

## LIPOSARCOMAS RENALES

---

Por los Dres. ARTURO ORTIZ, JUAN JORGE GUIDO, ATILIO CORRIERI  
y DAVID HOJMAN

### INTRODUCCION

Hemos querido traer en esta oportunidad dos casos de tumores renales que juzgamos de gran interés; no ya desde el punto de vista clínico y radiológico, común a todo proceso tumoral de ese órgano, sino a su naturaleza anátomo-patológica, que revela hallarnos en presencia de dos formas poco frecuentes en la casuística universal (ocho casos): los liposarcomas intraparenquimatosos del riñón; y que fueran observados en un breve lapso en el Instituto Modelo de Clínica Médica.

*Caso I.*—Sra. E. N. de T.; 50 años; argentina; casada; H. Cl. 19.838. Ingresa el 14 de enero de 1953.

*Antecedentes familiares:* Madre operada de riñón, fallece de cáncer a los 48 años; padre fallecido de neoplasia pulmonar a los 59 años. Un hermano fallecido por afección renal con uremia, otro hermano hipertenso.

*Antecedentes personales:* Hipertensión desde hace 3 años, ha padecido varias crisis de taquicardia paroxística. Obesa desde los 38 años. Diabetes mellitus.

*Enfermedad actual:* Comienza desde hace un mes con un brusco dolor tipo cólico; dolor intenso, iniciado en región dorsolumbar, que se irradia a hipocondrio y flanco izquierdo. Simultáneamente emisión de orinas rojizas y fiebre, que se prolonga 7 días y es tratada con antibióticos. Posteriormente al dolor se inicia un ileus paralítico que cede a los colinérgicos. Al ceder el cuadro se percibe una tumoración que ocupa flanco izquierdo y se pierde bajo el reborde costal del mismo lado. La zona palpable tiene el tamaño de un pomelo grande, es dura, dolorosa a la presión; desciende con los movimientos respiratorios y se retiene en la expiración. Pelotea y es de superficie lisa.

*Examen clínico:* Obesa (85 Kg.); ligero edema de maleolos tibiales; ingurgitación yugular que llega, acostada, al borde superior del esternocleidomastoideo y no desaparece al sentarse. Rales subcrepitantes en ambas bases pulmonares, que desaparecen con la tos.

*Aparato circulatorio:* Corazón, choque de la punta no se ve ni se palpa; 2° ruido reforzado en foco aórtico, no hay soplos. Pulso radial, 96 por minuto, regular, igual. Tensión 200/110. Resto nada de particular.

*Examen radiológico:* Imagen tumoral en riñón izquierdo, derecho sin particularidades.

*Exámenes de laboratorio:* Sangre: 4.020.000 hematíes, 7400 leucocitos, urea 0.54 g. ‰.



Figura 1

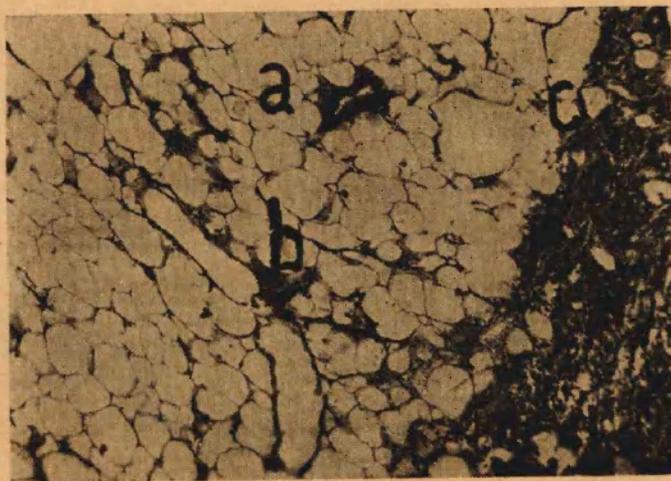


Figura 2

glucemia 2,90 g. ‰. Orina: densidad 1025, albúmina 0.15 g. ‰, glucosa 21 g. ‰, sedimento: regular cantidad de hematíes y pus.

*Cromocistoscopia:* Riñón derecho a 3', izquierdo no funciona a 12'.

*Preoperatorio:* Régimen dietético, insulina 40 u. diarias hasta normalización de la glucemia. Se resuelve intervenir.

*Intervención:* Enero 28 de 1953. Nefrectomía izquierda. Cirujano: Dr. Ortiz, ayudantes Dres. Diner y Carril. Anestesia general. Incisión lumbocostal. Resección de la 12ª costilla.

liberación laboriosa por múltiples adherencias. Se extirpa el riñón. Cierre por planos, piel con lino.

