

## EPITELIOMA ENDOCRINOIDE Y EPITELIOMA PAPILAR DE LA PELVIS, EN EL MISMO RIÑÓN

Consideraciones acerca de dos casos

Por los Dres. Prof. ALBERTO E. GARCIA y JOSE CASAL

Las publicaciones con respecto a la asociación de blastomas de diferentes tipos histológicos en la misma glándula son extraordinariamente raras en la literatura médica.

Analizando los casos de tumores renales estudiados en el Servicio de Urología del Hospital Español, entre los años 1930 y 1952, sobre un total de alrededor de 14.500 historias clínicas de enfermos urinarios, se encontraron 143 tumores del riñón, de los cuales 15, son neoplasias de la vía excretora y en sólo dos de ellas, las neoformaciones del sistema de conducción de la orina están asociadas a una proliferación cancerosa del parénquima renal.

En la revisión que hemos hecho de la literatura médica argentina, no hemos podido hallar ninguna publicación al respecto.

Uno de los dos casos que motivan nuestra comunicación, tenía simultáneamente proliferaciones en el uréter y en la vejiga, mientras que el otro no presentaba en dichos órganos otra localización tumoral.

*Caso I.* — F. C., 54 años, español. Ingresó el 23-XII-1950, alta el 21-X-1950.

*Antecedentes:* La sintomatología de este enfermo se inició tres meses antes de ingresar al Hospital, con dolor lumbar derecho, sordo, sin irradiación y hematuria de tipo total sin coágulos, que duró dos días en la primera oportunidad, repitiéndose otras dos veces con los mismos caracteres en el lapso transcurrido entre el comienzo de la enfermedad y el momento de la consulta.

En el instante de ser examinado, las orinas son hematóricas.

El estado general del enfermo no ha sufrido alteraciones.

*Examen Clínico-uroológico:* Orinas hematóricas. Se palpa el riñón derecho doloroso y aumentado de tamaño.

El resto del examen físico del aparato urogenital es normal.

La uretrocistoscopia con el aparato de Brown-Buerger, permite observar eyaculaciones francamente sanguinolentas por el uréter derecho.

A nivel del reborde cervical, en las VII horas, hay una proliferación papilar que ocupa un campo cistoscópico, con mucosa sana alrededor. Los orificios ureterales y el resto de la vejiga son normales.

*Estudio radiográfico:* La radiografía directa pone en evidencia el agrandamiento de la silueta renal derecha; la urografía por excreción señala la disminución de la función excretora en ese lado, la dilatación del cáliz medio y la exclusión urográfica de los cálices superior e inferior.

