

Hosp. Angel C. Padilla. San Miguel de Tucumán.
Serv. de Urolog. Jefe: Dr. O. A. Fonio.

DUPLICIDAD PIELOURETERAL BILATERAL

Por el Dr. OSCAR A. FONIO

Los uréteres anómalos son mucho más comunes y variados de lo que se cree y su hallazgo más frecuente desde que se estudia mejor los enfermos, mediante la endoscopia y la roentgenografía de contraste, máxime que una mayoría de las malformaciones congénitas del uréter, se descubren por las complicaciones, que como todo órgano anómalo, está más expuesto que el normal a afecciones sobreagregadas, en especial de tipo obstructivo, infeccioso o litiásico, por lo que su reconocimiento tiene gran importancia, para el cirujano urólogo.

La duplicidad de los sistemas excretores de los riñones, lleva aparejada una alteración en el fisiologismo, que se traduce por anomalías en el ritmo de la progresión de la orina, lo que determina en un plazo más o menos largo la aparición de la ectasia, con sus aliados casi forzosos, la infección y la litiasis.

El caso que motiva la presente comunicación, es una interesante observación que he tenido la fortuna de constatar en fecha reciente.

Resumen de la Historia Clínica. — L. E. R., de 41 años, argentino, empleado, domiciliado en San Miguel de Tucumán, que concurre a consultarme por indicación de un colega, el 19 de Abril del corriente año.

Antecedentes hereditarios y familiares: Madre fallecida de "derrame cerebral" y padre de neumonía. Han sido 7 hermanos, de los cuales el primero murió de meningitis, el 2º, nació muerto; los restantes sanos.

Antecedentes personales: Eruptivas en la infancia; hemorragia hace 20 años; hace 4 años pleuresía; fué operado de apendicitis y padece de parasitosis intestinal (amebas y quistes de giardias). Hace dos años tuvo un episodio de cólicos nefríticos con expulsión de un cálculo de oxalato de calcio, ocasión que encontrándose en Buenos Aires se le practicaron urografías y el colega que lo atendió le dijo que "tenía 4 riñones".

Enfermedad actual: Dolor en fosa iliaca derecha, con irradiación a testículo correspondiente y disminución de la potencia sexual.

Al examen clínico, sólo se constataban puntos ureterales dolorosos y epidídimo derecho ligeramente aumentado de volumen.

El 22-IV-1954, realicé un examen cistoscópico, comprobando la existencia de dos meatos ureterales del lado derecho y uno izquierdo.

En la misma fecha, efectuamos una exploración urográfica de excreción, que nos muestra duplicidad pieloureteral bilateral.

Luego procedí a catetizar los dos meatos y uréteres correspondientes del lado derecho y a practicar ureteropielografías ascendentes, en proyección ánteroposterior y oblicua

TUMOR RENAL DE CELULAS CLARAS

Por el Dr. OSCAR A. FONIO

Aunque los tumores hipernefroides de riñón son relativamente frecuentes, la circunstancia de haber recientemente constatado un caso en una distinguida señora de 85 años, con antecedentes hereditarios y familiares cargados de cáncer, que con un excelente estado general, era portadora de un tumor renal de larga evolución asintomática, es que nos ha parecido de interés su relato.

Historia clínica. — M. B. de B., argentina, viuda, de 85 años de edad, domiciliada en San Miguel de Tucumán.

Antecedentes hereditarios y familiares: Padre fallecido a los 79 años de cáncer gástrico; madre, a los 90 años de bronconeumonía. Fueron 14 hermanos de los cuales 3 fallecieron a edad entre 45 y 65 años, dos con cáncer de mediastino y uno de próstata.

Antecedentes personales: Casó a los 20 años, enviudando a los 39. Tuvo 8 hijos: una falleció de 2 años, con meningitis; otro repentinamente (infarto?) a los 44 años y otro a los 58 años de T. B. C. pulmonar. Los restantes viven sanos, aunque uno de ellos fué operado hace muchos años de úlcera de estómago, practicándosele gastrectomía parcial.

