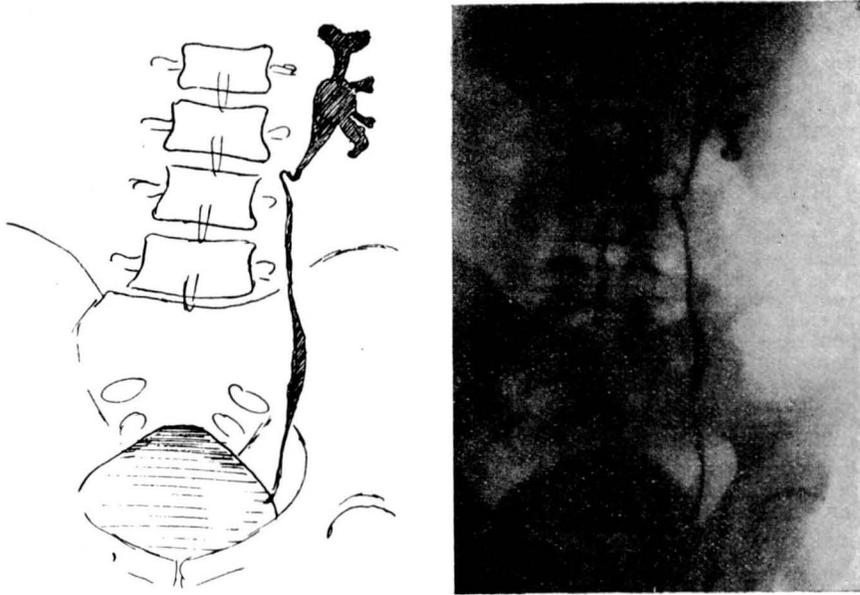


Figura 19

El reposo en cama y la medicación hemostática hace desaparecer la hematuria macroscópica, pero no la micoscópica. Quince días después nueva hematuria total con persistente dolor gravativo en región lumbar derecha. La cistoscopia confirma una vez más que la sangre procede del O. U. D. A pesar del reposo y terapéutica apropiada no desaparece la hematuria macroscópica, recidivando con gran intensidad doce días después. Franco descenso de su estado general.

Aconsejo tratamiento quirúrgico por creer en la existencia de un proceso neoplásico aunque con las reservas correspondientes para actuar en el momento operatorio, dada la acodadura coexistente.

CONCLUSIONES

Del estudio de estos casos, queremos sacar una sola conclusión que creo de gran valor clínico para el médico en general, como es la de señalar la importancia de la hematuria en el estado inicial del cáncer de riñón, algunas veces tan inicial que en los casos 5, 9, 11 y 12, se presenta a los 2, 3, 4 y 5 años, respectivamente, lo que de manera indiscutible antepone este sintoma a todos los demás e induce su presencia a la colaboración urológica inmediata venciendo la resistencia del paciente exacerbada por las espontáneas remisiones y carencia de otros síntomas. En los otros enfermos presentados, su precocidad es bien manifiesta con dos casos de año y medio de antelación al reconocimiento urológico, dos casos de más de diez meses y un resto entre una y ocho semanas.

El resultado médico-quirúrgico de los doce casos reseñados puede resumirse en la siguiente forma; cuatro curaciones, dos defunciones quirúrgicas (estado avanzadísimo del tumor), uno por metástasis, tres casos de inoperabilidad por metástasis concomitantes, un caso de diagnóstico clínico sin comprobación qui-

rúrgica y otro de prebabilidad clínica sin comprobación, que hacen un total de seis casos perdidos, dos no comprobados y cuatro curaciones operatorias (salvo metástasis).

B I B L I O G R A F I A

- 1.—SIMON, E.: Zeit. f. Urol. 38 (1944).
 - 2.—WEPLER: Citado por E. SIMON. Zeit. f. Urol. 38 (1944).
 - 3.—MARION: Traité d'Urologie, 1940.
 - 4.—KOLMAJER: Citado por P. CAPPACCI. Arch. Ital. Urol., 27 (1940).
 - 5.—PIGNASOLA y FERNÁNDEZ: Il tumori renali. Cappelli, 1938.
 - 6.—LEXER, E. W.: Zeit. f. Urol. 34 (1940)
 - 7.—CAPPACCI, P.: Arch. Ital. Urol. 27 (1940).
 - 8.—BOSHAMER, K.: Manual de Urología. Espasa-Calpe (1942).
 - 9.—HALL, N. G. y BURKLAND, C. E.: Jour. of Urol., T. XLIX (1943).
 - 10.—RUBRITIUS: Citado por P. CAPPACCI. Arch. Ital. Urol. 27 (1940).
 - 11.—GIBERT: Suc. de Chir. Lyon. — Lyon Chir. (1931).
 - 12.—FRANÇOIS: Arch. Urol. de Neker, XVIII—1925. Scalpel (1930).
 - 13.—GESA, ILLIES VON: Zeit. f. Urol. Chir. 34 (1932).
 - 14.—JASIENSKY: Journ. d'Urol. (1936).
 - 15.—JURSON: Jour. of Urol. (1938).
 - 16.—SCHNEIDER: Zeit. f. Urol. XXX (1936).
 - 17.—SCHNEIDER, ANNEMARIE: Zeis. f. Urol. T. 34 (1940).
 - 18.—REHEN y GMYNBURG: Klin. Wschr., 19 (1923).
REHEN: Arch. Klin. Chir. 126-359 (1923).
 - 19.—LÖCHNER, H.: Zeit. f. Urol. T. 36 (1942).
 - 20.—DERS: Zeit. f. Urol. 148 (1940).
 - 21.—SCHNEIDER, H.: Zeit. f. Urol. T. 34 (1940).
 - 22.—BEGG: Jour. d'Urol. (1935).
 - 23.—LOWSLEY y KIRWIN: Clínica Urológica (1945).
-