

Sociedad Argentina de Urología

Presidente: Dr. Leonidas Rebaudi

Vicepresidente: Dr. Tomás Schiappapietra

Secretario: Dr. José Casal

4ª. Sesión científica ordinaria - 25 de agosto de 1955.

EMBRIOMA EN UN RIÑÓN EN HERRADURA, EN UNA NIÑA DE 15 MESES. HEMINEFRECTONIA TRANSPERITONEAL

Por el Dr. MAURICIO FIRSTATER

El riñón en herradura es una anomalía poco frecuente, sin ser excepcional. Suele acompañarse, en elevada proporción, de cuadros patológicos dependientes, en su mayor parte, de las alteraciones que condicionan en sus vías de excreción, éstasis urinario. Así se observan uronefrosis, litiasis, procesos infecciosos, etc.

Contrariamente, su asociación, en la infancia, con neoformaciones malignas, es de gran rareza. Por ello hemos considerado de interés referir la presente observación.

Se trata de M. M. C., niña de 15 meses, que es traída a la (*) consulta hospitalaria por presentar desmejoramiento en su estado general, y, por haber notado, la madre, un aumento progresivo en el tamaño del abdomen.

Al examen clínico general se comprueba: Psiquismo lúcido; decúbito supino indiferente; regular estado de nutrición; micropoliadenopatía axilar e inguinal; aparatos respiratorio y circulatorio, normales. T. A.: 9/6.5.

Abdomen: Francamente aumentado de volumen por la presencia de una masa tumoral en su mitad izquierda, y que lo deforma asimétricamente. El tumor es liso, de consistencia firme, de forma redondeada y se extiende, en sentido vertical, desde el reborde costal hasta la cresta ilíaca, y transversalmente llena el flanco de ese lado, desbordando la línea media hacia la derecha; tiene contacto lumbar y es mate a la percusión.

Análisis: Sangre: G. R.: 3.800.000; G. B.: 6.800; Hb.: 40%; V. G.: 0.52. Eritrosedimentación: Índice de Katz: 12.5; Urea: 0.37 por mil.

Orina: Normal.

Estudio radiográfico: El urograma de excreción, figuras 1 y 2 muestra, en el lado Jerecho, que la pelvis y los cálices se presentan ligeramente dilatados, en proyección ántero-

(*) Cátedra de Pediatría. Hospital de Niños. Prof. Dr. Angel S. Segura.

posterior, y siguiendo en conjunto una dirección hacia abajo y adentro. En el lado izquierdo, no hay eliminación aparente del medio de contraste. El tumor se proyecta en las placas radiográficas como una sombra densa, que hacia abajo parece unirse con la correspondiente al polo inferior del riñón derecho.

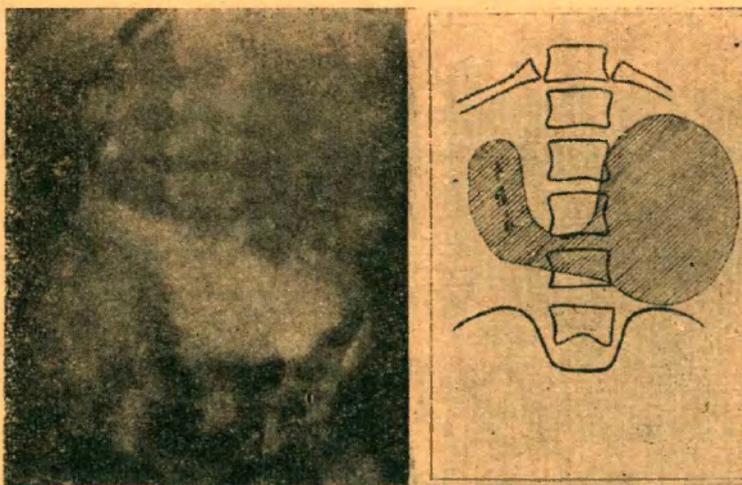


Figura 1

Operación: 23-XII-53. Anestesia. Eter-oxígeno. Laparotomía paramediana izquierda. Rechazo del colon descendente. Incisión del peritoneo parietal posterior sobre el eje mayor del tumor. Ligadura de dos pedículos vasculares. Liberación del tumor de arriba hacia abajo.

