

EPITELIOMA RENAL. TRES CASOS

Dres. RAMON J. ARTIGAS * y RAUL A. RUBI

En los últimos años hemos tenido ocasión de asistir a tres pacientes con epiteloma de pelvis renal. Distintas condiciones locales y generales en cada uno de ellos, motivaron conductas quirúrgicas diferentes, que hemos creído justifican su presentación en esta Sociedad.

Sabemos, por los distintos autores consultados, de la baja frecuencia de estos blastomas y las dificultades diagnósticas y terapéuticas que suelen presentar. Estas últimas priman en los tres casos que comentaremos a continuación.

Primer caso: A. D. C., masculino de 58 años de edad, concurre a la consulta por presentar un cuadro de hematuria total con coágulos. En el examen se comprueba hematuria renal derecha y en el estudio radiológico una falta de relleno piélico derecho, con amputación de los cálices medios y desplazamiento de los inferiores (Fig. 1). Los exámenes de laboratorio eran normales. Con el diagnóstico de tumor renal es intervenido quirúrgicamente, practicándose nefrectomía derecha.

El estudio anatomopatológico demostró un epiteloma papilar de la pelvis renal con invasión del parénquima. Basados en este diagnóstico dos meses después se realizó la ureterectomía total con resección del cuerno vesical. El examen microscópico de la pieza operatoria reveló la existencia de múltiples masas papilares, cuyo diagnóstico histológico fue similar al del riñón. Durante cinco años el paciente fue controlado clínicamente sin presentar recidiva de lesión.

Segundo caso: S. S., masculino de 80 años de edad, concurre a la consulta por presentar un cuadro de hematuria total con coágulos que lo llevan al bloqueo vesical y a un serio deterioro del estado general. En el año 1948 fue prostatectomizado siendo los estudios realizados en esa fecha completamente normales. El único dato positivo que surge del examen del paciente es la existencia de un riñón izquierdo grande y móvil, de consistencia firme. Los informes de laboratorio indicaron que el paciente se encontraba en franca insuficiencia renal, con marcada anemia e hiperazohémico. El urograma realizado en ese momento no aportó datos de interés, salvo la falta de excreción bilateral. Se le practicó un examen cistoscópico que mostró una vejiga con las características de lesiones vesicales de la enfermedad vellosa, pues prácticamente toda la vejiga estaba reemplazada por masas papilares muy congestivas y sangrantes, y se confirmó la existencia de hematuria renal izquierda. Por el estado general del paciente, el médico clínico desaconseja la intervención, pero un año después, un accidente hematúrico cataclísmico obliga a su internación, y luego de varias transfusiones, amén de toda una gama de medicación tónica general, se decide la intervención. Mediante una incisión de Chernay, se le practica la cistectomía total, la ureteroneostomía cutánea derecha, y cuando se pretendía realizar la nefrectomía izquierda, el clínico solicita que no se realice, dejándose, entonces, ese uréter también abocado a piel. El paciente tuvo un postoperatorio sin mayores altibajos siendo dado de alta a los 15 días. El estudio anatomopatológico dio como resultado epiteloma. En la actualidad y a dos años de la intervención, su estado general es excelente. La derivación uréterocutánea derecha funciona bien, no estando infectada. Por la derivación cutánea del uréter izquierdo se realizó tratamiento local con cistostáticos y luego

* Callao 1375, Cap. Fed.

terapia de alta energía, hasta totalizar 6.000 rads. En el momento actual, el riñón izquierdo está reducido de tamaño, no excreta absolutamente nada y sólo una vez por semana se le hace un lavaje con antisépticos y citostáticos a una pequeña cavidad residual. Se le ha aconsejado realizar la nefrectomía, conducta que el paciente no ha aceptado.

