

DIAGNOSTICO DE CARCINOMA RENAL POR BIOPSIAS DE METASTASIS ALEJADAS, EN PACIENTES SIN SINTOMAS URINARIOS

Dr. Juan Manuel de Rosas, Prof. Dr. Julio E. Cantón, Dr. Francisco López Ejarque.

El objeto de esta publicación es presentar 6 casos observados por nosotros de biopsias de diferentes regiones anatómicas cuyo estudio histológico permitió efectuar el diagnóstico de metástasis de carcinoma renal.

Esto que a primera vista parece común, no lo es, si agregamos que ninguno de los 6 pacientes portadores de las citadas metástasis manifestaron síntomas o signos que hicieron sospechar una afección urinaria o renal.

Por otra parte la localización de las metástasis no se hicieron en localizaciones comunes, si no en sitios poco frecuentes, siendo dos de ellas excepcionales. Hemos encontrado 1 y 2 casos respectivamente descritos en la literatura.

En todos los casos, después de efectuado el diagnóstico histológico de metástasis de tumor renal, los estudios clínicos, radiológicos, el comienzo de algunos síntomas y el estudio en 3 casos de las piezas quirúrgicas permitieron comprobar la existencia de tumores renales.

Las neoplasias renales constituyen un grupo de tumores que se exteriorizan clínicamente tardíamente y cuyo tratamiento representa verdadero problema. Dichas dificultades surgen debido a su localización anatómica y sobre todo cuando son del polo superior y el enfermo es obeso. Dicha localización los hace inaccesibles al examen físico (tejido perirrenal, diafragma, localización retroperitoneal y presencia de numerosas vísceras por delante) dificultan la maniobra y son responsables de diagnósticos tardíos.

El crecimiento del tumor renal a células claras es lento mientras se expande por el parénquima, son encapsulados pero a pesar de ello, metastatizan.

Los carcinomas renales representan 9 de cada 10 neoplasias malignas del órgano y cerca del 3% de los cánceres viscerales; predominante el VI y VII decenios de la vida y es raro encontrarlo por debajo de los 30 años.

Sin embargo, una de nuestras observaciones correspondía a un sujeto de 13 años y uno de nosotros tiene relatado un caso de un niño de 5 años en un trabajo sobre tumores malignos en la infancia.

En cuanto a la supervivencia según Priestley sobre 502 carcinomas el 47,7 sobrevivían a los 3 años, el 38% a los 5 años, y el 27% a los 10 años. Los carcinomas renales producen con frecuencia metástasis pulmonares (57%), huesos (32%), ganglios linfáticos regionales (41%), hígado (27%), y suprarrenales (11%). En una proporción variable entre el 8 al 18% se reconocen metástasis en el riñón controlateral. También hemos encontrado citados, metástasis en cerebro, tiroides, corazón, peritoneo, bazo, piel y ureter, así como localizaciones inverosímiles, como amígdala, laringe e iris. Los casos que motivan esta publicación tuvieron como sitio de implante de las metástasis al cerebro, región mastoidea, mucosa yugal, ganglios supraclaviculares, cuero cabelludo, y vértebras lumbares.

Con respecto a la denominación, Lubarch calificó de ("hiper nefroides" en lugar de hipernefoma, queriendo significar su semejanza con la estructura histológica de las adrenales. Allen los denomina adenocarcinomas pero nosotros preferimos denominarlos carcinomas a células claras, denominación que evita continuar con un error sobre su histogénesis, ya que se sabe que nacen a partir del epitelio tubular y por que no forman acinos que justifiquen la denominación de adenocarcinoma. Hay casos descritos como carcinoma de células fusiformes, de células granulosa etc., diferencias que podrían tener algún significado químico, bioquímico o funcional.

Desde el punto de vista macroscópico pueden ocupar cualquier porción del riñón. Tie-

nen un diámetro mínimo de 3 cm.; límite elegido por Bell arbitrariamente para delimitar el tamaño de los adenomas y de los carcinomas. Son: blandos, friables, ovoideos y mamelonados. Al corte presentan zonas brillantes, amarillas y en los de mayor tamaño alternan con zonas hemorrágicas y necróticas. Tienen especial afinidad por invadir la vena renal y por contiguidad la vena cava inferior. Las metástasis alejadas pueden producirse sin que haya invasión de la vena, como sucedió en uno de nuestros casos. Microscópicamente, el cuadro es abigarrado en cada caso y en áreas diferentes de un mismo tumor. Las células son claras, con núcleo pequeño, uniformes. El aspecto claro del citoplasma se debe al contenido de lípidos, grasas y vitamina A. A veces las células son granulosas atribuyendo Melicoff a que se originan en las células de las hojas visceral o parietal de la cápsula de Bowmann. También se observan células conteniendo gránulos de hemosiderina y de lipocromo. La arquitectura es variable, adoptando las células disposiciones alveolares, papilares, sólidas, tubular o quística. Cualesquiera sea la formase hallan separadas por delgadas bandas conectivas ricas en capilares. El contenido en glucógeno es variable reconociéndose en algunos focos de calcificación. En un gran porcentaje las metástasis remedan la morfología microscópica de la lesión primitiva lo que permite poder precisar el sitio del tumor original.