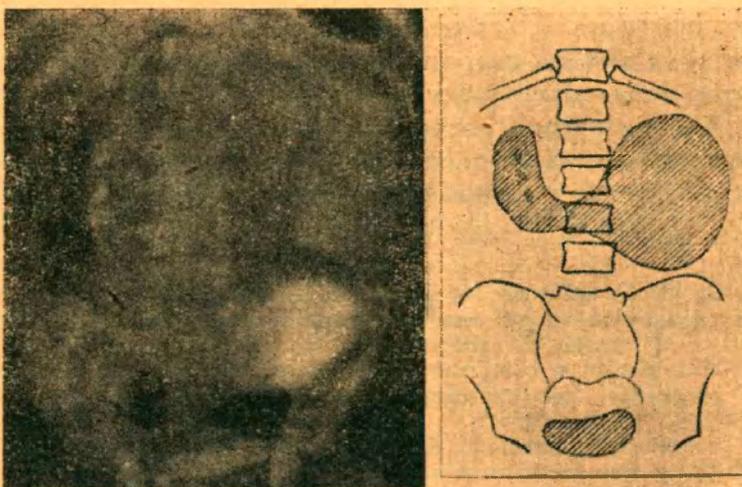


Figura 2

Al llegar a la porción inferior del mismo se comprueba que el polo inferior del riñón, única porción aparentemente respetada por la neoplasia, se continúa por una porción estrechada del parénquima con la parte inferior del riñón derecho. Sección del istmo previa ligadura por transfusión de la porción derecha. Se termina con la extirpación del tumor, luego de ligar y seccionar el uréter izquierdo, que es fino y de apariencia normal.

Pieza operatoria (figuras 3 y 4): El tumor, de tamaño de un pomelo grande, ha destruido prácticamente todo el riñón izquierdo. Sólo ha quedado una pequeña porción de parénquima sano en la parte extrema del polo inferior en relación con el istmo.

Histopatología: En su mayor parte, el tumor está formado por elementos celulares



Figura 3

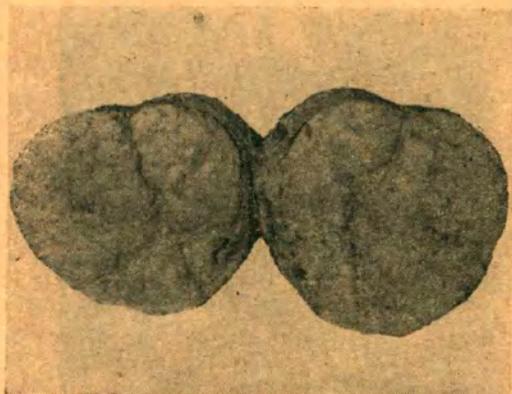
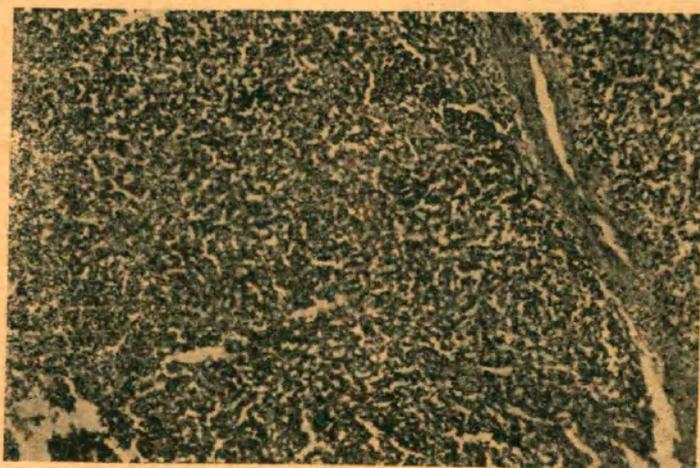


Figura 4

pequeños, provistos de núcleos redondos u ovoideos y protoplasma denso o vacuolado, con expansiones anastomóticas que vinculan las células entre sí. La disposición arquitectural varía según las zonas, destacando extensas superficies uniformes, apenas interrumpidas por los vasos



sanguíneos que son numerosos y que, en parte, por sus entrecruzamientos, esbozan una disposición lobulada, figuras 5, 6 y 7.

