

TUMOR DE LA PELVIS RENAL. CIRUGIA CONSERVADORA

Por el Dr. MAURICIO FIRSTATER

Los tumores de la pelvis renal no son frecuentes; su relación media con los del parénquima es de 1 a 14. Siendo el epitelio de la pelvis renal del tipo transicional, igual que el de la vejiga, la mayor parte de las neoplasias que en él se originan suelen ser papilomas, epitelíomas papilares y carcinomas a células escamosas; otras neoformaciones son excepcionales.

El carácter biológico predominante de estos tumores, es su diseminación en el sentido de la corriente urinaria, independientemente de su estructura histológica. De ahí que sean considerados como de evolución clínica maligna, y tratados quirúrgicamente de manera radical, es decir con la nefrourectomía.

La experiencia de un caso, en que no se ha seguido esa conducta terapéutica generalizada, motiva el relato de nuestra observación:

Se trata de C. B., argentino de 52 años, que en los primeros días de febrero de 1953 nos consulta por presentar desde hace aproximadamente diez meses, hematurias caprichosas, pasajeras, de regular intensidad, acompañadas ocasionalmente de discretos malestares dolorosos en flanco izquierdo, sin irradiación ni disuria.

El paciente se nos presenta en buen estado general, resultando el examen clínico negativo. Aparatos respiratorio y circulatorio normales. T. A.: 13/8.

En aparato urinario comprobamos:

Riñones: No se palpan. Puñopercusión y puntos renoureterales negativos; uretra; libre; próstata normal; orina: macroscópicamente hematúrica, Ausencia de pus y elementos renales.

Cistoscopia: Buena capacidad vesical. Cuello engrosado, sin deformación. Meatos en posición y aspectos normales. Del lado izquierdo, eyaculaciones hematúricas. Por encima y hacia dentro del meato izquierdo, existe una pequeña neoformación de aspecto poliposo que se electrocoagula.

Conseguido el diagnóstico topográfico de la hematuria, realizamos al paciente un estudio radiográfico. En la directa no se observan imágenes radio-opacas de cálculos. En el urograma de excreción (fig. 1), se comprueba: sombra renal izquierda de forma y posición normal; pelvis con imagen lacunar excéntrica, que borra la parte media del borde interno de la misma; cálices de apariencia normal; uréter visible en sus tercios superior e inferior, sin alteraciones ostensibles. En el lado derecho, aparente ausencia renal. Sobre la región sacroilíaca de este lado existe una sombra irregular que parece corresponder a la pelvis de un riñón ectópico.

Para controlar la patología puesta de manifiesto por el urograma, practicamos al paciente una pielografía ascendente bilateral (fig. 2), que confirma plenamente la existencia de un riñón derecho en ectopía pelviana, y la imagen lacunar en la pelvis renal del lado izquierdo. El cateterismo ureteral fué aprovechado previamente para recoger orina de ambos riñones, y estudiar la función renal mediante el dosaje de la F.S.F., en treinta minutos.

Orina lado derecho: Ausencia de hematíes; eliminación de la F.S.F., en 30': 15%; orina lado izquierdo: Numerosos hematíes; eliminación de la F.S.F., en 30': 30%.

Con el diagnóstico de tumor de la pelvis renal, intervenimos a nuestro paciente el 16 de marzo de 1953. Bajo anestesia general, se le practica una lumbotomía subcostal izquierda, con resección de la duodécima costilla. Liberado el riñón, que es de tamaño y apariencia

normal, se aísla cuidadosamente la pelvis. Puesta al descubierto su cara posterior, se la incinde longitudinalmente previa fijación con dos riendas de hilo. De inmediato hace hernia un pequeño tumor, de tamaño algo mayor que una avellana, y que tiene base de implantación

