

## HEMANGIOMA DEL HILIO RENAL

Por el Dr. JUAN JOSE PEREDA

(de Mar del Plata)

El hemangioma de la porción superior del tracto urinario es una afección poco frecuente, cuyo diagnóstico se realiza en la mayor parte de los casos en el acto operatorio y muy aménudo es simplemente un hallazgo de autopsia.

Fue *Virchow* el que en el año 1867 describió el primer caso auténtico de angiomatosis renal observado al practicar una autopsia. Correspondió a *Morris* en el año 1901 y a *Fenwick* en 1903 el reconocimiento clínico de dicha afección.

En abril de 1934 *Gayet, Gabrielle y Martín* reunieron 25 casos con motivo de una nueva observación publicada en el *Journal d'Urologie* y entre nosotros *Cevallos y Trabucco* en el año 1936 elevan este número a 36. *Riley y Swana* en 1941 incluyendo una observación personal llegan a 37 observaciones y en 1951 *Butt y Perry* en una publicación que tiene como base el haber hecho el diagnóstico preoperatorio del hemangioma, al efectuar la revisión bibliográfica totalizan 55 observaciones. Esta cifra, sin embargo, no está de acuerdo con el estudio estadístico de *Lazarus y Markus* hecho en setiembre de 1947 donde luego de una minuciosa revisión de la literatura analizan 70 casos de hemangioma renal, ni con el estudio estadístico de *Mc Crea* que en 1951 analiza 73 comunicaciones sobre el mismo tema.

A partir de entonces sólo hemos encontrado dos comunicaciones en la literatura americana y una en la francesa.

Entre nosotros salvo involuntario error sólo se han hecho 4 observaciones, con lo que la nuestra elevaría el número a 5 hasta la fecha.

*Historia clínica:* J. K., argentino, 44 años, albañil, casado.

El día 15 de marzo de 1955 concurre a nuestra clínica privada y manifiesta que el día 10 del mismo mes, bruscamente se vió atacado de un fuerte dolor en la región lumbo-ilíaca izquierda que, de acuerdo a sus referencias, presentaba todas las características de un cólico renal. Asistido en esas circunstancias por un colega, le sedó el dolor por medio de una inyección y le indicó hacer un urograma excretor. Efectuamos el urograma y como le dijieran debía ser operado del riñón, viene a consultarnos.

Se trata de un hombre en muy buen estado físico, que trabaja en la construcción y que siempre ha gozado de buena salud. No existen antecedentes urológicos y por más que se ahonda el interrogatorio, niega haber padecido dolores u haber observado algún trastorno urinario.

En el momento actual, pasado el cólico renal, ha recuperado su estado físico, encontrándose en perfectas condiciones.

Los riñones no se palpan y no se hallan signos dolorosos renoureterales. Las orinas son limpias. Próstata con caracteres normales. El examen citoscópico solo acusa un retardo en la eyaculación del orificio ureteral izquierdo.

El urograma permite observar una imagen pielocalicial derecha normal y un desplazamiento perifericouronefrósico de los cálices superior y medio del riñón izquierdo con falta de relleno de pelvis y cáliz inferior (Fig. Nº 1). A fin de completar su estudio, se le indican

