

## QUISTE DERMOIDEO PARARRENAL

---

Por los Dres. R. ERCOLE y J. CRESPO

Los tumores pararrenales plantean siempre interrogantes de gran interés para el Urólogo porque su frecuencia es reducida, su sintomatología muchas veces escasa y casi siempre confusa, y porque además las relaciones anatómicas y de vecindad con la porción superior del aparato urinario agregan en forma sistemática problemas de diagnósticos diferenciales con afecciones del riñón y del uréter.

Por estos motivos y como contribución a la casuística hemos conceptualizado de interés la presentación de un caso de quiste dermoideo pararenal, proponiéndonos hacer también una síntesis del tema insistiendo en sus aspectos de mayor interés: etiopatogénico, anatómopatológico y de diagnóstico.

Según el concepto clásico, los tumores retroperitoneales son aquellos que se originan primitivamente en el espacio retroperitoneal, en el tejido adiposo de este espacio o en los órganos que lo ocupan exceptuando el riñón y la glándula suprarrenal. En cambio, los tumores pararrenales son los que se originan en la cápsula renal o en su envoltura adiposa pero respetando el órgano, es decir que por su contacto pueden comprimirlo, torsionarlo o desplazarlo, sin invadirlo ni alterar su integridad.

Si bien la mayoría de los autores hablan de quistes dermoideos o teratomas pararrenales o perirrenales, nomenclatura que nosotros seguiremos, nos parece oportuno recordar que de acuerdo con el concepto clásico podría también designarse a estos tumores como retroperitoneales. Así Chute, Leard y Osgood hablan de teratomas retroperitoneales primarios, es decir, de tumores que nacen en la región retroperitoneal, en el borde celular embriológico urogenital y no en los órganos adyacentes como el páncreas o el riñón.

En realidad el término pararenal puede aplicarse sin discusión a los tumores pequeños, pero en cuanto se van haciendo muy grandes resulta a veces difícil establecer su localización precisa ya que se van confundiendo con otros tumores retroperitoneales, apartándose por completo de todas las reglas de la semiología.

Si bien por definición los tumores pararrenales guardan relaciones estrechas de vecindad con el riñón sin invadirlo, debemos recordar también que la cápsula renal es siempre una barrera muy difícil de ser franqueada por aquellos tumores que nacen fuera de ella, pero no por los tumores que se originan en la cápsula misma. Así vemos que los teratomas están bien delimitados del riñón, pero cuando un tumor pararenal es muy maligno como el sarcoma, puede secundariamente invadir y destruir dicho órgano. (Observaciones de Ercole, Fort y Iacapraro.)

La mayoría de los tratadistas están de acuerdo en afirmar que los llamados quistes dermóideos deben ser incluidos entre los teratomas, con lo cual aumentaría el número de estos tumores. Willis se opone a esta aseveración diciendo que el nombre de quiste dermóideo también se adjudica a otras lesiones que no tienen relación con el teratoma, como los quistes dermóideos de la piel o del cráneo, etc., y que llamar quiste dermóideo al teratoma es dar una idea falsa de su verdadera estructura. Novak afirma, por el contrario, que un quiste dermóideo es un teratoma o se ha formado de un teratoma, y que por tanto no pueden ni deben diferenciarse pues su histogénesis es la misma, caracterizándose ambos por el predominio de elementos ectodérmicos, mesodérmicos y ocasionalmente algunos tejidos de origen endodérmico. Es frecuente encontrar en los teratomas quistes revestidos de piel y elementos cutáneos. Así lo afirman también Backer y Ragins en los casos publicados por Walker, Baldwin y Nicholson. Excluyen los casos descritos por Ballentine y Ros por cuanto la descripción histológica no era muy clara.

Por lo tanto creemos que hay suficientes argumentos, tanto desde el punto de vista embriogénico como histológico, para poder englobar a los quistes dermóideos pararrenales en el grupo de los teratomas.

*Observación personal:* H. C. 4653. R. A. A., 11 años, argentino. Ingresa a nuestra Clínica Privada el 15-2-1958.

*Antecedentes familiares y personales:* Hace pocos días los familiares observan una deformación del hemiabdomen derecho por lo que consultan al Dr. Usinger, quien al constatar un grueso tumor aparentemente del riñón nos lo envía para su diagnóstico y tratamiento.