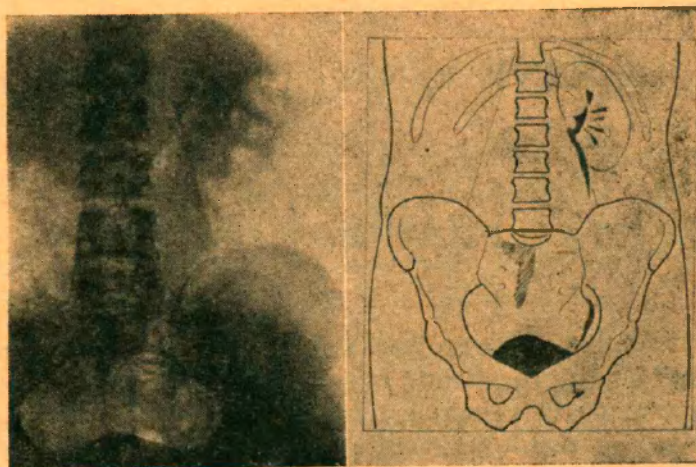


Figura 1

sesil en el borde interno de la pelvis. Se extirpa la neoformación, reseca en forma losángica su zona de implantación. En la pelvis no se encuentra ninguna otra neoformación, y la exploración palpatoria del hilio y región vecina es negativa en la búsqueda de adenopatías.

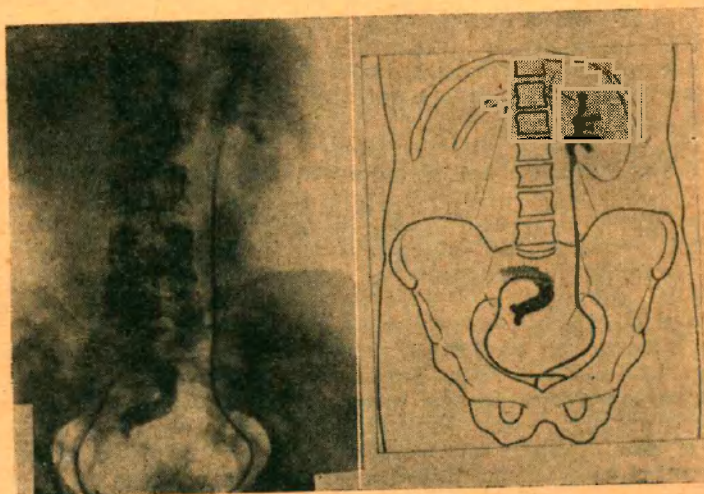


Figura 2

Reconstrucción de la pelvis, suturando longitudinalmente la brecha de la misma en dos planos con catgut crómico 0000 en aguja atraumática. Pexia capsular y cierre por planos. Las figuras 3, 4 y 5, representan esquemáticamente la técnica operatoria seguida.

El post-operatorio transcurrió sin inconvenientes; alta a los diez días.

Estudio histopatológico de la pieza operatoria: Tumor con amplio pedículo de implantación que forma una eminencia groseramente cupuliforme, con algunas lobulaciones: es de superficie lisa, gris rosada, cubierta por algunas sufusiones hemorrágicas. La consisten-