Hace aproximadamente 20 años, tuvo un síndrome doloroso hepático, que curó sin volver a molestarla hasta la fecha. Es discretamente hipertensa.

Enfermedad actual: El 24 de Junio del cte. año inició un cuadro gripal, que la obligó a guardar cama una semana y el 8 de Julio pasado al despertar tuvo una hematuria no muy abundante, silenciosa, que no se repitió en las micciones siguientes.

Dos días después de este episodio, se repite la hematuria, más abundante, pero sin dolores ni molestias de ninguna especie. En esta ocasión, se me solicita la atención de la enferma, sin que pudiera constatar otros signos, ni síntomas, fuera de la hematuria.

Estado actual: Buen estado general, apirética, sin anorexia ni pérdida de peso: Tensión Mx. 18. Mn. 10; pulso rítmico, igual, con frecuencia de 80 por minuto.

Como al siguiente día debí viajar a la ciudad de Córdoba, indiqué a los familiares la conveniencia de que se realizara un examen cistoscópico al efecto de determinar el origen de la hematuria y que a tal fin, se solicitara la intervención de otro colega urólogo.

Como la hematuria desapareció nuevamente con la administración de Ka-Ce-Rutín y Coaguleno, se resolvió esperar mi regreso, aunque de nuevo con alternativas reaparecieron hematurias y también dolor no muy intenso, en flanco derecho y palpación positiva, dolorosa de riñón del mismo lado.

Análisis: Orina: (13-7-1954): d. 1013; ácida débil; albúmina, 0.20‰; contiene hemoglobina; pus abundante y regular cantidad de hematíes; abundantes colibacilos; no se observan cristales ni cilindros.

En dos análisis posteriores a la administración de antibióticos disminuye la albúmina, el pus y los colibacilos.

Recuento globular: (13-7-1954): rojos: 4.660.000; blancos: 14.000. (23-7-1954): rojos: 4.220.000, blancos: 8.300. (2-8-1954): rojos: 3 millones 850.000; blancos: 8.300.

Fórmula leucocitaria: (13-7-1954): N. 64 %, E. 4 % L. 24 %, M. 8 %. (23-7-1954): N. 62 %, E. 4 %, L. 28 %, M. 6 %. (2-8-1954): N. 73 %, E. 1 %, L. 22 %, M. 4 %.

Hemoglobina: 87 %, 80 %, y 70 %; *Valor Globular:* 0.94, 0.95 y 0.92 respectivamente en las fechas señaladas.

Eritrosedimentación: (29-7-1954): 1ª h. 98 mm., 2ª h. 120 mm., I.K. 79.

Tiempo de coagulación: 5'; de sangría: 2'.

Uremia: 0.50 ‰; *Glucemia:* 1.40 ‰; *Proteinemia:* 6.10 ‰.

Exploración roentgenográfica: En la radiografía directa, llama de inmediato la atención en el lado derecho, una imagen litiásica, de forma elíptica, de 3 x 2 ½ centímetros, por fuera de la 2ª vértebra lumbar, con zonas concéntricas de distinta densidad, que al examen rápido en el cuarto oscuro, recién fijada la película, nos hizo abrigar la ilusión de que se tratara de un cálculo urinario, causa de la hematuria.

La silueta renal izquierda de forma, tamaño y posición sensiblemente normales, en cambio la imagen correspondiente al riñón derecho, agrandada, descendida y su pelo inferior basculado hacia afuera.

En la urografía de excreción a los 5 minutos de la inyección venosa de contraste, la orina opaca inicia el diseño de las imágenes piolocáliciales izquierdas y permite visualizar la porción inferior del uréter; no se observa eliminación de contraste en el lado derecho y la sombra renal correspondiente acusa zonas de distinta densidad radiográfica.

El urograma de excreción a los 15 minutos (Fig. 1), muestra mejor que el anterior la morfología de las vías excretoras izquierdas; tampoco se nota eliminación opaca del lado derecho y la imagen litiásica se muestra más próxima a la columna.

En la toma urográfica a los 30 minutos, ya disminuye la eliminación de orina opaca en el lado izquierdo y tampoco se observa la más mínima en el derecho.