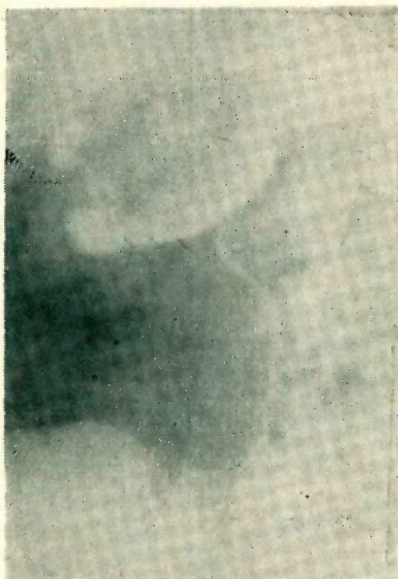


Fig. 1. — Pielografía del primer caso

Tercer caso: J. P. R., masculino de 69 años de edad, consulta por presentar un tumor abdominal que deforma groseramente el hemitórax y el hemiabdomen izquierdos (Fig. 2) sobrepasando la línea media y cuyo límite inferior se pierde en la fosa ilíaca izquierda. Del interrogatorio surge que el paciente presentó hematuria durante los últimos siete años, a la cual restó importancia. Cabe destacar que doce años atrás sufrió un accidente con múltiples traumatismos, especialmente izquierdos. Los datos positivos del examen clínico son la existencia de una pequeña hernia inguinal izquierda y una discreta hipertrofia prostática. Los exámenes de laboratorio mostraron una anemia discreta eritrosedimentación acelerada, inversión de la relación albúmina/globulina, con gran aumento de las beta globulinas. La urografía de excreción mostró el buen funciona-

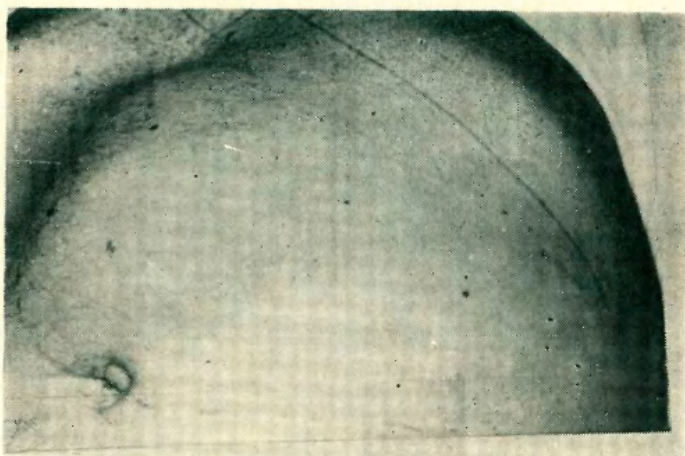


Fig. 2. — 3er. caso: deformación grosera del hemiabdomen izquierdo.

miento renal derecho, la existencia de una masa difusa en la fosa renal izquierda con la exclusión renal (Fig. 3). Se le practicó una arteriografía

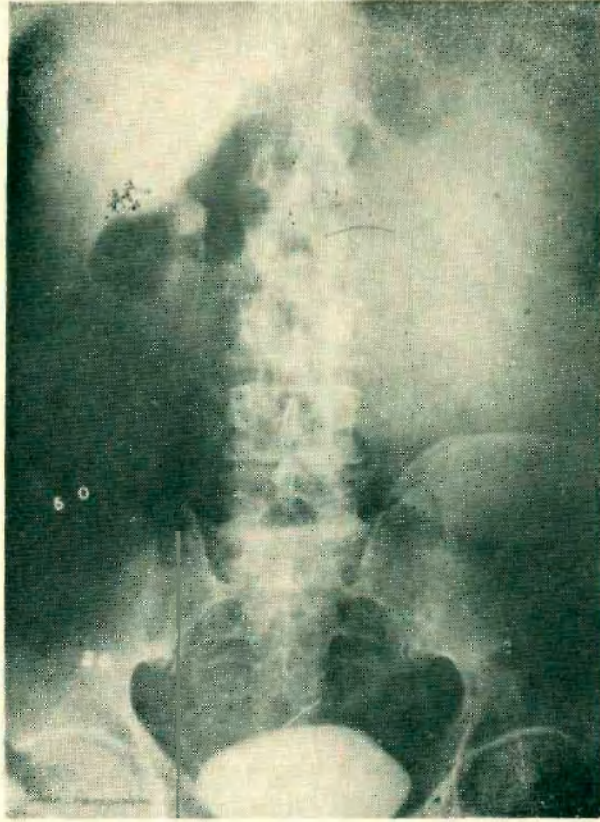


Fig. 3. — Placa urográfica del 3er. caso: observar imagen difusa del hemiabdomen izquierdo.