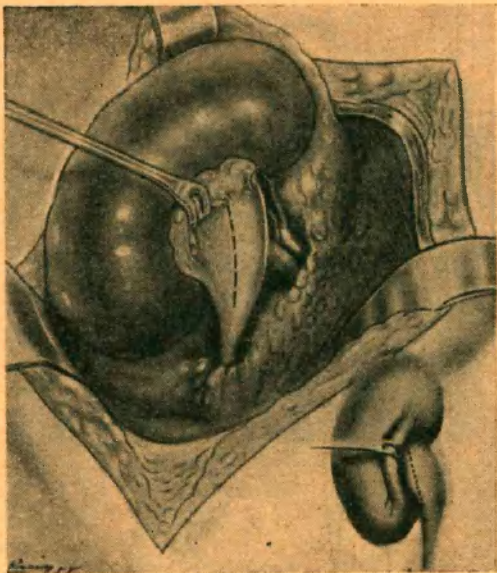


Fig. 3

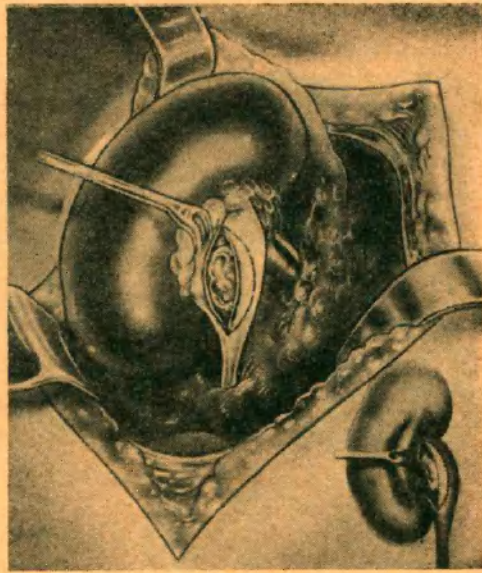


Fig. 4

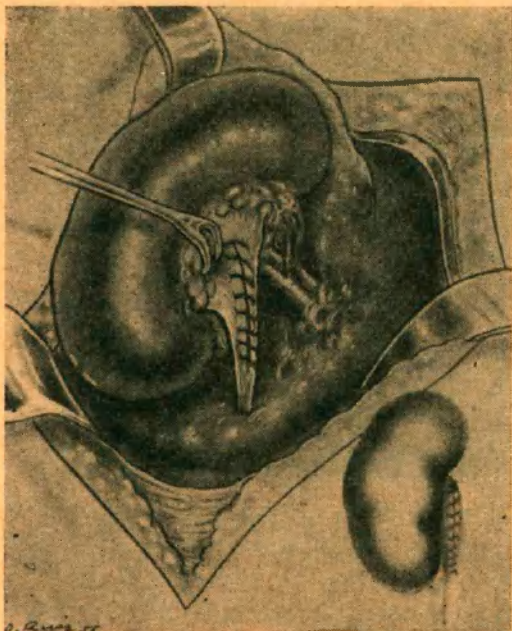


Figura 5



Figura 6

cia es firme, y la superficie del corte de aspecto uniforme está apenas interrumpida por algunos tenues ejes conectivos que parten de su punto de implantación, sobre la mucosa pélvica engrosada y esclerosada (figs. 6 y 7).

Diagnóstico: Fibro-epitelioma papilar (Prof. Dr. L. Ferraris).

Nuestro enfermo lleva ya más de dos años de operado, en excelente estado general y reintegrado a sus ocupaciones habituales. No ha vuelto a presentar hematurias, ni molestias dolorosas en su flanco izquierdo. Le efectuamos dos controles uréteropielográficos seriados (figs. 11 y 12), a los dos y seis meses después de la operación. En ellos no se descubre otra alteración en la forma de la pelvis renal, que la producida por la resección operatoria de parte de la misma. En ambas oportunidades, la búsqueda en el sedimento urinario de células neoplásicas fué negativa. Desde entonces, la vigilancia ha consistido en periódicos análisis de orina, todos normales. Por otra parte, los controles cistoscópicos repetidos mostraron la ausencia de proliferaciones neoplásicas en la mucosa vesical.

