

gicas, en los que se está haciendo la proliferación que no se visualiza con métodos que están a nuestro alcance, por lo que ésta es una discusión bizantina.

*Dr. Borzone.* — Hace muchos años, con el doctor Trabucco, hablando de tumores de vejiga, afirmamos que la palabra "papiloma" debe ser desterrada de nuestro lenguaje porque papila es un elemento conjuntivo de sostén y lo que prolifera en estos tumores es el epitelio. Por ello, afirmamos en ese entonces, que el término correcto es el de epitelioma.

El doctor Trabucco ha presentado elementos histológicos en que el elemento epitelial se diferenciaba en el aparato de sostén, pero lo que proliferaba era el epitelio.

En realidad, el papiloma no existe, sino que es un epitelioma papilífero.

*Dr. Ghirlanda.* — Me parece sumamente interesante el estudio de superficie vesical y la proporción ocupada por la masa tumoral.

No obstante, según los aspectos que han mencionado los autores para comparar los beneficios de los distintos tratamientos sobre la neoplasia, pienso que habrá que valorarlos muy bien porque la misma terapia puede alterar no sólo el tumor sino el resto de la vejiga.

Además, en el control post-tratamiento, en los tumores aún no tratados, se me ocurre que la comparación se hace muy difícil aún cuando se tomen etapas fijas en el tiempo.

Una pregunta que quisiera formular es ésta: ¿cuáles son los parámetros que se toman en cuenta para decidir el tipo de tratamiento y qué tratamientos efectúan en los distintos estadios?

*Dr. Pagano.* — Con respecto a la relación que existe entre la superficie de ocupación tumoral y el resto de la vejiga en sí son datos que observamos en 116 pacientes y tendremos que encontrarlos en más enfermos para poder extraer conclusiones valederas.

A pesar de las distintas capacidades vesicales, para determinado tumor el porcentaje del tamaño tumoral, en relación con el cistograma, el volumen del tumor con respecto a su ocupación, se ha mantenido dentro de las variantes más o menos lógicas.

En referencia a los parámetros que usamos, para el tipo de tratamiento, nos basamos en el dosaje enzimático. Hemos observado pequeños tumores endoscópicos con un dosaje alto. La anatomía patológica puso de relieve que se trataba de tumores infiltrantes. Hemos visto grandes tumores con dosaje enzimático relativamente bajo y la anatomía patológica nos demostró que eran poco infiltrantes. Tratamos de basarnos en la clínica y la citología exfoliativa, como así también, en los estudios radiográficos y el dosaje enzimático.

Si se tratara de un pequeño tumor, con dosaje enzimático alto, procuraremos practicar la cistectomía parcial completa.

Sanatorio Municipal  
Servicio de Urología

Rev. Arg. Urol.-Nefrol.  
Tomo 40, 1971  
Soc. Argentina de Urología  
25-11-71

## CARCINOMA DE RIÑÓN DE EVOLUCION INFRECUENTE

Dres. RODOLFO MATHIS (h), ANTONIO E. TOBALINA y CESAR LEONARDELLI

Si bien el caso que traemos a esta Sociedad es el de un cáncer de riñón de los más frecuentes por su histopatología, su modalidad evolutiva fue a nuestro entender no de las habituales en este tipo de tumores, por tal motivo creímos de interés esta comunicación

Se trata de A. R., de 56 años, casado, empleado, H. C. N° 8168.

Motivo de internación: Ingresa el 2-11-70 por fractura de húmero izquierdo, tercio medio.

No registra antecedentes de importancia.

Enfermedad actual: Desde hace tres meses omalgia izquierda progresiva, hasta que en la fecha referida mientras se baña siente un fuerte dolor en brazo izquierdo, sudoración y mareos.

Internado por guardia se le practica Rx. de húmero izquierdo que muestra una zona de rarefacción ósea con fractura a ese nivel.

Con la presunción diagnóstica de fractura patológica por metástasis pasa a Ortopedia y Traumatología. Se procede a inmovilizar la fractura.

Estado actual: Lúcido, buen estado general, normotenso. El examen clínico general en límites normales.

El examen urológico no aporta nada positivo.

Exámenes complementarios: Es de hacer notar una eritro de 24 para la primera hora y un recuento de glóbulos rojos de 6.000.000.

El 10-11-70 se procede a la osteotomía humeral izquierda resecaando toda la probable metástasis.

Anatomía patológica: Metástasis de un carcinoma a células claras.

A continuación se procede a los siguientes estudios:

Urograma excretor con buena función renal bilateral, siluetas renales en límites normales, morfología pielocalicilar conservada.

El 19-12-70 arteriografía renal selectiva. Punción percutánea de la arteria ilíaca derecha con un ingreso sin dificultades. A partir de la III vértebra lumbar no se pudo progresar con el cateter, se hicieron varios disparos en aorta libre que mostraron una imagen difícil de interpretar en ese momento. Concomitantemente el paciente acusó dolor en ambas piernas y falta de pulsos. Creímos muy prudente suspender el estudio<sup>1</sup>.