Fig. 4. — Arteriografía del mismo caso: imagen pseudoquistica izquierda

donde se pudo comprobar la desviación de la aorta abdominal hacia la derecha, desplazamiento de la arteria renal izquierda hacia la derecha,

hacia adelante y hacia abajo, con delgadas arteriolas abiertas en abanico rodeando la tumoración (Fig. 4). Con el diagnóstico de quiste renal fue intervenido quirúrgicamente, y se le practicó una nefrectomía atípica, pues se debió vaciar previamente el contenido de lo que se suponía quístico, que era un material sólido, de color gris-parduzco y sumamente friable. El diagnóstico anatomopatológico fue de carcinoma papilífero de riñón con hemorragia central y transformación quística (Fig. 5 y 6). El paciente permanece bajo control médico periódico.

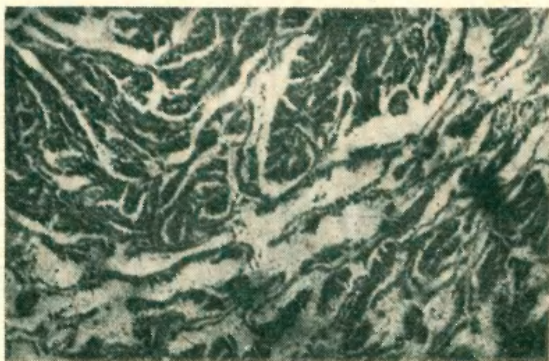


Fig. 5. — Microscopía del 3er. caso: Carcinoma papilífero del riñón, con hemorragia central y transformación quística.

Presentamos tres casos de epitelomas de pelvis renal; todos ellos tuvieron como primer síntoma hematuria, que según la mayoría de los autores (1, 10, 11, 12, 18, 19, 20, 21, 25) aparece en cerca del 90 % de los casos. Uno de los pacientes concurre a la consulta por presentar una tumora-



Fig. 6. — La misma microfotografía anterior con mayor aumento.

ción que ocupa parte del hemitórax y abdomen izquierdos, restando importancia a la hematuria. La conducta quirúrgica adoptada en el primer caso presentado, nefreureterectomía total, está de acuerdo con la opinión de la mayoría de los autores (5, 6, 16, 20, 25), pero que insisten en la necesidad de desdoblarse el acto operatorio para disminuir riesgos. Sin embargo, se ha sostenido (1, 7, 8, 10, 11) que la resección del muñón ureteral puede quedar en suspenso hasta que aparezcan nuevos síntomas o signos, pero en nuestro paciente, encontramos el uréter sembrado de brotes papilares que no habían presentado síntomas durante los dos meses que separaron ambas intervenciones. En el segundo caso merece comentarse la solución quirúrgica adoptada, especialmente con el riñón

izquierdo, asiento del epitelio. Creemos que la solución hubiera sido la nefrectomía, pero las circunstancias lo han impedido. La glándula fue progresivamente a la exclusión funcional y no hemos podido comprobar siembras tumorales en el orificio de la ureterostomía ó en la piel circundante. En el tercer paciente primó el diagnóstico de lesión quística sin descartar la posibilidad de lo tumoral. Ya en esta Sociedad han sido presentados trabajos (19, 24, 26) donde se analizaron formas pseudoquísticas y de gran tamaño de epitelomas papilares, y nuestro tercer paciente está encuadrado dentro de los comentarios de los trabajos citados, por el gran tamaño de la tumoración abdominal, su gran movilidad espontánea y provocada, y los signos arteriográficos casi patognomónicos de lesión quística. Dado que se realizó la sección ureteral muy cerca de la vejiga, y el examen cistoscópico fue normal, no se ha planteado hasta el momento actual la resección del muñón y del cuerno vesical; por otra parte, la muy larga evolución de esta lesión nos plantea las dudas sobre la existencia o no de metástasis, si bien no las hemos podido demostrar. Es evidente que el control permanente del paciente dará las pautas terapéuticas a seguir.