*Estado actual:* El examen clínico no demuestra nada de particular.

*Abdomen:* Blando, depresible, indoloro. En hipocondrio derecho se palpa una tumoración que llega a 5 traveses de dedo de la parrilla costal, de consistencia dura, de superficie lisa y bordes netos, que pelotea y tiene contacto lumbar. Móvil a la respiración. No duele espontáneamente ni a la palpación. Hígado y bazo no se palpan.

*Aparato uro-genital:* No se palpa el riñón izquierdo. P. U.: indoloros. Genitales externos: normales.

*Exploración radiográfica. Radiografía directa* Imágenes múltiples de calcificación que corresponde a la proyección del riñón derecho.

*Radiografía directa de perfil:* Estas imágenes de calcificación se proyectan inmediatamente por delante de la columna lumbar.

*Urograma por excreción. Lado derecho:* La imagen pielográfica se superpone sobre las imágenes calcificadas y el relleno de la vía excretora es incompleto.

*Lado izquierdo:* Buena eliminación, pielograma normal.

*Radiografía de tórax:* Normal.

*Operación:* 4-2-1958. *Anestesia:* General.

Lumbotomía anatómica con sección de la 12ª costilla y sección parcial del oblicuo mayor y menor. Sección de la fascia renal posterior. Ocupando la loge renal hay una tumoración redonda de superficie lisa, de tamaño mayor que una cabeza de feto, la que permite un plano de clavija fácil y que se interpreta de inmediato macroscópicamente como un quiste dermóideo. La tumoración está en contacto con el riñón que se encuentra desplazado hacia arriba y hacia afuera. Se libera la tumoración quística aprovechando el plano de clavaje antes mencionado, ligándose algunos vasos que vienen de la línea media. Terminada la operación, el riñón que no ha sido lesionado, ocupa nuevamente su sitio normal. Un tubo de drenaje. Cierre de la pared por planos. Lino a la piel.

*Diagnóstico:* Quiste dermóideo pararrenal.

*Operación:* Extirpación.

*Post-operatorio:* Muy bueno. No hay temperatura. Se saca el tubo al 6º día. Buena cicatriz operatoria. De alta curado a los 11 días de la operación.

2-1-1959: El enfermito ha concurrido al consultorio externo. No acusa ningún síntoma y refiere estado general excelente. Al examen del abdomen se constata que no hay eventración

