

## SARCOMA DE RIÑÓN

---

Por el Dr. EDUARDO G. PETRONE

Estos tumores constituyen una variedad histológica poco frecuente entre las neoformaciones renales.

En el trabajo de los Dres. Monserrat y García presentan un caso de sarcoma renal, haciendo resaltar que las estadísticas han disminuído debido al mejor estudio anátomo patológico y a la separación de los sarcomas de los tumores disem-brioplásicos.

Judd y Donald presentan 20 casos de sarcoma entre 570 neoplasias malignas operadas en la Clínica Mayo, en pacientes de edad media, 43 años.

La variedad histológica más común es el sarcoma a células fusiformes y los más raros son: fibrosarcoma, leiomiosarcoma, linfosarcoma y liposarcoma. De esta última variedad el Dr. Ortiz y colaboradores presentan en 1956 2 casos y recopilan hasta entonces ocho casos en la literatura mundial.

El origen de la degeneración tisular se encuentra en el tejido conjuntivo, siendo aún más raros los primitivos de la pelvis renal.

Por lo general son tumores voluminosos, de crecimiento rápido, gran vascularización, con focos de necrosis y hemorragias, llegando a la formación de abscesos.

El Dr. Moreyra Bernán presenta un caso abordado por vía lumbar en el que las adherencias y gran vascularización dificultan la exéresis del tumor. En nuestro caso la superficie lisa y poco adherida en su casi totalidad condice con las características de la mayoría de estos tumores.

Las metástasis se realizan por vía sanguínea por invasión tumoral de los vasos.

### HISTORIA CLINICA

C. F., 47 años, casado, argentino.

**Procedencia:** Florida, Pvcia. de Bs. As.

**Ocupación:** Empleado.

**Antecedentes personales:** En 1957 internado en el Hospital Alvear por una afección cutánea, efectuándosele en ese entonces una biopsia de ganglio inguinal derecho.

**Enfermedad actual:** Hace aproximadamente 6 meses nota una tumoración abdominal del tamaño de una naranja, localizada en fosa iliaca izquierda, que se moviliza espontáneamente o a voluntad, incluso colocándose en zona subcostal. Sin sintomatología, la tumoración fue aumentando de tamaño. Hace 1 mes disminuye en movilidad, haciéndose

fija en hemiabdomen inferior, agrandándose con mayor rapidez por lo que consulta a un facultativo, quien aconseja su internación.

Ha observado pérdida de peso. En los últimos días síndrome de subobstrucción intestinal.

**Estado actual:** Psiquismo normal. Decúbito indiferente. Mal estado de nutrición. Temperatura axilar 38°2. Rectal 39°.

**Aparato respiratorio:** m. v. normal.

**Aparato circulatorio:** Pulso, regular, igual frecuencia 110 x minuto.

**P. A.:** Mx. 130. Mn. 75. Tonos cardíacos normales.

**Aparato digestivo** (Fig. 1): Ausencia de panículo adiposo. En hemiabdomen inferior se observa una gran tumoración que lo ocupa en su totalidad y lo deforma simétricamente a ambos lados de la línea media. No excursiona con los movimientos respiratorios. Sobrepasa su polo superior la cicatriz umbilical, su polo inferior contacta con el pubis.

**A la palpación:** Superficie lisa, consistencia dura, renitente, indolora, no se consigue movilizar ni separar su borde inferior del reborde pubiano. Impresiona como una tumoración quística a gran tensión.

Hemiabdomen superior timpánico. Hígado y bazo no se palpan.

#### Examen Urogenital.

**Orina:** Turbia. **Micción:** Normal.

**Riñones:** No se palpan. Puntos costo-musculares indoloros.

**Uréteres:** Sin particularidades.

**Vejiga:** Zona vesical ocupada por la tumoración. No se observa orina residual.

**Tacto rectal:** Próstata de caracteres normales, poco aumentada de tamaño. Fondo de saco de Douglas borrado por la tumoración.

