

En un enfermo al que se le efectuó biopsia renal a cielo abierto, debido a un cuadro anúrico, se observó que la histopatología mostraba una típica lesión de riñón mielomatoso, sin embargo no pudo ser corroborado por las alteraciones proteicas en sangre y orina; el enfermo falleció sin poder ser caracterizada la nefropatía.

CONCLUSION

A lo largo de la presente investigación sobre 64 enfermos hemos valorado la importancia del laboratorio de inmunopatología, en el estudio de las distintas nefropatías llegando a las siguientes conclusiones:

- a) Nos ha permitido aproximarnos al diagnóstico histopatológico de lesión renal y conocer su gravedad.
- b) En el síndrome nefrótico pudimos seguir la evolución de la nefropatía con sucesivos estudios proteinúricos sin necesidad de biopsias seriadas, determinando el pronóstico del mismo (dos casos que evolucionaron de glomerular II a proteinuria fisiológica).
- c) Examen inocuo para el enfermo, fácil de obtener el material y que por su simplicidad está al alcance del laboratorio.

Servicio de Urología
Hospital Español

Rev. Arg. Urol.-Nefrol.
Tomo 40, 1971
Soc. Argentina de Urología
23-9-71

HAMARTOBLASTOMA DE RIÑÓN

Por los Dres. JOSE CASAL, EDUARDO DAVID SINGER y FABIAN MARZIO

El Hamartoma de riñón es considerado clásicamente como un tumor renal de naturaleza benigna. Sin embargo en una comunicación anterior mencionábamos la existencia de algunas observaciones cuyo cuadro histológico era de naturaleza maligna y que por lo tanto recibían el nombre de *Hamartoblastomas*.

OBSERVACION

Resumen de Historia Clínica

Nombre: J. S. Sexo: masculino. Edad: 73 años.
Nacionalidad: Argentino. Ocupación: Jubilado.
Ingres: 8-12-69. Alta: 20-12-69.

Enfermedad actual: Comenzó con hematuria total que duró una sola micción, de poca intensidad, sin coágulos ni síntomas subjetivos de la micción.

Este episodio se repitió cuatro meses después en dos oportunidades con las mismas características.

Antecedentes personales y familiares: Sin importancia.

Estado actual:

Riñones: no se palpan. El resto del examen: Normal.

La radiografía directa del árbol urinario es normal. El urograma excretor no muestra clara visualización del sistema pielocalicial izquierdo. (Fig. 1). Se practica pielografía ascendente observándose desviación e invasión del cáliz superior izquierdo. (Fig. 2).

Operación: (11-12-69) :

Lumbotomía izquierda con resección de la XI costilla.

Nefrectomía izquierda, esplenectomía por hemorragia sub-capsular, debido a que el polo superior del riñón se hallaba adherido firmemente al bazo.

Evolución Postoperatoria:

Sin inconvenientes se da de alta a los nueve días de operado.

Anatomía Patológica:

Protocolo N° 92533. Dr. Polak M. 19-12-69.

Histopatológicamente se diagnostica Mioangiosarcoma renal con luz venosa renal ocluida por tejido blastomatoso. (Figs. 3 y 4).

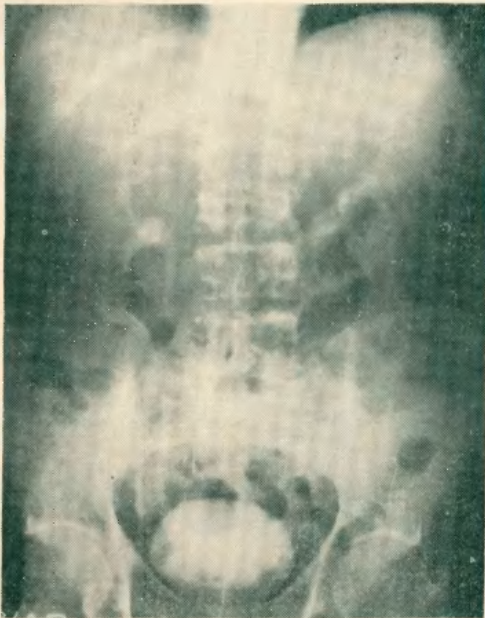


Fig. N° 1.



Fig. N° 2.