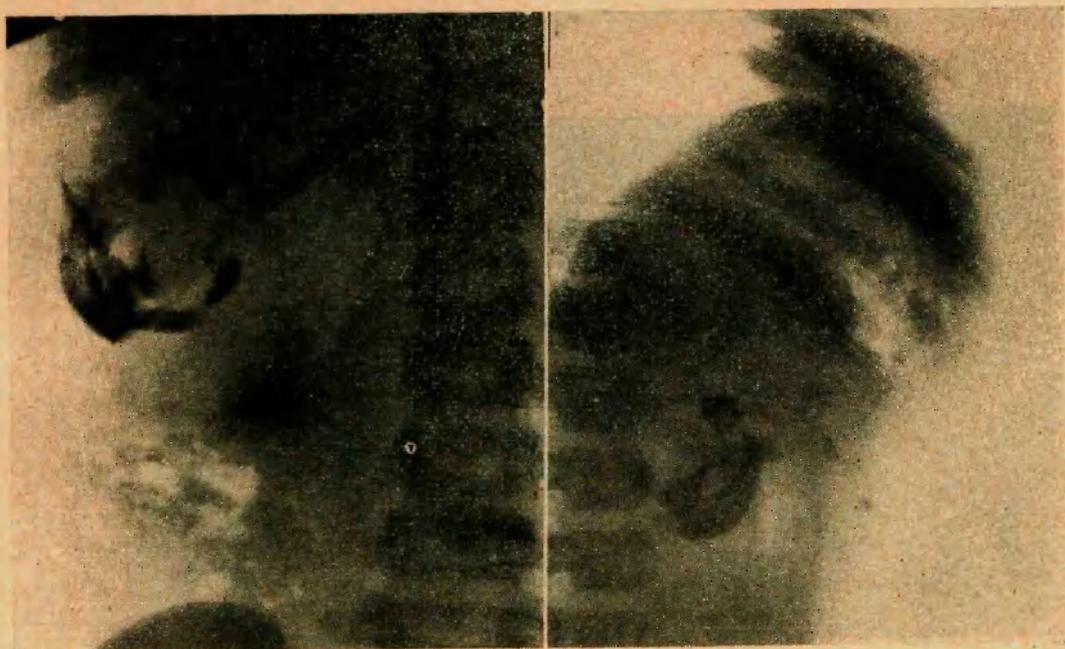


Fig. 1. — Radiografía directa.  
a) De frente. b) De perfil.

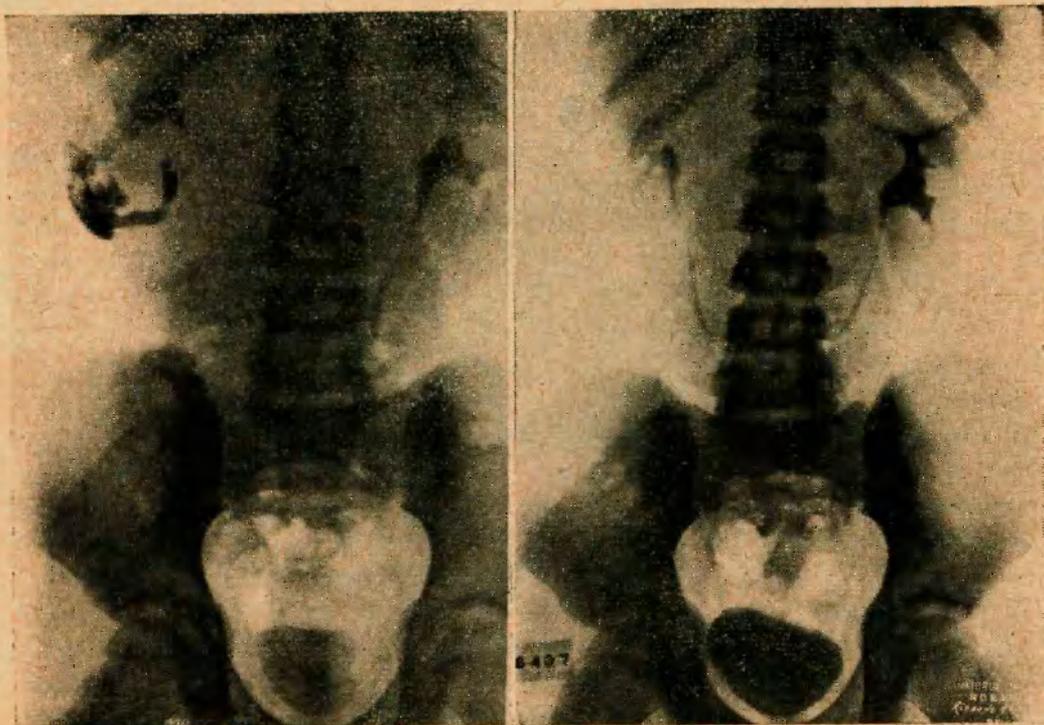


Fig. 2. — Urograma por excreción.  
a) Previa a la operación. b) Post-operatoria.

operatoria y la palpación del mismo resulta negativa en el sentido de demostrar la existencia de alguna tumoración. Los riñones no se palpan.

*Exploración radiográfica:* Radiografía directa, negativa.

*Urograma por excreción:* Buena eliminación de ambos lados. Pielograma bilateral normal. El riñón derecho está ligeramente desplazado hacia afuera.



Fig. 3. — Fotografía de la pieza operatoria.