*Post-operatorio:* Intenso shock, que pese a la medicación instituida no cede. Fallecimiento en uremia al quinto día.

*Examen anátomo-patológico:*

*Descripción macroscópica:* En ubicación pónterosuperior con respecto al riñón existe una cavidad redondeada de 7 cm. de diámetro, que contiene coágulos cruóricos. Su pared, de hasta 12 mm. de espesor, se halla constituida por una túnica fibrosa revestida por fibrina e íntimamente vinculada por delante con la cápsula renal. La cortical renal subyacente contiene un nódulo amarillo y de aspecto untuoso, de límites netos, no encapsulado, de 23 mm. de diámetro. El resto del órgano presenta caracteres normales. La pared de las arterias de mayor diámetro es consistente, sin modificación del calibre. El sistema pielocalicial es normal. (Fig. 1).

*Descripción microscópica:* El nódulo amarillo se halla constituido por células adiposas adultas de caracteres normales, distribuidas en lobulillos delimitados por delgados tabiques fibrovasculares. La línea de separación con el parénquima vecino es neta, faltando toda encapsulación. En zonas restringidas de este contorno y en sitios engrosados de algunos tabiques se encuentran lipoblastos, fibroblastos y células histioides, constatándose pérdida de la relación nucleoplasmática, basofilia citoplásmica y aparición de nucleolos prominentes, lo que configura una tendencia anaplástica del tejido blastomatoso. En el parénquima peritumoral y en el resto del órgano no se aprecian alteraciones significativas. (Fig. 2).

*Caso II.* — Sra. M. B. de G. 42 años; argentina; casada; H Cl. A. 20.136. Ingresa el 1º de mayo de 1953. Alta el 18 de mayo de 1953.

*Antecedentes familiares:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Miomectomía y apendicectomía.

*Enfermedad actual:* Bruscamente, en aparente estado de salud, episodio doloroso agudo, tipo cólico, localizado en hemiabdomen derecho, sin vómitos, diarreas ni hematurias, pero sí estado lipotímico. Afebril. Adormecimiento del miembro inferior. Más tarde el dolor se localiza en región cólica derecha con irradiación a lo largo del colon ascendente y región dorsolumbar del mismo lado. Cefaleas intensas. Pasando el cuadro agudo se palpa una tumoración en flanco derecho, dura, fija, sin desplazamiento, del tamaño aproximado de una naranja, delimitable en todo su contorno, llegando por la línea media hasta la proximidad del ombligo. No pelotea.

*Examen clínico:* Aparato respiratorio sin particularidades. Aparato circulatorio: pulso radial 75', regular, igual. Corazón: ruidos normales, sin soplos. Presión arterial 130/90. Resto del examen negativo.

En sospecha de un proceso renal solicitamos un examen urográfico, que muestra: Radiografía simple: en el lado izquierdo, sombra renal que alcanza la apófisis transversa de la tercera vértebra lumbar. En el lado derecho la imagen es más difusa; el contorno renal revela poca nitidez, pero puede sospecharse que llega a la apófisis transversa de la quinta vértebra lumbar.

*Pielograma descendente:* Las dos exposiciones muestran buen relleno pielocalicial, ligera pieloectasia derecha. Uréter izquierdo visualizado en su tercio superior sin particularidades. Uréter derecho algo dilatado y en ligero arco de concavidad externa como desviado por un proceso de polo inferior renal.

*Pielograma ascendente de pie:* Muestra una flexuosidad marcada del uréter, en su porción vecina a la desembocadura de la pelvis renal, que se debe a la fijación del uréter por el catéter y al descenso del riñón, cuyo polo inferior se ve rebasando la cresta iliaca.

*Exámenes de laboratorio:* Sangre: 4.560.000 hematias, 8200 leucocitos, urea 0.54 g. %, glicemia 0.98 g. %. Orina: sin anormalidades.

*Intervención:* Mayo 8 de 1953. Nefrectomía derecha. Cirujano: Dr. Ortiz, ayudantes Dres. Corrieri y Greco. Anestesia general. Lumbotomía por disociación técnica de Eckehorn. Explorado el riñón muestra una masa tumoral que ocupa el polo inferior. Se libera el órgano, se liga uréter y pedículo y se extirpa el riñón. Cierre por planos, piel con lino. Se deja drenaje durante 48 horas.

*Post-operatorio:* Sin complicaciones: Lleva tres años de supervivencia en perfecto estado de salud.