Caso I: Se nos envía tumor cerebral de lóbulo frontal de un paciente de 58 años con síntomas de hipertensión endocraneana. No presenta síntomas ni signos de lesión urinaria. El informe N° 68/6424 mostró los caracteres típicos de un tumor renal. Figura 1. Los estudios posteriores confirmaron la existencia de un tumor renal izquierdo, cuyo protocolo No 68-6529 de la pieza quirúrgica corroboró el diagnóstico. Figura 2.

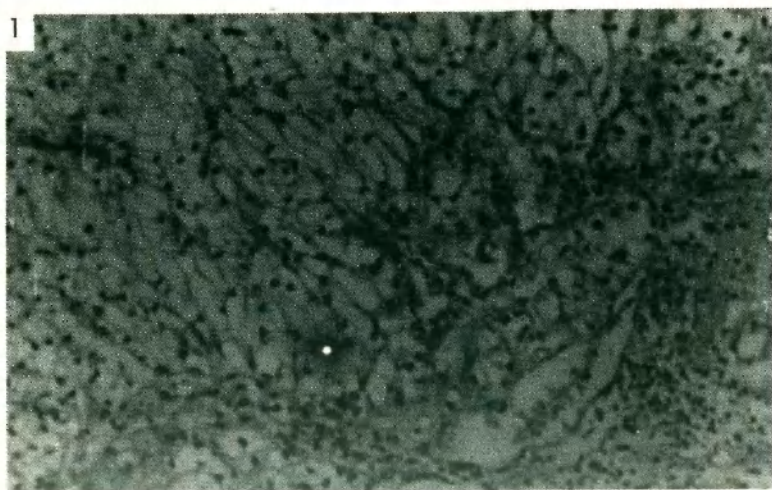
Caso II: Paciente operada por tumor de región mastoidea. La biopsia muestra los caracteres histológicos de un tumor renal. A los 4 días de efectuada la intervención la enferma tiene su primer hematuria. Figura 3.

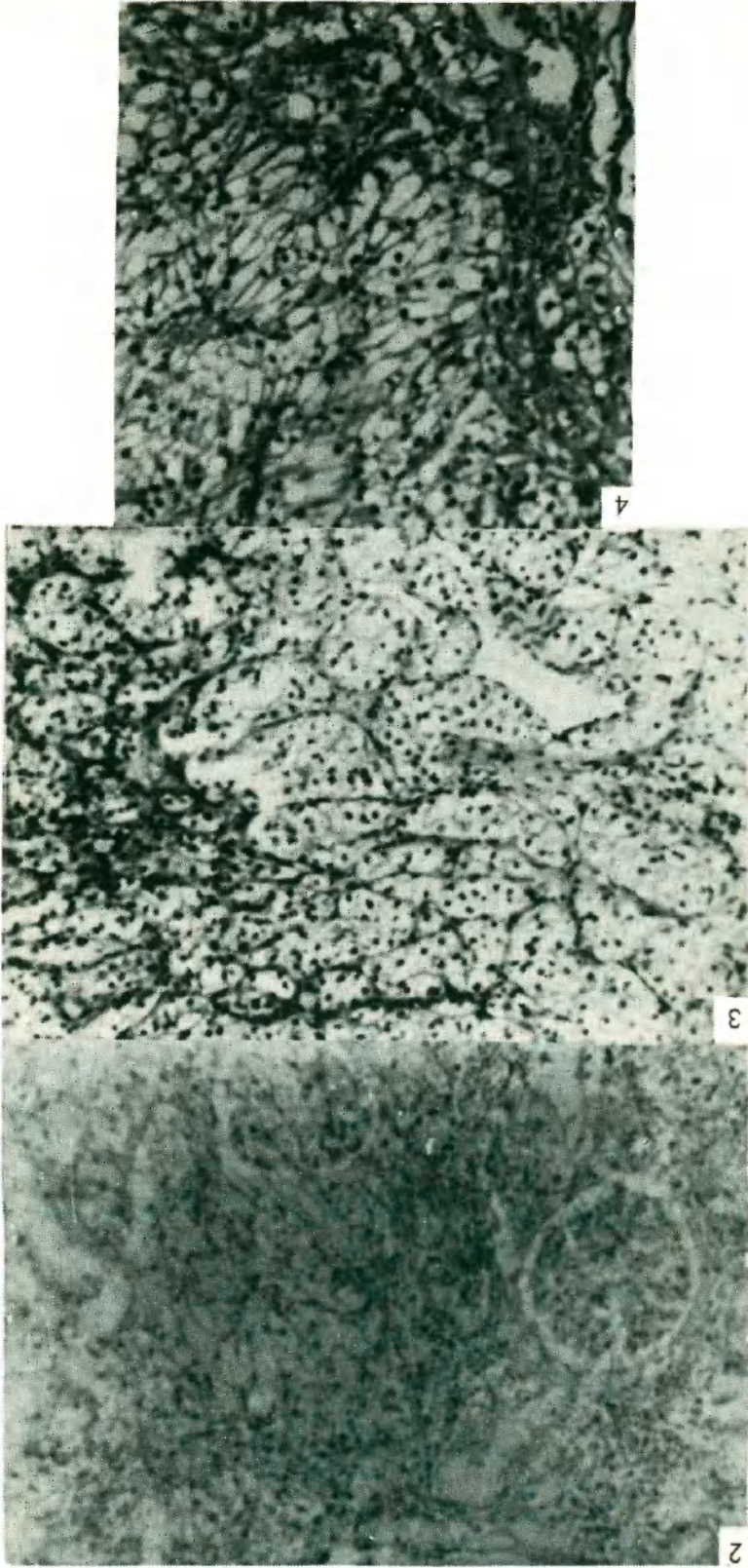
Caso III: Se nos envía biopsia de mucosa yugal en un paciente de 76 años. La biopsia n° 643245, (fig.4) muestra los caracteres de tumor renal.

