

MEDICINA ANATOMOCLINICA

Reunión Anatomoclínica del Hospital Central del Seguro Social
del sábado 22 de mayo de 1965.

Relator:

DR. HERMAN WEINSTOK.

Patólogo:

DR. SAEED MEKBEL.

RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA:

H. W. W. 64 años, masculino, negro, ingresó el 22 de abril de 1965 y falleció el 7 de mayo de 1965.

Antecedentes familiares:

Madre fallecida de A. V. C. Padre y dos hermanos fallecidos de causa no precisada. Tres hermanos aparentemente sanos. No hay antecedentes de TBC, ni diabéticos.

Antecedentes personales:

Chancro luético a la edad de 34 años, tratado por médico. Fractura expuesta de tercio inferior de pierna izquierda en 1934.

Fumador de 20 cigarrillos diarios durante 10 años, hasta hace 10 años. Ingestión alcohólica por 6 años no precisa la cantidad. No antecedentes de nicturia, disuria, edemas o hematuria hasta 2 meses antes del ingreso.

Enfermedad actual:

Dos meses antes de su ingreso acusa hematuria de 24 horas de duración más lumbalgia izquierda leve. Un mes después nota aparición de dolores tipo cólico dorsolumbares irradiados a epigastrio, que calmaban con los ejercicios y los cambios de posición, que permanecieron hasta el momento de su ingreso, con exacerbaciones periódicas. Desde 72 horas antes de su hospitalización, las orinas fueron solo de escasas gotas de orina hematóricas, acompañadas de tenesmo vesical. Concomitantemente edema bimaleolar de 8 días de evolución, anorexia, astenia y compromiso del estado general.

Examen físico: Pulso: 60 por minuto con arritmia extrasistólica. Pr. Ar. 120/70. Temp.: 36.8. Peso 104.5 Kg. Consciente. Mucosa bucal algo seca, dentadura incompleta con caries de III grado. Isocoria, con miosis bilateral, con reflejos lentos a la luz, opacidad de cristalinos, arterioesclerosis gr. II. Tiroides normal. No se palpan adenopatías, yugulares normales. Ruidos cardíacos suaves, soplo de eyección en foco aórtico. Arritmia por extrasístoles. Algunos estertores bronquiales en ambos campos.

Abdomen: meteorizado, tenso, pared no dolorosa a la palpación: Hígado a dos traveses de dedo bajo reborde costal con LMC. Bazo: no palpable. Giordano izquierdo (+). Hidrocele derecho. Edema de ambos tercios inferiores de extremidades, duro; lesiones tróficas de piel en regiones maleolares. Tacto rectal: próstata aumentada de tamaño gr. II lisa, no dolorosa.

Tratamiento:

Régimen anúrico con Miel Karo y Ginger Ale, en cantidades progresivas. Manitolización. Diarrea iatrogénica con aceite de ricino. Kay Exalate. Lavados vesicales con solución fisiológica. Diálisis con riñón artificial.

Evolución:

En las primeras 24 horas de hospitalización se obtuvo un volumen urinario de 150 cc. de orina francamente hematórica. En los días sucesivos se lograron obtener volúmenes que fluctuaron entre 500 y 700 cc. La curva ponderal descendió hasta 99 Kg. Se mantuvo en regulares condiciones generales, apareciendo en los últimos días antes de su fallecimiento respiración francamente acidótica. La curva de temperatura se mantuvo afebril, con dos ascensos de 37,6°C.

Se decide someterlo a diálisis con riñón artificial, basado en el empeoramiento clínico franco con escasa respuesta a las medidas indicadas.

Se inició la diálisis con heparinización regional, que fue suspendida por notar coagulación del sistema, y se continuó con heparinización sistemática, obviando el problema mencionado. Se lograron efectuar dos cambios, durante los que mostraba períodos de compromiso del sensorio hasta llegar a la inconsciencia, acompañadas de hipotonía muscular, hipotensión arterial, trastornos respiratorios centrales y periféricos; estos últimos hicieron pensar en la posibilidad de una embolia pulmonar. Se mantuvo moderadamente compensado haciendo dos paros cardiorrespiratorios; el primero salió con masaje externo, respiración asistida y oxigenoterapia; el segundo, ocurrido una hora después fue irreversible.

