

CARCINOMA DE PELVIS Y QUISTE SEROSO DE RIÑÓN DERECHO

Por el Doctor JUAN BERNARDO DERDOY

B. R. — Ficha: 5153. - 69 años. - Argentino. Julio de 1961.

Ant. hereditarios: Padre muerto de Uremia. - Madre hepática.

Ant. personales: Tifus a los 10 años. Hace años que tiene eczema en las piernas. Regular de vientre. Micción con discreta disuria. Operado de quiste sebáceo en la espalda.

Enfermedad actual: Consulta por tener hematuria, que se presenta espontáneamente, indolora y total —que tiene carácter intermitente y que aparece en algunas ocasiones después de ejecutar ejercicios (caminar, viajar en auto, etc.)—, pero siempre indolora. Dura algunos días con la misma intensidad en su coloración, para repetir el ciclo una vez desaparecida.

Estado actual: Buen estado general. Lengua húmeda. **Dientes:** Faltan algunas piezas. **Tórax:** Movimientos respiratorios amplios. Pulmones normales. **Corazón:** Tonos normales. Pulso regular T. A. 170 - 80. **Abdomen:** Globuloso - Obeso - No doloroso a la palpación y excursiona bien con los movimientos respiratorios. **Hígado:** Se palpa un través de dedo, no doloroso. **Riñones:** No se palpan. A la puño percusión, ligera sensibilidad del lado derecho, lado izquierdo nada de particular. **Genitales Externos:** normales. **Uretra:** Libre, explorador 18. **Próstata:** Aumentada de tamaño en forma discreta, con caracteres de adenoma. **Micción:** Espontánea.

ANALISIS.

Sangre: Glóbulos rojos, 5.090.000. - Glóbulos blancos, 4.300. - Hemoglobina, 98%. - Ind. de Katz, 17. - Urea, 0,50. Glucemia, 1,21. - Plaquetas, 76.000. - Protrombina, 74%.

Sangría: Dedo, 2½. - Coagulación. 8½.

Orina: 1013. - Uratos y no elementos anormales.

Cultivos: En agar hígado desarrolla hongos.

Se efectúa pielografía de excreción. Se constata una dilatación pielocalicial y una zona de falta de relleno en la pelvis derecho. Se efectúa cistoscopia no constatando enfermedad en la vejiga. Del ureter derecho se observa franca eyaculación HEMATÚRICA. Del ureter izq. sale orina clara con ritmo y proyección normal. Se efectúa cateterismo ureteral y luego se hacen en dos sesiones pielografías ascendentes de ambos riñones. Se confirma en la pielografía derecha la presencia de una zona del

tamaño de un garbanzo, de forma lacunar a nivel de la parte media de la pelvis. La pelvis y los cálices están uniformemente dilatados, pero no se ven deformados, alargados o amputados. Es examinado por el Dr. Mugnaini en su aspecto clínico considerando que su estado general es bueno pese a la TROMBOCITOPENIA (76.000 plaquetas). Después de algunos tratamientos para mejorar este estado de las plaquetas cuya etiología no se ha encontrado y persistiendo la **hematuria** total, se realizan nuevos exámenes radioscópicos y pielográficos, confirmando siempre la HEMATURIA DERECHA. Ante la persistencia de la misma y con el diagnóstico de tumor de pelvis renal derecha, en base a la falta de relleno que siempre persiste en todas las imágenes radiográficas, se interviene quirúrgicamente.

Cirujano: Dr. Juan B. Derdoy.

Ayudantes: Dr. Jorge Derdoy. — **Instrumentadora:** Srta. M. Massera.

Anestesia: Pentothal - Eter - Oxígeno.

Incisión de Pflaumer, resección de la 12ª costilla.

Se abre la fascia fibrosa de Zuckerkandl. El riñón presenta adherencias de perinefritis. Se lo libera y en el polo superior se constata la existencia de un **quiste seroso único**, del tamaño de un puño, que no había sido revelado antes de la operación en las radiografías de excreción y ascendentes. Se localiza la pelvis renal notando una pequeña dureza en la pared anterior de la misma. Se secciona el ureter lo más bajo posible y se realiza la nefrectomía. Se cierra la pared por planos.

El examen de la pieza nos demuestra un riñón con un quiste seroso en su polo superior, conteniendo líquido claro cetrino y contenido a tensión. Al abrir la pelvis vemos en su pared anterior un tumor sesil del tamaño de un garbanzo, de consistencia dura. El informe de Prof. Luis V. Ferraris (Córdoba) es el siguiente:
Setiembre, 1961.

