

# LINFOSARCOMA RETICULO HISTIOCITARIO PERIRRENAL

Por los Dres. LUIS M. BREA, RICARDO A. ANTELO  
y DOMINGO A. LUCANO

J. Z. de E., 51 años, casada. Entre los antecedentes personales debemos consignar una litiasis renal izquierda con eliminación espontánea del cálculo en 1948, el mismo año metropatía hemorrágica. Sufre de cefaleas periódicas desde hace más de veinte años. Hace régimen dietético por su litiasis. Es en general una mujer sana que despliega una gran actividad. Inicia su enfermedad actual en el mes de mayo último con un cuadro doloroso de la región lumbar derecha irradiado al epigastrio e hipocondrio correspondiente. Era un dolor profundo acompañado de estado nauseoso y sin trastornos urinarios. Afebril en su iniciación quince días después comienza a tener fiebre, meteorismo intestinal, constipación y vómitos con francos trastornos dispepticos, digestiones irregulares y perezosas acompañadas de una permanente sensación de plenitud gástrica.

Vista por un facultativo es interpretada y medicada como una afección hepática. Bajo la acción de los antibióticos remiten la fiebre y los dolores lumbares persistiendo una epigastralgia con exacerbaciones periódicas y franco decaimiento del estado general.

En estas condiciones somos consultados y comprobamos que presentaba discretas molestias lumbares sin irradiación, persistiendo los dolores epigástricos con un recrudecimiento regular una hora después de la ingestión de alimentos.

El examen clínico revelaba orinas de emisión claras sin trastornos disúricos, la palpación de riñones era negativa e indolora aunque despertaba una sensación de molestia en la región lumbar derecha. Lo mismo sucedía en el epigastrio y en el hipocondrio derecho, con meteorismo localizado en estas regiones.

El examen urográfico lo interpretamos en este primer examen como normal aunque su lectura no era clara por la aerocolia que enmascaraba las imágenes pielocaliciales.

Con la impresión de que el problema que presentaba no era urinario, sino, del aparato digestivo y de sus vías biliares, se internó y fué cuidadosamente estudiada sin poder llegar a un diagnóstico definitivo. Durante todo este tiempo persistió la fiebre y el estado general se comprometía cada vez más hasta que un día bruscamente acusa un fuerte dolor en la región lumbar derecha, acompañado de un cuadro de colapso periférico ya comentado, en base a la evolución clínica seguida por la paciente, la que nos permitió interpretar con más exactitud pequeñas deformaciones del sistema pielocalicial derecho, corroboradas por una pielografía ascendente que demostraba defectos del rellamamiento del sistema de excreción.

En estas condiciones hacemos el diagnóstico de perinefritis supurada.

La medicación antibiótica en gran escala mejora nuevamente las cosas y permite un campás de espera que aprovechamos para hacer una amplia revisión de toda la documentación clínica y llegar al diagnóstico presuntivo de antrax de riñón o tumor de riñón a forma febril.

Fuè precisamente la lectura cuidadosa del primer urograma ya comentado, en base a la evolución clínica seguida por la paciente, la que nos permitió interpretar con más exactitud pequeñas deformaciones del sistema pielocalicial derecho, corroboradas por una pielografía ascendente que demostraba defectos del rellamamiento del sistema de excreción.

Una cuidadosa preparación preoperatoria, nos permite llegar a la intervención quirúrgica con el plan de efectuar una nefrectomía.

En el acto operatorio nos encontramos con una glándula muy aumentada de volumen, rodeada de una perinefritis intensa de tipo lardáceo, surcada de gruesos vasos. Se consigue con mucha dificultad aislar parcialmente el riñón, en medio de una profusa hemorragia. En su cara anterior encontramos un quiste seroso del tamaño de un huevo de pato que se desgarró en las maniobras de debridación. Decidimos hacer la nefrectomía colocando a ciegas y guiados