De la lectura de los trabajos, tanto nacional como extranjeros, y de las reflexiones que surgen de nuestra experiencia, creemos poder decir que los tumores papilares de riñón presentan serias dificultades para su diagnóstico precoz y que no se pueden fijar normas rígidas en lo que a la terapéutica se refiere, muy especialmente a la nefroureterectomía total, y que en cada caso deberá adaptarse, tomando modalidades que le dan un carácter distintivo.

DISCUSION

Dr. Bernstein-Hahn. — Quería preguntar qué régimen de quimioterapia le hicieron a través de la ureterostomía; y segundo, qué evolución han observado con ese régimen; qué parámetros han utilizado para seguir la evolución de ese riñón.

Dr. Rubí. — El paciente primeramente fue irradiado y se llegó a totalizar 6.000 R.; la masa tumoral se redujo notablemente y cesaron las hematurias.

El régimen con citostático local lo implantamos de acuerdo a la sugerencia de un quimioterapeuta que nos aconsejó realizar el lavado al principio diario, con un derivado de las mostazas nitrogenadas, y luego con un derivado del podofilin que posteriormente fuimos empleado primero en forma diaria, luego día por medio y en este momento se realiza el lavado de esa pequeña cavidad que tendrá aproximadamente unos 10 cc. una vez por semana.

El enfermo tiene esa boca totalmente cerrada; la tapa con un tapón de goma y solamente una vez por semana la abre, la drena y lava la cavidad con el citostático. Creemos que el citostático localmente no ha actuado, lo que lo ha hecho es la radioterapia realizada. En este momento la masa tumoral es muy pequeña. Se trata de un riñón palpable en un paciente de 83 años en este momento. Es una masa tumoral que se ha reducido posiblemente a un tercio; está fija a la pared; le hemos hecho curetaje tanto del trayecto como de la piel y no hemos encontrado lesiones metastásicas.

Agregaré también que en el primer enfermo que hemos presentado, lo curioso no es en realidad el epitelio, sino que el paciente un año antes que tuviéramos oportunidad de verlo, había sido examinado por su hematuria, la que fue diagnosticada como de origen prostático, siendo por ello prostatectomizado. La radiografía que presentaba en ese momento es similar a la pielografía ascendente que le realizamos cuando establecimos el diagnóstico de epitelio o tumor de riñón.

BIBLIOGRAFIA

1. *Cacciatore, C. y García, A. E.*: Los papilomas de la pelvis renal. *Rev. Arg. de Urol.* X (1-2):75, 1941.
2. *Castaño, E.; Surra Canard, R. de y Jaroslowsky, J.*: Tumor de la pelvis renal. *Rev. Arg. de Urol.* VII (1-2): 25, 1938.

