

CASOS CLINICOS

Compresión hepática por voluminoso tumor renal derecho

Dres. Nicolás Davidenko, Marys Casanova de Davidenko, Ernesto Silva García y Br. Antonio Davidenko

Aportamos una observación de compresión hepática por un voluminoso tumor renal derecho que produjo la atrofia casi total del lóbulo derecho y una hipertrofia compensadora del lóbulo izquierdo.

La oleohepatografía permitió el diagnóstico en el pre-operatorio gracias a la urografía de excreción que se produce concomitantemente en dicho estudio, destacándose su valor diagnóstico para diferenciar los procesos expansivos intrahepáticos de los renales.

No encontramos en la bibliografía observaciones similares.

Palabras clave (Key words, Most clés) MEDLARS: Kidney neoplasm / Diagnosis.

INTRODUCCION

Los tumores retroperitoneales cualquiera sea su etiología pero que se localicen en la logia renal o suprarrenal, corresponden del lado derecho a la cara posterior del hígado, su crecimiento determina la compresión hepática progresiva que puede llegar a grados extremos como en el presente caso. Es raro que se produzca dicha situación del lado izquierdo.

OBSERVACION CLINICA

D.D.L.A. Sexo femenino. Edad 41 años. Hospital de Clínicas. Reg. 165.180.

Paciente proveniente del Interior, portadora de dispnea hiposténica, que presenta historia de dolor tipo cólico en hipocondrio derecho que se irradia a epigastrio y a hipocondrio izquierdo. No vómitos. No ictericia. No sintomatología urinaria.

A. P. Colectomizada hace 17 años.

Examen: Buen estado general.

Abdomen: Inspección: Cicatriz transversa sub-costal derecha. Hipocondrio derecho ocupado por una tumoración redondeada que se pierde debajo de la perilla costal y que desciende con los movimientos respiratorios.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 3 de mayo de 1978.

Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica, Médico Gastroenterólogo Adjunto del M.S.P., ex Profesor Adjunto de Radiología, y Practicante.

Domicilio: Nelson 3329, Montevideo (Dr. N. Davidenko).

Palpación: A nivel de hipocondrio derecho se palpa una tumoración redondeada bien limitada en su porción inferior que se pierde hacia arriba por debajo del reborde costal, de unos 10 cm. de diámetro, dolorosa a la presión, consistencia firme, mate a la percusión no tiene frémito.

Traube mate. Se palpa en epigastrio y en hipocondrio izquierdo el borde inferior del hígado a unos 8 cm. del reborde costal. No se palpa bazo.

Diagnóstico clínico: Quiste hidático del lóbulo derecho en sufrimiento con hipertrofia compensada del lóbulo izquierdo.

Se realizan diversos estudios complementarios.

Gamagrama hepático: Se observa gran proceso de sustitución parenquimatosa de forma esférica de unos 12 cm. de diámetro que se desarrolla en el lóbulo derecho fundamentalmente en la parte media del segmento posterior. Este proceso de sustitución parenquimatosa se acompaña de una importante hipertrofia compensadora del lóbulo izquierdo y de un moderado aumento de captación de coloide en el bazo.

Conclusiones: Proceso de sustitución parenquimatosa de 12 cm. de diámetro situado en el segmento posterior parte media del lóbulo derecho con hipertrofia compensadora del lóbulo izquierdo y discreta hipertensión portal. De acuerdo a los datos clínicos enviados se confirma la existencia de un quiste hidático hepático.

Oleohepatografía por vía esplénica. Presión portal 14 cm. de agua.

Esplenoportografía: Existe un gran proceso expansivo que traslada el árbol venoso portal hacia la izquierda de la columna vertebral. Ausencia casi total del lóbulo derecho. Vena porta permeable. La rama izquierda de la vena porta está notoriamente aumentada de calibre destinada a irrigar a un voluminoso lóbulo izquierdo.

