

ADENOMA CORTICOADRENAL INCLUIDO EN EL RIÑÓN

Por los Dres. A. ROCCHI y B. BUALO

Es frecuente el hallazgo de tejido córticoadrenal en el retroperitoneo y estructuras anatómicas dependientes del mismo. Mc. Lennan, Panamá, Marsella, Nelson, Friedman y Ash, Wiesel, Ilyes, autores citados por Cuccioli (1), refieren su presencia a lo largo del cordón espermático y en epidídimo: Wilkins y cols. (2) en lóbulo derecho del hígado, Aschoff (3) en estas formaciones y en páncreas, Trabucco (4) en epidídimo, y uno de nosotros, en colaboración con Polack (5), en cordón espermático. Es dudosa su existencia dentro del testículo como en los casos de Wilkins, de Cohen, de Scully y Parham, en los que, según Cuccioli, se trataría de una hiperplasia de tejido intersticial, cuyas características histológicas y a veces su comportamiento con respecto a la producción de andrógenos son similares. Por lo que respecta al riñón, Allen (6) encuentra inclusiones suprarrenales debajo de la cápsula del órgano en el 1 por ciento de las autopsias.

Como todo tejido situado en un lugar que anatómicamente no le corresponde, debe considerarse como actual o potencialmente maligno y comportarse en estos casos como simple inclusión sin significación funcional apreciable clínicamente, como hiperplasia simple o adenomatosa o con caracteres de malignidad en los carcinomas. Igualmente variable es su producción hormonal que se puede manifestar con el cuadro típico de Cushing, síndromes adrenogenitales o síndromes mixtos.

En el caso que relatamos a continuación, la presencia de un adenoma córticoadrenal incluido dentro del riñón derecho constituyó una sorpresa quirúrgica y su extirpación puso en serio peligro la vida de la enferma. Lo presentamos con el objeto de contribuir a la casuística considerando que el tener en cuenta estas formaciones y la evaluación de los pequeños síntomas clínicos, puede permitir en casos similares hacer su diagnóstico correcto y planear la intervención tomando todas las garantías necesarias.

L. de R. Italiana, casada, de 58 años de edad.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: menarquia a los 12 años, ciclo 28/4, casada a los 24 años, tuvo 2 hijos que viven, sanos.

Antecedentes de la enfermedad actual: concurrió a la consulta en diciembre de 1954, por dolor epigástrico y lumbar izquierdo que se irradiaba abajo y adelante, con exacerbaciones tipo cólico. Desde hace cinco años más o menos notaba la presencia de una tumoración en lado derecho del abdomen. Seguía tratamiento con Serpasol y régimen hiposódico por hipertensión arterial.

Estado actual: Pérdida de peso de 5 kgs. en el curso de un mes. Tensión arterial 170 Mx.,

90 Mn. Moderada hipertrichosis (luego de ser dada de alta y ante nuestra insistencia, manifestó que se afeitaba diariamente).

La puño percusión y palpación bimanual izquierda dolorosas, en lado derecho se palpa tumoración del tamaño de un pomelo, lisa, discretamente dolorosa, móvil, con franco peloteo lumbar. Glucemia: 1,20 grs. por mil. Urea: 0,45 grs. por mil. Hematíes, 3.900.000. Leucocitos, 6.600. Hb., 10,9 grs. Fórmula: neutr., 48; eosinófilos, 2; basófilos, 1; monocitos, 5; linfocitos, 44 %. Intradermoreacción de Cassoni: negativa.