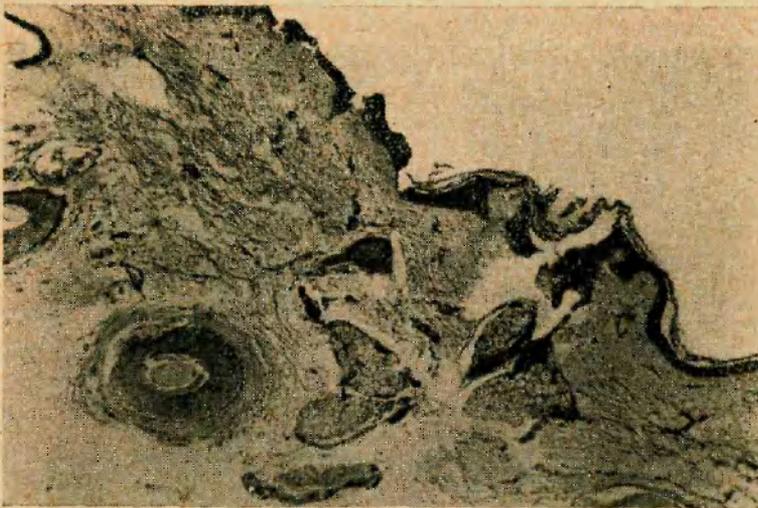


Fig. 4. — Microfotografía (30 aumentos). Se aprecian: una capa de epitelio pavimentoso estratificado, una porción de capa córnea, tejido conjuntivo y colágeno, varios folículos pilosos, glándulas sudoríparas y glándulas sebáceas.

*Examen histopatológico:* N° 12.522 (10-2-1958), que debemos a la gentileza del Profesor Picena.

*Material remitido:* Tumor irregularmente esférico del tamaño aproximado de la cabeza de un adulto, pesando 1.700 gr. Superficie lisa, color rosado. Al corte mana abundante cantidad de líquido, sebo y pelos; hay zonas calcificadas y otras formadas por tejido graso.

*Descripción microscópica:* Los preparados efectuados en distintas áreas muestran un epitelio pavimentoso estratificado con cornificación, parecida a una epidermis atrófica; por debajo se ve tejido conjuntivo laxo con glándulas sebáceas sudoríparas y folículos pilosos. En algunos preparados esta epidermis cubre tejidos adiposos adultos. Se observan también algunos filetes nerviosos en la dermis. No se ven lesiones de degeneración maligna.

*Diagnóstico:* Quiste dermoideo pararrenal.

En la literatura mundial el primer teratoma pararrenal fué descrito por Howship en el año 1871 en una niña de dos años, de localización izquierda. En 1880 Hosmer describió otro caso en una niña de ocho meses, de localización derecha. Hay un tercer caso de Gude en 1898 en un niño de nueve. Parece ser Goebel el primero en intervenir quirúrgicamente en 1901 a una mujer de 54 años por un teratoma maligno.

Los teratomas pararrenales, aún incluyendo en este grupo a los quistes dermoideos, deben considerarse como raros. Hasta el año 1949, sobre 500 casos de tumores retroperitoneales publicados, solamente un 10 % eran teratomas, y hasta el año 1953 Chute, Leard y Osgood registran 58 casos de la Bibliografía. En cuanto a la edad se observan en el 55 % en la primera década de la vida; en el 35 % en la segunda y tercera década, y en el 10 % después de los 30 años de edad. En lo que se refiere al sexo las estadísticas arrojan mayor frecuencia para la mujer que para el hombre. Su incidencia es dos veces mayor del lado izquierdo que del derecho. Según las estadísticas de Palumbo el 10 % de los teratomas eran malignos.

#### ETIOPATOGENIA Y ANATOMIA PATOLOGICA

Los teratomas son de origen congénito y sobre su etiopatogenia se han formulado diversas e interesantes teorías que, como es lógico, están íntimamente vinculadas con la embriogénesis de estos tumores.