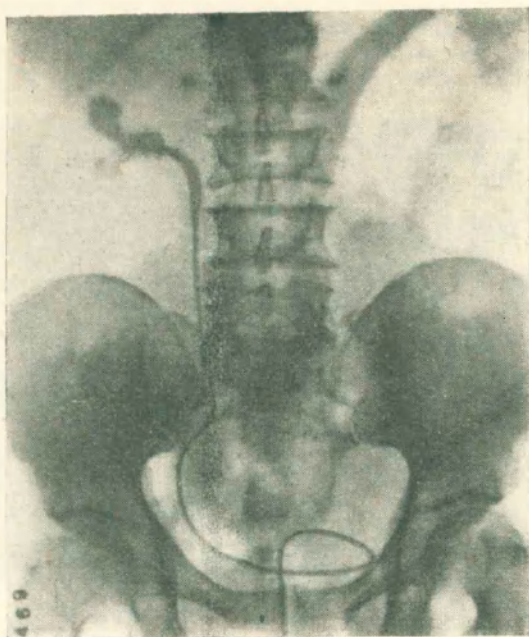


Figura 1  
Pielografía ascendente derecha

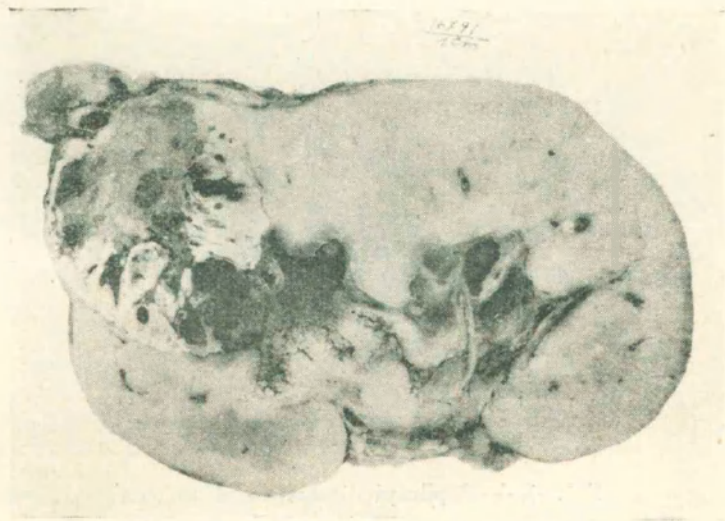


FIG. 2. — Corte sagital de la pieza operatoria.

El pielograma ascendente (fig. 1), que es muy demostrativo, muestra el relleno irregular de la pelvis renal, los cálices con los bordes dentados y la ectasia del cáliz superior. La porción superior del uréter se ve con caracteres normales.

El equilibrio del medio interno es normal y el examen clínico general pone de relieve un buen funcionamiento del aparato cardiovascular, pulmones normales. No hay alteraciones del resto de la economía.

*Tratamiento:* Al practicarse la cistoscopia, se hace la electrocoagulación del blastoma



FIG. 3. — Visión panorámica de los tumores.

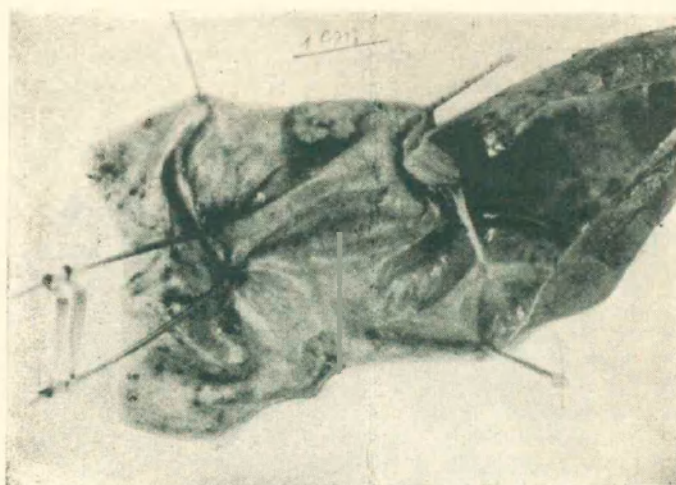


FIG. 4. — Papiloepiteliomas en el uréter.

vesical y el 9 de enero de 1950, se lleva a cabo una nefrectomía con resección de la porción superior del uréter, a través de una lumbotomía de Heckenbach.

Reingresa el 7 de noviembre de 1950, para ser sometido a la ureterectomía.

En el examen clínico practicado, el enfermo dice haber aumentado ocho kilogramos de peso y gozar de excelente salud.

No ha vuelto a tener hematurias.

La vejiga es normal al examen endoscópico, pero llama la atención la profusa hemorragia que provoca la sonda ureteral al ser introducida en el muñón ureteral derecho.

El ureterograma obtenido, muestra una imagen lacunar a nivel de la primera vertebra sacra.

Con raquíanestesia y con una incisión paramediana transrectal derecha, se lleva al ureter por vía extraperitoneal y se la reseca en toda su extensión junto con el collarite vesical que corresponde al meato.

*Anatomía patológica:* El corte sagital de la pieza operatoria (fig. 2), permite observar una proliferación papilar que ocupa casi totalmente las cavidades pielocalicilares y a nivel del polo inferior hay una neoformación sólida, de crecimiento periférico, de caracteres macroscópicos totalmente distintos a los del tumor pielocalicilar.