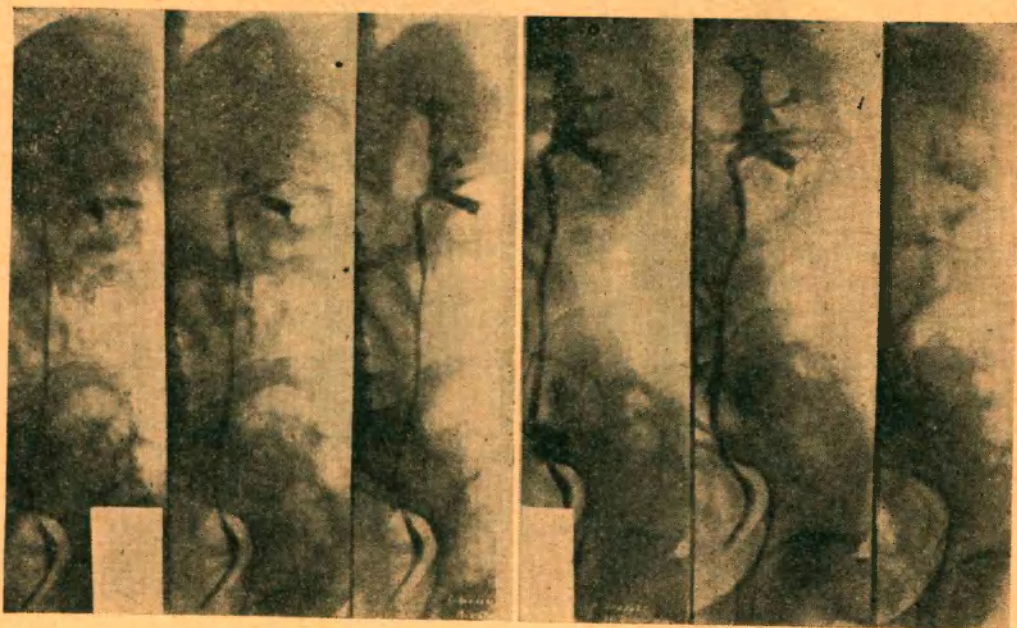


Figura 11

Figura 12

Consideraciones sobre la conducta terapéutica de los tumores de la pelvis renal

La opinión dominante es que los tumores de la pelvis renal, cualquiera sea su histología, deben ser tratados por la cirugía radical: nefrectomía en los tumores no papilares, y nefro-ureterectomía total, en uno o dos tiempos, en los papilares. Esta es la táctica terapéutica que la mayor parte de los autores sigue en la actualidad, y es ya numerosa la casuística que la fundamenta.

Sin ánimo de disminuir el valor de la cirugía radical en el tratamiento de los tumores de la pelvis renal, queremos referir los casos, registrados en la literatura, en que se ha seguido, contrariamente, una actitud conservadora.

M. Macquet (de Lille), presenta en 1936, en el 36º Congreso Francés de Urología, una observación de un papiloma de la pelvis renal, en un hombre de 50 años, tratado por la simple extirpación del tumor. El síntoma dominante era hematuria repetida, caprichosa e indolora, y que por la endoscopia se demostró ser del lado izquierdo, y debida, como mostraba la pielografía ascendente, a un tumor de la pelvis renal. La intervención consistió en la abertura longitudinal de la pelvis y en la extirpación de un pequeño tumor papilar, de fino pedículo, que estaba implantado cerca del labio externo de la incisión.