Mientras se practicaba respiración artificial se palpó una masa que se extendía de epigastrio a hipocondrio derecho, dura, de superficie ligeramente irregular y que excursionaba con los movimientos respiratorios, siendo posible pelotearla.

Discusión:

Nos encontramos ante un nefrópata cuya primera manifestación de enfermedad se remonta a 2 meses antes del ingreso, cuando presentó hematuria macroscópica 24 horas, asociada a leve lumbalgia izquierda.

Un mes después inicia lumbalgia izquierda tipo cólico, irradiando a epigastrio y que calma con los movimientos.

Ocho días antes de la hospitalización empezó con edema de miembros inferiores, duro y que no desaparece con los cambios de posición.

Tres días antes del ingreso aparece anuria, eliminando únicamente gotas de orina francamente sanguinolentas; anorexia, astenia y compromiso del estado general. Normotenso.

A su ingreso el hematocrito fue de 32 cc% y la Hb. de 9.3 g % con un nitrógeno ureico de 63 mg% y una creatinina de 6 mg%, Na de 141 mEq/l, K 6,4 mEq/l y CO₂ 56 vol.%.

Con los datos antes mencionados se impone el diagnóstico de insuficiencia renal aguda, de etiología oscura o ignorada.

Sometido a tratamiento conservador con ese diagnóstico en mente, su diuresis fue menor de 200 cc. durante los primeros 9 días de hospitalizado (12 días de anuria) y luego aumentó hasta alcanzar 700 cc. en 24 horas el día antes de su muerte.

Aunque químicamente la situación del paciente era muy buena, clínicamente se encontraba muy deteriorado, razón por la que se intentó dialisar con el riñón artificial tipo rotatorio Kolf Brigham, presentando paro cardiorespiratorio una y otra vez.

Durante el segundo y último paro mientras se practicaba masaje cardíaco externo y respiración artificial, se logró palpar, profundamente en el abdomen, una masa voluminosa dura, de superficie ligeramente irregular, que aparentemente se movilizaba con la respiración y que ocupaba todo el epigastrio e hipocondrio derecho.

Esquematisando el problema tenemos:

Paciente anúrico por necrosis tubular aguda, lo que se sustenta por haber cursado un período de anuria que se podría catalogar de clásico: más o menos 2 semanas de anuria.

La anuria se inició concomitantemente con leve lumbalgia izquierda, dolor distinto del que reportó como cólicos que irradiaban a epigastrio.

Masa dura, voluminosa, que aparentemente se moviliza con la respiración y cuya consistencia recuerda la encontrada cuando se practicó una biopsia renal, completamente a ciegas ya que en la Rx simple de abdomen no se visualizó el riñón derecho y el izquierdo era de tamaño normal, por lo que la biopsia se practicó tomando las medidas del riñón izquierdo y traspasándolas al derecho.

En conclusión:

- 1.—Hay que postular un tumor retroperitoneal derecho, ya sea renal o de las estructuras adyacentes. La movilidad durante la respiración apoya al riñón como sitio de asiento.
- 2.—Necrosis tubular aguda del riñón izquierdo, con o sin invasión tumoral de dicho riñón.
- 3.—Oclusión de vena cava inferior.

Tumores retroperitoneales más frecuentes: Liposarcoma. Leiomiomasarcoma. Linfomasarcoma.

LABORATORIO :

Fecha	Hb.	Hto.	VHS	Leucos	Eos	Band.	Seg.	Linf.	Mon.	NU	Creat	Na	K	Cl.	CO ₂	pH	Glic
22-IV				5.250						63	6	141	6.4		56		118
23-IV	9.3	32	37	9.650	6	3	77	14									136
26-IV					6	2	76	14	6	81	10.4	138	5.7				
27-IV	10.2	36								78.5	10.4	138	5.6	510	38	7.3	
30-IV	10.6									83.5	9.2	138	4.6	540	46	7.1	
3-V										81	9.6	144	4.6	520	38	7.1	
5-V										110	10.4	147	5.6		28		

Sodio y Potasio Urinario.