Citaremos entre las más antiguas la teoría blastodérmica de Marchand-Bonet y la teoría de la célula sexual del crecimiento espontáneo del huevo no fertilizado de Jakes Loef, a las cuales se las considera solamente de interés histórico y de carácter puramente especulativo. La mayoría de los autores piensan que el secreto del problema está y debe ser dilucidado por la embriología clínica y experimental y se inclinan hacia los conceptos de Willis. Este autor sostiene que los teratomas nacen o se originan en células embrionarias pluripotentes, cuyo crecimiento no está regulado por los mecanismos ordenados que controlan el crecimiento de los tejidos normales, es decir, nacen en núcleos de tejidos que han escapado a la influencia de la estructuración primaria orgánica durante el desarrollo embrionario. Este fenómeno de escape puede explicarse como una perturbación de la estructuración de los tejidos orgánicos invaginados de la línea primitiva y correspondiente a los planos medio y paramediano en relación con estos tejidos. Como consecuencia de estos fenómenos, el núcleo primario del embrión germinativo se va diferenciando y, de acuerdo a sus condiciones de labilidad, va produciendo los tejidos extraños a la parte del órgano en la cual crece. Si la maduración y diferenciación de estos tejidos extraños son tan rápidas como su crecimiento resulta un teratoma benigno. Pero si la maduración y diferenciación se detienen reteniendo su capacidad para seguir

creciendo a un nivel embrionario, resulta entonces un teratoma maligno. Hausman y Wood creen que los teratomas pueden originarse en los primeros estadios larvales del desarrollo del huevo, sobre todo en el de mórula, a partir de las células sexuales segregadas en este período. En el período de blástula y gástrula las células sexuales primitivas se dirigen al ovario o al testículo para formar óvulos o espermatozoides. Podría explicarse teóricamente que estas células germinativas fueran retenidas en las glándulas sexuales o en cualquier otra parte del cuerpo, y al recibir el estímulo para dividirse forman un teratoma.

Para otros autores, el teratoma significa un intento frustrado en la formación de un cuerpo humano y esta frustración o fracaso sería debida a la pérdida y al desorden de las partes necesarias, es decir, que, más que un tumor, el teratoma representaría el esfuerzo de formar un nuevo individuo en el interior del organismo del enfermo.

Estos tumores pueden tener gran tamaño. Se han descrito algunos que llegaron a pesar hasta 12 kilos. No es posible confundirlos con los sarcomas por el carácter estrictamente mesodérmico de estos últimos. En general, su contenido es en parte sólido, en parte quístico, y la variedad de tejidos que se encuentra en su interior es muy grande y derivada de las diferentes capas embriológicas. Se han individualizado cartilago, trozos de cerebro, anillos de tráquea, pelos, cabellos, huesos, dientes, músculos lisos y estriados, etc. Cuando son malignos es frecuente encontrar, en medio de zonas quísticas, otras zonas de malignidad con alteraciones de tipo sarcomatoso o carcinomatoso. El examen histopatológico demuestra casi siempre una buena demarcación entre el riñón y la masa tumoral como sucedió en nuestro caso. A medida que crecen van desplazando los órganos vecinos y en algunos casos malignos se ha corroborado que pueden incluso crecer dentro del mesenterio, el intestino grueso o el hígado. También pueden propagarse al sacro y a la pelvis. Cuando dan metástasis lo hacen por vía sanguínea preferentemente en el hígado, bazo, vena cava, pulmones y pleura.

#### SINTOMATOLOGIA Y DIAGNOSTICO

En general se puede decir que los teratomas para o perirrenales son tumores que no tienen sintomatología propia y que ésta es prácticamente prestada de otros órganos o sistemas vecinos, con los cuales la tumoración guarda relaciones más o menos íntimas según su tamaño y localización. Las modificaciones que por acción mecánica va imprimiéndoles la malformación, explican fácilmente que la misma, si bien no da síntomas per sé, expresa clínicamente en forma indirecta su existencia, a través de las alteraciones de estas estructuras vecinas. Comprenderemos así que la sintomatología sea vaga e imprecisa, los diagnósticos diferenciales de sumo interés y que el diagnóstico final sutja, incluso en algunos casos, por exclusión.

Evidentemente hay dos importantes sistemas que reciben y soportan, por así decir, en forma prevalente, las presiones que condicionan la presencia y el crecimiento de estos teratomas. Ellos son el aparato digestivo y el aparato urinario, y estos conceptos explican claramente que en toda esa constelación clínica prestada que presenta el enfermo predominen ostensiblemente los trastor-

nos digestivos y urinarios, y que los diagnósticos diferenciales se planteen principalmente con enfermedades de estos sistemas.

