

DIAGNOSTICO

DE

LOS TUMORES MALIGNOS DEL RIÑÓN EN EL ADULTO ⁽¹⁾

POR ANTONIO MONTENEGRO

Este trabajo me ha sido sugerido por el mismo espíritu de colaboración que habrá animado a todos los congresales y responde también al deseo de reunir en un solo capítulo los medios más conocidos para el diagnóstico de los tumores malignos del riñón en el adulto, a fin de que teniéndolos presente no se equivoquen otros como me he equivocado yo algunas veces. Esta leal declaración involucra la de que no le temo a «la primera piedra» porque el errar es humano y el que afirma que no se ha equivocado, se está equivocando o se equivocará.

Al considerar las afecciones quirúrgicas del riñón, el problema que nos ocupa, y que se presenta frecuentemente en el mundo entero, el primer hecho digno de mención es que hay que pensar que el tumor maligno renal es mucho más frecuente en el hombre que en la mujer, entre los 30 y los 50 años de edad; entre los 12 y los 25 años casi no se observan en ninguno de los dos sexos.

Es de práctica corriente investigar los demás elementos para el diagnóstico entre los antecedentes hereditarios, familiares y personales del enfermo, del examen clínico y del laboratorio, de la cistoscopia, del cateterismo ureteral, de la radiografía sim-

(1) Trabajo presentado al Primer Congreso Argentino de Urología, Buenos Aires, 1937.

ple, de la pielografía por relleno y de la urografía por excreción dejando de lado la fonendoscopia, el neumoperitoneo y el enfisema perirrenal, útiles, seguramente, en algunos casos de diagnóstico difícil, pero que se han abandonado o han cedido su lugar a otros procedimientos más simples o más demostrativos. De éstos exclusivamente nos ocuparemos. Los tumores llamados latentes, porque durante mucho tiempo pasan totalmente desapercibidos para el enfermo, son rarezas clínicas de las que no nos vamos a ocupar y que basta con mencionar.

Poco valor tienen para el diagnóstico, a nuestro modo de ver, los antecedentes hereditarios y familiares del sujeto, ya que es cierto, desgraciadamente, que son numerosísimas las familias que cuentan en algunas de sus ramas con algún caso de tumor maligno de cualquier órgano, hecho que, si diéramos mucha importancia a estos antecedentes, nos obligaría a considerar como hereditarios a todos los tumores malignos del riñón del mundo entero, cosa que por lo menos no está demostrada.

De los antecedentes personales no podemos deducir tampoco, hoy, elemento de mucho valor para el diagnóstico en cuestión, ya que tampoco está probado que los traumatismos, inexistentes muy a menudo, tengan una influencia que no deje lugar a dudas en la formación de estos tumores, ni que los cálculos renales por traumatizantes que sean para el órgano, obliguen a pensar en tumor renal.

Día llegará en que se aclare más la etiología de los tumores malignos en general y entonces será posible que reconsideremos lo dicho y que pase a ser una verdad lo que hoy nos parece muy dudoso. Tengamos fe en el porvenir y en la ciencia.

De la clínica, es decir, del examen directo del enfermo, es de donde se obtienen la mayor parte de los datos suficientes para el diagnóstico, pudiendo ocurrir que sean evidentes todos los síntomas y que sean posibles todas las exploraciones, en cuyo caso el diagnóstico será fácil, o que sea difícil, pero no imposible, cuando falten los signos dominantes de la afección, especialmente la hematuria o el tumor.

El estado general del enfermo merece atención, no seguramente porque deba ser malo en todo momento de la evolución de un tumor renal, sino justamente por lo contrario, es decir, que sería un error desechar la idea de tumor maligno porque el sujeto no haya perdido peso, no esté anémico y conserve su apetito y la aptitud para desempeñar cualquier actividad. No; hay tumores malignos que durante mucho tiempo no alteran el estado general, y sujetos obesos, rubicundos y buenos *gourmants*, que pueden padecerlo.

Por otra parte, es exacto que por regla general y sobre todo en los períodos avanzados, los tumores malignos del riñón, como los de cualquier otro órgano, alteran el estado general disminuyendo las resistencias del organismo más o menos rápidamente.

Siempre es conveniente observar macroscópicamente la orina de los urinarios y, con fines de diagnóstico, no olvidar que fuera de los períodos de hematuria, la orina de los neoplásicos renales generalmente es casi siempre clara, a veces cristalina y que por lo tanto cuando sea turbia y purulenta no ha de corresponder a un tumor maligno del riñón sino más bien a lesiones inflamatorias comunes, primitivas o secundarias o a una tuberculosis del riñón.

Con todo, las orinas del neoplásico renal pueden ser turbias por sales, especialmente fosfatos y siendo así, no olvidar que esas orinas se aclaran totalmente agregándoles un ácido cualquiera y calentándolas.