En otros sectores del tumor, se diferencian cordones celulares sólidos o ahuecados por la disposición perivascular de los elementos neoplásicos, que ofrecen numerosas figuras de mitosis, figuras 8 y 9.

Diagnóstico histopatológico: Embrioma.

Evolución post-operatoria: Normal.

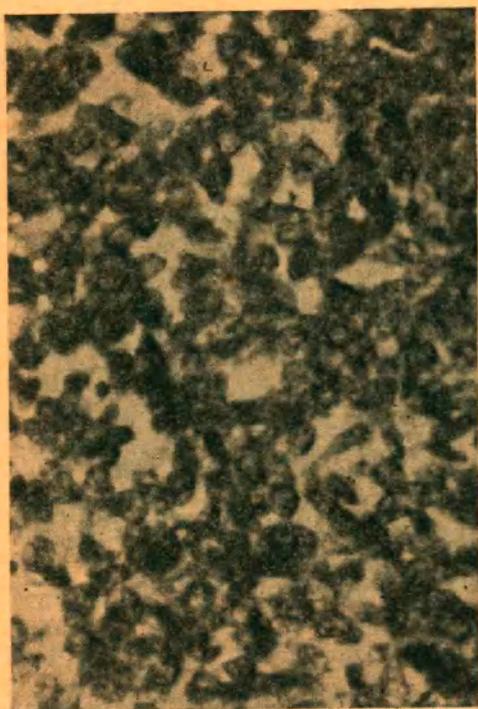


Figura 6

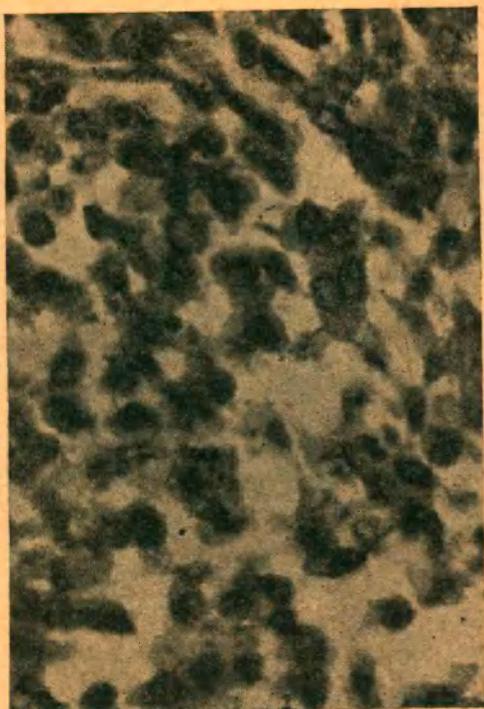


Figura 7

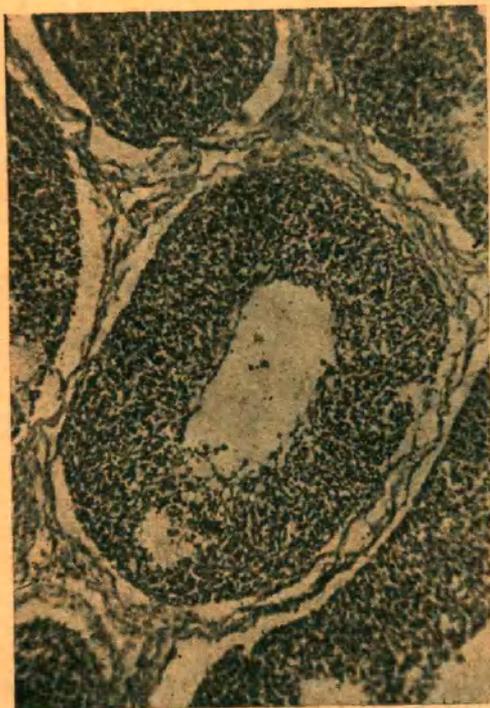


Figura 8

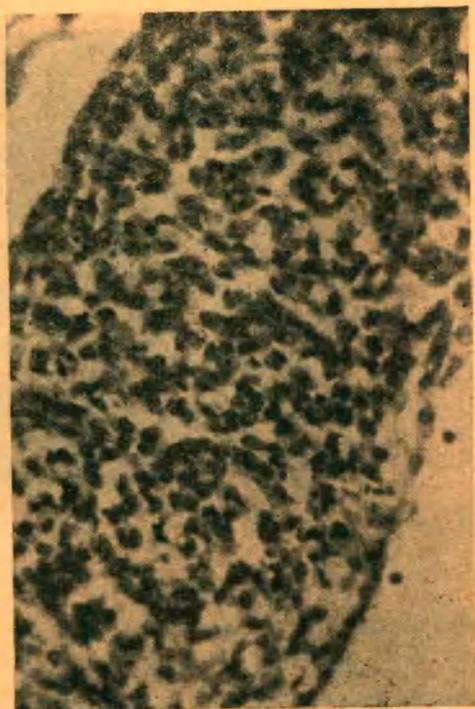


Figura 9

CONSIDERACIONES GENERALES

El tumor de riñón es la neoformación más común en el abdomen de los niños. Según su aspecto histológico, ha sido diversamente denominado: sarcoma, adenosarcoma, angiosarcoma, etc., aceptándose hoy que todos pertenecen a una misma especie tumoral; generalmente son de estructura mixta, con variaciones dependientes del mayor o menor grado de participación de las estructuras que intervienen en su formación. Por ello la denominación de Embrioma es la que mejor se adapta para designar a los tumores mixtos del riñón, conocidos también como tumores de Wilms.

Los embriomas se caracterizan por observarse en edad temprana de la vida, por su estructura mixta, por ser muy malignos, y por mantenerse limitados dentro de sus cubiertas durante un tiempo indeterminado, alcanzando un gran desarrollo antes de producir metástasis.