Los síntomas que presenta el enfermo, sobre todo al principio, confunden más bien que orientan en la pesquisa del tumor. Ellos puede ser febrículas, trastornos dispépticos, constipación y diarreas alternadas, a veces cuadros de ileo parcial; calambres, edemas de las piernas, dolores lumbares, cuadros de infección urinaria, hematurias, etc. Más tarde y a posteriori de todo esto es cuando generalmente aparece el tumor palpable, pero también debemos señalar que su demostración es de valor relativo, porque cuando es pequeño prácticamente es imposible certificar por el examen físico su localización intra-abdominal o retroperitoneal, y cuando ya es grande rompe por completo con las reglas clásicas de la semiología y de la clínica. Creemos por lo tanto que los datos que proporciona el interrogatorio y el examen físico de estos enfermos son absolutamente insuficientes y pueden, en una excesiva valoración, significar groseros errores de diagnóstico.

En cambio pensamos que la exploración radiológica en sus diversos aspectos nos brinda elementos suficientes como para precisar la localización de estos tumores y diferenciarlos del riñón.

Indudablemente que el estudio radiológico del aparato urinario es el que tiene más importancia para el diagnóstico y por otra parte el que despierta mayor interés en el Urólogo, porque como ya dijéramos anteriormente, es el que mejor pone en evidencia los desplazamientos, las compresiones y las torsiones que el tumor, por su crecimiento, va imprimiendo al riñón y al uréter. Estos trastornos no sólo dependen en su mayor o menor gradación de la proximidad y tamaño del teratoma, sino también de la longitud del pedículo renal.

La radiografía directa en general no brinda elementos de ilustración, salvo algunos casos en que permite visualizar la tumoración que comprime la sombra del psoas. Otras veces, como en nuestro caso, muestra imágenes de calcificaciones muy típicas de cartilagos, huesos o dientes. Precisamente, sólo en casos como éstos, la radiología nos permitirá diferenciar el teratoma de los otros tumores retroperitoneales.

El urograma por excreción, al visualizar la vía excretora superior, nos permite prácticamente siempre diferenciarlos de las afecciones intrínsecas del aparato urinario y también constatar los desplazamientos que aquéllos imprimen al riñón y al uréter. Es conveniente y de gran utilidad en este tipo de examen tomar placas, no solamente en sentido ántero-posterior, sino también laterales y en oblicua. Pueden presentarse casos de exclusión funcional del riñón en los cuales es muy recomendable practicar pielografías por relleno.

El riñón puede mostrarse deformado o comprimido por la tumoración. También presenta a veces rotaciones muy marcadas.

Lo más frecuente son los desplazamientos del órgano, generalmente hacia adelante y hacia afuera, aunque también pueden serlo hacia adentro y hacia arriba. Raramente se han observado desplazamientos hacia abajo. En nuestro caso había una marcada desviación del riñón hacia arriba y sobre todo hacia afuera.

En casos de tumores muy grandes puede llegar incluso a pasar del lado opuesto simulando una ectopia renal cruzada. El uréter se desplaza con el peritoneo hacia afuera y hacia adelante, con menos frecuencia hacia adentro o atrás. Pueden producirse como consecuencia de estos desplazamientos o por presión directa del quiste, acodaduras u obstrucciones ureterales en su porción

superior y en la unión uréteropielica con ectasias secundarias, que pueden llegar a la hidronefrosis y a veces a la exclusión del riñón. Todo esto complica aún más el problema y dificulta y confunde los diagnósticos diferenciales.

Conviene recordar además que los quistes y tumores del páncreas, cualquiera sea su tamaño, no producen desplazamientos del riñón ni del uréter.

Como la mayoría de los autores creemos que en estos casos y como complemento del urograma, el enfisema perirrenal es un procedimiento exploratorio de gran valor diagnóstico al permitirnos visualizar con claridad el contorno del riñón y la presencia de neoformaciones en la celda renal, así como las relaciones de vecindad que guardan con dicho órgano.

Algunos autores insisten en que debe hacerse siempre primero el estudio radiográfico del aparato digestivo para excluirlo como localización primaria del tumor y recién después de este examen efectuar el urograma.

No estamos de acuerdo con este temperamento pues pensamos que el examen del aparato urinario juega un papel principal y permite por sí solo realizar el diagnóstico. Por otra parte ya sabemos los inconvenientes que trae aparejado efectuar el urograma después del estudio radiológico del tránsito gastrointestinal, por los restos de sustancia opaca que dificultan una buena visualización.

