

TUMOR DE RIÑÓN. TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA

Por los Dres. LUIS MARÍA BREA y DOMINGO LUCANO

En octubre del año 1950 tuvimos oportunidad de examinar a un paciente de 54 años, que concurrió a nuestra consulta por hematuria, precedida y seguida por dolores lumbares bilaterales con la eliminación de arenillas en la orina. Con anterioridad había eliminado cálculos de distintos tamaños en varias oportunidades y en una ocasión en el año 1948 membranas de aspecto blanquecino como "clara de huevo": en síntesis sus padecimientos renales con episodios de cistitis que alternaban con períodos de acalmia completa, se remontaban a 20 años atrás.

En ocasión del primer examen que le practicáramos comprobamos la hematuria de carácter total, sin coágulos con piuria. La palpación renal nos permitió comprobar puntos costumusculares dolorosos de ambos lados, riñón izquierdo palpable el polo inferior, móvil, liso. En el lado derecho comprobamos una tumoración que se extendía de la parrilla costal a la cresta iliaca, lisa, de consistencia elástica y dolorosa, con los caracteres semiológicos de una tumoración retroperitoneal.

El examen cistoscópico mostró una mucosa congestionada con meatos entrabiertos que daban salida a orinas turbias el izquierdo y discretamente hematúricas el derecho.

El estudio radiológico muestra la ausencia de sombras calculeasas, manifiesta dilatación pielocalicial izquierda y el lado derecho una grosera deformación del sistema excretor con elevación de la masa renal y desviación del ureter hacia la línea media.

La pielografía ascendente derecha ratifica las modificaciones radiológicas del sistema pielocalicial francamente patológicas y que establecen el diagnóstico presuntivo de tumor de riñón, no descartando en forma absoluta el quiste hidatídico a pesar de la negatividad de las reacciones específicas, por el antecedente de la emisión de membranas por la orina con aspecto de clara de huevo y por la imagen del pielograma ascendente. Debemos hacer notar también el borraramiento de la sombra del psoas.

El examen clínico general destaca en orina densidad de 1007, piuria y la ausencia de elementos hidatídicos. En sangre un paulatino aumento de la úrea que de 0,44 gr. % el 28-X-50, llega a 1,28 grs. % el 25-XI-50; discreta anemia. Nales gruesos diseminados en el hemitórax derecho.

Por razones de índole administrativo este paciente no pudimos internarlo en nuestro servicio del Hospital Militar Central por lo cual lo enviamos al

Prof. Dr. Figueroa Alcorta quien lo intervino. El protocolo operatorio dice que se practicó una lumbotomía exploradora comprobándose una enorme tumoración, en la que era difícil diferenciar la glándula, sumamente sangrante a las más simples maniobra exploratorias. Dado el tamaño del tumor y la hemorragia provocada que impiden intentar la ectomía por la imposibilidad de llegar al pedículo vascular se practica una biopsia, se tapona y se cierra por planos.

El postoperatorio no tuvo inconvenientes aunque la cicatrización de la herida operatoria demandó unos 40 días, siendo dado de alta en buenas condiciones.



Figura 1

El resultado de la biopsia nos dice que se trataba de un carcinoma alveolar con focos de células claras en general muy indiferenciadas.

En estas circunstancias vuelve nuevamente a nuestras manos y lo sometemos a tratamiento radioterápico, totalizándosele 3130 R.

El 7-VI-51 lo vemos por última vez y recién en marzo de este año vuelve a vernos por razones completamente ajenas a su enfermedad.

Con gran sorpresa de nuestra parte nos refiere que ha seguido en perfectas condiciones, sin molestias, sin que se hayan repetido los cólicos, siendo su estado general muy satisfactorio.

Ha tenido hematurias pero desde hace casi 3 años, éstas también han cesado. A la palpación se comprueba que la tumoración renal derecha se halla muy reducida, de consistencia firme, con discreta movilidad e indolora. El examen radiológico muestra, ausencia de imágenes calculosas, déficit funcional

bilateral, más acentuado en lado izquierdo con deformación del sistema pielo-calicial derecho y rechazamiento del ureter del mismo lado.

