

SARCOMA Y LITIASIS CORALIFORME EN RIÑÓN EN HERRADURA

Dres. Juan Mariano Fazio, Saúl Steimberg, Martín Golombek

El 1963 uno de nosotros presentó en esta Sociedad un caso de tumor epitelial en un riñón en herradura.

Esta asociación poco frecuente, de acuerdo a una revista de casos publicados por Shoup, Pollack y Hae Dou quienes en 1962 encuentran 47 de los cuales solo 4 fueron sarcomas y la evolución particular de este paciente nos llevan a considerar de interés su publicación.

F.E.L. hombre de 55 años, argentino, casado.

Consulta en mayo de 1967 por presentar hematuria a repetición desde varios días, espontánea, total, indolora, sin síntomas vesicales ni signos infecciosos.

El estado actual es el de un enfermo en buen estado de nutrición, llamando la atención en la semiología del abdomen que su mitad inferior es demasiado globulosa, con aumento de la resistencia a la palpación. Al tacto rectal la próstata se palpa normal. Análisis: Glóbulos rojos 4.500.000; Glóbulos blancos 7.200; Glucemia 1,12; Urea en sangre 0,45 g. Orina ácida, 1020 de densidad; en el sedimento urinario se encuentra piuria y hematuria.

Estudio radiográfico:

Radiografía simple del árbol urinario: En la fosa ilíaca derecha se observan dos sombras de densidad cálcica del tamaño de huevo de gallina.

Urografía de excreción por goteo con seis ampollas de Hypaque al 50% diluidas en igual cantidad de suero fisiológico:

La sombra nefrográfica del riñón izquierdo se proyecta en la fosa ilíaca con su polo superior al nivel de la 4a apófisis transversa lumbar. La imagen pielocalicial está constituida por una pelvis alargada y dirigida hacia abajo y afuera de la que parten varios cálices de los cuales algunos se orientan hacia la línea media y otros hacia afuera.

El riñón izquierdo llega a teñirse débilmente y está situado en posición similar al del lado opuesto.

El cistograma no ofrece particularidades dignas de mención.

Con estos elementos de juicio se hace diagnóstico de ambos riñones en ectopía ilíaca, litiasis coraliforme de riñón derecho y probable fusión renal.

Con el objeto de establecer la vascularización de ambos riñones, la existencia de la fusión y el estado del probable istmo de este riñón se realiza aortografía por punción translumbar, que permite apreciar la aorta dividiéndose precozmente en dos arterias ilíacas flexuosas a nivel de la interlínea 3^o - 4^o lumbar; una arteria renal izquierda que naciendo de la aorta a nivel lumbar 3^o contornea el polo superior y aborda al hilio por su cara superoexterna. En el lado derecho lamentablemente la arteria renal no se tiñe.

Se repite la aortografía por vía humeral la que confirma los datos del estudio anterior sin visualizar tampoco la arborización vascular del hemirriñón derecho.

Lamentamos no haber realizado en este enfermo el cateterismo selectivo de las arterias renales al que hoy lo consideramos como indicación de rigor lo mismo que un cistellograma renal que tal vez nos hubiera aclarado con respecto a la naturaleza y características del istmo de esta malconformación.

Se indica la intervención quirúrgica con el objeto de realizar heminefrectomía derecha por litiasis coraliforme que el enfermo recién acepta en mayo del corriente año.

Operación: 24-5-68.

Se plantea la posibilidad de abordar este problema por dos caminos, o por vía mediana trans y extraperitoneal decolando el ciego o por vía lateral extraperitoneal.

Incisión pararectal externa derecha amplia con sección transversal de parte del recto mayor del abdomen. Se libera el cuerpo y polo superior del hemirriñón derecho extraperitonealmente ligando una arteria renal principal que lo aborda por su polo superior y otra arteria renal que entra al riñón por su cara posterior. Se realiza la exposición del istmo carnosos y amplio haciendo la sección sobre zona desvascularizada isquémica lo que origina la abertura de las cavidades renales. Sección de un uréter normal. Prolija hemostasia con puntos simples. Drenaje y cierre según técnica.

