

TUMOR CORTICO-SUPRARRENAL

Por los Dres. ROLANDO C. HEREÑU, CESAR M. ZIVKOVICH,
CESAR A. LEONARDELLI y ALDO J. MARTIGNONE

La infrecuencia de esta patología y las dificultades diagnósticas habidas en el presente caso clínico, nos alientan a esta breve comunicación.

En diciembre de 1968 se recibe en el Servicio de Urología del Hospital Naval de Buenos Aires, un paciente de 46 años con periódicas hematurias, sin sintomatología agregada.

Urograma excretor: buena función bilateral. La arquitectura pielocalicial derecha ofrecía algunas dudas sobre una posible falta de relleno o compresión de la pelvis. Imagen lacunar pequeña en hemivejiga izquierda.

En la cistoscopia: formación vegetante del tamaño de una frutilla.

En enero de 1969, endorresección de esta tumoración. Su histología fue (Dr. José G. Casas) "carcinoma transicional papilar estadio 1, sin invasión demostrable del corion vesical".

La presunta falta de relleno piélica fue indagada con pielografía ascendente derecha, que no la confirmó. Para mayor seguridad, arteriografía en la que no aparece ningún signo que permita suponer la existencia de una patología tumoral en ese riñón.

En octubre de 1969 control por consultorio externo. Vejiga normal. No ha repetido hematuria. Excelente estado general.

En febrero de 1970 comienza con dolores en hipocondrio derecho, interpretados por su médico como de tipo cólico renal, que cede en 24 horas. Pero se instala desde entonces un proceso febril con exacerbaciones vesperales casi cotidianas de hasta 38-40° C, precedidas habitualmente por prolongados escalofríos. Ninguna sintomatología urinaria, orinas claras y asépticas.

Pálido, decaído, con pérdida de peso, reingresa al H. N. B. A., en estudio en el Departamento de Clínica Médica, el 1-4-70. Anemia. Proteinograma con perfil neoplásico. Ello y la hipertermia imponían el diagnóstico de síndrome paraneoplásico. Pero a través de los muy numerosos y completos estudios clínicos, radiográficos y de laboratorio que se efectuaron no pudo ser detectado nada que orientara sobre el órgano asiento del proceso originario.

Nuevas urografías evidenciaron una imagen absolutamente idéntica a la de un año atrás en riñón derecho. El izquierdo normal. Ambas glándulas ubicadas correctamente, sin modificación alguna. Vejiga: ninguna novedad.

Centellografía renal: ambos lados con buen parénquima, en topografía normal.

El 14-4-70, se comienza a observar en radiografías de tórax, una posible sombra neoplásica en lóbulo inferior de pulmón derecho. Todas las investigaciones destinadas a descubrir un tumor broncogénico fueron negativas, como también las que buscaron otras etiologías, como tuberculosis, hidatidosis, etc.

Los picos de hipertermia continuaban sin cambio, el desmejoramiento se acentuaba. Aparece subictericia, no caracterizada por los hepatogramas.

Dado el confuso cuadro, se decide una exploración quirúrgica abdominal con el fin de examinar preferentemente la región hepatobiliar y el riñón derecho.

El 16-5-70 se opera. Cirujanos principales: Dres. Zivkovich (de Cirugía General) y Hereñu (de Urología). Por vía anterior se abre el abdomen su-

perior, Hígado, vías biliares y resto de las vísceras intraperitoneales, incluso el Douglas, sin modificaciones patológicas.

Riñón izquierdo normal. Riñón derecho en la ubicación que corresponde y aparentemente sin alteraciones; pero adherida ampliamente a su polo superior, se descubre una tumoración sólida elástica, tamaño de un pomelo, que se extiende hacia arriba por el retroperitoneo empujando el borde posterior del diafragma y rodeando parte de la vena cava, a la que no se halla fijada. En cambio, la masa resulta muy solidaria al polo renal, por lo cual se considera necesario el sacrificio de esta glándula para hacer factible la exéresis propuesta.

Ligado el pedículo renal y otro elemento vascular arterial destinado al tumor y proveniente del tronco de la renal, casi en su inicio, se logra desprender la pieza de múltiples adherencias laxas y extirparla previa ligadura de algunos vasos suplementarios.

No existe glándula suprarrenal en la región.

Examinada la pieza, se determina que puede separarse sin herir los respectivos tejidos, el riñón y el tumor adyacente, que ha logrado comprimir en meseta al extremo superior de aquél.

El estudio anatomopatológico fue efectuado por el Dr. José G. Casas. En él se describe un carcinoma adrenal de 8 cm. de diámetro, altamente irrigado, sin propagación evidente a sectores vecinos, inclusive al riñón, que pese a estar comprimido presenta respetada su cápsula propia. Al corte, grandes áreas hemorrágicas y zonas de necrobiosis. En las secciones estudiadas al microscopio se observa una intensa vascularización que le confiere aspecto endocrinoide, con proliferación epitelial muy pleomorfa y ostensibles atipias.

Conclusión anatomopatológica: adenocarcinoma córtico-suprarrenal con groseras hemorragias intratumorales.

La evolución marcó inicialmente una indiscutible mejoría, con desaparición absoluta del síndrome febril preexistente. La imagen pulmonar permaneció bastante estacionaria y única. En agosto de 1970, hemiparesia derecha, que hacia fines del mes se concreta en una hemiplejía de ese lado, sin afasia. El diagnóstico neurológico fue de metástasis rolándica.