Radiografía simple y urograma: cálculo ureteral izquierdo a la altura de L2, acentuada

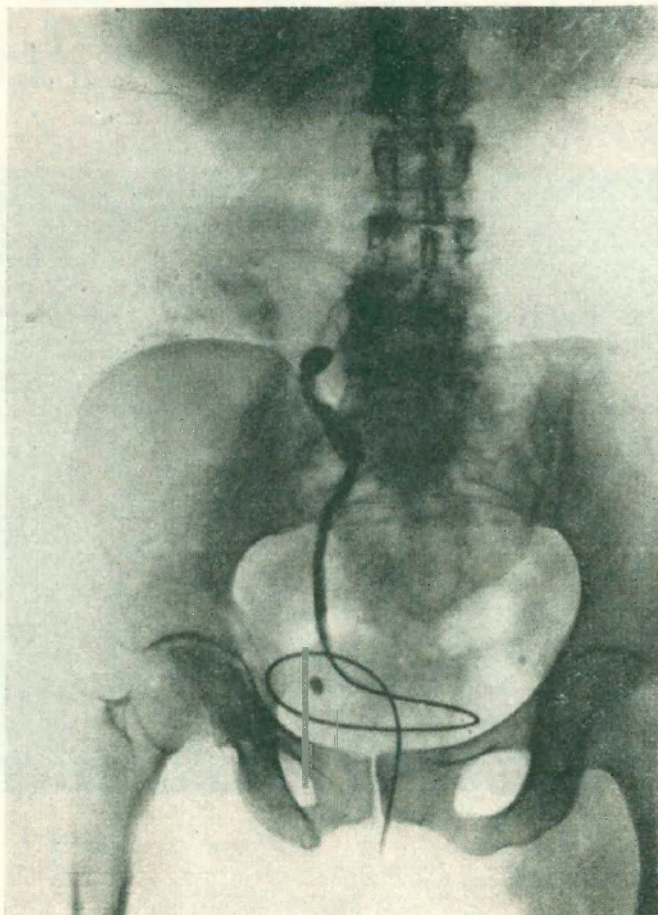


Figura 1

uroectasia por encima del mismo, en el lado derecho la imagen pielocalicial muestra la deformación típica de una tumoración renal.

Siguió tratamiento con antiespasmódicos y al no obtenerse la progresión del cálculo se intervino el 12 de julio de 1955.

Incisión de Simon: Ureterolitotomía. Post-operatorio sin inconvenientes.

Se le aconsejó completar el estudio de su riñón opuesto pero la enferma solicitó el alta provisoria.

Vuelve recién en julio de 1957 por dolor derecho.

Una urografía de control muestra la recuperación del lado operado. La pielografía ascendente (fig. 1) permite ver una imagen tumoral similar a la de los exámenes anteriores.

En vista del largo tiempo de evolución y la ausencia de hematurias se decidió la intervención con diagnóstico probable de quiste seroso de riñón.

18 jul. 1957. Lumbotomía. Abierta la fascia perirrenal, apareció una tumoración surcada de gruesas venas, su color pardo rojizo y su consistencia blanda no eran característicos

de un epiteloma a células claras. Al terminar la ligadura del pedículo, la T. A. que se había mantenido en cifras de 170 a 180 Mx., descendió bruscamente a 70 con taquicardia de 140. Se transfundieron 2 litros de sangre y solución glucosada con ACTH y Levofed con lo que se conseguía mantenerla en 90 mms., al interrumpir el goteo, bajaba nuevamente a cifras alarmantes. Se termina el cierre comprobando la ausencia de la suprarrenal de ese lado y una vez recuperada la enferma se traslada del quirófano continuando con solución glucosada isotónica. ACTH y acetato de cortone. Se continúa el post-operatorio con 50 U. diarias de ACTH. 25 mgs. de cortone dos veces diarias y sellos de cloruro de potasio 5 grs. diarios. Luego de una semana se suspende la cortisona continuando con ACTH otra semana más.

Alta a los 20 días. Tensión arterial estabilizada en 140/80. Glucemia 1,10 por mil. Dosaje de 17-cetoesteroides 5 mgs. en 24 horas.

Actualmente la T. A. es de 180/90, el hirsutismo no se modificó.

