ASOCIACION DE CARDIOLOGIA
(SECCION ANGIOLOGIA)

Sesión del día 2 de diciembre de 1965

HIPERTENSIÓN RENAL Y TUMOR SUPRARRENAL

W. Padrós Archs

En realidad el verdadero título de esta comunicación debería ser un interrogante: *¿Hipertesión renal o suprarrenal?*, puesto que vamos a presentar el caso de una enferma que tenía las dos lesiones.

Historia clínica: Enferma de 62 años que acude a nuestra consulta por aquejar molestias de pesadez en sus extremidades inferiores, con discretos edemas. Estas son todas las molestias subjetivas. Como antecedentes patológicos presenta histerectomía por metrorragias, cólicos hepáticos y nefríticos.

Exploración: Enferma obesa, de aspecto Cushinoide, cara de luna, hipertricosis acentuada, más en cara y extremidades, sólo presenta discretas estrías.

Su tensión arterial es de 23/15.

Fundus oculi tipo II

Corazón agrandado a expensas de ventrículo izquierdo con aorta muy dilatada, al E. C. G. se halla un predominio izquierdo muy acusado con una ligera insuficiencia coronaria posterior.

Hemograma normal con una V.S.G. de 4 y 9, Urea 0,35, Glucemia 0,85 y en el sedimento sólo se observan unos cristales de fosfato amónico magnésico.

El filtrado glomerular es de 92,6 cc min.

Eliminación de Fenol S. F. a los 15 min. 30,7 % y a los 30 de 46 %.

Un Van Slyke de 53,6 % (Dr. Magriñá).

Se practica *pielografía (N.° 1)* en la que se aprecia el riñón izquierdo atrófico contrastado pero sin apreciarse eliminación por uréter, el riñón derecho parece de forma, tamaño y eliminación normal. Riñón atrófico tipo III.

Aortografía (N.° 2): Ya se observa gran diferencia de tamaño de ambos riñones.

Riñón derecho *(N.° 3):* Fase arterial, arteriolar y fase nefrográfica. Normales.

Riñón izquierdo (N.° 4): Fase arterial en la que se observa una arteria renal de pequeño calibre, sin alteraciones en su pared, pero con grandes alteraciones en la pared de las arterias de menor calibre intrarrenales en las que además se observan amputaciones sin apreciarse circulación parenquimatosa, sólo nefrográfica con bordes abollonados, enmarcando unas formas redondeadas constituidas por formaciones quísticas, como podrán observar después en la pieza operatoria abierta. (Riñón Mastich.)