La mayoría de los tumores del riñón evolucionan durante mucho tiempo sin temperatura, pero ello no implica que su existencia obligue a desechar la sospecha de tumor maligno nacida de otros síntomas, porque a veces, y desde muy precozmente, se observa una elevación moderada de la temperatura vespertina, sin grandes oscilaciones, interrumpida por días de perfecta apirexia.

La inspección de los flancos, de la región lumbar, de los órganos genitales en el hombre, y de los miembros inferiores, puede aportar algunos datos que sumados a otros más demostrati-

vos y revelados por otros medios de examen, harán inclinar el juicio en el sentido del diagnóstico que perseguimos.

Y así por ejemplo: se podrá observar en los casos de grandes tumores del riñón una deformación, levantamiento o abovedamiento del abdomen a la izquierda o a la derecha de la línea media, bajo el reborde costal y solamente de uno de los lados, pues las neoplasias renales casi siempre son unilaterales.

De manera que en caso de tumor renal, la inspección del abdomen puede ser positiva, pero en cambio, la de la región lumbar será negativa, pues los tumores renales en general evolucionan hacia adelante, como las de cualquiera víscera intraperitoneal y no hacia atrás, y nosotros afirmamos que cuando hay deformación de la región lumbar, en la inmensa mayoría de los casos no está en juego el riñón sino un proceso de vecindad de este órgano, como ser una perinefritis supurada, un absceso osifluente por tuberculosis de las vértebras o de las costillas, u otro proceso.

Para el diagnóstico que nos ocupa esta deformación de la pared lumbar por una tumoración tiene, pues, un gran valor, aunque sea valor negativo; sirve para afirmar: no es el riñón el enfermo.

La inspección de la piel del abdomen permite también constatar otro signo de tumor maligno del riñón que aunque algo tardío, pues se observa en los períodos avanzados de la enfermedad, puede tener algún valor real para el diagnóstico; es la circulación venosa complementaria, discreta en algunos casos, muy acentuada en otros, que si bien puede ser ocasionada por cualquier tumor abdominal que ocasione dificultades a la circulación de retorno, es dable encontrarla también en casos de tumores del riñón.

La inspección de las bolsas genitales revela en algunos casos un aumento de volumen a expensas del contenido en una de ellas debido a la dilatación varicosa de las venas del cordón espermático; es lo que se conoce con el nombre de varicocele sintomático de tumor maligno renal, revelador también de una

dificultad a la circulación de retorno, ya sea a nivel de la vena renal invadida por el tumor mismo o por los ganglios linfáticos afectados por la generalización del tumor.

¶ Pero para que este varicocele tenga valor diagnóstico, es necesario que se haya desarrollado con el tumor renal, es decir, que el paciente esté seguro de que no existían antes de la operación otros signos de neoplasia del riñón.

Este varicocele tendrá más valor diagnóstico cuando además de haber aparecido en la edad adulta, sea del lado derecho, pues es sabido que el varicocele simple o por reflujo, es casi siempre del lado izquierdo. Por lo demás, no es doloroso.

También en una época avanzada del tumor renal puede ser visible el edema de los miembros inferiores, que se acentúa en la posición vertical del sujeto enfermo, que no desaparece totalmente por el reposo en cama y que, como la circulación complementaria y el varicocele sintomático, indica una dificultad en la circulación venosa de retorno por compresión de los troncos venosos del abdomen y realiza esta compresión, en algunos casos, el tumor maligno del riñón.

Estando el sujeto en decúbito dorsal, la palpación permite encontrar otros de los signos importantes de la neoplasia renal y es la existencia de un tumor en el flanco; pero para que tenga valor diagnóstico, se necesita la seguridad de que se ha formado a expensas del riñón, lo que puede ser difícil sobre todo del lado derecho donde las afecciones tumorales del hígado o de la vesícula biliar, pueden prestarse a confusión.

De manera que si en algunos casos es fácil, en otros es difícil saber si está en juego el riñón y sería un error creer que por la palpación sola se ha de poder afirmar categóricamente, en todos los casos, que es de riñón el tumor del flanco.

Para que así sea debe en primer lugar tener contacto lumbar, lo que se puede demostrar por la palpación simple, por el método del peloteo renal de Guyon, por el deslizamiento de Israel y por algunos otros procedimientos, entre ellos, la maniobra nuestra que llamamos maniobra del peloteo invertido.