En el examen del aparato digestivo tienen importancia las deformaciones y desviaciones del estómago y del colon, sobre todo a nivel de sus ángulos anatómicos. El estómago puede presentarse alargado y deformado, también puede estar desviado hacia arriba, hacia la derecha o hacia adelante. El colon puede sufrir desviaciones y sus ángulos pueden estar abiertos con elevaciones o descensos apreciables. En nuestro caso no hicimos estos exámenes del aparato digestivo por las razones ya apuntadas.

Al tratar el diagnóstico de estos tumores no podemos dejar de referirnos brevemente a un procedimiento diagnóstico nuevo y de gran utilidad en las afecciones renales: la punción biopsia del riñón. No tenemos ninguna experiencia con estos procedimientos en los teratomas ni hemos visto al respecto ninguna cita bibliográfica. Creemos que el mismo puede ser de utilidad en casos de excepción. En principio somos contrarios a la punción biopsia en cualquier tipo de tumores por motivos obvios: riesgos de hemorragia, apertura de vías de diseminación, etc.

#### EVOLUCION Y PRONOSTICO

Se acepta en general que los teratomas benignos son de buen pronóstico, pero debemos llamar la atención señalando que, en realidad, el pronóstico debe ser siempre reservado durante un tiempo más o menos largo, por cuanto está demostrado que muchos de estos tumores, benignos desde el punto de vista histológico, se han comportado como malignos dando metástasis en hígado y pulmones, llevando a la muerte al enfermo. Nuestro paciente lleva 20 meses desde la intervención quirúrgica y los últimos exámenes de control efectuados son desde todo punto de vista satisfactorios. En los teratomas malignos el diagnóstico se hace muchas veces en un estadio avanzado que la exéresis total resulta imposible.

#### TRATAMIENTO

El tratamiento lógico y aconsejable es la extirpación quirúrgica. Las vías de abordaje son prácticamente las mismas que se usan en cirugía renal: lum-

botomía con resección de costillas, o vías transversales del tipo Pean o Bazy.

Lo ideal es la ectomía completa incluyendo la mayor cantidad posible de tejido normal. En los casos benignos hay siempre un buen plano de clivaje con el riñón, lo que facilita las maniobras quirúrgicas permitiendo respetar la glándula. En nuestro caso la operación no ofreció dificultades y en ningún momento significó riesgos para el riñón. El estudio radiológico posterior demostró el buen estado anatómico funcional de dicho órgano.

En los teratomas malignos a veces resulta imposible la exéresis radical, pero cuando ella es factible debe acompañarse de la nefrectomía por cuanto generalmente el riñón está íntimamente adherido a la neoformación.

En los casos inoperables algunos autores aconsejan la radioterapia y le atribuyen algún valor. Otros por el contrario le niegan toda efectividad.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Baker, W. J., and Ragins, A. B. — Pararenal Teratoma; case report. J. of Urol. 63: 982; 1950.
2. Cibert, J., et Millet, G. — Dix tumeurs paranéphrétiques (Statistique Du Pavillon V. Lyon). J. d'Urol. 61: 373; 1955.
3. Chute, R.; Leard, S., and Osgood, R. — Primary Retro-peritoneal Teratoma. J. of Urol. 70: 520; 1953.
4. Ercole, R. — Cáncer del riñón. Ed. Emilio Fenner. Rosario, 1939.
5. Falleiros, E. O. — Teratoma peri-renal em recenado. Revisão bibliográfica. Apresentação de um caso. Rev. de Gyn. e d'Obst. 2: 671; 1952.
6. Fort, A. — Tumores pararrenales. Anales de Cirugía. 17: 41; 1952.
7. Iacafarro, G.; Carreño, O. C., y Hojman, D. — Sarcoma gigante-celular de la celda renal. Rev. Arg. de Urol. 24: 280; 1955.
8. Ritter, J. S., y Ritter, H. (h.). — Fibroliposarcoma de los tejidos perirrenales que interesa al riñón. Presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev. Arg. de Urol. 20: 366; 1951.