*Examen anatómopatológico:*

*Descripción macroscópica:* Órgano aumentado de tamaño y mide 14x10x7 cm. Uno de sus polos, comprendiendo un tercio del volumen del riñón, se encuentra reemplazado por una tumoración esférica que mide 7 cm. de diámetro. Al corte es blanda, untuosa, amarilla, y se halla separada del parénquima renal por una línea anfractuosa, faltando toda encapsulación (fotografía 3).

*Descripción microscópica:* El parénquima renal residual muestra como único hecho patológico, material albuminoideo en las cápsulas de Bowman y en algunos tubos contorneados. La estructura de la tumoración varía según se considere su parte periférica o la central. En la



Figura 3

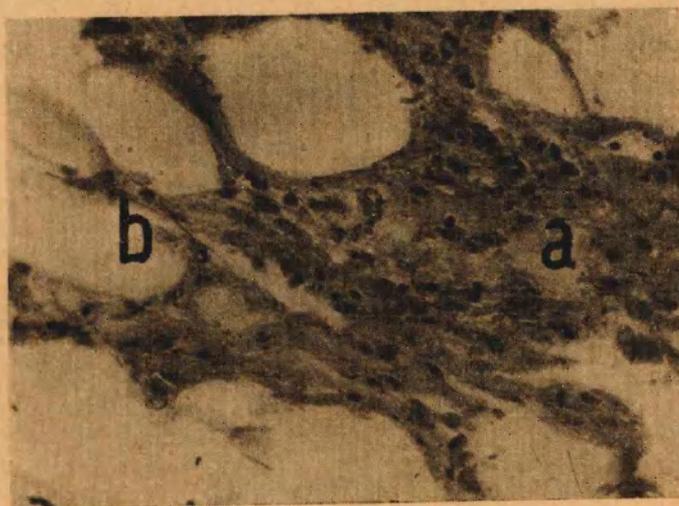


Figura 4

primera existen áreas blancas y densas constituidas por la aposición apretada de células basófilas alargadas con núcleos altamente atípicos. Hacia el centro del tumor se continúan estos elementos de modo insensible con lipoblastos y lipocitos de caracteres típicos. No puede diferenciarse un estroma de sostén entre los elementos tumorales descriptos (fotografía 4).

## CONCLUSIONES

Si los lipomas renales son raros, menos frecuente es aún su transformación maligna en liposarcomas. Sólo hemos podido hallar en la literatura mundial hasta el año 1946 ocho casos:

*Voght* 3 casos citados por *Frong Ch.* asociados a esclerosis tuberosa.

*Mc. Cartney J. S. M. Wynne H.M.N.* 1 caso puro.

*Judd y Donaldson* 1 caso puro citado por *Mc. Cartney y Wynne.*

*Hartwig* 1 caso forma pura.

*Frong Ch.* 1 caso puro.

*Fisch G. y Mc. Laughlin W.* 1 caso asociado a esclerosis tuberosa.

A los que agregados los dos relatados en nuestro aporte sumarían un total de 10, si desglosamos de este conjunto las formas puras, estos sólo alcanzarían a 6 incluyendo los dos nuestros.

Afectan de preferencia al sexo femenino en la proporción de 14 a 1 (*J. Becker*) y al decir de algunos autores más frecuentemente localizados en el lado derecho. Aparecen en cualquier edad de la vida y son por lo común unilaterales. Los liposarcomas que ocupan nuestro trabajo, corresponden al tipo intrarrenal, diferentes por tal razón de otras variedades que se originan en la cápsula o en el tejido adiposo perirrenal y que no están englobadas en este estudio.

## RESUMEN :

Los autores presentan dos casos de liposarcomas intrarrenales y hacen una revisión total de la literatura, hasta la fecha, habiendo encontrado diez casos, incluidos los dos presentados. Se destaca su rareza, la mayor incidencia en el sexo femenino, y aparición en cualquier edad de la vida. Exponen sus dos casos uno con supervivencia actual de 3 años, habiendo fallecido la otra enferma en el post-operatorio inmediato por colapso y uremia terminal.

## BIBLIOGRAFIA :

*Hartwig*: Anu. Urol. 3:45. 1907.

*Fischer W. Bert Z.*: Path-anat. V. 2. Allq. Path. 50:235. 1911.

*Judd y Donaldson*: Anu. Surger 96:1028. 1932.

*Becker J.* Med Welt: 10:449. 1936.

*Mc. Cartney J. S. y M. Wynne H. M. N.*: Am. J. Concer 26:151. 1936.

*Mc Cartney J. S.*: M. Wynne H. M. N. Am. J. Concer 26:151. 1936.

*Frong Ch.*: J. Of. Urol. 45:290. 1941.

*Fisch G. W. and Mc. Laughlin*: Am. I. Urol. 55:28. 1946.