Inyección de Lipiodol Ultra - Fluido: se objetiva el sistema venoso portal intrahepático, existe un gran proceso expansivo que con la fase urográfica de la esplenoportografía se llega a la conclusión de que es renal ya que se observa la amputación del cáliz superior y una apertura en forma de arco del cáliz medio e inferior. El lóbulo derecho ha sido atrofiado por compresión quedando reducido en sus extremos superior e inferior a una delgada lámina, existe una enorme hipertrofia del lóbulo izquierdo. La posición oblicua anterior derecha objetiva mejor dicho proceso.

En resumen: La oleohepatografía por vía esplénica objetiva la existencia de un gran proceso expansivo

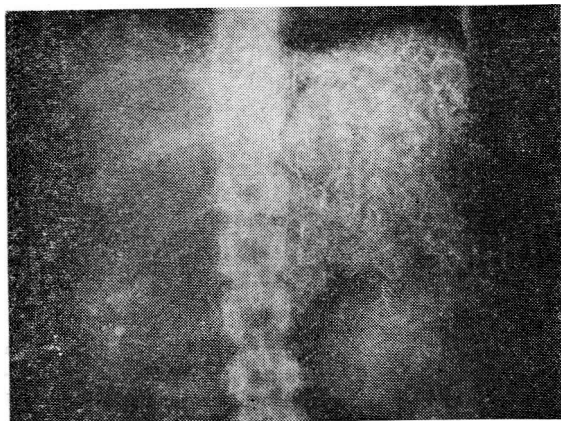


FIG. 1.— La figura evidencia el gran tumor renal derecho que ha producido la atrofia del lóbulo derecho del hígado y la hipertrofia compensadora del lóbulo izquierdo. La flecha señala la deformación pielocalicial.

renal derecho que ha producido la atrofia del lóbulo derecho y una enorme hipertrofia compensadora izquierda.

Intervención: La exploración mediante una incisión sub-costal derecha revela la presencia de un voluminoso tumor renal derecho. Nefrectomía. Buen post-operatorio.

La anatomía patológica corrobora el diagnóstico de carcinoma renal.

Evolución: La enferma a la fecha se encuentra en buen estado general y asintomática. Radiografías de tórax y esqueleto normales.

COMENTARIO

Los tumores renales derechos en su crecimiento expansivo se encastran en la cara posterior del hígado produciendo en forma paulatina su atrofia por compresión que puede llegar como en la presente observación a la desaparición de casi todo el lóbulo derecho. Concomitantemente se produce una hipertrofia compensadora del lóbulo izquierdo con la finalidad de mantener constante la relación: Peso del hígado / Peso del organismo; el mecanismo íntimo de este proceso no está aclarado y existen diversas teorías (8).

En situaciones extremas puede producirse el desplazamiento y báscula del hígado con las graves consecuencias hemodinámicas que ello origina.

Cuando el volumen tumoral adquiere dimensiones importantes puede simular un proceso expansivo intrahepático siendo difícil su diagnóstico clínico, gamagráfico y angiográfico (1, 7, 9, 10, 11) siendo escasas las publicaciones al respecto.

El gamagrama hepático no aporta el diagnóstico correcto como sucedió en nuestro caso y es un hecho destacado por diversos autores (7, 10, 11) y así es como Fellows (7) presenta 3 observaciones de tumores renales derechos en

niños, destacando que del punto de vista gamagráfico existe una gran zona en el lóbulo derecho con ausencia de captación, luego una zona intermedia donde existe disminución de la captación en el tejido hepático comprimido y otra zona de actividad normal que corresponde al lóbulo izquierdo hipertrofico.

Según el autor no es posible definir si el tumor es originado en el hígado o si es extrahepático; a idénticas conclusiones llegan O'Donnell (10) y Weiss (11).

Dentro de los procedimientos de opacificación vascular, la arteriografía hepática tiene un valor muy limitado como procedimiento de diagnóstico en esta situación y no aporta mayores datos y es una causa frecuente de error (1, 9).