La observación panorámica de un corte microscópico señala en la porción superior una

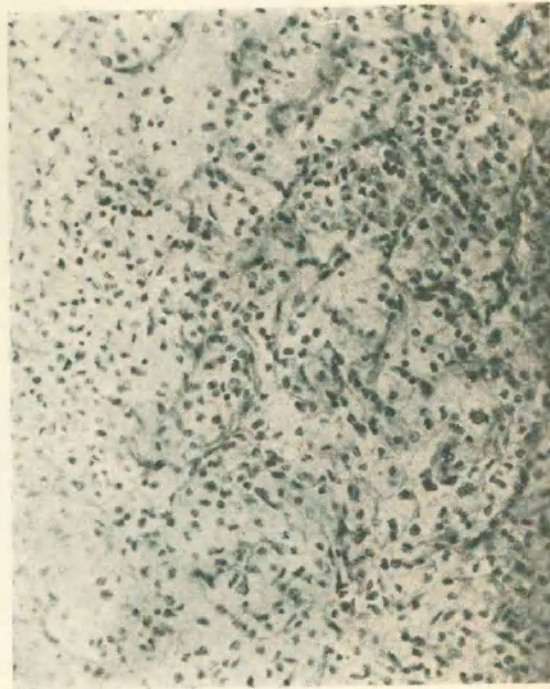


Fig. 5. - Proliferación papilar piélica. Fig. 6. - Aspecto del tumor endocrinoide.

típica proliferación papilomatosa y por debajo de ella una neoplasia maciza de tipo endocrinoide, separadas ambas por la luz de la cavidad piélica recubierta a ese nivel de epitelio normal (fig. 3).

La figura siguiente (fig. 4), corresponde a la porción del uréter extirpado donde asientan varias neoplasias papilares que hacen procidencia en la luz del tubo ureteral.

*Histología:* Los preparados microscópicos ofrecen las características tisulares de un epitelio papilar en la neoplasia que ocupa la pelvis (fig. 5), con su eje conjuntivo vascular, que se origina en la submucosa, revestida de epitelio multiestratificado con atipias y monstruosidades celulares.

Los cortes histológicos correspondientes a la neoplasia parenquimatosa, revelan un epitelio endocrinoide a células claras con todos los caracteres típicos de estas neoplasias (fig. 6).

El estudio histológico del tumor ureteral, pone en evidencia una estructura papilar superponible a la proliferación piélica.

*Caso II.* — M. D., 53 años, argentino. Ingresa el 5 de enero de 1952, alta 20 de enero 1952.

*Antecedentes:* Inicia su enfermedad cuatro meses antes de ser examinado, en ese intervalo tiene tres episodios de hematurias abundantes, el último de los cuales es acompañado de severo dolor cólico del lado derecho y de la eliminación de coágulos moldeados y alargados del tipo de moldes ureterales.

El examen del enfermo pone en evidencia el riñón derecho agrandado y muy doloroso en las maniobras manuales de exploración de la glándula. El examen rectal de la próstata señala un marcado agrandamiento prostático, con las características de un adenoma.

Las orinas son límpidas en el momento del examen. La cistoscopia muestra una vejiga

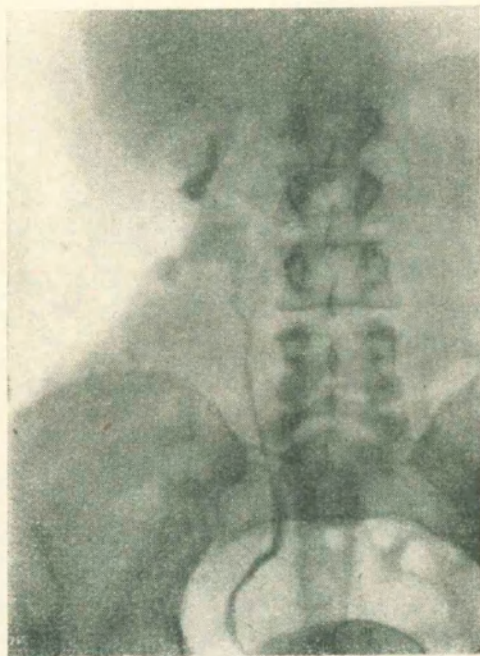


Figura 7

normal, excepción hecha de la hipertrofia adenomatosa del lóbulo medio y de los lóbulos laterales de la próstata.

El examen clínico general del enfermo así como el estudio del medio interno son también normales.

*Estudio radiográfico:* La radiografía directa es normal. La urografía por excreción señala la dilatación de los cálices superior y medio del lado derecho y una moderada uronefrosis. En el lado izquierdo el sistema excretor y la silueta renal son normales.