Aunque ya la observación de las urografías excretoras referidas, nos orientó al diagnóstico de tumoración renal y la litiasis de vesícula biliar, efectuamos también una toma en proyección lateral, que como vemos nuestra la imagen litiásica muy por delante de los cuerpos vertebrales, como corresponde a la litiasis biliar; esta imagen nos sirvió para engañar a la enferma, que temía padecer de cáncer.

La radiografía de tórax, era normal, no revelando imágenes que pudieran hacer sospechar metástasis.

Como el cuadro clínico y la exploración roentgenográfica efectuada, nos suministraban suficientes elementos de juicio, resolvimos para no molestar demasiado a la anciana enferma, evitar la ureteropielografía ascendente derecha que seguramente nos hubiera resultado mucho más demostrativa que las de excreción y decidimos ir directamente a la lumbotomía.

Operación (3-VIII-1954): Anestesia (Dr. Cuzzo). *Premeditación:* una cápsula de Embutal 1 ½ horas antes de la operación y un miligramo de atropina 1 h. antes, *Inducción:* éter, oxígeno, curare. Flaxedil (3 amp.). Intu-

bación endotraqueal. *Mantenimiento anestésico*: éter-oxígeno; respiración controlada durante toda la operación, en el curso de la cual se inyectaron otras dos ampollas de Flaxedil.

Transfusión de 500 c.c. de sangre total en el acto operatorio y otros 500 c.c. en el postoperatorio inmediato.

Cirujanos: R. Maldonado, O. A. Fonio y A. Saleme; Lumbotomía clásica. Llegado al riñón se constata una tumoración irregular que abarca el segmento inferior del órgano, del tamaño de una naranja mediana, con adherencias que se liberan con relativa facilidad. Se extirpa el riñón y el tejido celular graso que lo rodea, efectuando ligaduras independientes de pedículo y

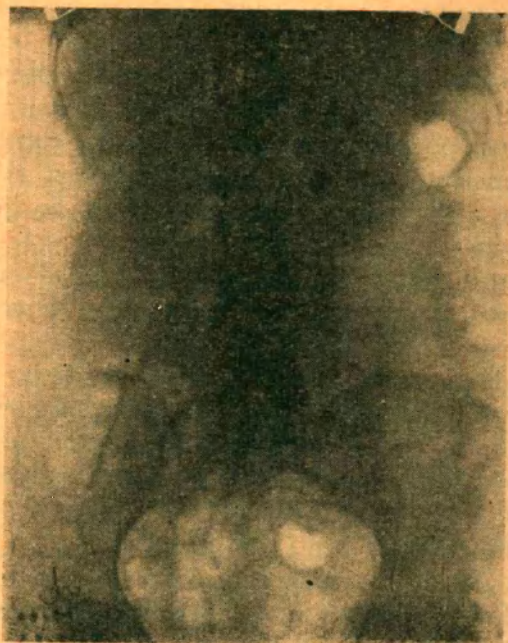


Figura 1

del uréter. No se notan ganglios. Cierre de la pared por planos, con sutura de músculos por puntos separados de catgut crómico y de piel con lino, dejando doble drenaje de guante.

Postoperatorio: El inmediato normal; al 6º día se levanta de cama y al 8º alta de Sanatorio. En los días subsiguientes, flebitis de poca intensidad del miembro inferior izquierdo. Al mes de operada viajó a Rosario donde actualmente se encuentra en perfectas condiciones. Los últimos análisis que me fueron remitidos desde la citada ciudad son normales y la eritrosedimentación ha descendido a las siguientes cifras: 1ª hora 20 mm., 2ª h. 48 mm., I.K. 22 (29-IX-1954).

Examen de la pieza operatoria (Fig. 2): Tumor redondeado, de 7 ctms. de diámetro, superficie ligeramente abollonada. Al corte se muestra bien encapsulado a expensas de láminas colágenas que se continúan directamente con el tejido capsular renal. El tumor que abarca el segmento inferior del órgano, infiltra el sistema calicial inferior y la pelvis y presenta coloración amarillo azu-

fre, característica de los tumores hipernefroides. La superficie del corte se ofrece surcada de estrías vasculares y de sufusiones hemorrágicas.