26-IV-65 Na: 12.9 mEq/lt. K: 18.4 mEq/lt.
 29-IV-65 Na: 12.9 mEq/lt. K: 18.4 mEq/lt.
 30-IV-65 Na: 13.9 mEq/lt. K: 17.2 mEq/lt.

23-IV-65: Prot. T.

Alb. : 7.15
 Colest. : 4.56
 Drepanocitos : 322
 : (—)

Hallazgos de autopsia:

En el momento de la autopsia, se apreció un individuo robusto con edema severo y úlceras en ambos miembros inferiores. Los pulmones pesaban en conjunto 776 gramos, eran libres e hiperémicos, con moderado enfisema de los lóbulos superiores. Había trombos en ramas secundarias y terciarias de las arterias pulmonares. El corazón pesó 399 gramos y sus cavidades estaban bien proporcionadas. La vena cava inferior estaba ocupada por un trombo reciente en toda su longitud, el cual se extendía por las venas pélvicas, pero respetaba las renales. El riñón derecho estaba ocupado en su casi totalidad por un tumor gris blanquecino homogéneo, pesando en total 2000 gramos y medía 20 por 15 por 13 centímetros, el cual envolvía totalmente la aorta, la vena cava inferior, la suprarrenal derecha e invadía la cabeza del páncreas (Figura 1). Los ganglios del pedículo renal y periaórticos medían hasta 2 cms. de diámetro mayor, pero no presentaban tumor. El riñón izquierdo pesó 285 gramos, estaba agrandado, decapsulaba con facilidad y presentaba en la corteza numerosos quistes de contenido seroso hasta de un cm. de diámetro; el resto de la corteza era pálido, con moteado violáceo y estrías del mismo color en la médula.

Microscópicamente, el tumor renal estaba constituido por células relativamente pequeñas, con núcleo oval ligeramente escotado y vesicular, nucleolado; el citoplasma era algo irregular (Figura 2). El aspecto del tumor era bastante uniforme. El riñón izquierdo presentaba necrosis tubular extensa (Figura 3).

Los diagnósticos anatómicos principales fueron:

Linfoma maligno (reticulosarcoma) del riñón derecho, con invasión de tejidos perirrenales, suprarrenal derecha y cabeza de páncreas.

Necrosis tubular aguda del riñón izquierdo.
Trombosis reciente de la vena cava inferior.
Tromboembolias pulmonares.

En resumen, estamos frente a un linfoma maligno de riñón derecho, probablemente primario. Esta es una entidad muy discutida y hasta negada por algunos (1), frente a la frecuencia con que el riñón participa secundariamente en los linfomas generalizados.

Únicamente hemos podido encontrar otros 2 casos en la literatura de linfosarcomas del riñón que puedan aceptarse como primarios (2, 3).