El pielograma ascendente derecho (fig. 7), reproduce las alteraciones observadas en la urografía excretora: aplanamiento en sentido anteroposterior de los cálices superior y medio y una moderada uronefrosis.

*Tratamiento:* Nefrectomía y ureterectomía parcial derecha a través de una lumbotomía de Heckenbach.

*Anatomía patológica:* El corte de la pieza operatoria (fig. 8), muestra a nivel del polo superior una neoformación blanco-rosada, compacta, con un gran coágulo adherente a la porción inferior del tumor que hace saliencia en el cáliz superior, ocupándolo en su casi totalidad.

Examinando atentamente las cavidades pielocalicilares se encuentra a nivel del cáliz inferior una proliferación papilar, del tamaño aproximado de un haba (fig. 9).



Figura 8

El estudio histológico de la neoplasia del polo superior muestra cordones celulares formados por elementos de protoplasma claro, sin granulaciones, con núcleos fuertemente cromatofílos, caracteres correspondientes a los carcinomas renales a células claras (fig. 10).



Figura 9

La proliferación del cáliz inferior (fig. 11), está constituida por formaciones papilares con su eje conjuntivo-vascular recubierto por múltiples capas de células epiteliales de transición con características neoplásicas.

*Evolución:* El enfermo de la observación 1 lleva más de dos años de operado y no tiene ninguna manifestación de metástasis. Los controles cistoscópicos efectuados hasta la fecha, nos han mostrado una vejiga absolutamente normal.

El segundo paciente hace diez meses que fué intervenido y tampoco tiene manifestaciones de proliferaciones vesicales ni del muñón ureteral.

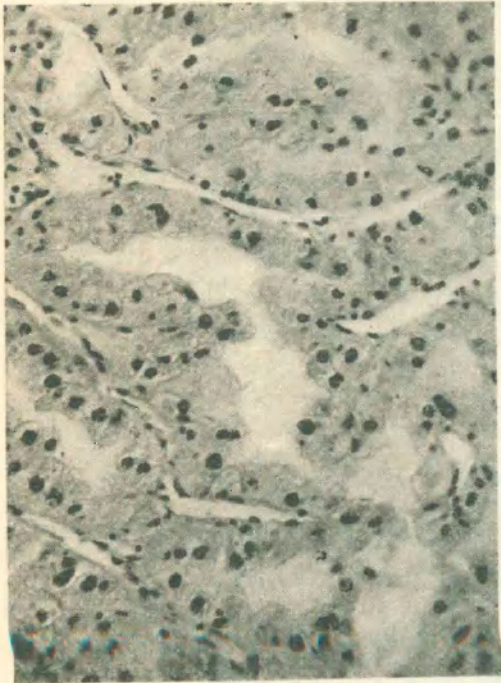


Figura 11

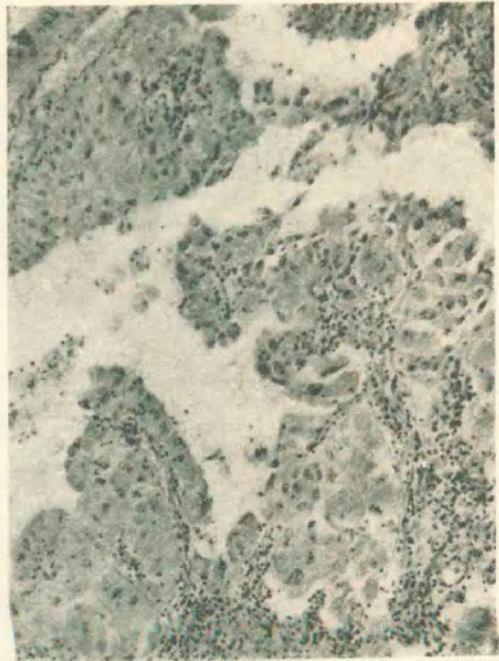


Figura 10

#### CONSIDERACIONES

La escasez de relatos con respecto a la asociación de neoplasias del tipo de las aquí expuestas en la bibliografía médica, nos induce a presentar estos dos casos de carcinoma endocrinoide y epiteloma papilar de la pelvis en un mismo riñón.