3. *Comotto, C. y Fernández Luna, D.*: Epitelioma de la pelvis renal, leucoplasia y pionesfrosis calculosa. *Rev. Arg. de Urol.* XV (1-12):259, 1946.
4. *Derdoy, J. B.*: Carcinoma de pelvis y quiste seroso de riñón derecho. *Rev. Arg. de Urol.* XXXI (1-3):25, 1962.
5. *Ercole, R.*: Tumores de la pelvis renal. *Rev. Arg. de Urol.* X:261, 1941.
6. *Ercole, R.*: La nefroureterectomía total en el tratamiento de los tumores de la pelvis renal. *Rev. Arg. de Urol.* XX (1-4):71, 1951.
7. *Firstater, M.*: Tumor de la pelvis renal. Cirugía conservadora. *Rev. Arg. de Urol.* XXIV (7-9):371, 1955.
8. *Firstater, M.*: Recidiva de un tumor de la pelvis renal. Cirugía conservadora. *Rev. Arg. de Urol.* XXV (5-8):153, 1956.
9. *Fonio, O. A.*: Carcinoma papilar de la pelvis renal. *Rev. Arg. de Urol.* XX:347, 1951.
10. *García, A. E. y Casal, J.*: Epitelioma epidermoide de la pelvis renal. *Rev. Arg. de Urol.* XXIII (3-4):91, 1954.
11. *García, A. E. y Casal, J.*: Epitelioma endocrinoide y epitelioma papilar de la pelvis renal en el mismo riñón. *Rev. Arg. de Urol.* XXIII (3-4), 1954.
12. *García, A. E.; Casal, J.; Solari, J. J. y Monserrat, J. M.*: Tumores de la pelvis renal. *Rev. Arg. de Urol.* XXXVIII (6-9):115, 1969.
13. *González, R. y Firstater, M.*: Pólipo angiomaso de la pelvis renal. Nefroureterectomía total. *Rev. Arg. de Urol.* XX (5-6):131, 1951.
14. *Iacapraro, G.; Granara Costa, A. y Aimo, M. A.*: Sobre un caso de epitelioma papilífero de riñón izquierdo. *Rev. Arg. de Urol.* XV (1-12):409, 1946.
15. *Lomoro, J.; Mendoza, M. y Levin, V.*: Tumor localizado de pelvis renal. *Rev. Arg. de Urol.* XXXVIII (9):274, 1969.
16. *Mathis, R. E. y Goldaracena, J. A.*: Sobre la ureterectomía total en el cáncer papilar del riñón. *Rev. Arg. de Urol.* XXI (7-8):179, 1942.
17. *Metz, L. M.*: Pielectomía parcial. *Rev. Arg. de Urol.* XXXVIII (9):192, 1969.
18. *Riches, E.*: Tumores de la pelvis renal. *Encic. of Urol* XI (1):44, 1967.
19. *Rubí, R. A. y Méndez, A.*: Epitelioma papilífero de riñón a forma pseudoquistica. Dificultades diagnósticas. *Rev. Arg. de Urol.* XIV (1-6):46, 1941.
20. *Rubí, R. A. y Larroude, J.*: Nefroureterectomía subtotal por tumor pieloureteral. *Rev. Arg. de Urol.* XIV (7-12):217, 1945.
21. *Rubí, R. A.; Grimaldi, A. A. y Eraso, A. R.*: Epitelioma de la pelvis renal. *Rev. Arg. de Urol.* XX (1-4):13, 1951.
22. *Salleras, J.*: Tumor de cáliz superior del riñón izquierdo. Diagnóstico pielográfico. *Rev. Arg. de Urol.* IV (7-8):252, 1935.
23. *Singer, B.*: Tumor papilar de las vías excretoras del riñón. *Rev. Arg. de Urol.* XXIV (10-12):595, 1955.
24. *Surra Canard, R. de; Berri, H. y Pico Duni, R.*: Gran papiloepitelioma del riñón. *Rev. Arg. de Urol.* XVI (7-12):507, 1947.
25. *Trabucco, A. y Comotto, C.*: Epitelioma de la pelvis renal. *Rev. Arg. de Urol.* XX (1-4):40, 1951.
26. *Vicchi, M. y Vargas, M.*: Riñón poliquistico y carcinoma papilífero. *Rev. Arg. de Urol.* XXVIII (10-12):267, 1959.
27. *Vilar, G.; Arrues, L. D. y Bianchi, A.*: Papiloma de la pelvis renal. *Rev. Arg. de Urol.* VIII (9-10):487, 1939.
28. *Vilar, G. y Arrues, L. D.*: Papiloma de pelvis renal en dos hermanos. *Rev. Arg. de Urol.* XIV (1-6):66, 1945.