

CLINICA EXTERNA.

Vía de elección para el ataque de los neoplasmas de la región renal.

Los neoplasmas de esta región se pueden dividir en tres grupos: tumores del riñón mismo, de la cápsula suprarrenal y de la envoltura grasosa de la glándula.

Estos últimos, que apenas se mencionan en los tratados clásicos, son, como es natural, ordinariamente lipomas y pueden adquirir un desarrollo considerable, como lo muestra el interesante caso que voy á relatar.

El 3 de Septiembre del año próximo pasado entró á mi servicio en el Hospital General una mujer originaria de Celaya (Gto.), de 32 años de edad, casada, nulípara, bien reglada, mediana estatura, complexión delgada, sin antecedentes hereditarios y habiendo sufrido sólo de paludismo.

Refirió que dos años antes había recibido un golpe sobre el

hipocondrio izquierdo, sin sufrir herida, y que esa contusión no había dejado huella aparente. Pero que un año después comenzó á notar inapetencia, sed y pérdida de las fuerzas, enflaqueciéndose de modo visible, fenómenos que han continuado hasta la fecha de su ingreso al hospital. Por entonces notó también un tumor, bajo el borde costal izquierdo, el cual tumor era duro, indolente y fijo, habiendo venido creciendo gradualmente.

Hacia dos meses que había sufrido un ataque gastro-intestinal, consistente en vómitos alimenticios y evacuaciones verdosas, fétidas, durando semejantes trastornos como quince días.

La enferma jamás ha orinado sangre ni pus.

Esta mujer ofrece un enflaquecimiento marcado, decoloración anémica de la piel y las mucosas; no hay ictericia.

A la inspección del vientre se hace manifiesta, en fuerte relieve, una tumefacción que ocupa el mesogastrio y flanco izquierdo.

La palpación comprueba que se trata de un tumor que se hunde profundamente en el vientre, en la dirección de la región lobar; es de forma arredondada, de superficie casi lisa, de consistencia renitente, indoloro, mide como 20 centímetros de diámetro y se le pueden imprimir pequeños movimientos de lateralidad. La palpación bimanual, una mano en la región lobar, da vagamente sensación de baloteo.

El tumor es mate á la percusión.

La exploración de los órganos genitales indica que el tumor no tiene con ellos conexión alguna.

Los demás órganos no muestran nada de particular.

La termometría hace manifiesto un estado febril remitente, con exacerbación vespéral entre 37.7 y 39.5.

No hay calosfríos ni sudores.

Análisis de la orina: Urea, 34.80%; cloruro de sodio, 6.20%; albúminas, 0.60%; muy abundante cantidad de indigógeno. No hay glóbulos rojos, cilindros ni pus.

Examen de la sangre:

Hematías normales, escasas en hemoglobina: muy pocos poikilocitos.

Glóbulos blancos, leucocitosis marcada, acentuándose de manera anormal los linfocitos; eosinófilos, 2 á 3% (Sangre, tipo flegmasia atenuada). Conclusión del histologista: se trata pro-

bablemente de un foco supurativo antiguo ó de un estado degenerativo de la sangre.

Con estos datos no era posible establecer un diagnóstico preciso.

Lo indudable era que se trataba de un tumor intra-abdominal, independiente de la esfera genital.

El modo como había aparecido el tumor en el hipocondrio izquierdo y el baloteo lombo-abdominal, aunque no claramente definido, daban la idea de un origen renal; pero, por otra parte, los datos de la percusión sobre el tumor, indicando que los intestinos estaban rechazados hacia adentro; los antecedentes palúdicos y el estado anémico marcado, no hacían imposible la existencia de un tumor del bazo, tal vez con un foco supurativo central, pues que el tumor no era fluctuante, y que explicaría el movimiento febril coexistente.

Mientras se hacía el estudio clínico de la enferma y nos procurábamos los elementos necesarios para obtener la separación de las orinas, en un hospital no siempre á la mano, la enferma perdía visiblemente las fuerzas, la fiebre en su exacerbación vespéral era más fuerte: el estado de la paciente reclamaba una pronta intervención; por lo cual, decidí practicar la laparotomía, yendo prevenido para tratar un tumor del riñón ó del bazo, ya que los medios clínicos no habían permitido ultimar el diagnóstico, á pesar de la consulta con otros compañeros.

El 11 de Septiembre, previa anestesia raquídea con 3 centigramos de cloruro de cocaína, practiqué una laparotomía paramediana izquierda, desde el borde costal hasta muy cerca del arco de Poupart.

Se encontró el bazo normal, aplicado contra el tumor, el cual estaba cubierto con un peritoneo, sobre cuya superficie se dibujaban voluminosos vasos.

Respetando éstos y acercándome lo más posible al lado izquierdo, para no interesar los vasos cólicos, vertical y paralelamente á la incisión de la pared abdominal, dividí el peritoneo en una extensión como de doce centímetros. Disecando los bordes del mismo, emprendí la enucleación del tumor, que ofrecía la apariencia de un lipoma de tejido condensado.

Dicha maniobra fué cosa fácil, levantado que se hubo el tumor por medio de tirabuzones, como se suele hacer para los fi-

bromiomas uterinos. Aquí y allá se prendieron con pinzas algunas bridas vascularizadas, no encontrándose pedículo propiamente dicho.

La cara profunda del neoplasma estaba en íntimo contacto con la cara anterior del riñón izquierdo, el cual, aunque un poco reducido de volumen, no ofrecía macroscópicamente nada anormal.

Hecha la hemostasia, se marsupializó la bolsa peritoneal por una técnica apropiada y se canalizó ampliamente con tubo de goma y gasa yodoformada.