La palpación simple debe ser bimanual; con una mano, la correspondiente al lado enfermo, deprimimos la pared abdominal anterior a nivel del tumor, procurando insinuar los dedos bajo el reborde costal y colocando la mano que queda libre en la región lumbar, a nivel del ángulo costolumbar; si entonces se invita al enfermo a respirar profundamente y se hace presión a nivel del tumor, se percibe éste, a veces, con la mano posterior, pero solamente en los casos en que haya contacto lumbar, lo que aboga en favor de la localización renal. De paso, la mano anterior recogerá datos sobre el tamaño, la consistencia, la superficie, la sensibilidad y la movilidad del tumor del flanco; algunos tumores malignos del riñón son dolorosos a la palpación.

Los métodos de Guyon y de Israel prestan gran utilidad en la palpación renal, y, en cuanto a la maniobra que llamamos del peloteo invertido, consiste en colocar al enfermo en decúbito ventral, de manera que el abdomen del enfermo repose sobre la palma de la mano correspondiente al lado tumoral, mientras los dedos de la otra mano llenan el ángulo costolumbar; si en esta posición se invita al enfermo a respirar ampliamente y se flexionan con fuerza los dedos de la mano ventral, a nivel del tumor, si éste tiene contacto lumbar, se percibe francamente con la mano que ocupa el dorso.

Además del contacto lumbar, para que sea atribuible al riñón el tumor del flanco, debe tener a la percusión el timpanismo abdominal característico de los tumores retroperitoneales y muy especialmente del de riñón; su búsqueda requiere a veces la insuflación del colon y la matitez solamente se observa en los tumores muy grandes del riñón, que llenan todo el flanco, sobrepasando a veces la línea media.

Con el contacto lumbar y con el timpanismo intestinal delante del tumor ya se puede ir pensando en la probable localización renal.

La palpación dará también la seguridad de la existencia del varicocele sintomático de tumor renal, que ya había sido sospe-

chado por la inspección; solamente recordaremos que tal investigación debe hacerse estando el sujeto de pie.

La presión digital a nivel de ambos maléolos confirmará en casos avanzados el edema de los miembros inferiores ya sospechado también por la inspección.

La hematuria macro y microscópica es el signo dominante de los tumores malignos del riñón, pero como se la encuentra también en todas las afecciones quirúrgicas del riñón, para que tenga valor decisivo debe presentar caracteres especiales que es necesario buscar cuidadosamente.

Como todas las hematurias renales, la neoplásica es total, es intensa y tanto más cuanto más tiempo de evolución lleva el neoplasma; es con coágulos en la mayoría de los casos y éstos pueden ser pocos o muchos, cortos o largos, vermiformes, lo que es característico de las hematurias renales; a veces llenan completamente la vejiga haciendo dudar entre su origen renal o vesical, especialmente cuando el riñón no se palpa; son intermitentes, y se interrumpe para volver a presentarse al cabo de un tiempo a veces muy largo pero aun en los períodos sin sangre, es posible hallar en la orina glóbulos rojos, que constituyen la hematuria microscópica.

La hematuria es también caprichosa presentándose sin razón aparente ninguna o en pleno reposo del enfermo y desapareciendo también caprichosamente; a veces en el mismo día hay micciones con y sin sangre. Además la hematuria es indolora o dolorosa, según que se formen o no coágulos, que hagan el efecto de los cálculos migradores.

Con relación al tumor, lo que más comúnmente hemos observado, es que cuando la hematuria hace su aparición ya el riñón es tumoral y por tanto palpable, sin que esto tenga carácter absoluto.

Finalmente, la hematuria puede faltar, contingencia que dificulta mucho el diagnóstico.

El dolor es otro síntoma que hay que buscar cuando se piensa en tumor maligno del riñón y puede ser espontáneo o provocado, fijo o con irradiaciones; al principio es dolor sordo, molesto

y no muy intenso, localizado en la región lumbar bajo el reborde costal, pero cuando el proceso avanza se hace intenso, con irradiaciones hacia abajo, como todos los dolores renales y como el dolor de todo cáncer que se propaga, una vez que empieza no se acaba nunca. En cuanto al dolor provocado, se despierta con palpación y a veces cuando el enfermo pasa bruscamente del decúbito a la posición de sentado.

La cistoscopia tiene importancia y debe practicarse para eliminar la vejiga como punto de partida de la hematuria, para saber por meatoscopia cual es el riñón que sangra y si el riñón supuesto sano funciona o no. A veces no hay otro medio que la cistoscopia para conocer el lado que sangra y en estos casos el riñón tumoral.

El cateterismo ureteral debe practicarse para recoger orina del riñón enfermo y apreciar en el laboratorio su valor funcional, que poco modificado en los comienzos de la afección, estará seguramente en déficit más adelante, y, sobre todo, para apreciar las eliminaciones del riñón supuesto sano. La existencia de glóbulos rojos en la orina recogida por cateterismo no tiene ningún valor diagnóstico, porque frecuentemente el uréter sangra al contacto con la sonda. En la orina del riñón presunto enfermo el laboratorio encontrará, a veces, células neoplásicas.