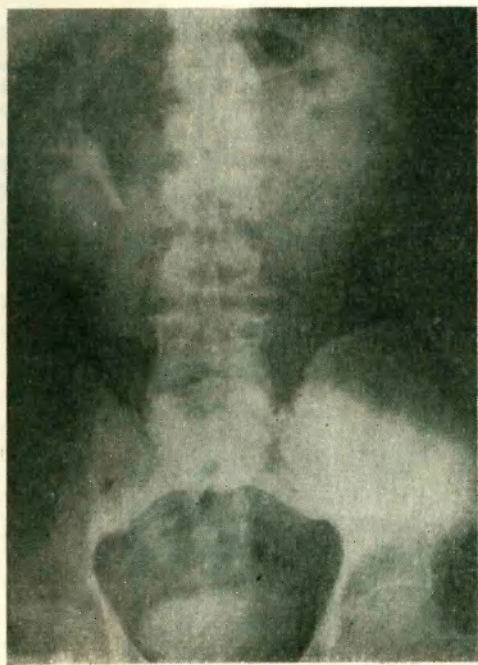


Figura 1

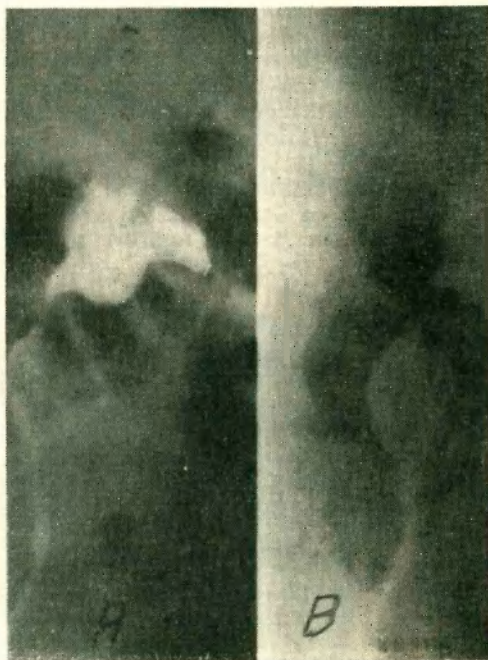


Figura 2



Figura 3

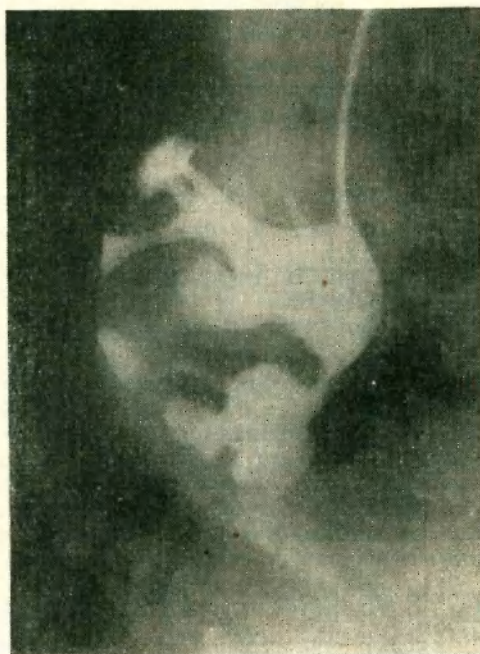


Figura 4

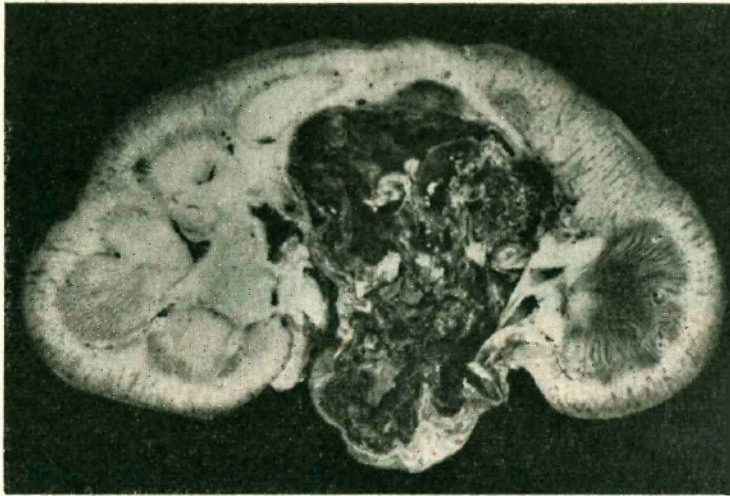
análisis de sangre y orina y una ureteropielografía ascendente. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

*Orina:* Densidad, 1.021; úrea, 14,50‰; cloruros, 6,50‰. No se observan elementos anormales. *Sangre:* Azoemia, 0,38 gs.‰; glucemia, 0,96 gs.‰.

*Ureteropielografía ascendente:* Se practica solamente del lado izquierdo.

Utilizamos yoduro de sodio al 13,75 % como medio de contraste y al practicarla lo hacemos con el control de la pantalla radioscópica. Pudimos así comprobar que al inyectar el medio opaco, lo primero que se rellena son los cálices superiores dilatados (Fig. Nº 2, a) y luego poco a poco va rellenándose la pelvis y los cálices medios e inferiores (Fig. Nº 2, b y Fig. Nº 3).

La imagen radiográfica tomada en esas condiciones nos permite observar la dilatación y deformación de la pelvis renal y el alargamiento, deformación y dilatación de los cálices, imágenes que atribuimos a un proceso que comprime y desplaza el sistema pielocalicial de dicho riñón. Una placa en decúbito lateral confirma nuestra sospecha (Fig. Nº 4) al mostrarnos una imagen típica de un proceso tumoral quístico con desplazamiento de la pelvis y alargamiento de los cálices.