El neoplasma pesó cerca de 6 kilos y el examen histológico confirmó tratarse de un lipoma.

No hubo choque marcado á causa de la operación; la temperatura comenzó á decrecer en lisis y en unos cuantos días la fiebre terminó por completo.

La herida operatoria se mantuvo en las mejores condiciones de asepsia, y por fin, la enferma fué dada de alta el 8 de Octubre del propio año.

Este importante caso sugiere múltiples consideraciones, sobre todo desde el punto de vista anatomopatológico, diagnóstico y operatorio.

Desde luego ¿cómo debe considerarse este neoplasma?

Entiendo que debe clasificarse como un lipoma retroperitoneal, de aquellos que Josephson y Vestberg han reunido treinta casos en la literatura; pero clínicamente, es un lipoma de la región renal.

Con evidencia que histológicamente no se trata de un tumor maligno, y sin embargo, se había producido algo así como un estado caquéctico, que por lo demás no es extraño en otros tumores abdominales, particularmente en ciertos quistes del ovario. Hubo en el caso algo peculiar y fué el movimiento febril, inexplicable por la presencia de algún foco supurativo, el cual cesó con la extirpación del tumor y que quizás no era ajeno á ciertas reabsorciones de origen intestinal.

En cuanto al diagnóstico, á pesar de la recolección de todos los datos mencionados, quedó suspenso entre los tumores de la región renal y los del bazo, y así habría quedado aun habiendo obtenido la separación de las orinas. Parece que en casos de este género es punto menos que imposible llegar á mayor preci-

sión, porque los elementos distintivos pueden tener un valor equívoco.

Esa indecisión en el diagnóstico exigía absolutamente la intervención por la vía abdominal; pero aun en caso de que hubiera sido posible determinar el origen renal del neoplasma, por el vientre lo habría operado.

Es el momento oportuno de decir algunas palabras sobre el ataque de los tumores de la región renal: *me refiero á los neoplasmas.*

Tres vías se ofrecen al cirujano para abordar estas lesiones: la retroperitoneal lombar, la abdominal extraperitoneal y la transperitoneal.

Esta última ofrece grandes ventajas, sobre todo cuando se trata de tumores muy voluminosos, y parece que, gracias al prestigio de Albarrán, tiende á ser considerada como la vía de elección, reaccionándose sobre las ideas que habían prevalecido en cirugía renal y que había entronizado la vía lombar para casi todos los casos.

Esas ventajas son evidentes para que deba insistir sobre ellas, y sólo me permito hacer notar que aun suponiendo una habilidad superior á la de Israel, un tumor como el que me ha dado tema para este trabajo, no habría sido posible sacarlo por la incisión lombar sin traer al mismo tiempo el riñón, es decir, sacrificando inútilmente un órgano tan importante. Es esta una nueva razón para preferir la vía abdominal, y es que el diagnóstico no puede determinar, al encontrarse un tumor en la región renal, si ha tomado nacimiento en la glándula misma, en la cápsula suprarrenal ó en la envoltura grasosa.

En tratándose de voluminosos tumores sólidos, es evidente que la vía más amplia y por ende más cómoda para la correcta ligadura del pedículo es la vía transperitoneal. Por ella será raro dejar incompleta una operación, como ha pasado ya en manos, por otra parte, muy hábiles, y lejos de ello, más accesible será la extirpación de ganglios, haciendo más probable la eficacia de la operación para la cura permanente.

Mas cuando de pequeños ó de tumores de mediano volumen se trata, será bien difícil prescindir de la vía lombar, que en cirugía renal es la vía natural, del mismo modo que la vaginal lo es en el campo de la ginecología.

Ello no obstante, posible será que bajo la poderosa influencia del eminente sucesor de Guyon en la Escuela de Necker, quien últimamente se ha declarado partidario de la laparotomía para el ataque de los neoplasmas reñales, sin tener en consideración su volumen, se modifique en este sentido la opinión de los cirujanos.

El gran argumento que invoca Albarrán en favor de la laparotomía es que las operaciones son concienzudamente practicadas y, por otra parte, los peligros operatorios, á juzgar por la estadística, no parecen notablemente mayores; pues se ha demostrado que gracias á la técnica aséptica, la mortalidad es casi igual por una ó por la otra vía.

Y yo me permitiría añadir, que esa mortalidad será menor cuando la cirugía renal quede definitivamente bajo el dominio de la raquianestesia.

Todos los que han operado sobre el vientre sirviéndose de la anestesia medular, han quedado convencidos de esta importante verdad, y es que el choque operatorio es casi nulo cuando se ha podido eliminar la narcosis clorofórmica.

Por otra parte, el gran peligro, no sólo de las investigaciones sobre el riñón, pero en ellas con mayor motivo, sino en todas las de la esfera urinaria, consiste en la posible contingencia de la anuria post-operatoria. Pues bien, es alejarse del peligro, en cierto modo, prescindiendo de la anestesia general, que, como es bien sabido, puede traer como consecuencia inmediata una degeneración más ó menos marcada de los epitelios, especialmente hepático y renal.

Estas positivas ventajas de la raquianestesia, las someto á la serena consideración de aquellos médicos que, inspirados, sin duda, en un celo bien entendido, parecen haber tomado á cargo la tarea de desacreditar un admirable método de anestesia, digno de más desapasionado estudio, el cual, dígame lo que se dijere, ha causado una verdadera revolución en la cirugía en el sentido de su progreso, pues gracias á su eficacia y á su relativa inocuidad, el coeficiente de operabilidad ha podido aumentarse considerablemente, haciendo entrar en el dominio quirúrgico muchos casos, que de otro modo fuera bien aventurado y hasta, si se quiere, temerario acometer.

DR. MANUEL GODOY ALVAREZ