

ADENOMATOSIS RENAL

Por el Dr. R. URRÉJOLA

Es motivo de esta publicación el resultado del examen anatomopatológico de un cuadro clínico de caracteres comunes.

Un paciente de 72 años presenta hematurias repetidas, tumoración palpable en zona lumbar izquierda y exclusión renal del mismo lado en el urograma intravenoso.

Los exámenes de laboratorio revelan urea 0,41 ‰, glicemia 1 ‰, glóbulos rojos 4.010.000, glóbulos blancos 8.000, eritrosedimentación 17-46.

El examen endoscópico efectuado durante una de las hematurias, revela que el origen de la misma es el lado izquierdo. Se intenta el cateterismo pero el mismo progresa cerca de 20 cms, sin llegar a la pelvis renal correspondiente.

El diagnóstico no ofrece dudas y demostrada la suficiencia renal derecha se efectúa la nefrectomía.

Se extirpa un órgano discretamente aumentado de volumen sin las características habituales de las neoplasias renales. La pelvis muy dilatada está ocupada por un líquido urohemático. Pensando se tratara de un tumor de diátesis renal se extirpa la mayor porción de uréter, para completar la ureterectomía con una incisión anterior. Se divide la pieza operatoria la cual demuestra que la lesión neoplásica asienta en el parénquima. En estas condiciones se da por finalizada la terapéutica quirúrgica. Es de hacer notar que la ectomía fue simple por falta de adherencias y la evidencia al examen clínico era por la gran dilatación piélica.

ANATOMIA PATOLOGICA

El examen de la pieza esperada con gran interés es efectuada por el Dr. Hojman, cuyo informe resumimos:

Pieza de nefrectomía de 13-6-5 y peso 250 grs. Superficie con prociencias nodulares discretas y una muy marcada de 5 cms de diámetro en comunicación con una cavidad anfractuosa de naturaleza necrótica. Los nódulos encapsulados de variable tamaño son todos intraparenquimatosos.

El parénquima internodular es de aspecto normal.

Microscopia: Los nódulos pequeños muestran una estructura papilar. Están constituidos por una cavidad revestida por epitelio cúbico, apoyado sobre una firme membrana fibrosa continua, relleno de la cavidad numerosas formaciones papilares multifurcadas con igual revestimiento. El aspecto es monomorfo con discretas desviaciones citomorfológicas. El carácter blastomatoso del nódulo mayor queda acreditado más que por las moderadas atipias celulares, por la infiltración capsular y la progresión al tejido vecino.

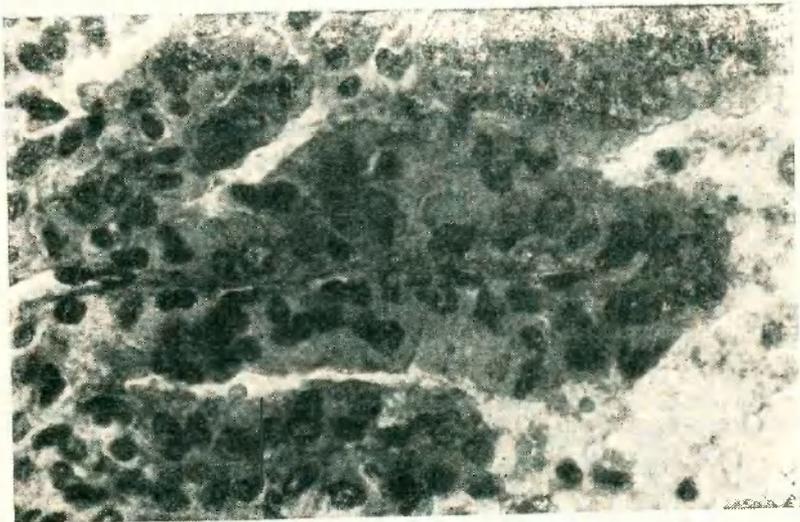
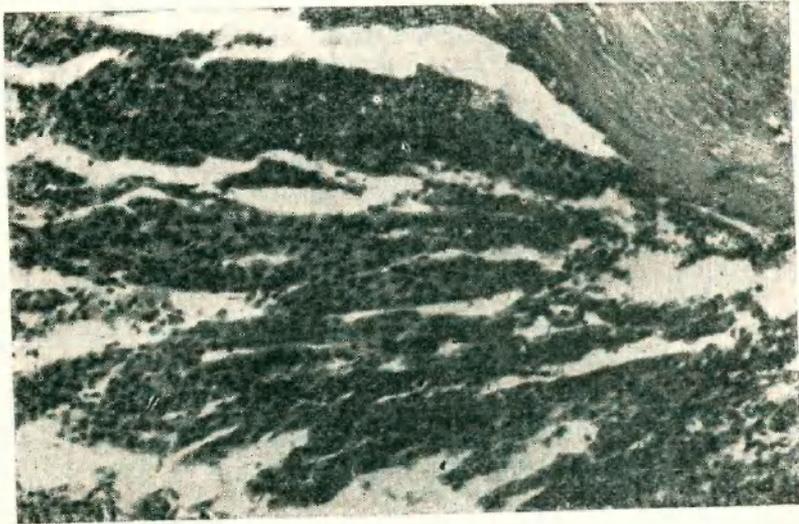
Diagnóstico: Numerosos núcleos de adenomas con el nódulo mayor malignizado. Adenomatosis renal con un núcleo adenocarcinomatoso.