**Uretra:** Permeable.

**Cistoscopia:** Capacidad normal. Mucosa normal. Pared superior deformada por tumoración extrínseca, que al hacer desaparecer la cavidad vesical en su parte media no permite visualizar la zona trigonal, ni los orificios ureterales.

#### Laboratorios.

7-X-61. — **Sangre:** Glóbulos rojos, 4.040.000 x mm<sup>3</sup>. Glóbulos blancos 7.300 por mm<sup>3</sup>. — N 76%. - E 1%. - L 16%. - M 6%.

Glucemia, 0,90 g %o. Urea, 0,37 g %o. — Reacción de Ghedini: negativa.

17-X-61 — Glóbulos rojos, 3.960.000 x mm<sup>3</sup>. — Glóbulos blancos, 11.400 x mm<sup>3</sup>.

Eritrosedimentación: 1° h. 60 mm.

**Orina:** Color pardo. Acida. D 1012. Albúmina, vestigios. - Hemoglobina, escasa. - Sedimento: Leucocitos y picocitos abundantes, Hematias, regular cantidad. - Mucus.

#### Radiología.

7-X-61 — **Radiografía simple de abdomen de pie.**

Se observan niveles líquidos de intestino delgado.

20-10-61. — Colon por enema (Fig. 2).

Dilatación del colon transverso y descendente. Porción de sigmídeo con luz estrechada por compresión extrínseca, que lo desplaza hacia la izquierda. Ileon terminal desplazado, encimado al colon ascendente.

**Radiografía simple de árbol urinario:** Muestra el contorno tumoral ocupando hemiabdomen inferior con total desplazamiento hacia abdomen superior del intestino delgado.

**Urografía excretora (Fig. 3):** Buena eliminación renal derecha con dilatación pielocalicial. No se visualiza uréter. Nefrograma izquierdo no se visualiza.

**Radiografía de tórax:** No se observan imágenes patológicas.

### EVOLUCION PREOPERATORIA

Mediante la intubación gástrica y enemas hipertónicas, se consigue hacer ceder el ileo intestinal lo que permite poner al enfermo en condiciones quirúrgicas mínimas, dado que el tamaño y la gran tensión de la tumoración apresuraban el preoperatorio.

### 23-X-61. — OPERACION

**Anestesia:** General.

**Incisión:** Pararectal interna izquierda infra y supraumbilical.

Abierto peritoneo se observa que la gran tumoración es retroperitoneal, y desplaza las asas de delgado hacia el abdomen superior, no pudiéndose visualizar el marco colónico por estar rechazado por el tumor.

Se incide peritoneo parietal posterior en la parte media y más prominente del tumor, y se procede a la disección del mismo por plano de clivaje que se sigue con facilidad, a excepción de algunas zonas en que debe ser esculpido a tijera.

Por la gran tensión se hace difícil la movilización de la neoformación, por lo que se procede a la punción con trocar-punción de Finocchietto y se aspira un litro de líquido sanguinoliento, disminuyendo la tensión y el tamaño, quedando ocupada por una masa tisular glerosa, que no se puede aspirar.

Se colocan dos puntos de sutura en el lugar de la punción, y se continúa la disección de la pared posterior, aislándola de los vasos ilíacos, aorta y vena cava, ligándose algunas arteriolas. Se consigue llegar al polo superior y se observa que el tumor tiene su origen en el polo inferior del riñón izquierdo, que presenta el resto del parénquima de aspecto normal.

Se liga y secciona el pedículo renal y se completa la nefrectomía liberando el polo superior y efectuando la ligadura del uréter.

Se palpa el riñón derecho de caracteres normales.

Hígado, vesícula biliar y bazo; sin particular.