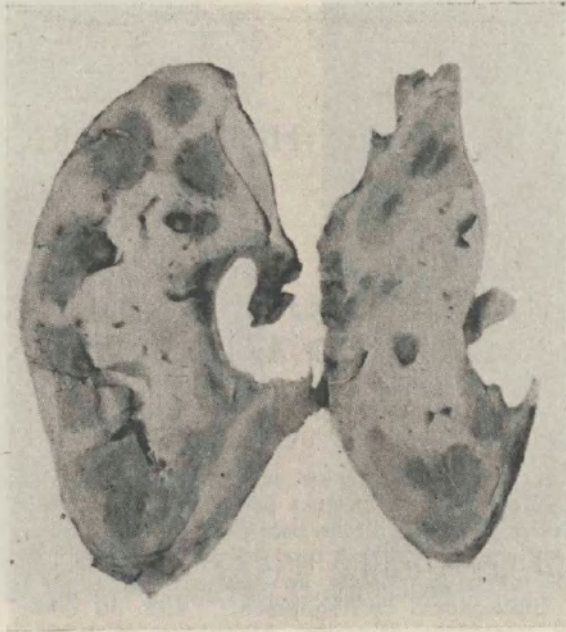


Figura 1

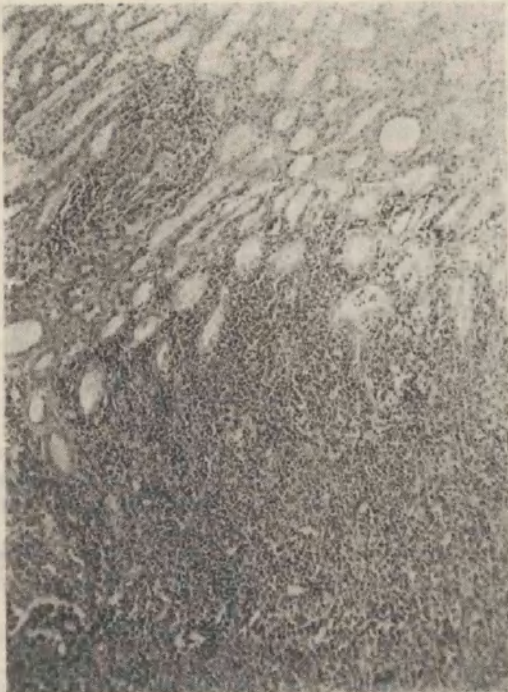


Figura 2

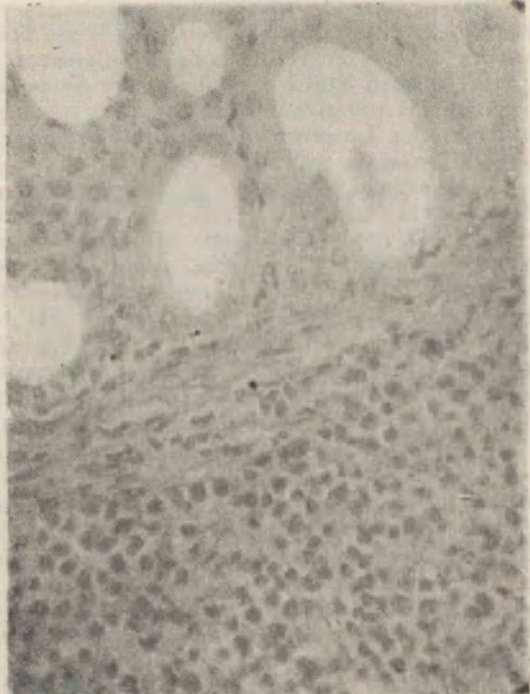


Figura 3

por el tacto un clamp en el pedículo, extirpada la glándula se produce un desgarro de la vena renal que se puede tomar con una pinza.

El examen de la "loge" permite observar el mismo aspecto lardáceo de los tejidos, cuya infiltración se continúa por la vaina del psoas y que engloba también la vena cava. La ligadura de la arteria renal se puede hacer sin inconvenientes, no así la de la vena que se desgarra en cada tentativa hasta llegar a su embocadura en la cava, produciéndose un desgarro de esta última que se puede remediar con una sutura sobre clamp. Un nuevo desgarro más abajo, imposible de ligar, nos obliga a dejar "in situ" y una pinza taponar cerrando parcialmente la brecha en un plano.