Caso IV: En un paciente tratado por tuberculosis se le extirpan dos ganglios supraclaviculares. La biopsia (fig. 5) permitió el diagnóstico de metástasis de carcinoma renal.

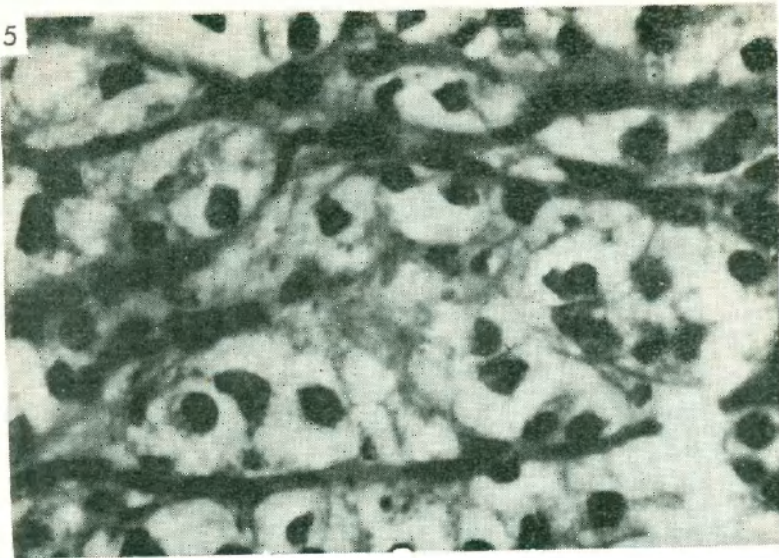
Caso V: Paciente de 13 años, se le extirpan dos tumores de cuero cabelludo cuyo estudio biopsico, efectuados por otros patólogos resultaron ser meningiomas y ependimomas. Posteriormente tuvo hematuria y se comprobó un tumor renal, y las biopsias Posteriores mostraron un tumor renal.

Caso VI: Enfermo de 54 años con paraplegía. Se practica biopsia de vértebras lumbares 4a y 5a, que muestra el cuadro de un carcinoma renal.





DIAGNOSTICO DE CARCINOMA RENAL POR BIOPSIAS DE METASTASIS AJEJADAS, EN PACIENTES SIN SINTOMAS URINARIOS



BIBLIOGRAFIA

- Allen, A. C. Enfermedades del riñón. 1a. Edición. 1952. Pág. 490-576
- Albertini, A. V. Diagnóstico histológico de los tumores. Edición Toray. S. A. Barcelona 1961. Pág. 171-178.
- Barley, O. T. y Harrison J. H. Large Benign renal neoplasms. Their pathology and clinical behavior with report of five case. *Journal of Urology* 38: 509, 1937.
- Bell, E. T.: *Renal diseases* (2da. edición) Filadelfia 1950.
- Campbell, M. *Urology*-Filadelfia W. B. Saunders 1952.
- Foot, N. C., Humphreys G. A. y Whitmore W. F. Renal Tumors. *Journal of Urology* 66 190-195.
- Strauss M. B. Welt L. G. *Enfermedades del riñón* 1967 - Pág. 924-947.