CONSIDERACIONES

Esta comunicación vale por su realidad anatomopatológica. El estudio macro y microscópico del riñón extirpado da la pauta de su importancia.

Es sabido que clínicamente no se concibe el tumor benigno de parénquima renal. Pero es una certera verdad en el concepto citológico e histológico.

Los adenomas renales pueden dividirse en dos tipos. El primero cistoadenoma o adenoma quístico y el adenoma papilar.



El cisto-adenoma es de observación relativamente frecuente en los riñones patológicos, nefroesclerosis, glomerulonefritis crónicas, etc. En cambio el adenoma papilar se encuentra en órganos de parénquima indemne. Pueden ser simples o múltiples del tamaño de un guisante aunque variables. Histológicamente considerados compuestos de pequeñas células granulosas del tipo papilar. Al-

gunas veces esbozan la forma de un adenoma tubular con canales irregulares, revestidas de células pequeñas con núcleo grande.

La histogénesis de los adenomas papilares se considera como anomalía congénita, con cierta similitud al riñón poliquístico. Pero en oposición a este concepto está el asiento de estos tumores. El riñón poliquístico tiene una explicación en la disontogenia tubular. En cambio el adenoma papilar múltiple asienta en la cortical.

El valor relativo de esta comunicación está en la presencia en el parénquima renal de varios adenomas papilares, y uno de ellos transformados en un adenocarcinoma. Se cree pero no ha sido demostrada la vinculación entre adenoma y adenocarcinoma. Este caso afirmaría esta vinculación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ewing, J. — Oncología, 1948, pág. 842 a 845.
2. Buckley, G. — Brit. J. Surg., 32, 315, 1944.
3. Cristol. — J. Urol., 64, 58, 1950.
4. Hicks. — J. Urol., 71, 162, 1954.
5. Zak. — J. MT. Sinal Hosp., 24, 1352, 1957.
6. Nicholson, G. W. — Studies of tumors formation, año 1923. Ed. Butterworths, pág. 105.
7. Willis, R. A. — Pathology of tumor. Butterworths, año 1953.
8. Boyd, W. — Anatomía Patológica, 1961, pág. 652.

Policlínico de San Martín
Servicio de Urología

DISCUSION

Dr. Schiappapietra. — Por lo general la adenomatosis renal se descubre coincidente al acto quirúrgico por causa distinta, la ausencia de sintomatología propia no da base a su diagnóstico ni motivo a su tratamiento salvo que otras operaciones o complicaciones renales lo requieran.

En el enfermo a que me referiré, fue el episodio de anuria obstructiva por cálculo enclavado en uréter superior, riñón único en estado séptico con su consiguiente pionefritis.

La lumbotomía confirmó una fuerte perinefritis y a poco de ser expuesto el riñón, se observó la cortical salpicada de pequeños focos miliares, dominando en la parte media del dorso de la glándula, y ulcerada ya su fibrosa propia, el relieve de una figura antracoide en estado infiltrativo.

Convencidos del presunto diagnóstico macroscópico procedimos a su resección sobre parénquima sano; junto con el examen bacteriológico solicitamos la confirmación histológica. El estafilococo fue también reconocido; pero el Histopatológico firmado por el Dr. Lascano González informó tratarse de un adenoma del riñón con fuerte infiltración leucocitaria.