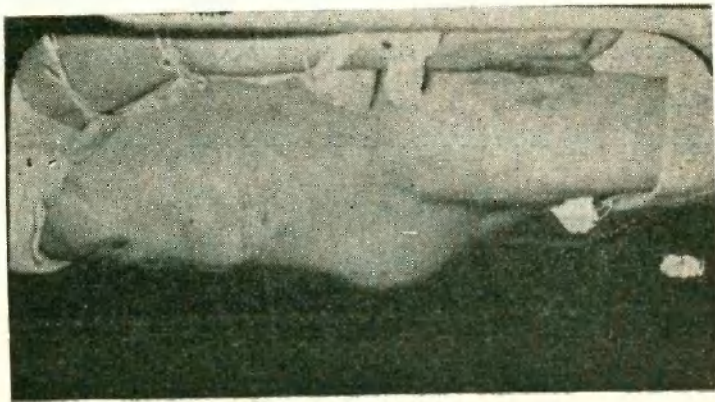
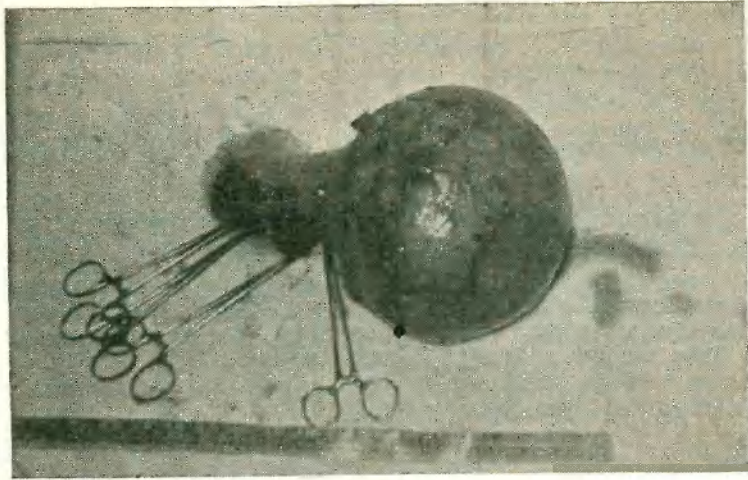
Se efectúa prolija hemostasia de la gran "loge", dejándose drenaje retroperitoneal por contraabertura en flanco izquierdo.

Sutura del peritoneo parietal posterior, visualizándose apéndice cecal adherido al peritoneo sobrante, por lo que se efectúa apendicectomía.

Se explora colon sigmoideo que presenta aspecto normal, con su vascularización respetada.

Cierre de la pared por planos.

Por sonda vesical se recoge durante la operación orina hematórica, de aspecto similar al líquido tumoral.





**PIEZA OPERATORIA.**— Informe histo-patológico.

(Fig. 4) La neoformación esférica tiene su origen en la mitad inferior del riñón, de superficie lisa, bien encapsulada, de aproximadamente 20 cm. de diámetro, englobando la pelvis, que no se individualiza.

Al corte sale líquido sanguinolento y hace hernia una masa tisular de color grisáceo, poco consistente.

El estudio microscópico efectuado por el Dr. Félix Marano (h) nos proporciona el siguiente informe:

F-1274-H.C.:111987.

**TECNICA HISTOLOGICA:** Formol-Inclusión en parafina-Hematoxilina-Eosina-Coloraciones varias.

**DIAGNOSTICO**

El estudio del material remitido muestra grandes áreas de necrosis tisular con focos de calcificación distrófica. Los bordes de las mismas revelan una proliferación



atípica de elementos de estirpe mesenquimática constituida por elementos redondos y fusocelulares de núcleos hipercromáticos basófilos que en algunos campos evidencian una tendencia a la diferenciación vesicular. La proliferación ahoga y circunscribe a algunos glomérulos que se hallan atrofiados y con asas vasculares sumamente reducidas. Todas éstas imágenes alternan con zonas de sufusión hemorrágica y de estroma reacción peritumoral.

En resumen, la lesión corresponde a una **SARCOMA RENAL DE VARIEDAD POLIMORFA** con áreas integradas por células redondas y tendencia a la diferenciación angiosarcomatosa.

**POST OPERATORIO****EVOLUCION NORMAL**

Se efectúa radioterapia y como citostático se inyecta una serie de ENDOXAN, totalizando 6 grs. debiendo suspenderse el tratamiento por haber llegado a 2000 glóbulos por mm<sup>3</sup>, efectuándose transfusiones de sangre total hasta su recuperación.

