

1910, elevan un total de 93 casos. En esta serie se incluían 12 fibrosarcomas. En 1935, Priestley y Harwck refirieron un caso de fibrosarcoma. En 1938 Howard y Suby estudiaron un fibrosarcoma perirrenal. En 1940 Mac Namara, Smith y Gore describieron un caso de fibrosarcoma perirrenal asintomático; en 1945 Heline presentó un caso de fibrosarcoma en un riñón poliquístico.

En cuanto a la anatomía patológica, hemos encontrado asociación de fibrosarcoma con poliquistosis, con litiasis, etc., pero no con proceso de calcificación como en este caso.

Resumen

Presentamos un fibrosarcoma calcificado de riñón, por ser esta neoplasia conjuntiva sumamente rara entre los tumores renales, agregando de esta forma un caso más. Pero lo que más nos ha llevado a su presentación es la asociación de este proceso maligno que en general es de rápida evolución, con la calcificación, que de por sí requiere larga data y que nos está hablando por su propia naturaleza, de la relativa benignidad del tumor que le prestó base para su desarrollo.

C.E.M.L.C., Buenos Aires
Servicio de Urología

XI Congreso Argentino de Urología
Rev. Arg. Urol.-Nefrol. Tomo 40, año 1971

ANGIOMIOLIPOMA Y LITIASIS RENAL TRATADOS POR NEFRECTOMIA POLAR

Por los Dres. J. A. MOCELLINI ITURRALDE, L. MONTENEGRO, J. GRAMAJO,
B. ELSNER y M. IOTTI

Son tres las causas que motivan la presentación del presente caso:

- 1) Concomitancia de litiasis y tumor.
- 2) Resolución de ambos problemas mediante nefrectomía polar.
- 3) Rareza del tumor en cuestión.

Se trata de una paciente de 48 años que no posee antecedentes patológicos ni personales de interés. Concorre por primera vez a la consulta en el mes de marzo de 1969 afectada de fuertes cuadros dolorosos de flanco izquierdo y de fosa lumbar del mismo lado, compatibles clínicamente con cólico renal. Se la medicó sintomáticamente y se solicitaron los exámenes de rutina así como también un urograma excretor. El resultado de los primeros no arrojó datos de interés.

El urograma por su parte demostró la presencia de una litiasis única de cáliz inferior de riñón izquierdo sin ninguna repercusión sobre el resto de la arquitectura pielocalicular. Cuadros cólicos reiterados obligaron a nuevos estudios radiológicos, que no lograron detectar movilidad alguna de aquella litiasis, así como tampoco los cultivos de orina realizados demostraron infección urinaria. No obstante ello, los dolores que la paciente describía como terribles, se reiteraban con mayor frecuencia. Dos meses después de nuestra primera consulta, sufre una metrorragia. A raíz de la misma se diagnostica una miomatosis uterina con indicación quirúrgica. Se requiere nuestra opinión respecto de alguna posible contra indicación por su problema renal, oportunidad en que se le realiza una pielografía ascendente que nos permitió descartar imágenes litiásicas radiotransparentes u otra patología que pudiera justificar

la reiteración de cuadros tan molestos. Se le practicó una anexo-histerectomía con un post-operatorio óptimo. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico clínico de miofibroma. Volvimos a verla en marzo de 1970. Hasta esa oportunidad fue controlada clínicamente y se le realizaron estudios de laboratorio sucesivos. La aparición de cultivos reiterados con más de 100.000 colonias y el desencadenamiento de un cuadro cólico subintrante de varios días de duración, sin responder a medicación analgésica alguna, motivó su internación. Durante la misma se le administraron goteos de drogas antiespasmódicas que lograron en alguna medida apaciguar los dolores. En esa oportunidad se le realiza un nuevo estudio urográfico que no demuestra modificación alguna del tamaño y ubicación de la litiasis pero que sí permitía ver un borramiento de polo inferior de interpretación dudosa. En consulta clínico-urológica se decidió la intervención quirúrgica.

Se programó una lumbotomía exploradora con nefrectomía polar inferior.

Cuarenta y ocho horas después se abordaba la fosa renal izquierda mediante incisión lumbar subcostal transmuscular. La glándula renal no demostraba proceso perinefrítico alguno a nivel de su polo inferior aunque sí en el mismo hallamos una formación mamelonada, sólida, de tamaño de una cereza. El diagnóstico *in-situ* de aquella formación se tornaba muy dificultoso. Pensamos que podría tratarse de un ántrax consecutivo a la infección calicular de la litiasis vecina o de un proceso tumoral incipiente.

Practicamos la nefrectomía parcial a fin de determinar la profundidad de esa lesión y constatamos que no había en la superficie de corte signos de alteración alguna. Efectuada la hemostasia, abrimos el polo extirpado y observamos que ese mamelón ocupaba en el interior del mismo, una superficie del tamaño de una moneda de 10 pesos, de color blanco y que hacía hernia en la superficie. La distancia que separaba esta formación de la línea de corte era de 2 cm.