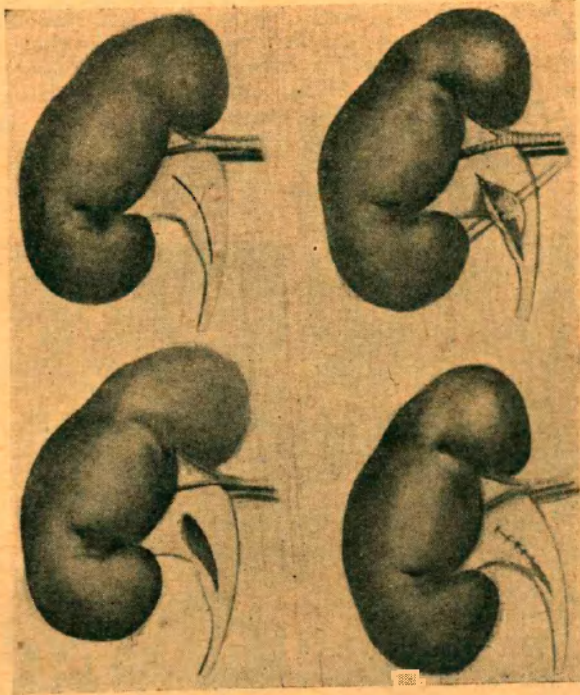


Figura 13

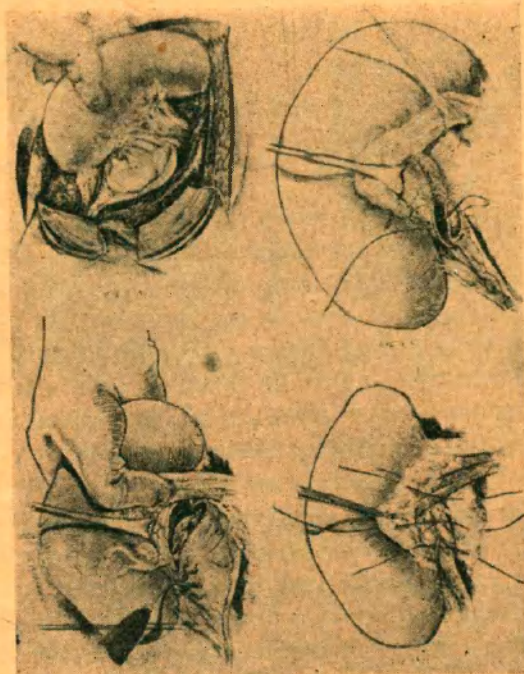


Figura 14

En 1941, en el seno de nuestra Sociedad, Cacciatore y García, al comunicar su experiencia sobre diagnóstico y tratamiento de los papilomas de la pelvis renal, refieren in extenso un caso semejante al de Macquet; y en el que se siguió la terapéutica quirúrgica conservadora: extirpación de un pequeño tumor papilar, con pielectomía parcial. La figura 13, tomada de su trabajo, muestra la técnica quirúrgica seguida.

Ferris y Dant, de la Mayo Clinic, refieren en 1948 un caso de epiteloma papilar de la pelvis, en un riñón único congénito de un paciente de 61-años, tratado por pielostomía, extirpación de la mayor parte del tumor, y electrocoagulación de la base de implantación. Ocho meses después de la intervención, el paciente se encontraba perfectamente bien, y libre de las hematurias que amenazaban su vida. Con las reservas pronósticas consiguientes, los autores refieren en detalle la conducta terapéutica que se tuvo que seguir por los caracteres excepcionales de este caso.

En 1953, A. Puigvert publica una observación de epiteloma papilar de la pelvis renal, en un hombre de 52 años, tratado exitosamente, control de un año y medio, mediante la pielectomía subtotal, con reimplantación urétero-piélica. La figura 14 reproduce los tiempos operatorios.

A estas cuatro observaciones (Macquet, Ferris y Dant, Cacciatore y García, y Puigvert), sumamos la nuestra, que sería la 5ª registrada en la literatura a nuestro alcance, de tumores de la pelvis renal tratados quirúrgicamente de manera conservadora.

Consideraciones a nuestro caso

El diagnóstico no ofreció dificultades; las características de la imagen lacunar de la pelvis izquierda, tanto en el urograma de excreción, como en la pielografía retrógrada, orientaban hacia la existencia de una neoformación. Aparentemente se trataba de un tumor único, sin otra localización ostensible, salvo el pequeño papiloma vesical electrocoagulado.

El problema a resolver no era pues de orden diagnóstico, sino terapéutico. La indicación de la cirugía radical, nefroureterectomía total, estaba aquí limitada por la presencia de un riñón derecho anómalo, en ectopía pelviana, y con cuya capacidad funcional, para subvenir a las necesidades orgánicas, no se podía contar plenamente. Esta circunstancia nos llevó a planear la táctica quirúrgica conservadora, que felizmente pudimos seguir.

R E S U M E N

Se refiere una observación de tumor, epiteloma papilar, de la pelvis renal, tratado con cirugía conservadora, pielectomía parcial, y clínicamente curado a dos años y 4 meses de la operación.

A propósito de la misma, se registran los casos similares de la literatura urológica, que sumarían un total de 5, y en los que se ha seguido una conducta quirúrgica sin duda excepcional, pero que testimonia la necesidad de actuar en medicina con un criterio selectivo, considerando cada caso en forma particular.

S U M M A R Y

The case of a papillary epithelioma of the renal pelvis is reported, which was treated by conservative surgery: partial pyelectomy. Two years and four months after the operation, the patient is considered as clinically cured.

Four analogous cases of the urologic literature are reviewed, in which a similar unusual procedure was used.