Corte de riñón por la curvatura mayor. A nivel del hilio se observa un tumor hemorrágico que penetra en el parénquima renal destruyéndolo pero respetando una delgada capa de cortical. El estudio histológico revela estructura de hemangioma cavernoso.

Se propone la intervención quirúrgica que fué aceptada por el enfermo, por lo que se interna con dicho fin.

*Operación:* 28 de marzo de 1955. Anestesia general (Pentothal-Novocaína). Incisión de Flaumer con resección de la XIIª costilla. Se llega al órgano, se le exterioriza, comprobándose que se trata de un riñón aumentado de tamaño, si bien con una forma conservada. En la zona hilar se observa una formación quística hemorrágica de color rojo oscuro, del tamaño de un huevo de paloma, que aparentemente ocupa la pelvis renal. Se aísla el uréter y se consigue así identificar la pelvis, que en realidad se halla adosada a la cara anterior de la formación quística. A punta de gasa se consigue liberarla de sus adherencias, comprobándose que la tumoración es encapsulada y penetra dentro del parénquima renal. Ante la certidumbre de encontrarnos en presencia de un angioma, practicamos la nefrectomía. Esta se efectuó sin ninguna dificultad. Cierre en tres planos, previo drenaje de rubberdan.

*Post-operatorio:* Sin inconvenientes. A los 10 días el enfermo es dado de alta en buenas condiciones.

*Examen anatomopatológico* practicado por el Prof. Dr. Eduardo F. Lazcano, presenta el siguiente informe:

*Macroscopía:* Riñón aumentado de tamaño, en cuyo hilio se observa una formación quística limitada por una cápsula conjuntiva delgada, en cuyo corte se ven numerosas cavidades

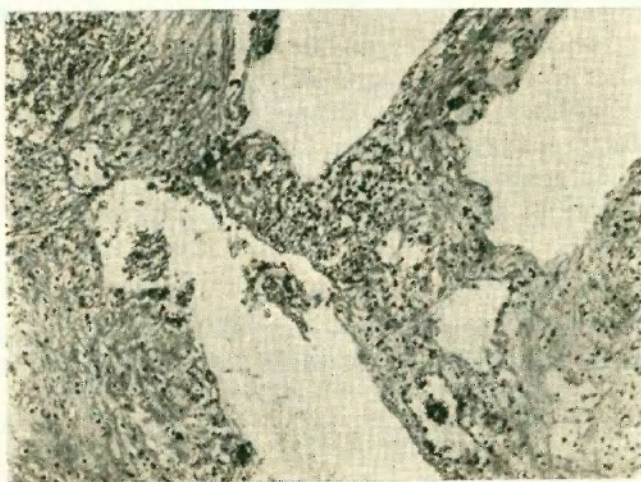
irregulares llenas de sangre. Tiene todo el aspecto de un hemangioma, que mide en sentido transversal  $6\frac{1}{2}$  cms., en sentido vertical 4 cms. y que ha nacido en el seno de la grasa hilar aparentemente fuera de las cavidades pielocaliciarias. Comprime el parénquima renal suprayacente atrofiándolo. En el riñón se ven numerosos infartos antiguos corticales, granulaciones finas y pequeños focos hemorrágicos sobre la superficie de decapsulación.

*Microscopia:* Fijación en formol, inclusión en parafina y coloraciones de rutina.

El estudio histológico muestra imagen de angioma cavernoso, viéndose numerosos vasos sanguíneos de diferente forma y calibre, algunos más o menos considerablemente dilatados.

En general se trata de capilares, muchos de los cuales han sufrido necrosis de la pared y trombosis. En el conjuntivo intratesticular se ve tejido adiposo, esclerosis, hemorragias con macrófagos cargados por hemosiderina e infiltración linfoplasmocitaria. Muchos de los histiocitos se han transformado en células xantomatosas por fagocitosis de grasa. El riñón en sí presenta lesiones de arterio y arterioesclerosis.

*Diagnóstico:* Hemangioma cavernoso de hilio renal.



Microfotografía a pequeño aumento donde se ven grandes cavidades vasculares separadas por tabiques conjuntivos infiltrados por células inflamatorias y xantomatosas.