Conceptuamos que aumenta el interés de su publicación la rareza de las neoplasias de la vía excretora, que representan de acuerdo con casi todas las estadísticas del 7 al 10 % de las neoplasias del riñón.

Así mismo nos parece oportuno llamar la atención sobre la multiplicidad de lesiones carcinomatosas en la primera observación, en la que había sucesivamente una neoplasia del parénquima renal y epitelomas papilares del uréter, de la pelvis y de la vejiga.

En lo que se refiere al diagnóstico, el primer enfermo fué intervenido con el de epiteloma de la vía excretora y el carcinoma renal fué un hallazgo operatorio confirmado por el examen anátomo-patológico; en cuanto al se-

gundo caso el examen cuidadoso de la pieza operatoria reveló la existencia de una neoplasia papilar de la pelvis renal.

Finalmente creemos oportuno insistir en el estudio minucioso de todas las piezas operatorias con el objeto de que no pasen desapercibidas asociaciones patológicas de la naturaleza de las aquí estudiadas.

En la revisión de la literatura a nuestro alcance hemos encontrado muy pocas publicaciones que se refieren a este tipo de enfermedad.

M. M. Melicow que se ha dedicado al estudio de los tumores del sistema excretor de la glándula renal, grupo de neoplasias a las que ha denominado "Uroteliomas", tiene la observación de un tumor parenquimatoso asociado a un blastoma de la pelvis renal en 17 casos de cánceres pieloureterales estudiados entre 1928 y 1944 en la Squier Urological Clinic.

En 1921, Graves y Templeton publican un caso de epiteloma papilar de la pelvis renal y un carcinoma a células claras y otro de un cistoadenoma papilífero asociado a un papiloma piélico.

Wildbolz, en el Congreso Internacional de Urología reunido en Londres en 1933, expuso un caso de epiteloma papilar de la pelvis y un carcinoma a células claras en el mismo riñón, que encontró en 120 casos de tumores de la vía excretora, haciendo hincapié en la extraordinaria rareza de esta enfermedad.

Balch, en 1935, relata un enfermo de 63 años, con hematurias de tres meses de evolución, que por cistoscopia comprobó que procedían del lado izquierdo.

La pieza obtenida por nefrectomía presentaba un epiteloma papilar del cáliz inferior y un carcinoma renal a células claras que ocupaba el polo inferior de la glándula extraída.

Finalmente Rupel y Sutton, hicieron conocer en 1950, un caso de un carcinoma del polo inferior del riñón izquierdo coincidente con una proliferación papilar que ocupaba casi toda la pelvis, enfermo que fué intervenido como el caso de nuestra primera observación con el diagnóstico de tumor piélico.

El paciente de Rupel y Sutton, presentó dos meses después una metástasis del carcinoma renal en la piel del tórax, falleciendo cinco meses después de operado. Los autores dicen que no pudieron hacer autopsia.

Macalpine, tiene una publicación en 1947, con respecto a este tipo de tumores.

En total los casos registrados en la literatura hasta el trabajo de Rupel y Sutton alcanza a seis.

Nos parece interesante señalar que de todas las observaciones publicadas, ninguna presentaba proliferaciones en el uréter y en la vejiga.

*En resumen:* Presentamos dos casos de tumores de la pelvis renal asociados a una neoplasia a células claras, en el mismo riñón, una de ellas con blastomas en un uréter del mismo lado y en la vejiga. Uno de los enfermos lleva 25 meses de operado y el otro diez meses, ambos en buenas condiciones generales y sin manifestaciones de recidiva o de metástasis.

Agradecemos al Prof. J. L. Monserrat el estudio anatómico de las piezas operatorias, efectuado en el Servicio de Patología del Hospital Español de Buenos Aires.



## BIBLIOGRAFIA

1. *Graves, R. C. y Templeton, Q. R.* — *J. Urol.* 5: 517, 1921.
2. *Wildbolz, H.* — *Actas del V Cong. Intern. de Urol.* 2; 163, 1933.
3. *Balch, J. F.* — *J. Urol.* 33: 138, 1935.
4. *Melicow, M. M.* — *J. Urol.* 54: 186, 1945.
5. *Macalpine, J. B.* — *Brit. J. Urol.*
6. *Rupel, E. y Sutton, W. E.* — *J. Urol.* 63: 487, 1950.