La cromocistoscopia indica en algunos casos el retardo funcional del riñón enfermo.

La radiografía simple nos mostrará la sombra del tumor del flanco y sus contornos que serán más aparentes con el neumoperitoneo o con el enfisema perirrenal.

La pielografía por relleno es de utilidad muy grande para nuestro diagnóstico y en algunos casos tiene un valor demostrativo insuperable y permite por sí sola afirmar el diagnóstico, eliminando las dudas que puede haber, sobre todo cuando faltan los síntomas dominantes del tumor maligno, es decir, la hematuria o el tumor palpable.

El pielograma que nosotros procuramos obtener llenando la pelvis con ioduro de sodio al veinte por ciento por medio de una

sonda ureteral opaca, muestra una pelvis irregular, debido a que los tumores malignos del riñón tienen marcada tendencia a invadir las cavidades del órgano, cuando no tienen su origen en la pelvis renal misma y siendo así, la resultante morfológica que nos da el pielograma tiene forzosamente que ser muy distinta de la pelvis normal; su cavidad se reduce y puede llegar a desaparecer por completo dando lugar a un pielograma lineal o a la ausencia completa de la pelvis por compresión o por invasión del tumor. Cuando hay imagen, sus contornos suelen ser irregulares, con escotaduras, sinuosos o difusos y hay con frecuencia disminución del diámetro transverso. La imagen de los cálices frecuentemente es interrumpida como si en algunos puntos faltara la substancia opaca, o falta totalmente algunos de los cálices como si estuviesen amputados en su continuidad o en su origen. Estas modalidades del pielograma tienen una importancia capital para el diagnóstico y permite asegurar la existencia del tumor maligno del riñón cuando la interpretación clínica de los síntomas ha dejado alguna duda.

La urografía por excreción es igualmente útil para el diagnóstico de la existencia del riñón tumoral, de su funcionalismo y de ambas cosas del riñón adelfo, y da un pielograma igual o muy semejante al de la pielografía por relleno, aunque a veces las imágenes de este procedimiento fisiológico sean menos nítidas y más difíciles de interpretar que las obtenidas por el procedimiento anatómico.

En cuanto al ureterograma contribuye al diagnóstico en cuestión dando una imagen alta irregular cuando a su vez ha sido invadido por la neoplasia, o cambiando su dirección cuando es desplazado por el tumor, hecho que se ve también en los casos de tumores para renales, de útero grávido, etc.

Cuando no obstante la interpretación cuidadosa de todos estos elementos útiles para el diagnóstico, éste no se imponga, queda todavía el recurso clínico del llamado diagnóstico por exclusión y si todo falla, el recurso quirúrgico de la lumbotomía exploradora.

ABSTRACT

Diagnosis of malignant tumors of the kidney in the adult, by Dr. A. Montenegro, Titular Professor of Genito-Urological Clinic.

They are seen between the ages of thirty and fifty in both sexes, but with greater frequency in the male.

They are almost not seen between the ages of twelve and fifteen.

The antecedent hereditary, personal and traumatic histories have very little importance in these cases.

The necessary data for the diagnosis are elicited from clinical examination. The diagnosis will be easy when all the dominant symptoms of the affection are present, or it will be difficult and even impossible when some are lacking, especially the hematuria and tumefaction. The general state of the subject has very little importance at the beginning of the affection, although it is altered in the advanced periods.

The urine is of normal aspect during intervals of hematuria.

Most of the renal tumors evolve without temperature, sometimes however, a febrile course is seen.

Inspection will show a deformation of the flank or of the abdomen towards only one side of the mid-line in cases of voluminous tumors as they are almost always unilateral. In the lumbar region no deformation is seen because they evolve towards the front.

By palpation the tumor of the flank will be found which has lumbar contact revealed by the Guyon's method of palpation and by our procedure which we call *inverted small bale* and which we practise putting the patient in decubito ventral, thus very clearly the lumbar contact is perceived with the hand that fills the costolumbar angle transmitting it to the ventral one.

Percussion will reveal tympanism in front of the tumor.

Hematuria is the dominant sign of renal tumors.

The pain is another important sign.

Cystoscopy permits to rule out the bladder and to see through which of the ureteral meatus bloody urine is coming out.

Ureteral catheterism is useful to appreciate the functional value of each kidney, sometimes urine containing neoplastic cells is collected from a side.

The chromocystoscopy will reveal the delay in elimination of the diseased side.

The simple radiography will rule out lithiasis and will permit to appreciate the increase in volume of the affected kidney and the irregularities of its contour.

The pyelography by repletion with opaque sound show morphological modifications of the pelvis and the calyces.

The urography by excretion is useful.

One can also arrive at this diagnosis which we are dealing with, by process of exclusion of other affections, and when all fail, the exploratory lumbotomy is the only one left.