Interpretamos la imagen como desprendimiento de un ateroma<sup>4</sup>. Evolucionó con una claudicación intermitente que cedió al mes y medio.

El 20-12-70 se da el alta a pedido del enfermo.

Tomamos contacto nuevamente con el paciente el 18-3-71 reingresando con dolor en brazo derecho, la Rx pone en evidencia una metástasis humeral.

Conserva un estado general aceptable, el examen urológico sigue negativo. Anemia de 4.000.000 y eritro de 120 en la primera hora.

Urograma excretor doble dosis: Se aprecia una lesión ósea en apófisis transversa derecha de IV vértebra lumbar y parece faltar un cáliz medio derecho.

El 7-4-71 osteotomía humeral derecha con buena evolución.

El 20-4-71 Centelleograma renal que informado por los Dres. Bilucaglia



Fig. N° 1. — Riñon derecho (corte).

y Olivari dice: R.I. normal, R.D. con alteración de forma y tamaño, captación irregular especialmente en el polo superior donde se observa muy disminuida<sup>2</sup>.

Se decide efectuar una lumbotomía derecha que se lleva a cabo el 6-5-71.

Abierta celda renal se localiza la glándula de tamaño, forma, color y consistencia normales la grasa perirrenal adhiere laxamente al mismo. Se palpa un pequeño nódulo en su borde libre, muy consistente y blanquecino. Se procede a la nefrectomía<sup>3</sup>.

Cursó un postoperatorio sin complicaciones, alta a los 7 días.

Anatomía patológica: R.D. de forma, tamaño y color conservados. Al corte se observa una tumoración en la parte media que atraviesa horizontalmente la glándula, de color blanco amarillento, consistente y que emerge muy escasamente en su superficie.

Microscopía: Riñón con lesiones de arterio!onefroesclerosis. Carcinoma a células claras, bien delimitado con invasión endovascular y metástasis en parénquima renal. Estudio efectuado por el Dr. Lazcano González.

*Conclusiones*

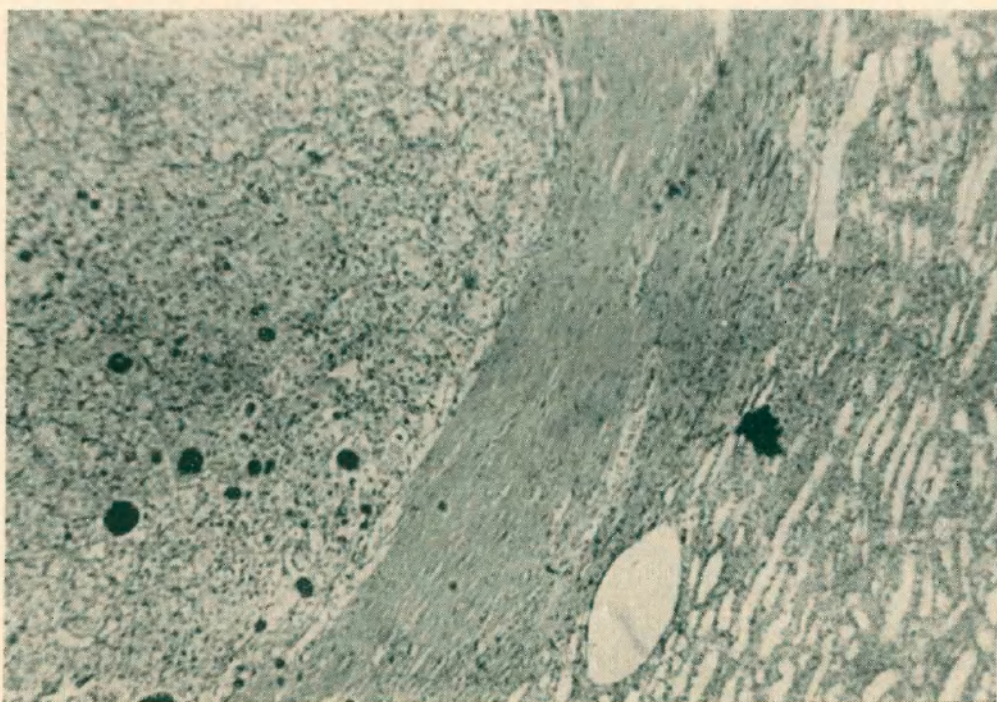


Fig. N° 2. — Carcinoma a células claras (microscopía), se observa también parénquima renal sano.

Creímos procedente la presentación de este caso por el tamaño relativamente pequeño del tumor primitivo, las metástasis tempranas y la dificultad de llegar al diagnóstico de localización.

Haciendo un análisis retrospectivo pensamos que una laparotomía exploradora precoz hubiera estado bien indicada.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Jurado J.: Indicaciones y complicaciones de la arteriografía renal. An. Fun. Puiqvert 1. 2, 87, 1971.
2. Couvelaire R.: Enc. Méd. Quir., fac. 18096 A30, Paris, 1958.
3. Couvelaire R.: Enc. Méd. Quir., fac. 18096 A50, Paris, 1958.
4. Kincaid O. W.: Renal angiography. Med. Publishers INC, 1966.