El paciente que es una persona de regular cultura y que conoce perfectamente el diagnóstico etiológico de su enfermedad, habiendo consultado gran cantidad de obras y autores no acepta que se le insinúe siquiera la posibilidad de intentar la exéresis del tumor.

El caso que presentamos presenta a nuestro entender algunos aspectos en su evolución que merecen ser comentados.

En primer lugar el diagnóstico de "carcinoma alveolar a células claras muy indiferenciado".



Figura 2

Los Radioterapeutas en general están de acuerdo en considerar que el carcinoma alveolar del riñón es un tumor indiferente a la acción de la radioterapia la que en el mejor de los casos sólo puede detener momentáneamente su evolución sin alcanzar nunca la reducción del mismo.

Si tuviéramos que clasificar nuestro caso por la forma como respondió al tratamiento radioterápico indudablemente nos inclinaríamos a sospechar que se trataba más bien de un linfosarcoma, o bien de un reticulosarcoma, tumores muy radio sensibles y cuya histología a veces puede prestarse a difíciles diagnósticos diferenciales con el carcinoma alveolar sobre todo si es muy indiferenciado.

En segundo término nuestro enfermo que había sido un litiásico inveterado con más de 20 años de cólicos, eliminador de cálculos y arenillas, perdió aparentemente esta condición después de haber sido tratado. Es imputable a la

radioterapia esta favorable evolución? Nosotros entendemos que no hay ninguna argumentación suficientemente sólida que avale esta concepción, aunque reconocemos que existe una aparente e innegable relación de causa a efecto. Por último es de indudable interés la sobrevivencia de más de cuatro años en muy buenas condiciones físicas, que le ha permitido continuar desarrollando sus actividades habituales hasta el día de hoy, a pesar de no habersele podido practicar la ectomía del tumor. Para comentar este aspecto del problema que siempre plantean los tumores de riñón no hemos encontrado, a nuestro criterio, nada más completo que el magnífico trabajo que presentara en nuestra Sociedad el año pasado el Dr. Ricardo Ercole y que fuera publicado en la Revista Argentina de Urología de mayo-junio de 1954.

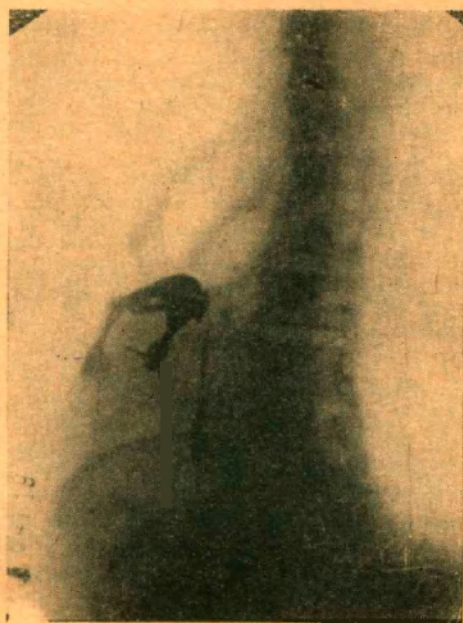


Figura 3

En él, el Dr. Ercole hace una exhaustiva revista bibliográfica, a la que agrega su experiencia personal y arriba a la conclusión, basada en 67 casos operados, de que dentro del grupo de epitelomas de riñón, el epiteloma a células claras es el de mejor pronóstico agregando que un índice histológico favorable lo constituye, una gran reacción fibrosa, una gruesa cápsula, gruesos tabiques con arquitectura clara y uniforme.