La oleohepatografía se realizó en nuestro caso y permitió el diagnóstico correcto en el pre-operatorio, no insistiremos sobre sus aspectos radiológicos, técnica y resultados ya que lo hemos descrito en diversas publicaciones (2, 3, 4, 5, 6), insistimos sobre la importancia fundamental que tiene el hecho de objetivarse simultáneamente la fase urográfica de la esplenoportografía y la fase portal de la oleohepatografía, ya que gracias a ello fue posible el diagnóstico certero.

No hemos encontrado publicaciones de casos similares estudiados como el presente por lo que consideramos de gran importancia y utilidad el efectuar este procedimiento radiológico (oleohepatografía) para diferenciar los procesos expansivos intrahepáticos de los tumores retroperitoneales.

RESUME

Compression hépatique par gran tumeur du rein droit

On fait une observation de compression hépatique par un tumeur du rein droit très volumineux qui a produit l'atrophie presque totale du lobule droit et une hypertrophie compensatoire du lobule gauche.

L'oleohepatographie a permis le diagnostic dans le pré-opératoire, grace à l'urographie qui se produit dans cette étude. On souligne sa valeur diagnostic pour différencier les procès expansifs intra-hépatiques des tumeurs renales.

On ne trouve pas dans la bibliographie des cas pareils.

SUMMARY

Compression of liver by voluminous right renal tumor

A patient suffered from compression of liver caused by a voluminous right renal growth, resulting in almost complete atrophy of right lobe and compensatory hypertrophy of left lobe. Oleohepatography made diagnosis possible in preoperative stage thanks to excretion urography produced concomitantly in said study; this is of great value in diagnosis for establishing difference between intrahepatic and renal expansive processes. No similar case was found in bibliography.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CARON J, DAUVER A, MONEGER P, CARON-POITREAU C, L'HOSTE Ph et GUNTZ M. Tumeur rétroperitonéale simulant une tumeur hépatique. *J Radiol Electrol*, 55: 423, 1974.
2. DAVIDENKO N, SILVA GARCIA E. La Oleohepatografía: un nuevo método de estudio. Resultados Preliminares. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 2º, 2: 65, 1969.
3. DAVIDENKO N, SILVA GARCIA E, CASANOVA M, RIVERO I, VALLONE A. La Oleohepatografía: Un nuevo método de estudio. Su aplicación a la Clínica. *Congreso Nacional de Medicina Interna*, 7º, 2: 163, 1971.
2. DAVIDENKO N, SILVA GARCIA E, CASANOVA M, RIVERO I, VALLONE A. Oleohepatografía. *Congreso Panamericano de Gastroenterología*, 12º, 1: 252, 1971.
5. DAVIDENKO N. La oleohepatografía, un nuevo método de estudio. Tesis de Doctorado. Montevideo, 1971 (Inédito).
6. DAVIDENKO N, SILVA GARCIA E, CASANOVA M, RIVERO I, VALLONE A. Oleohepatografía. Mesa Redonda: "Actualización de los procedimientos radiológicos para el estudio del sistema venoso portal. *Cir Uruguay*, 43: 140, 1973.
7. FELLOWS KE and TEFFT M. Liver scans in children: abdominal masses simulating metastase disease. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med*, 104: 678, 1968.
8. GOUFFIER E. La régénération hépatique. *Immex*, 8: 1607, 1971.
9. HERNANDEZ CI, MORIN G, BELLIN A. Angiographie de la lacune scintigraphique hépatique. *Ann Radiol*, 12: 629, 1969.
10. O'DONNELL TA. Liver scanning for extra-hepatic tumors. *Am J Roentgenol Rad Therapy Nucl Med*, 90: 1063, 1963.
11. WEISS Y, MARLEAU D, SICOT C, FAUVERT R. La scintigraphie hépatique. *Rev Prat*, 21: 2039, 1971.