*Consideraciones:* Indudablemente, es de excepción encontrar un hemangioma de riñón del tamaño que presenta el de nuestro caso sin haber tenido otra manifestación que un cólico renal. En efecto, la hematuria es el síntoma fundamental de esta enfermedad, cuyo diagnóstico preoperatorio es difícil de efectuar en primer lugar, por lo poco frecuente de la afección y en segundo lugar porque los estudios complementarios, en su mayoría no aportan pruebas fehacientes que permitan asegurar la existencia de dicha entidad nosológica.

La hematuria, sea persistente y abundante o intermitente; con intervalos de días, meses o años, con o sin coágulos, es un signo patognomónico de múltiples afecciones renales y establecido por el examen endoscópico su origen uni o bilateral, solamente el laboratorio y la radiología nos podrán permitir llegar al diagnóstico diferencial de la afección.

No existen en general elementos anormales en la orina, pero no es este tampoco un signo exclusivo del hemangioma, pues otras afecciones incluso la nefritis hematúrica, en múltiples ocasiones presenta orina con estas características.

Las imágenes radiográficas están supeditadas a la localización y el tamaño del tumor. En efecto solamente los angiomas papilares o los situados en la cavidad pielocalicial pueden presentar diferentes imágenes radiográficas. Sin embargo ninguna de ellas es característica, pues unas veces, por el pequeño tamaño del angioma nos encontramos ante imágenes normales, o discretísimas dilataciones; otras veces pequeños defectos de relleno o imágenes lacunares que bien pueden ser originados por papilomas u otros tumores benignos pielocaliciales; por último y es lo excepcional los grandes angiomas que al ocasionar modificación morfológica del sistema excretor pielocalicial, nos llevan al diagnóstico de los grandes tumores y quistes renales.

El dolor, síntoma de excepción, casi siempre es provocado por la evacuación de pequeños coágulos y otras veces y en forma mucho más excepcional, como único síntoma, tal como el que motiva la presente comunicación apareciendo en forma franca con todas las características del cólico nefrítico. En cuanto al tratamiento de este tipo de tumores del riñón, si bien hay quien ha intentado a veces con éxito y otros sin él, la cirugía conservadora; ésta solamente podría ser aplicada en angiomas pequeños, localizados en un polo y muy especialmente si nos encontramos con un riñón opuesto deficiente.

No estamos de acuerdo que sea esta la terapéutica más racional y sólo sí, como caso de excepción. Generalmente nos encontramos frente a enfermos debilitados, anemizados y sólo la nefrectomía nos dará la absoluta seguridad para la curación del paciente.

*Resumen:* Se comunica un caso de angioma del hilio renal de gran tamaño y se practica una ligera revisión de la bibliografía.

#### BIBLIOGRAFIA

1. *Maraini, B.* — "Angiomatosis del riñón". Revista Argentina de Urología. Setiembre de 1950, pág. Nº 5.
1. *Gayet-Gabrielli y Martín.* — "L'angioma du rein". Jour d'Urologie. 1934. Tomo Nº 37.
3. *Cevallos, A. y Trabuco, A.* — "Angioma de papila renal". Pren. Méd. Arg., 1936. Tomo 23, pág. 1517.
4. *Cid, J. M. y Ércole, R.* — "Angiomas corticales del riñón". Revista Argentina de Urología, 1939. Nros. 1 y 2.
5. *Riley, A. and Swann, W. J. J.* — "Hemangioma of the Kidney". Urol and Cutan. Rev. 45, 377, 1941.
6. *Lazarus, J. A. and Markus, M. S.* — "Renal hemangioma". Urol and Cutan. Rev. 51, 500-509, 1941.
7. *Gorodner, J. y Robere, R.* — "Hemangioma de la papila renal". Revista Argentina de Urología. Pág. Nº 70, 1950.
8. *Mc. Crea, L. E.* — "Hemangioma of de'RIDNEY". Urol and Cutan. Rev. 55-670, 1951.
9. *Butt, A. J. and Perry, J. K.* — Hemangioma of the kidney". Journal of Urology. Enero de 1951, pág. Nº 15.
10. *Anderson, J. B., Lee, J. J., Hancock, R. A. and Black, S. R.* — Hemangioma of the kidney pelvis". Journal of Urology. Diciembre de 1953, pág. 869.
11. *Malashock, E. and Kopp, J. H.* — "Hemangioma of the Kidney; an incidental finding at autopsy". Journal of Urology. Noviembre de 1954, pág. 783.
12. *Robert, J. P.* — "Sur un cas d'angioma du rein". Jour d'Urologie. Tomo 61, Nº 3, 1955, pág. 208.