FIG. 1

FIG. 2

FIG. 3

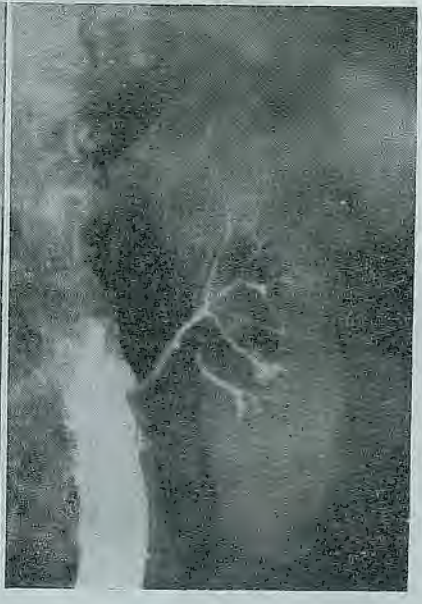

FIG. 4

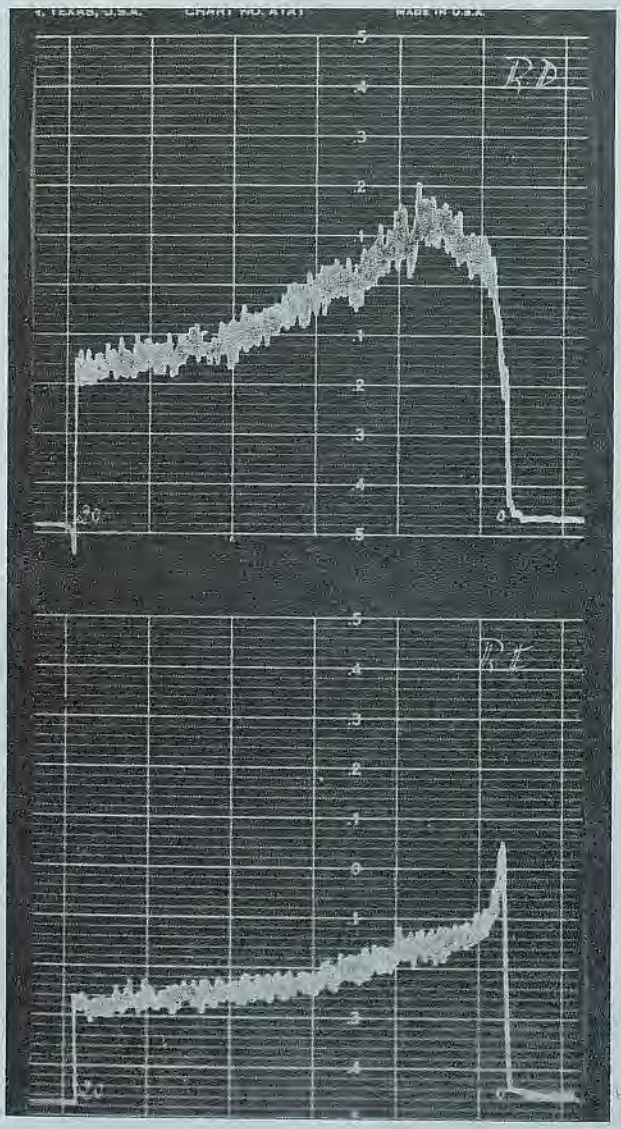

FIG. 5

Practicado *renograma radiactivo* por los Dres. DOMÉNECH y SETOAIN *(N.° 5)* RD. Fase vascular acortada y desdoblada en varios impulsos, traduciendo una llegada de Hipuran al riñón en varias emboladas. La fase secretora tubular o acumulativa está discretamente aplanada. Nos informa de una discreta afectación tubular. La fase excretora presenta ligeramente la inclinación de su pendiente debido al retraso de la secreción de la fase anterior.

R. I. Riñón afuncional. Se registra solamente una actividad de fondo, con la inclinación propia de aclaramiento sanguíneo que realiza el riñón derecho. Con el diagnóstico de hipertensión por esclerosis renal y posible tumor suparrenal se solicitan Sodemia y Potasemia, 17 Cetosteroides, 17 Hidroxi Catecolaminas sodio y potasio en orina, de los cuales sólo nos realizan los tres primeros,

FIG. 6. — Riñón izquierdo, pieza operatoria.

dándonos cifras normales, y como el resultado de los mismos no iba a hacer variar nuestra conducta, además de ser muchas las exploraciones realizadas a la paciente que habían sido positivas, en cuanto al hallazgo de una etiología de su hipertensión, no repetimos ni solicitamos de nuevo estos análisis, pasando a la intervención, con la idea de nefrectomía izquierda y exploración de la suprarrenal del mismo lado.

Intervención: Por vía translumbar retroperitoneal, se aborda en incisión de 18 cm desde el borde externo de la XII costilla hasta la espina ilíaca anterosuperior, disilacerando oblicuo mayor, oblicuo menor, y seccionando serrato menor aponeurosis del transverso y ligamento de Henle. Se exterioriza el riñón por la maniobra de Marión, ligando el uréter, el pedículo y vena por separado.

FIG. 7. — Riñón izquierdo, pieza operatoria abierta. Obsérvese los quistes rellenos de caseum.

Inmediatamente exploramos la suprarrenal, que casi acude a nuestras manos, y ya *de visu* se observa una tumoración del tamaño de una nuez. Por disección digital extraemos la glándula ligando el pedículo y dos pequeñas arteriolas de la cola. Se sutura por planos sin dejar drenaje.

Curso postoperatorio sin incidentes.

Examen anatomopatológico (Dr. CAVALLÉ). — Riñón: Esclerosis renal muy avanzada en la que sobresalen las lesiones vasculares de hipertrofia muscular y endotelial que llegan casi a la oclusión. Dilatación quística tubular con engrosamiento de todas las basales.

Suprarrenal: Medular apenas existente con degeneración grasa. Cortical muy delgada y atrófica sin presentar alteraciones celulares.

A los 15 días de la intervención su tensión arterial es de 16/10. Al mes y medio es de 14/9.

Sin embargo el día anterior a esta comunicación vemos de nuevo a la paciente y nos encontramos con la tensión arterial de 23/12, lo cual nos hace sospechar que a pesar de haber hallado dos causas de su hipertensión, existe todavía una tercera que, con gran probabilidad, puede tratarse de otra tumoración en la otra suprarrenal, estando la enferma pendiente de nuevos análisis, incluyendo angiotensinemia y aldosteronuria.

FIG. 8. — Suprarrenal pieza operatoria abierta en sentido longitudinal. Obsérvese la tumoración ocupando 2/3 de la glándula.

CONCLUSIONES. — Creemos que la conclusión que debemos sacar del mismo es que por muy pesadas que sean las exploraciones de estos enfermos debemos agotar todas las posibilidades que las mismas puedan ofrecernos en cuanto a una máxima precisión diagnóstica, no contentándonos con parar las exploraciones cuando hayamos hallado una causa, pues pueden existir otra u otras.