En la parte central, se observa una zona hemorrágica de mayor tamaño, rodeada de un tejido de aspecto gelatinoso. En el polo superior se observa el corte de un quiste.

Examen histológica (Prof. Dr. Dacio Deza Cenget): P. 2760. Inclusión en parafina. Coloración: método común y Van Gieson.

Los fragmentos extraídos de la zona marginal del tumor, próxima a la



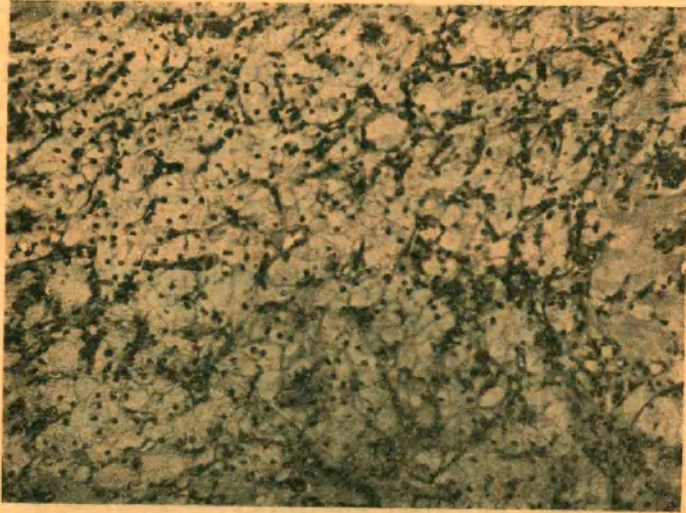
Figura 2

región de aspecto mixomatoso, hemorrágico, se observan dos estructuras diferentes. Una neoplásica integrada por micronódulos y cordones de células claras, con el aspecto típico del hipernefroma. Estos nódulos y cordones están limitados por sutiles conglomerados de fibras colágenas en las que son frecuentes los capilares sanguíneos con endotelio propio; el diámetro de los mismos es muy pequeño de donde resultan capilares extraordinariamente finos y delgados.

Entre los conglomerados micronodulares se observan en algunas zonas, células de protoplasma oxífilo claro con las características de las denominadas de tipo endócrino de Masson. Este aspecto domina el cuadro de la estructura neoplásica, que presenta todos sus elementos en una misma etapa evolutiva; las mitosis son excepcionalmente raras y aparte de la atipia constitucional del neoplasma, no se observan fenómenos de atipia celular.

Otra porción próxima a la zona hemorrágica descubre regiones de esclerosis en hialinización completa, homogénea, ligeramente oxífila, dentro de las

cuales existen capilares de tipo adulto, con moderado fenómeno de pericapilaritis reactiva,



Microfotografía N° 1.
Zona tumoral compacta; células claras formando micronódulos, delimitados por finas trabéculas conjuntivas y capilares. A la derecha laguna sanguínea, sin endotelio propio y en pleno parénquima tumoral . Oc. 10 x; Ob. 4 Leitz.



Microfotografía N° 2.
Zona marginal de la neoplasia, limitada a derecha y abajo por tejido colágeno intensamente hialinizado. En el centro, laguna hemática en vías de trombosis. Rodeando la laguna, se observa el parénquima neoplásico con moderado signo de necrosis.

En la zona limitante entre las regiones hialinizadas y el parénquima neoplásico, existen porciones limitadas por células tumorales, que se caracterizan

por presentar exudados que infiltran porciones irregulares, disgregando los cordones tumorales y que se destacan por su aspecto oxífilo homogéneo (aspecto endocrino de Masson). Son frecuentes asimismo en estas regiones, las infiltraciones hemorrágicas o zonas vasculares repletas de eritrocitos.

Limitando esta zona, las células neoplásicas tienden a la forma cilíndrica, mientras que en las regiones homogéneas, se observa constantemente una tendencia a la regresión de los elementos neoplásicos.