El post operatorio es muy accidentado, presentando a las veinte y cuatro horas un cuadro gravísimo de colapso periférico con gran hipotensión, que nosotros interpretamos como una hemorragia secundaria a nivel de donde habíamos dejado la pinza. Se trató con transfusiones de sangre diarias y el episodio se repitió varias veces más. A los diez y siete días retiramos la pinza sin incidentes y pudimos comprobar con gran sorpresa al retirar el taponaje que la "loge" estaba limpia, sin coágulos, ni rastro de hemorragia. Por otra parte las curaciones practicadas en los días anteriores no habían comprobado la salida de sangre. La paciente continuó en grave estado, hizo una complicación pulmonar y falleció a los treinta días de la intervención.

El estudio histopatológico de la pieza operatoria que debemos a la gentileza del profesor Dr. Latienda dice así: Sarcoma reticulohistiocitario con diferenciación linfoblástica que envuelve el parénquima renal e infiltra el uréter. Con la técnica de Río Ortega se demuestra retículo intercelular y la riqueza celular del tumor.

#### COMENTARIOS

En realidad la denominación de linfosarcoma perirrenal no es la más exacta y según lo propone Gibson, es más acertado designarlo linfosarcomatosis del riñón. Este autor interpreta que se trata de una neoplasia de sistema de la cual participa el riñón y el uréter aunque a veces pueda presentarse con los caracteres clínicos de un blastoma primitivo del riñón.

Así describe cuatro formas anátomo-clínicas que son:

- 1º) Linfosarcomatosis perirrenal con o sin invasión secundaria del riñón.
- 2º) Linfosarcomatosis nodular del riñón.
- 3º) Linfosarcomatosis con infiltración difusa del parénquima renal.
- 4º) Linfosarcomatosis localizada y solitaria a forma tumoral de riñón.

Nuestro caso encuadra en el primer tipo de linfosarcomatosis perirrenal con invasión secundaria del riñón y del uréter al que envolvía como una túnica insinuándose por el sistema pielocalicial.

Aparentemente este autor engloba también dentro de la clasificación por él propuesta los sarcomas renales que tienen como lugar de origen la cápsula propia, el hilio o el tejido intersticial y que para muchos otros autores no representan una enfermedad de sistema, sino, que son el resultado de una propagación metastásica.

El diagnóstico clínico es siempre muy difícil cualquiera sea la forma que adopte, siendo más factible en la forma de tumor localizado y solitario.

En el caso que presentamos, el cuadro de aparente perinefritis supurada determinó la localización anatómica de la enfermedad, sin que se pudiera establecer con exactitud su etiología. La correcta interpretación de la imagen radiográfica, inclinaba a creer que se trataba de un ántrax o de un blastoma a forma febril. Justo es reconocer que la imagen radiológica se explicaba también por el quiste seroso de cara anterior que existía. El acto operatorio permitió de inmediato sospechar la naturaleza neoplásica del proceso por el aspecto macroscópico del riñón, de los tejidos circundantes y sobre todo por la infiltración de la vaina del psoas y de la pared de la vena cava.

De más difícil interpretación son los gravísimos cuadros de colapso periférico y de aparente hemorragia que presentó durante el postoperatorio, que cedían a grandes transfusiones de sangre, plasma y suero con ACTH. Nosotros los hemos interpretado "a posteriori" como episodios de insuficiencia supra renal tóxica o por la infiltración de la glándula por el mismo proceso linfosarcomatoso.

En general las manifestaciones clínicas de esta afección se pueden reunir en tres diferentes grupos:

Cuadro de cólicos nefríticos debidos a la compresión ureteral por el proceso linfosarcomatoso.

Cuadro del tumor primitivo de riñón con radiología positiva, hematuria, como sucede en la forma localizada y solitaria.

Cuadro de tumor retroperitoneal del cual participa secundariamente el árbol urinario superior.

Todos éstos presentan un substráctum común de anemia, trastornos digestivos, ileus segmentario, erito sedimentación muy acelerada, fiebre y grave repercusión sobre el estado general.

La terapéutica más correcta parece ser la radioterapia profunda, aunque es de hacer notar que sólo es sintomática y paliativa. La nefrectomía no es una solución satisfactoria ni aun en la forma localizada y solitaria y debe ser completada con radioterapia postoperatoria.

La experiencia con gas mostaza no es tampoco muy feliz según los autores que lo han practicado, pero aún está en el terreno de la experimentación clínica.