## CONSIDERACIONES

En el caso que acabamos de presentar debemos hacer destacar, aparte de su rareza histológica, lo difícil del diagnóstico diferencial que como en nuestro caso, plantean los tumores con su crecimiento y ubicación tan variable.

Vamos a efectuar un breve resumen de las consideraciones diagnósticas que planteó este enfermo:

Nos encontramos frente a un tumor de hipogastrio, que en el sexo masculino, puede tener su origen en vejiga, intestino, mesenterio o retroperitoneo.

Descartamos los procesos intraluminales de vejiga e intestino, consideramos la posibilidad de un quiste hidatídico retrovesical alto, que radiográficamente da un aplastamiento vesical y una laminación del recto y sigmoides. La reacción de Ghedini negativa no descartaba totalmente este diagnóstico. Las formaciones quísticas o tumores de mesenterio y epiplón tienen como característica principal su gran movilidad, en especial en sentido vertical, característica que no coincidía, por lo menos en el momento de la consulta, aunque dichos procesos pueden fijarse por adherencias y disminuir su movilidad.

Los procesos de retroperitoneo nos parecían más probables ya sea un quiste hidatídico, un tumor de la atmósfera perirrenal o un proceso renal, hidronefrosis, quiste o tumor.

Apoyaba este último diagnóstico la ausencia del nefrograma izquierdo en la urografía excretora, pensando que podía tratarse de una hidronefrosis en un riñón ectópico o ptósico, o bien un tumor quístico en un riñón con dichas características o transportado a la región pelviana por el proceso tumoral.

La ausencia de imagen renal izquierdo era el único dato positivo que nos orientó hacia ese órgano, pues en el estudio radiológico, el rechazamiento de las asas de delgado hacia arriba, del ciego hacia afuera, de la última asa ileal hacia arriba, sobre el ascendente, y del sigmoides hacia atrás y arriba, señalaba la presencia de un gran tumor intraperitoneal encajado en la pelvis, dando un aplastamiento de la vejiga.

En este estudio diagnóstico no se agotaron los medios de examen pues la exploración quirúrgica se imponía y la vía transperitoneal era indicada por la topografía del tumor.

## DISCUSION

**Dr. Schiappapietra:** Hay que felicitar al comunicante por el trabajo presentado. Llama la atención, en verdad, el tamaño que ha adquirido ese tumor. Cuando yo veía directamente un tumor tan grande como ese en abdomen, sobre todo en hipogastrio, bajaba disimuladamente la sábana, y miraba si le faltaba alguno de los testículos. He tenido dos casos con un tumor que hubiera sido como una fotografía del que presenta el Dr. Petrone: era un seminoma de testículo ectópico, que fue sometido a una operación difícil y complicada. El otro caso no tenía esa localización, pero sí una muy grande de testículo ectópico en abdomen. El diagnóstico es siempre fácil y conviene tenerlo en cuenta.

**Dr. E. Petrone:** Agradezco su contribución, Dr. Schiappapietra.

**BIBLIOGRAFIA**

1. **Couvelaire R.:** "Encilopédie Méd. Chirug".
  2. **Dodson A. T.:** "Cirugía Urología".
  3. **García Capurro F. y Piaggio Blanco R.:** "Sem. Clín. Rad. de las tumoraciones del abdomen".
  4. **Herbut P. A.:** "Patología Urológica".
  5. **Montserrat G. H. y García A. E.:** "Sarcoma del riñón en adulto". Rev. Arg. de Urol. 1933. II.28.
  6. **Moreyra Bernan P.:** "Sarcoma del riñón". Bolet. y Trab. de la Soc. Cir. de Córdoba 1942.III.87.
  7. **Ortiz A., Guido J., Currieri A. y Hojman D.:** "Liposarmonas renales". Rev. Arg. de Urol. 1953. XI.
  8. **Vilar J. y Rapaport M.:** "Sarcoma de la pelvis renal operado por vía transperitoneal". Rev. de Méd y Ciencias. Af. 1947 IX.
-