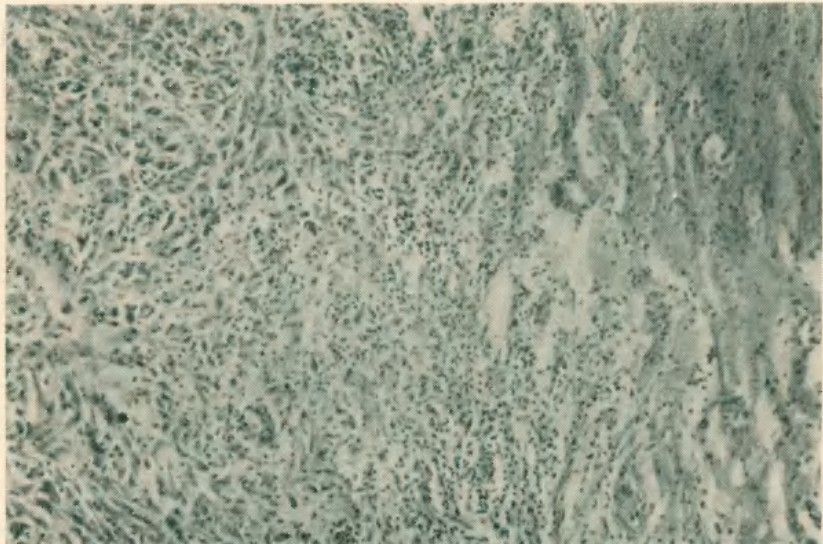


Fig. N° 3.

Reingreso: (9-1-71)

A los 20 días con dolor en la herida operatoria, articulación coxofemoral y pierna izquierda que le imposibilita la deambulaci3n. P3rdida de peso, astenia y anorexia.

Al examen f3sico presenta una tumoraci3n dura, fija, irregular y difusa en fosa lumbar izquierda.

Es tratado con Cobalto.

Egres a los 15 d3as algo mejorado.

Fallece a los seis meses con met3stasis generalizadas.

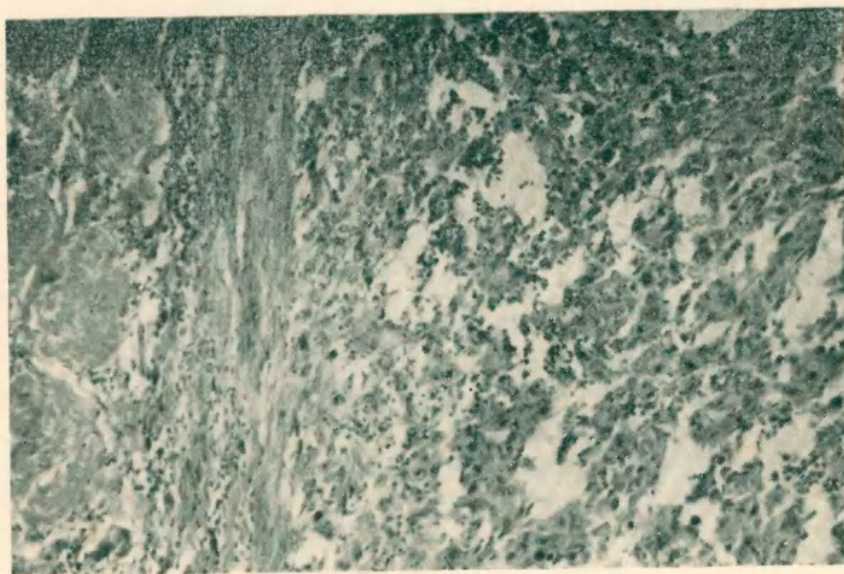


Fig. N3 4.

COMENTARIO

El primer caso publicado pertenece a Robin Burkitt (1949) y se trataba de un lipoangioliomiosarcoma donde no se observ3 mitosis ni met3stasis y la evoluci3n se descarta ya que la paciente falleci3 por una hemorragia aguda.

En 1955 John W. Berg agrega otro caso cuya lesi3n b3sica era un angiolipomiosarcoma.

M. Firstater y colaboradores en 1958 presenta en esta sociedad un lipoleiomiosarcoma sin mencionar la presencia de mitosis ni de met3stasis en el momento en que fue diagnosticado.

F. Hartveit y B. Halleraker publican en 1960 la cuarta observaci3n. Se trataba de un angiolipomiooma con cambios angiolipomiosarcomatosos y met3stasis en el ri3n3n derecho. El preparado mostr3 en este caso figuras mit3ticas quedando en discusi3n si la lesi3n del ri3n3n derecho era una met3stasis o simplemente se trataba de un crecimiento independiente del ri3n3n adelfo.