El tratamiento de estos tumores ha dado motivo a discusiones. Si bien existe acuerdo unánime de que deben ser extirpados quirúrgicamente, unos aconsejan radioterapia previa con el objeto de reducir de tamaño el tumor, y facilitar así su extirpación ulterior; y, para destruir las células radiosensibles más malignas, disminuyendo los riesgos de su diseminación durante el acto quirúrgico. Otros, con Ladd a la cabeza, respaldados por la gran experiencia acumulada en el Children's Hospital de Boston, son partidarios de la cirugía inmediata, cualquiera sea el tamaño del tumor, y apenas diagnosticado, sin dilaciones o retardos terapéuticos que expongan a metástasis. El porcentaje de curaciones obtenido por ellos en los últimos años, es muy elocuente. Gross refiere 18 curas de 38 casos, es decir el 47,3 %. En éstos, salvo dos casos, se hizo radioterapia inmediata post-operatoria.

Esa cifra, casi un 50 % de curaciones, ha hecho cambiar el pronóstico sombrío, casi fatal, que se hacía a los portadores de estos tumores, debiéndose alentar una gran esperanza de curación cuando son adecuada y prontamente tratados.

Respecto a la técnica operatoria se han hecho destacar los beneficios, para el abordaje de estos tumores, de la vía anterior transperitoneal. Dado el tamaño que suelen alcanzar los embriomas renales, la incisión lumbar clásica no suele ofrecer campo suficiente sobre todo para la ligadura previa del pedículo, que disminuye el riesgo de dar paso al torrente circulatorio de células neoplásicas, "exprimidas" por las maniobras quirúrgicas.

Si bien el embrioma renal es uno de los tumores abdominales más comunes en la infancia, su desarrollo en un riñón en herradura es completamente excepcional.