El 5-9-70, fallece en coma cerebral.

COMENTARIO

Los tumores córtico-suprarrenales, según Ferrer², ofrecen cinco distintos tipos funcionantes, de acuerdo al carácter de su actividad hormonal, y por el contrario, pueden ser no funcionantes.

Como ya lo ha señalado uno de nosotros³, los que tienen acción incretora, son capaces de dar ruidosos cuadros endócrinos, que dominan la sintomatología. En cambio los córticosuprarrenalomas no funcionantes, de más escasa frecuencia, "son diagnosticados por hallazgo clínico o radiológico... o en el curso de intervenciones quirúrgicas que se practican por otras causas en las vecindades de la zona en que asientan", como lo afirma Boretti¹.

En nuestro caso, despertó la acuciente necesidad de diagnóstico, el síndrome febril sostenido. Pero nada permitía sospechar la existencia de un tumor suprarrenal, precisamente junto a un riñón exhaustivamente estudiado meses atrás por otros motivos, riñón que permanecía sin alteraciones evidenciables y sin que se hubiera modificado siquiera su emplazamiento. La ausencia de secreción hormonal patológica, nos dejó también sin esa pista, fundamental para su individualización.

El comienzo de la sintomatología de hipertermia, puede acaso vincularse con un accidente hemorrágico intratumoral, frecuente en neoplasias de tan frondosa irrigación.

Puede decirse que el descubrimiento de este tumor, en nuestro caso, fue también un verdadero hallazgo en el curso de una exploración quirúrgica destinada a determinar el real origen de un verdadero enigma sintomatológico.

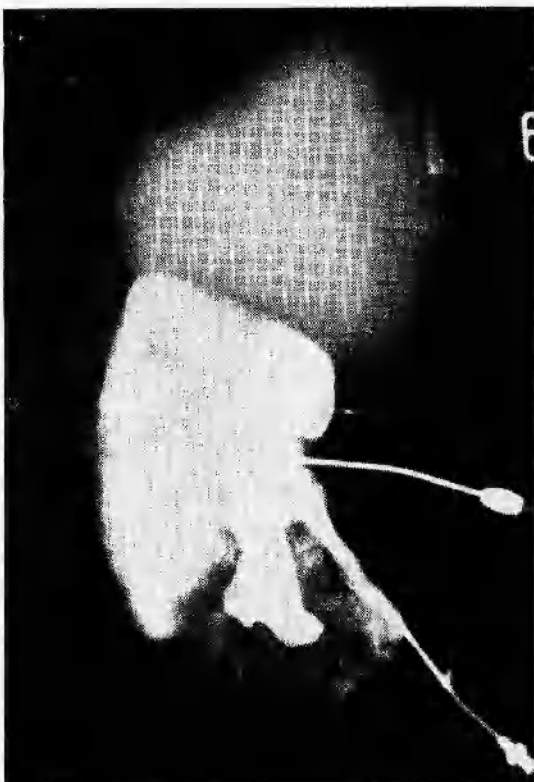
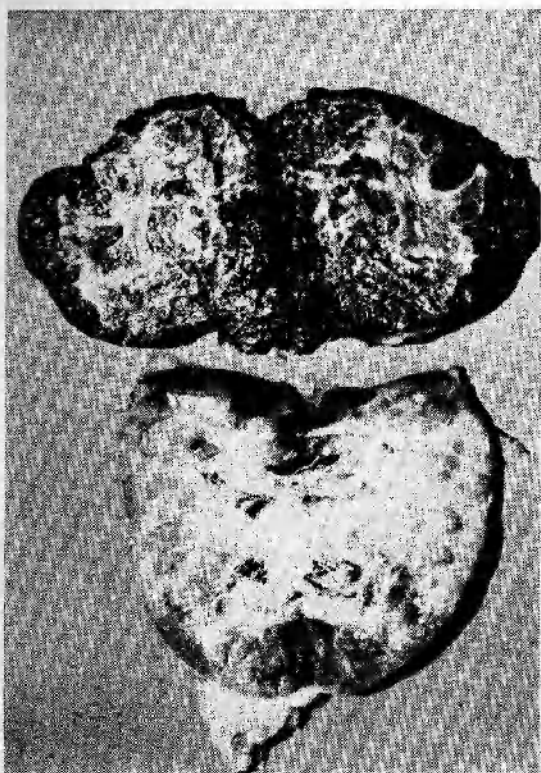


Fig. 1. — Pieza operatoria. Tumor suprarrenal, al corte, extensas zonas de necrosis y hemorragia. Polo superior renal comprimido por el tumor.

Fig. 2. — Inyección de la pieza operatoria: Se observa la independencia de la masa tumoral, aunque en estrecha relación con el polo superior del riñón.

RESUMEN

Se presenta un caso de córticosuprarrenaloma maligno, desprovisto de función endócrina.

BIBLIOGRAFIA

- Boretti, J. J.*: Tumores en la glándula suprarrenal. 6° Congreso Argentino de Urología. (Actas), 2: 120, 1960.
- Ferrer, J.*: Tumores pararrenales. Embriología y anatomía patológica. 6° Congreso Argentino de Urología. (Actas), 2: 104, 1960.
- Hereñú, R. C.*: Tumores pararrenales. Trabajo de Adscripción a Urología. Facultad de Medicina de Buenos Aires, 1964.