En el mismo a3o (1960) Maurice L. Perou y Peter T. Gray en un documentado trabajo aportan otra observaci3n con la siguiente descripci3n histol3gica:

Hamartoma (angiomioliopoma) de ri3n3n no observ3ndose figuras mit3ticas.

Agregan los autores que algunos patólogos que examinaron los cortes hicieron el diagnóstico de angiomioliposarcoma cosa perfectamente comprensible por la anaplasia celular y el grado de invasión neoplásica. Sin embargo clínicamente no fue posible constatar metástasis seis años y medio después de extirpado el tumor.

A. Puigvert y colaboradores presentan en 1968 en el *Journal D'Urologie* et *Nephrologie* un caso de hamartoblastoma (angiomiolipoma maligno) con ciertas figuras mitóticas de carácter atípico. Observado dos años después de practicada la nefrectomía no se observaron metástasis. Como podemos deducir de la corta casuística publicada no está claramente establecido el límite entre la benignidad y la malignidad de esta entidad anátomo-clínica. Si bien en los casos presentados por R. Burkitt, J. W. Berg, M. L. Perou y P. T. Gray no se observan mitosis esto no es un índice definitivo de ausencia de malignidad por cuanto existen carcinomas indiscutibles que no las presentan (cáncer de próstata, tiroides, etc.).

Estas aparecen en los casos de F. Hartveit y B. Halleraker y en el de A. Puigvert y colaboradores.

Por otra parte no se ha comprobado metástasis salvo en el caso presentado y en el de F. Hartveit y B. Halleraker. Este último plantea sus dudas ya que como dijimos más arriba puede tratarse de un crecimiento independiente sin ninguna relación con el tumor que nos ocupa.

Si bien en el caso de Perou y Gray el enfermo fue seguido seis años y medio después, en las otras observaciones es poco el tiempo de vigilancia para asegurar la ausencia de metástasis.

R E S U M E N

Se presenta un caso de hamartoblastoma (mioangiosarcoma) y se hacen algunas consideraciones sobre las observaciones publicadas.