Abierta la pieza operatoria se comprueban las cavidades renales con los dos grandes cálculos y un parénquima atrófico. En la parte inferior hay una masa vegetante implantada en la mucosa del cáliz que tiene el volumen de una nuez grande. El examen de la superficie exterior del riñón correspondiente al lugar de implantación de dicha formación parece normal.

El examen histopatológico efectuado por el Dr. Martín Golombek dice:

Se destaca la presencia de una neoformación que tomando punto de partida en el sector medular del riñón se extiende ampliamente hacia la pelvis renal invadiendo el tejido adiposo que envuelve al mismo y estando constituido por amplias láminas celulares con intensos fenómenos de necrobiosis, de hemorragia, con formación de masas trombóticas y fibrinosas. Los elementos celulares presentan una forma fusiforme, con citoplasma acidófilo, núcleo ovoideo, leptocrónico, observándose numerosas figuras de mitosis típicas y atípicas y con presencia de elementos globulares y otros poliédricos con iguales características, siendo el intersticio rico en fibras colágenas y de reticulina. El parénquima renal remanente se presenta dilatado en el sector tubular y con fenómenos de fibrosis intersticial y glomerular.

Histopatológicamente se diagnostica: Sarcoma fibroblástico polimorfo de riñón.

El pos-operatorio inicial se desarrolló normalmente salvo una pérdida sanguínea moderada por el drenaje cuyo origen se atribuyó a un desgarró del istmo y que yuguló después de la administración de 1000 cm. de sangre.

Con la herida cerrada pero algunos fenómenos inflamatorios a su nivel es dado de alta a los veinte días de su intervención con terapéutica antibiótica.

Pocos días después la reacción local se acentúa por lo que se reinternó y se comienza a tratarlo con citostáticos y telecobaltoterapia.

A los 15 días del comienzo de este tratamiento la reacción local se sigue extendiendo, resolviéndose practicar la exploración de la herida, extrayéndose material parecido a la jalea de grosellas, encapsulado entre los planos de la pared que analizado por el Dr. Golombek informa tratarse de metástasis parietal del Sarcoma.

Pese a la continuación del antitumoral el paciente sigue empeorando, subfebril, anémico y con reacción leucocitaria intensa que llega a 25.000 blancos con 87% de neutrófilos y formas inmaduras.

Un medulograma informa: (Dr. Huberman): Médula osea de muy rica celularidad. Gran hiperplasia del sector mieloide con aumento de las formas más juveniles. Marcada hipoplasia del sector eritropoyético, Probables nidos de células metastáticas. Médula osea compatible con el proceso neoplásico por los signos manifiestos de irritación medular. El enfermo desmejora día tras día para finalmente fallecer el 7 de octubre, a los cuatro meses de la intervención inicial.

Comentarios:

El sarcoma de riñón es un tumor poco frecuente y las estadísticas coinciden en que corresponde al 6% de todos los tumores renales malignos.

Si nos atenemos a la bibliografía consultada este sería el 5º caso de asociación con un riñón en herradura y tal vez el primero presentando además una litiasis coraliforme. Pensamos que la evolución tan desfavorable de este enfermo puede inculparse a la a-

bertura de las cavidades renales durante la intervención que determinó el contacto de la orina con la atmósfera celulosa perirenal, aunque el pronóstico del sarcoma es de por sí sombrío a pesar del tratamiento radiante y antiblástico.

Destacamos la forma pseudoinflamatoria local que nos hizo pensar en la posibilidad de un hematoma no drenado, descartado en la reexploración efectuada.

Resumen:

Se presenta un caso de riñón en herradura en posición ilíaca complicado con litiasis coraliforme y sarcoma fibroblástico.

Se relata la intervención efectuada y su evolución y se realizan breves comentarios sobre el tema.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Fazio, Juan Mariano y Mathis, Rodolfo (h) - Tumor de riñón en herradura - Revista Argentina de Urología y Nefrología Vol. 32 pág. 221 Año 1963.
- 2.- Shoup, G.D., Pollack, H. y Hae Dou, I. - Adenocarcinoma occurring in a Rorshoe Kidney - Archives of Surgery. Chicago Vol. 84 Pág. 413 Año 1962.
- 3.- Lange, J. y Lange, D. - Enciclopedia médico Chirurgical. Paris 1968. Tomo Rein I Cáncer du rein.