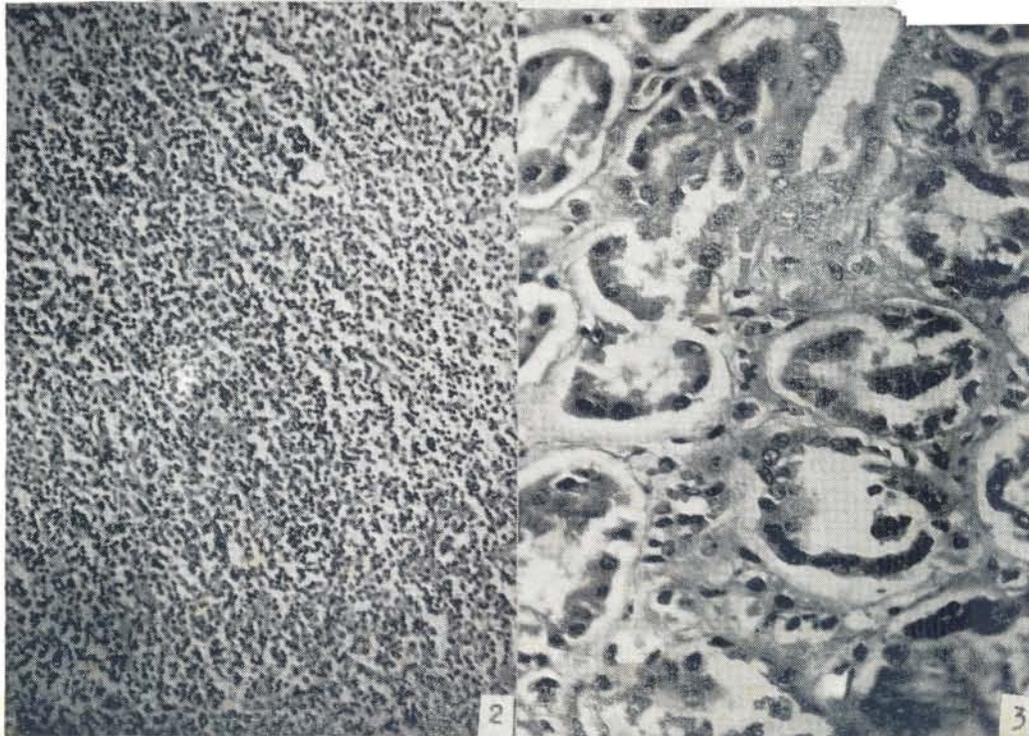
B I B L I O G R A F I A

1. GIBSON, T. E.
Lymphosarcoma of the Kidney J., Urol., 60:838, 1948.
2. DAVIS, F. M., y R. G. OLIVETTI.
Primary Lymphosarcomatosis of Kidneys, Adrenal Glands and Perirenal Adipose Tissue. J. Urol., 66:106, 1951.
3. KNOEPP, L. F.
Lymphosarcoma of the Kidney. Surgery, 39:510, 1956.

Figura 1.—Vista posterior del riñón derecho seccionado, mostrando el tumor, la vena cava inferior ocupada por un trombo, y la aorta.

Figura 2.—Aspecto microscópico del tumor, con proliferación celular bastante homogénea. H. E. 100x.

Figura 3.—Túbulos contorneados del riñón izquierdo, los cuales muestran necrosis extensa. H. E. 420x.



CRONICA

Autorizados para hacer el año de internado hospitalario el año de servicio médico sanitario del 1 de setiembre al 31 de diciembre de 1965

Dr. Sergio Guido Carvajal	7	Setiembre	1965
Dr. Orlando Jaramillo Antillón	14	Setiembre	1965
Dr. Oscar Ferraro Dobles	28	Setiembre	1965
Dr. Aníbal González Barrantes	19	Octubre	1965
Dr. Francisco Quintana López	19	Octubre	1965
Dr. Juan R. Herrera Induni	9	Noviembre	1965
Dr. Miguel A. Sanchún Cárdenas	9	Noviembre	1965

Médicos debidamente inscritos en el Colegio de Médicos y Cirujanos del 1 de setiembre al 31 de diciembre de 1965

Dr. Johnny Mora Balma	14	Setiembre	1965
Dr. Fernando González Ulloa	28	Setiembre	1965
Dra. Antonia García de Ruiz	28	Setiembre	1964
Dra. Delsa Rangel de Solís	28	Setiembre	1965
Dr. Javier Rojas Hernández	19	Octubre	1965
Dr. Fabio Cruz Briceño	26	Octubre	1965
Dr. Elías Sarquis Dejuk	2	Noviembre	1965
Dr. Enrique Quesada Solís	23	Noviembre	1965
Dr. Fernando Lobo Gamboa	23	Noviembre	1965

LA UNIVERSIDAD DEL VALLE
CALI, COLOMBIA S. A.
RESIDENCIAS EN ANESTESIOLOGIA
LOS CURSOS SE INICIAN EL 1º DE ENERO Y EL 1º DE JULIO
PROGRAMAS A DISPOSICION DE LOS INTERESADOS
HAY CUATRO PLAZAS VACANTES
DIRIGIRSE AL DOCTOR ELISEO CUADRADO
CARRERA 8ª. - SUR N° 10-13, PISO 3º (Tejares del Sur)
CALI - COLOMBIA