BIBLIOGRAFIA

- Macquet (de Lille)*: Papillome du bassinet. Traitement conservateur. 36 Congrès Français D'Urologie. 1936, p. 424.
- Cacciatore C. y García A. E.*: Los papilomas de la pelvis renal. Consideraciones sobre su diagnóstico y tratamiento. Revista Argentina de Urología. X: 75, 1941.
- Ferris D. O. and Dant R. V.*: Epithelioma of the pelvis of a solitary kidney treated by electrocoagulation. J. of Urology 59: 577, 1948.
- Puigvert A.*: Pielectomía parcial por tumor. Hospital de la Santa Cruz y San Paulo. Barcelona.

D I S C U S I O N

Dr. García. — Considero muy interesantes los dos casos presentados por el doctor Firstater, en el último de los cuales parece que está justificado un ensayo de cirugía conservadora dada la situación del riñón adelfo.

Respecto al caso que presentamos en 1940 —fué operado en 1939— debo decir con la sorpresa agradable y consiguiente, que en el año 1952, o sea, 12 años después de la operación conservadora, le realicé a ese enfermo —que casualmente es cordobés— una adenomectomía y los controles radiográficos practicados, que he de traer a esta Sociedad demuestran un riñón izquierdo absolutamente normal en su función y anatomía. Por supuesto, que fué un caso que consideramos de excepción.

Tenemos una experiencia vasta en tumores de las vías excretoras —hemos operado más de 20 enfermos— y en ningún caso nos fué posible repetir la cirugía conservadora y no lo hubiéramos hecho de no haber mediado alguna circunstancia excepcional como en el caso del Dr. Firstater, porque en todos aquellos enfermos en que se ha practicado nefrectomía, hemos debido hacer posteriormente la uretecto-mía secundaria.

Creemos que el caso presentado por el doctor Firstater es de excepción dada la anomalía y la ectopía del riñón opuesto. Nuestro caso, ha sido felicísimo y puede considerarse como una curación definitiva después de 15 años de operado de un tumor de la pelvis renal que tenía los caracteres macroscópicos semejantes al caso comunicado por el doctor Firstater.

Quiero referirme a un caso que presentaremos. Se trata de un enfermo operado de un epiteloma a células claras, en el cual el doctor Monserrat, que lo ha estudiado, no encontró nada de particular. Era simplemente un tumor parenquimatoso a células claras. El enfermo, un hombre de mucha edad, curó, pero al cabo de cuatro años concurre por hematurias intensas que vienen del lado operado. El uréterograma permite poner de relieve un tumor de las vías excretoras. En este sujeto, portador de un blastoma del parénquima renal, debimos hacer una uretecto-mía por un tumor papilar típico, como son casi todos estos tumores que no son papilomas casi nunca. El enfermo anduvo bien y lleva dos años de esta segunda intervención.

En el intervalo de cuatro años hace un tumor de otra naturaleza que a nuestro juicio no tiene nada que ver con el anterior.

Dr. Ercole. — Yo también quiero felicitar al Dr. Firstater por la hermosa observación que nos acaba de referir y el éxito operatorio inmediato que ha tenido.

Deseo asimismo dar mi opinión en este asunto del tratamiento de los tumores papilares de la pelvis renal y a esta misma Sociedad en distintas oportunidades he traído algunas observaciones.

Justamente, la experiencia personal que poseo en este tema me hace intervenir en esta discusión para apoyar los conceptos aquí emitidos acerca del tratamiento de estos tumores. Entiendo que las observaciones referidas confirman la opinión generalizada de los autores que se han ocupado del tratamiento de los tumores papilares, desde Albarrán que propuso la nefrouretectomía total en 1909, en el sentido de que el único tratamiento que cabe en los tumores de la pelvis renal es la nefrouretectomía total, y que las operaciones conservadoras como las que refiere el doctor Firstater deben dejarse para casos de excepción, donde era

justificado arriesgarse en una operación conservadora teniendo en cuenta el estado funcional y la situación ectópica del otro riñón.

El caso del doctor García, que conocemos muy bien, es de excepción, lo que confirma la regla.