Anatomía patológica: El examen de la pieza que debemos al Dr. Padorno, muestra un riñón con un tumor que ocupa su polo superior. Separada la cápsula propia y seccionada la

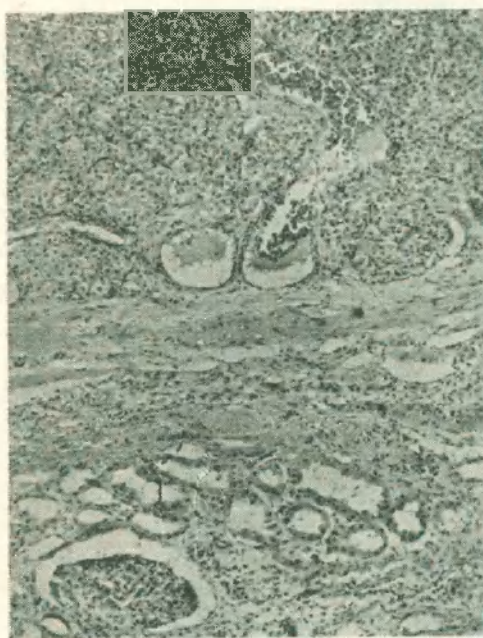


Figura 2

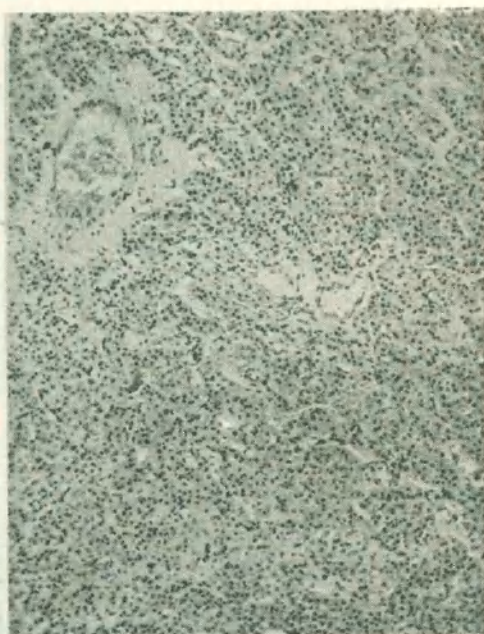


Figura 3

pieza, el tumor presenta una coloración castaño-rojizo, consistencia uniforme, límite neto con el parénquima renal que permite separarlos en parte.

Al examen microscópico (fig. 2) se presenta formado por células poligonales, de citoplasma claro, núcleo céntrico intensamente coloreado, disponiéndose en cordones algunos de los cuales aparecen tomados longitudinalmente y otros transversalmente al corte, separados por espacios vasculares sinusoidales con las características de la zona fascicular de la córtico-suprarrenal. En otras porciones las células se muestran vacuoladas y disponiéndose en formaciones adenomatosas. El aspecto citológico y las características adultas de un vaso visible en la parte inferior del preparado corresponden a una tumoración benigna.

En otro preparado (fig. 3) se ve la zona limitante con el parénquima renal comprimida por el tumor formando una banda limitante de tejido conectivo.

RESUMEN

Se presenta un caso de adenoma córticoadrenal incluido por debajo de la cápsula propia del riñón y cuyo hallazgo constituyó una sorpresa quirúrgica. Consideramos que teniendo en cuenta la presencia de tejido adrenal heterotó-

pico dentro del riñón, en el retroperitoneo o a lo largo del cordón espermático y el epidídimo se deben considerar al plantear el diagnóstico diferencial de las tumoraciones allí localizadas.

B I B L I O G R A F I A

1. *Cuccioli, U.* — "Tumori del testicolo, tumori della cellula sensuale e tumori endocrini". Edit. L. Cappeli. Bologna 1950.
2. *Wilkins, L.* — "Diagnóstico y tratamiento de los trastornos endócrinos de la infancia y adolescencia". Edit. Med. Quirúrg. Bs. As. 1953.
3. *Aschoff, L.* — "Tratado de Anatomía Patológica". Edit. Labor. Buenos Aires, 1934.
4. *Trabucco, A.* — Rev. A.M.A.
5. *Rocchi, A., Polack, M.* — Rev. Arg. Urol.
6. *Allen, A. C.* — "Enfermedades del riñón". Edit. Internac. Méjico 1952.