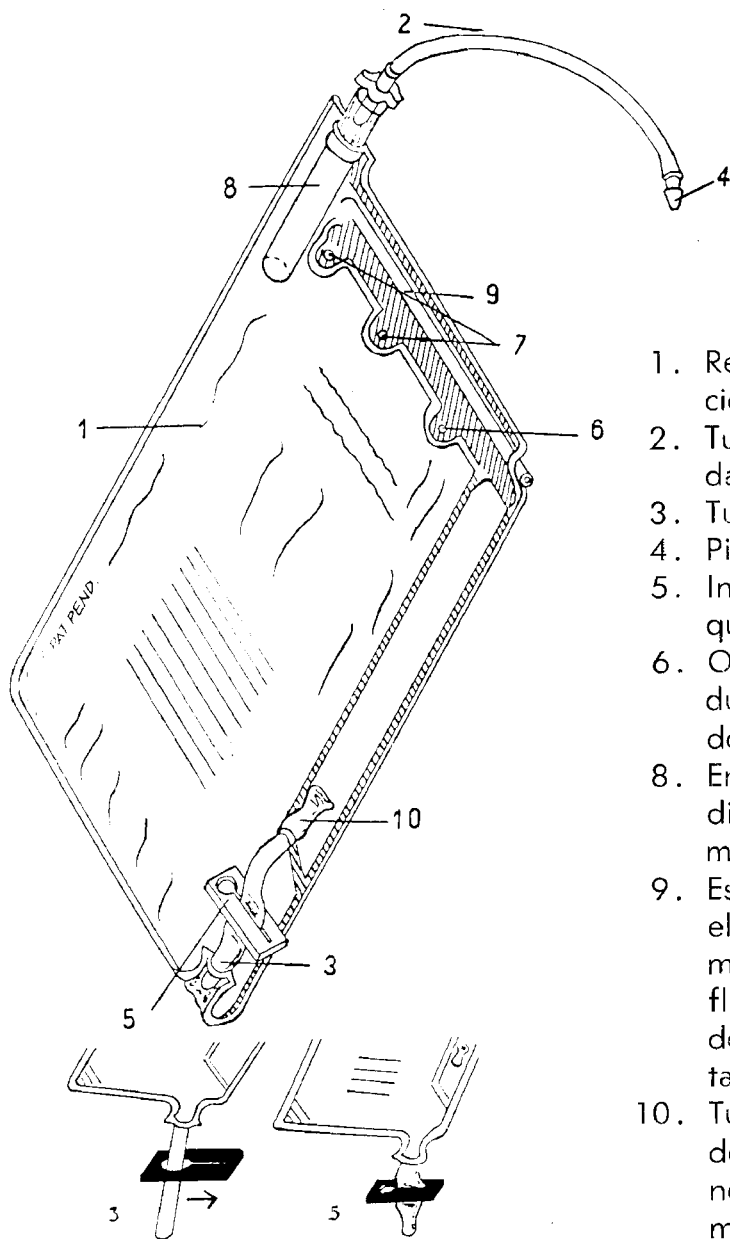
B I B L I O G R A F I A

- Berg John W*: Angiolipomyosarcoma of Kidney (Malignant hamartomatous angiolipomyoma). In a case. With solitary metastasis from bronchogenic carcinoma. *Cancer* 8: 759, 1955.
- Burkitt Robin*: Fatal haemorrhage into a perirrenal liposarcoma. *British J. Surgery* 36: 439, 1949.
- Firstater M., Ferraris L. V. y Galarraga J. M.*: Hamartoblastoma renal. Dos observaciones. *Rev. Arg. Urol.* 27: 425, 1958.
- García A., Casal J., Singer E. D. y Monserrat J. M.*: Hamartoma de riñón. *Rev. Arg. Urol.* 38: 68, 1969.
- Hartveit F. and Halleraker B. A.*: Report of three angiolipomyomata and one angiolipomyosarcoma. *Acta path microb. Scandinavica.* 49: 329, 1960.
- Perou Maurice L. and Gray Peter T.*: Mesenchymal hamartomas of the kidney. *J. of Urol.* 83: 240, 1960.
- Puigvert A., Elizalde C., Cols A. y Vives S.*: Hamartomes du sinus rénal (Angiomyolipomas). *J. D'Urologie* 74: 145, 1968.

Un avance de la urología en nuestro país

“Forlano 2000”

Bolsa para recolección de orina permanente



ESPECIFICACIONES

1. Recipiente para la contención de 2 litros.
2. Tubo para conectar a la sonda Foley.
3. Tubo de desagote.
4. Pico de acrílico.
5. Interruptor de paso del líquido.
6. Orificio central para introducir el portabolsa, con otros dos orificios optativos.
8. Entrada de tubo de mayor diámetro para facilitar un mejor drenaje.
9. Este dispositivo permite que el drenaje hacia la bolsa sea más eficaz, evitando el reflujo en caso de llenado por descuido, ya que se desagota por dicha válvula.
10. Tubo protector del pico de desagote para evitar permanezca en contacto con elementos extraños.

DISTRIBUIDORA COSMOPOLITA

Representante exclusivo de los Productos Forlano

"...el más efectivo remedio actualmente disponible contra la prostatitis".

Prof. Erik Ask-Upmark.

cernilton

 **(Cernitín)**

descongestivo con tropismo prostático específico.



DESCRIPCION:

Medicamento de origen natural con marcada acción descongestiva sobre glándulas y órganos, especialmente sobre la inflamación de próstata. **No es un preparado hormonal.**

DOSIFICACION Y MODO DE EMPLEO:

6 a 8 comprimidos que preferentemente deben ser masticados, con el desayuno.

DURACION DEL TRATAMIENTO:

Según criterio médico de acuerdo a la evolución de la enfermedad.

TOLERANCIA:

ATOXICO. No se han observado efectos secundarios.

INDICACIONES:

Prostatitis - vesiculitis crónica - infecciones crónicas e inflamatorias uretritis no específica - adenoma de próstata y cistitis.

PRESENTACION:

Envase de 100 comprimidos.

"El mecanismo de acción del Cernitín aún no ha sido aclarado pero puede considerarse comprobado un efecto descongestivo con marcado tropismo prostático específico y una capacidad para aumentar los mecanismos de defensa frente a las inflamaciones e infecciones en general". (Servicio de Urología del Hospital Italiano - Evaluación Clínica del Cernilton.)

LABORATORIOS A. B. CERNELLE VEGEHOLM - SUECIA

Representante exclusivo en la Argentina.



LABORATORIOS TEMIS S.A.C.I.A.

Humberto 1° 1860 - Tel. 23-1809 - Capital Federal



Principio activo del CERNILTON. El Cernitín es un extracto microbiológico de polen seco, que contiene diversos principios vitales: 21 aminoácidos distintos, lípidos, glúcidos, fosfolípidos, un pequeñísimo porcentaje de estrógenos, enzimas, DNA, RNA, vitaminas (no vitamina B.12) y minerales.