En 1944, Eliason y Stevens publican el primer caso: una niña de 6 años, portadora de un gran tumor de Wilms en la mitad izquierda de un riñón en herradura, tratada con éxito por heminefrectomía transperitoneal.

En 1945, Rose y Wattenburb refieren un tumor de Wilms originado en el istmo de un riñón en herradura y exitosamente operado.

En 1946, McGinn y Wickham relatan el caso de una niña de 2 años con un riñón en herradura y un tumor de Wilms que englobaba casi todo el segmento izquierdo, el istmo y el polo inferior de la porción derecha. Dado el tamaño que había alcanzado el crecimiento neoplásico, se hizo radioterapia preoperatoria, con lo que se obtuvo una notable reducción del mismo. Consecutivamente se procedió a extirpar, por vía transperitoneal, el riñón izquierdo,

el istmo, y el polo inferior del derecho. La evolución fué desfavorable por las complicaciones que sobrevinieron como consecuencia del tipo de operación que se tuvo que realizar.

En el mismo año, Smith publica en Arch. Path., el hallazgo necròpsico en un niño de 10 meses, fallecido por hipertensión e insuficiencia renal, de un tumor de Wilms en un riñón en herradura.

Fuera de las mencionadas, no hemos encontrado otras publicaciones similares en la literatura a nuestro alcance.

CONSIDERACIONES DE NUESTRO CASO

El diagnóstico de tumor renal se hizo, clínicamente, por los datos semiológicos que se recogieron. Por su parte, el urograma de excreción, hizo sospechar, por la forma y disposición de la imagen pielo-calicular derecha, la existencia, en la enfermita, de un riñón en herradura con una neoplasia en su mitad izquierda.

Siguiendo las directivas de Ladd y su Escuela se aplicó el tratamiento quirúrgico inmediato. Se abordó el tumor por vía anterior transperitoneal, que permitió practicar la heminefrectomía y la sección del istmo con toda facilidad. No se hizo radioterapia post-operatoria.

Como simple curiosidad señalamos la preferencia, sin dudas casual, del tumor de Wilms por la mitad izquierda del riñón en herradura, ya que de los 4 casos intervenidos quirúrgicamente, en 3 de ellos tomó origen en ese segmento.

Considerando que la mayor parte de las recurrencias y metástasis de los embriomas operados se producen dentro del primer año después de la intervención, los niños que sobrepasan sanos este lapso, tienen muchas probabilidades de alcanzar una curación definitiva. Con este criterio estamos autorizados hacer un buen pronóstico a nuestra enfermita, que lleva ya algo más de un año y medio de sobrevida.

R E S U M E N

Se refiere la observación de una niña de 15 meses con un riñón en herradura, en cuya mitad izquierda asentaba un embrioma, sometida con éxito a una heminefrectomía transperitoneal.

A propósito de la misma se destaca la rareza de la asociación de tal anomalía con un tumor de Wilms. En la literatura se registran sólo 4 casos similares, 3 de ellos tratados quirúrgicamente y 1 como hallazgo de autopsia.

S U M M A R Y

The case of a 15 month old girl with an embryoma in the left half of a horseshoe kidney, successfully treated by transperitoneal heminephrectomy, is reported. The author only found 4 similar cases in the literature, 3 of them treated surgically and 1 discovered in autopsy.

BIBLIOGRAFIA

- Eliaison E. L. and Stevens L. W.*: Wilms' Tumor in Horseshoe Kidney. *Ann. Surg.*, 119:788, 1944.
Rose D. K. and Wattenberg C.: Wilms' Tumor in isthmus of Horseshoe Kidney. *Urol. & Cut. Rev.*, 49:365, 1945.
McGinn E. J. and Wickham J. M.: Wilms' Tumor in a Horseshoe Kidney. *J. of Urology*, 56:520, 1946.
Smith Nathan J.: Glomerulonephritis, Wilms' Tumor and Horseshoe Kidney in an Infant. *Arch. Path.*, 42:549, 1946.
Gross Robert E.: *The Surgery of Infancy and Childhood.* Saunders, 1953.