

TUMOR PAPILAR DE LAS VIAS EXCRETORAS DEL RIÑÓN

Por el Dr. BERNARDO SINGER

(de Rosario)

Con la intención de agregar a la casuística una nueva observación de tumor de pelvis renal y vías excretoras voy a tener el honor de presentar a consideración de Vds. la siguiente observación clínica:

Se trata de un enfermo de 61 años de edad, español, casado, que vive en Charata (Prov. del Chaco), que me consulta el 2 de diciembre de 1954.

Antecedentes hereditarios: Padres fallecidos ignora causa y edad.

Antecedentes personales: No recuerda enfermedad de la infancia. A los 25 años blenorragia que trató con lavajes de permanganato de potasio y cura en tres meses sin complicación. Fumador de 20 cigarrillos. No es bebedor. No es constipado. Sufre de dispepsia ácida y estuvo largo tiempo bajo asistencia médica.

Enfermedad actual: Hace 7 años aproximadamente, comenzó a notar que sus orinas eran muy cargadas hasta que se fueron convirtiendo en hematóricas francas con algunos coágulos finos y cortos. Al mismo tiempo comenzó a sentir dolores en fosa ilíaca derecha que por cuya intensidad le obligaba a interrumpir sus labores rurales. Tuvo un episodio agudo de dolor acompañado de hematuria y es intervenido con diagnóstico de apendicitis aguda. Pese a lo cual, persisten las hematurias con dolores en fosa ilíaca derecha con escasa propagación a la región renal derecha.

Sus hematurias son al parecer totales y se agudizan con el trabajo. Los episodios se repiten con intervalos de meses, hasta que últimamente es sorprendido de una profusa hematuria seguida con intenso dolor con caracteres antes especificado, epilogando con una retención completa de orina que cede a la evacuación espontánea de coágulos gruesos.

Estado actual: Enfermo de aspecto desnutrido, facie ansiosa y pálido, ha rebajado en los últimos meses seis kilos, que lo atribuye a su inapetencia.

A. circulatorio: S/p. Presión arterial máxima 120 m. Mn. 80. Pulso 68 por minuto.

Aparato respiratorio: S/p.

Abdomen: Hígado y bazo no se palpan.

Riñones no se palpan. Puntos dolorosos: Punto ureteral derecho sensible. Demás puntos dolorosos negativos.

Citoscopia: Vejiga muy sensible a la distensión, escasa capacidad 60 c.c., por lo que se posterga la citoscopia y con anestesia con scofedal fuerte se practica la citoscopia con 140 c.c. Mucosa congestiva. Se aprecia sobre el meato ureteral derecho un tumor del tamaño de una nuez, de aspecto papilar, pediculado y que oculta el meato ureteral al que se adivina durante la eyaculación que es francamente hematórica. Meato izquierdo normal con eyaculación de orina clara. Se aprecia otro pequeño pólipo cerca del hemicuello vesical a las 3 horas. Resto vejiga normal.

Radiografía renovesical directa: No se aprecian imágenes opacas; las siluetas renales normales. El derecho algo descendido. Urograma excretor 7 y 30 minutos. Defecto de relleno el pelvis renal derecha con discreta pieloectasia.

Operación 15-1-55. Cirujano Dr. Singer. Ayudante pract. Bousquet y Guiter. Anestesia general. Incisión de Hakembach. Se llega a la celda renal, ligadura por separado de uréter y pedículo renal; se practica la nefrectomía con el máximo de longitud del uréter. Drenaje en cigarrillo. Se cierra por planos. Postoperatorio: Normal y es dado de alta el 26-1-55.

El 10-11-55 se interna nuevamente y se le practica una electrocoagulación endoscópica de sus dos pólipos vesicales y es dado de alta el 17-11-55 y se interna en una sala de clínica por una ictericia a virus donde queda internado aproximadamente dos meses, que es dado de alta curado. En esta circunstancia se le practica una nueva citoscopia, que salvo unas zonas congestivas próximas al meato ureteral derecho es normal.

Sus dolores y hematurias han desaparecido, solicita el alta para volver a someterse a una nueva intervención, a fin de practicar la uretectoemia residual.

Análisis de laboratorio:

Orina: Reacción ácida. Albúmina 2 gramos por mil. Glucosa no contiene. Sedimento. Abundantes hematias. Regular cantidad de leucocitos granulosos. Regulares células epiteliales.



Figura 1

Urea en sangre 0.46 por mil. Hemograma: Glóbulos rojos 3.190.000; blancos 9000; Hb. 62 %; neutrófilos, 64 %; eosinófilos. 3 %; basófilos, 0; linfocitos. 29 %; monocitos, 4 %.

Descripción del tumor de pelvis.

Se aprecian dos tumoraciones de aspecto vegetante uno del tamaño de una moneda de 20 cts. localizado en la pared posterior de la pelvis. Otro más chico en la entrada del cáliz superior. Ambos presentan una superficie verrucoide y al corte presenta un color blanco mate, blando casi encefaloideo, que se desintegra con cierta facilidad.

Descripción histológica; inclusión N° 6202. Prof. Ocaña.

El estudio histológico nos muestra una serie de ejes conjuntivos vasculares en formación ramosa papilífera, recubierto por fuera por un epitelio paramalpighiano. Los ejes conjuntivos son en general delgados en su mayor parte, sumamente tenues, de tal modo que la formación epitelial que lo recubre llega a adquirir una apariencia masiva. En los sitios donde el eje conjuntivo adquiere algún espesor está infiltrado por linfocitos y las fibras colágenas son relativamente escasas. El epitelio que recubre esta formación papilífera está constituido por varios estratos de células variables según el punto que se considere, pero siempre en un número mayor al de un epitelio típico. Las células de este epitelio presentan cierto grado de polimorfismo y policromacia, observándose algunos elementos de gran volu-

men con núcleo rico en cromatina. Dada la delgadez de los ejes conjuntivos que hemos señalado, la tumoración tiene más bien un aspecto epitelial masivo pseudolobular.

Diagnóstico histológico: Epitelioma paramalpighiano. Papiloma con degeneración carcinomatosa grado I.

COMENTARIOS

Se trata de una observación de un epitelioma paramalpighiano de pelvis renal y vías excretoras (vejiga) de 7 años de evolución clínica. El dolor en fosa iliaca derecha ha sido el signo dominante y es precedido y acompañado con hematurias al parecer total. Estamos de acuerdo que debe practicar siempre que el estado del enfermo permite, la nefroureterectomía en uno o dos tiempos, ya que dichos tumores tienen tendencia marcada a la diseminación.

No creemos necesario insistir en los antecedentes de la bibliografía nacional después de las consideraciones de: García y Casal, Comoto y Fernández Luna, Iacapraro, Granara Costa y Aimo, Vilar y Arrues y Ercole.