El estudio histopatológico del material operatorio del Sr. B. R. ha demostrado

1º) Tumor de pelvis renal

Carcinoma a células de transición con trabéculas y nidos escasamente diferenciados de células "transicionales" que ha menudo toman contornos poliédricos y acusan frecuentes figuras de mitosis. La neoplasia infiltra profundamente la túnica muscular que en parte se halla sustituida por una intensa proliferación blastomatosa que llega a prosperar en los tejidos adventiciales donde se agrega densa infiltración linfocitaria.

2º) Tumor quístico de riñón.

Quiste solitario (seroso). El parénquima renal inmediato acusa las lesiones de nefrosclerosis arteriolar.

La evolución postoperatoria inmediata fue muy buena y actualmente el enfermo se encuentra aparentemente sano, habiendo aumentado algunos kilos.

COMENTARIO:

El caso que presentamos se trata de un enfermo que nos consultó por tener una HEMATURIA, total, indolora, espontánea, abundante, que por las características clínico-radiológicas las relacionamos como dependientes y derivadas del cáncer existente en la pelvis renal.

En cuanto a la presencia del quiste para producir esta hematuria, descartamos esta causa por ser un quiste parenquimatoso, no estar deformado el cáliz correspondiente, no haber acusado dolores, etc.; macroscópicamente no existían vasos en su unión al cáliz ni tampoco lechos venosos o angiomasos que hubieran sido motivo de hemorragia.

Recordemos que el síntoma hematuria es muy poco frecuente en los quistes serosos. Hinman dice que menos del 10 % da hematuria. Los casos publicados entre otros por Gorla-Casabone-Alonso (R. A. U. - Pág. 186), de cinco observaciones sólo una con hematuria,

Luis Brea-Antelo-D'Luciano (R. A. U.), de cinco enfermos uno sólo con hematuria que tenía también adenoma de próstata.

Nosotros hemos intervenido seis enfermos y sólo en uno (Ficha N° 58581) se estableció una hematuria; se trataba de una mujer que tenía además una ptosis renal, motivo por el cual fue intervenida.

Al referirnos al carcinoma que tenía este enfermo, diremos que se implantan generalmente en forma sesil y raramente son pediculados. La propagación al uréter no se hace como en los papilares por siembra o implantación, sino por propagación del tumor (A. García). El pronóstico es grave por las metástasis precoces que producen.

Con relación a la proporción de los tumores de pelvis con los renales (parenquimatosos) es de 5 a 10 %; y el 0,5 % de los tumores de pelvis son malignos en las autopsias (Allen). Según Bell, los tumores de pelvis se distribuyen en un 30 % de papilomas, 45 % carcinoma papilar (epidermoide) o de células de transición, 25 % carcinoma *no* papilar de células de transición. Los adenocarcinomas son raros.

En nuestra estadística personal, sobre 27 tumores de riñón operados, 15 eran nefroepiteliomas, 1 sarcoma (niño de tres años), 1 teratoide monodérmico (niña de 4 años) —ambos fallecieron al poco tiempo—, y 2 carcinomas de pelvis. En los restantes no encontramos informes biópsicos. Ello nos da sobre el total de los tumores renales un 7,40 % de los tumores de pelvis. Referente a los 2 carcinomas de pelvis, uno es el caso presentado y el otro se trataba de un enfermo de 46 años, abogado, a quien le efectuamos la nefrectomía hace 14 años por un *carcinoma papilar*, encontrándose actualmente sano y sin síntomas de metástasis.

La etiología de los tumores, ya infecciosa, por inclusiones ectodérmicas, leucoplasias, etc., aún es tema de estudio y en nuestro enfermo no se ha demostrado ninguna causa determinante.

De acuerdo a la histopatología se clasifican, según Swif-Joly en:

Papilares	Papiloma
	Epitelioma papilar
No-papilares	Epitelioma paramalpighiano o a células de transición
	Epitelioma pavimentoso córneo o epitelioma epidermoide.

No haré bibliografía y sólo recordaré que sobre el tema hay numerosos casos publicados con importantes comentarios:

Cacciatore-García (R. A. U.) - 75. — Dante-Sandro. — Surra-Canard-Picco. — Rubí-Grimaldi-Eraso. — Trabucco-Comotto. — R. Ercole-Firstater, etc.

El tratamiento es quirúrgico. De acuerdo a las experiencias de los autores, la nefrectomía sería la indicación para el tratamiento de los tumores de pelvis no papilares, y la nefroureterectomía total con el segmento vesical correspondiente al ureter para los *papilares* que tienen una evolución propagativa hacia la vejiga. Como queda dicho, nosotros realizamos la nefrectomía con ureterectomía parcial, dado que además del tumor de pelvis, era un riñón hidronefrótico con pielonefritis y quiste seroso. Dejamos un buen trozo de ureter y continuaremos vigilando al enfermo, al tiempo que sigue su tratamiento clínico para conjurar la alteración sanguínea.