En esa misma ocasión el Dr. Armando Trabucco aportó un interesante concepto que podemos resumir así: cuando el cáncer de riñón se defiende bien en un sentido orgánico, con trama conjuntiva maciza y regularmente organizada, expresión de que el tejido conjuntivo tiene tiempo de infiltrarse y de englobar las células neoplásicas, puede hacerse un buen pronóstico. En cambio un tumor blando, con mucha necrosis, aún siendo bien encapsulado debe ser considerado como de mal pronóstico. Idénticos conceptos emitió el Dr. García. Nues-

tro paciente no ha cumplido aún con la larga sobrevida de los casos relatados por el Dr. Ercole, pero ya ha sobrepasado los 4 años plazo que Albarrán consideraba excepcional, máxime si consideramos que desde el punto de vista histológico no reúne las condiciones de arquitectura organizada de la trama conjuntiva, ni presentaba un encapsulamiento fibroso uniforme como lo han hecho notar los Autores citados.

Por último queremos remarcar el evidente beneficio obtenido con el tratamiento radioterápico que podemos homologar a los mejores éxitos operatorios, habiendo brindado al paciente una confortable sobrevida de más de 4 años.

DISCUSIÓN

Dr. Trabucco. — Es muy interesante el caso presentado por el doctor Brea, máxime que nos ha puesto en evidencia un hecho que muchas veces sucede en el organismo: el relacionado con la evolución espontánea de un cáncer, que existe en un momento y desaparece luego.

No es el caso que ha traído el doctor Brea. La naturaleza histológica, podría, sin embargo, haber sido una célula clara, no individualizada, como decía el histólogo. Esos tumores, en un momento determinado, entran a proliferar activamente y adquieren una sensibilidad muy particular.

Creo que podrían haber hecho efecto los rayos en un momento crucial de la evolución del epiteloma del riñón. La biopsia, si es chica, no puede dar una garantía absoluta de la naturaleza del tumor, que es lo que pudo haber pasado y haber habido algún error de interpretación.

Pero lo sumamente interesante es la desaparición del síndrome litiásico, que podría dar un campo mayor y abierto si no para el tratamiento de la litiasis, por lo menos para la interpretación de cómo se produce la litiasis.

Quisiera que el doctor Brea me dijera si el radiólogo que hizo la radioterapia ha enfocado varios campos del organismo, porque todo radiólogo que hace un tratamiento de radioterapia no sólo enfoca el lugar del órgano sino los lugares donde puede estar afectado el organismo. ¿Ha habido algún enfoque en mediastino?

Dr. Brea. — No puedo afirmarlo con precisión, pero tengo entendido que se hicieron varios campos: tóracolumboabdominal. . .

Dr. Trabucco. — Quizá este hombre haya tenido una litiasis por enfermedad renal paratiroidea. No es que la paratiroidea cuando se hiperplasia o aumenta su secreción determina una litiasis, pero sí determina una reacción de tipo renal, que altera por su disfunción el metabolismo de las sales y las precipita dentro del tubo y el enfermo se hace un litiásico renal secundario. En un hiperparatiroidismo muy larvado, los rayos pueden haberlo detenido controlado, curando al enfermo.

Me parece muy interesante la acción de los rayos, y sería cuestión de profundizar el estudio sobre este punto. Es, evidentemente, una cuestión muy interesante de estudiar.

Sr. Presidente (Dr. Schiappapietra). — Muy importantes las sugerencias del doctor Trabucco.

Dr. Brea. — Agradezco los comentarios y reflexiones del doctor Trabucco, y no esperaba menos de él.

En realidad, yo no me atreví ni siquiera a insinuar la posibilidad de pensar en la radioterapia como un tratamiento de la litiasis, porque me parecía algo que no cabía. Pero la verdad es que hay un hecho evidente. Decidido el tratamiento radioterápico no tuvo más síndrome litiásico. Radiológicamente no se ha comprobado ni en las radiografías que exhibo ahora ni en los otros servicios asistenciales donde lo controlaron algún tiempo. Creo que la interpretación del doctor Trabucco es muy interesante y abre un nuevo recurso en el cual todos podemos trabajar.