El tumor papilar de la pelvis renal tiene como característica que es de sistema y no de órgano. Es un tumor histológicamente benigno pero potencialmente maligno. Si se extirpa el riñón y el extremo superior del uréter recidiva en el uréter restante, yo diría que siempre, para fijar ideas, aunque esa no es la verdad. Cuando recidiva no lo hace muchas veces con las características histológicas originales, como hemos tenido oportunidad de verlo, sino que a veces, la recidiva no es un papiloma sino un epiteloma papilar. De modo que el cirujano que practica una operación conservadora corre el riesgo en un porcentaje elevado de casos de que el tumor recidive y que cuando quiera acordarse, se encuentra incluso con un tumor maligno, cuyo control lo hará seguramente mucho tiempo después. Así lo hemos visto nosotros en algún caso.

He tenido oportunidad de operar 21 casos de tumores de la pelvis renal; de ellos, 12 fueron tumores papilares. En 6 enfermos hice la nefroureterectomía total inmediata por primera intención en uno o dos tiempos, en la mayor parte, en dos tiempos. De esos seis enfermos, en dos se ha comprobado la existencia de un tumor papilar del uréter, incluso, en uno de ellos no se podía sospechar la existencia de ese tumor. En los otros 4, el uréter estaba indemne. En cambio, en 6 enfermos se hizo la nefroureterectomía parcial, es decir, la nefrectomía más la extirpación de 10 cms. de uréter, a través de la lumbotomía. A dos de esos enfermos no se les hizo otra intervención porque se encontraban en mal estado general, pero en los otros 4 en que se hizo una intervención amplia, vale decir, en el cien por ciento de los casos, hicieron una recidiva en todo el uréter, apareciendo con una papilomatosis total del uréter. Uno de ellos corresponde a una enferma que tuve ocasión de presentar en esta Sociedad, que era la madre de un colega urólogo que estaba compenetrado del problema y que aceptó la nefroureterectomía parcial. Quedamos convenidos en seguir vigilando la enferma y así lo hicimos hasta que un día empezó con hematurias y se comprobó una lesión papilar que tomaba todo el uréter, pero que se puso en evidencia a último momento. Cuando se toma el uréter, como no existe peristaltismo ureteral y no hay pasaje de orina no se advierte la hematuria y no existe modo de determinar la existencia de una lesión en el uréter restante.

Todas estas observaciones y las existentes en la bibliografía y la casuística publicada con respecto a los tumores de la vía excretora confirman el concepto actual de que en principio y salvo en caso de excepción, debe efectuarse como terapéutica la nefroureterectomía total.

Dr. Dotta. — Deseo referirme a las metástasis ganglionares de estos tumores papilares de la pelvis renal.

Recientemente tuve oportunidad de ver a un enfermo al que hice una nefroureterectomía hace cinco años por un tumor, sobre el que el anatomopatólogo informó que se trataba de un papiloma de la pelvis renal. Este paciente se internó en nuestro sanatorio hace un mes —fué tratado por otro colega que consideró que existía una tumoración retroperitoneal— y teniendo en cuenta el antecedente de la operación anterior me preguntó, pensando en una metástasis, qué tipo de tumor le había extirpado. Le expresé que excepcionalmente podía tratarse de una metástasis, pero lo cierto fué que era una metástasis de los ganglios lumboaórticos. El anatomopatólogo informó que se trataba de una metástasis ganglionar de un epiteloma que aparentaba ser de vías excretorias urinarias.

Deseo hacer esta sencilla aportación al tema en discusión.

Dr. Firstater. — No me queda sino agradecer las interesantes contribuciones de los Dres. García, Ercole y Dotta cuya experiencia y autoridad es por todos nosotros bien conocida.

Por otra parte, resulta satisfactorio comprobar que sus opiniones coinciden con la nuestra. Sólo por excepción estará justificada una terapéutica como la seguida en nuestro caso. Los tumores de la vía excretora deben ser generalmente tratados por la cirugía radical; esto es, nefrectomía en las neoplasias no papilares y nefroureterectomía en las papilares.