Pensamos de acuerdo con Puigvert y colaboradores que de tratarse de un blastoma la oportunidad nos ponía en condiciones de pensar que a los fines del tratamiento quirúrgico oncológico, era de un mismo valor lo realizado que la nefrectomía total.

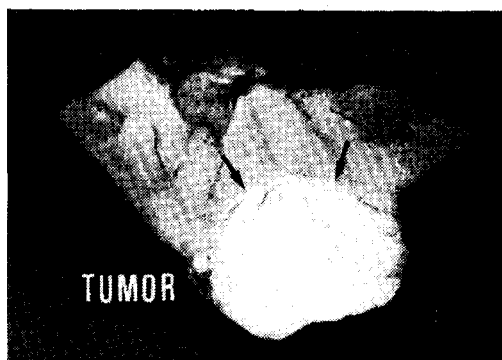
Conformes con esa determinación, cerramos por planos dejando drenaje lumbar por contra-abertura.

Un primer corte por congelación de la pieza, dejó algunas dudas, pero insinuó la posibilidad de una lesión sarcomatosa. Los estudios posteriores arrojaron el siguiente informe:

Anatomía patológica: descripción maciocróscopica.

Nefrectomía polar que mide 4 cm de largo por 5 cm de ancho. Del polo emerge formación redondeada, de 2 cm de diámetro. Al corte está consti-

Fotografía de la pieza obtenida por nefrectomía parcial (polo inferior izq.). Se visualiza el tumor (angiomiolipoma) en el segmento inferior.



tuida por un nódulo blanquecino rosado, nacarado y brillante. Está separado del parénquima renal en forma neta pero no encapsulado. El límite de la resección pasa a 2.5 cm de la neoformación.

Descripción microscópica.

La lesión tumoral está constituida por una proliferación de tejido muscular liso, tejido adiposo y vasos sanguíneos.

Las fibras musculares tienen una disposición arremolinada y en ocasiones muestran núcleos hipercromáticos, irregulares, con moderado pleomorfismo.

La proliferación de adipocitos es de carácter típico y maduro al igual que la de los vasos sanguíneos cuya pared es muscular y gruesa. La lesión está bien delimitada pero no tiene cápsula y el parénquima renal vecino muestra atrofia leve adyacente.

COMENTARIO

El angiomiolipoma es un tumor relativamente raro en el riñón, habiendo sido descritos en la literatura menos de 180 casos. Estos tumores se producen con predilección en mujeres de edad mediana y pueden ser tanto asintomáticos y ser hallazgo quirúrgico o de autopsia, como dar síntomas clínicos (tumor abdominal, hematuria, dolor intenso, etc.).

En aproximadamente la mitad de los casos publicados en la literatura los angiomiolipomas forman parte del complejo de la esclerosis tuberosa o enfermedad de Bourneville, descrita por este neurólogo francés en 1880.

La misma consiste en retardo mental, epilepsia, nódulos gliales en el cerebro, adenomas sebáceos cutáneos y otras lesiones de tipo hamartomatoso. En aproximadamente un 60 % de los casos de esclerosis tuberosa se observan angiomiolipomas.

Los tumores que se producen en pacientes con esclerosis tuberosa son por lo general asintomáticos, pequeños y muchas veces múltiples. Por el contrario, aquellos descritos en pacientes sin la *enfermedad de Bourneville* son por lo general únicos, de mayor tamaño y dan síntomas.

Los aspectos macroscópicos varían según el tumor tenga una predominancia de tejido adiposo, muscular o de vasos sanguíneos. Según predomine el primero, segundo o tercer tejido, el tumor será amarillento, grisáceo o rojizo. El tumor puede tener un crecimiento ya sea intra como extra-renal y no tiene cápsula si bien está por lo general bien delimitado del parénquima renal vecino.

La descripción histológica del tumor es bastante estereotipada de caso a caso.

Se observa una mezcla de tejido adiposo adulto, de vasos de pared muscular gruesa y de músculo liso, el que adopta un aspecto arremolinado. La proporción en la que cada componente contribuye a la formación de un determinado tumor es variable pero siempre efectuando un muestreo adecuado del blastoma pueden demostrarse los tres tipos de tejido.

Pueden existir tumores en los que el patólogo describe atipias celulares en el componente miofibrilar sin perder por ello el tumor su carácter de benigno.

Al respecto es interesante comentar que de 30 angiomiolipomas remitidos en consulta al Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas americanas en tan sólo nueve el diagnóstico original era el correcto, y en 16 de los 30 casos se efectuó un diagnóstico erróneo de malignidad por el patólogo remitente del caso, por lo general algún tipo de sarcoma.