

ADENOMAS DE RIÑÓN ASOCIADOS A OTRA PATOLOGIA UROLOGICA. PRESENTACION DE DOS CASOS

Dres. SCORTICATI C. H. y CASABE A. H.

El motivo de haber encontrado accidentalmente dos adenomas renales, en el transcurso de dos nefrectomías, nos llevó a realizar una modesta revisión sobre el tema.

Caso 1: L. J. H. C.: 92.444, Instituto de Oncología A. Roffo, paciente varón de 66 años de edad. Es enviado a la consulta para un chequeo urológico. En el mismo se constata: a) polo renal derecho palpable; b) la urografía excretora muestra la presencia de un proceso expansivo en dicho polo, de aspecto quístico. Exámenes de laboratorio, hemograma, eritrosedimentación, uremia, glucemia y orina normales. Intervención: lumbotomía derecha; se confirma quiste seroso de polo inferior derecho y múltiples quistes (7 a 10) de tamaño no mayor de 2 cm, uno de ellos de posición parahiliar en polo superior, blanco grisáceo y denso. Se extirpa en cuña para biopsia por congelación (material caseiforme); se informa hipernefroma. Ante esa eventualidad se efectúa nefrectomía. La ulterior inclusión reveló tratarse de un adenoma papilífero, acidófilo, de corteza renal con sectores a células claras. Buena evolución en la actualidad.

Caso 2: L. R., H. C.: 95.105, Instituto de Oncología Angel H. Roffo, paciente varón de 62 años. En abril de 1971 episodio de hematuria que se repite en varias oportunidades. Es derivado por su médico tratante a nuestro Servicio el 3 de julio de 1971 con el diagnóstico de tumor vesical. Nos encontramos con un enfermo en buen estado general. Examen urológico: gonadas sin particularidades; tacto rectal, próstata aumentada de tamaño, lisa, elástica, indolora; riñones no se palpan. Urograma excretor: ausencia de función de riñón izquierdo. La cistografía muestra una formación endovesical con característica de proceso de crecimiento expansivo. Cistoscopia y palpación bimanual: formación vellosa que asoma a la luz vesical aparentemente de pared posterior; sangre muy fácilmente lo que impide continuar el examen endoscópico. La palpación bimanual no evidencia infiltración vesical. Policistografía: se observa la lesión ya descrita y buena distensión vesical en los tres disparos. Linfografía: tiempo tardío, confirma el tiempo precoz. Punción renal izquierda: se obtiene sangre lacada; se efectúa la pielografía por punción que muestra una uronefrosis con atrofia casi total de corteza. La presencia de sangre lacada en la punción nos llevó a efectuar el diagnóstico presuntivo de tumor de urotelio con compromiso de ureter izquierdo y gran parte de la vejiga. Se decide efectuar nefroureterectomía y cistectomía parcial.

Intervención: Lumbotomía izquierda. Se constata perinefritis intensa, gran dilatación ureteropiélica. Se efectúa nefrectomía subcapsular, disección de ureter hasta 10 cm de su desembocadura, ligadura y sección. Se observa, al corte, implantación ureteral. Cierre de lumbotomía. Incisión mediana infraumbilical. Se disecciona vejiga en forma extraperitoneal y se la abre comprobándose gran formación tumoral que invade vejiga en su mitad izquierda, prác-

ticamente todo el triángulo, por lo que se decide efectuar prostatocistectomía total y neovejiga con asa ileal en omega. El examen de la pieza muestra pelvis renal y cálices muy dilatados con atrofia total de parénquima renal. En corteza se destaca un nódulo redondeado de uno y medio cm; vejiga con enorme formación polipoidea que obstruye totalmente desembocadura de uréter izquierdo, el que está totalmente sembrado por implantación carcinomatosa.

Histología:

- 1) Carcinoma transicional de vejiga exoendofítico con implantes tumorales múltiples en uréter izquierdo.
- 2) Hidronefrosis avanzada.
- 3) Pielonefritis crónica.
- 4) Adenoma papilífero de corteza renal.

Consideraciones:

El adenoma renal es un tumor raro del parénquima renal, de crecimiento lento y aunque generalmente benigno, en algunos casos, muestra un potencial maligno.

Frecuencia e incidencia: Para la mayoría de los autores representa el 10 % de hallazgos necrópsicos y quirúrgicos en pacientes de más de 40 años y su incidencia mayor se encuentra entre los 48 y 80 años. Existe, sin embargo, un caso descrito en un paciente de 11 meses de edad.

Sexo: Para Campbell y Cristol, la relación entre varón y mujer es de 1 a 1, mientras que Murphy y col., en una revisión de 180 casos, refieren una relación de 13.6 para varones a 1 mujer.

Macroscopía y localización: Habitualmente son corticales; se presentan como nódulos amarillento-grisáceos, planos, cuyo diámetro varía entre uno y 15 centímetros Gosdon y Taylor refieren un caso en que el tumor pesaba casi 11 kg.

Histología: Se clasifican en:

1) Papilíferos, constituyen la mayoría se caracterizan por presentar espacios quísticos en los que se proyectan numerosas ramas dendríticas; son ramificaciones conectivas revestidas por epitelio cúbico.

2) Alveolares, en este tipo, grandes células poliédricas (cúbicas o cilíndricas) están ordenadas en forma de alvéolos.

3) Tubulares, menos frecuentes, pequeñas células con núcleos prominentes se disponen formando canales elongados, irregulares.

De acuerdo a su tinción se los divide en: a) basófilos, b) acidófilos y c) a células claras (éstas son similares al del cáncer a células claras).

En algunas oportunidades, y formando ramas, se encuentran en el estroma células espumosas; éste suele estar muy vascularizado.

El tumor habitualmente no tiene cápsula y se lo confunde con los túbulos.

Histiogénesis: Mientras antiguamente se consideraba que un 95 % provenía de riñones quísticos; Campbell cita, en la actualidad 4 teorías: a) en riñones esclerosados, pequeños quistes causados por obstrucción tubular, se observaría la proliferación de epitelio. b) se desarrollarían a partir del epitelio de la cápsula de Bowman y de los túbulos contorneados proximales. c) células de la progenie renal, por una causa desconocida, sufren una transformación, d) excesivo depósito de colesterol en las células tubulares.

Síntomas y signos: No son característicos. Su descubrimiento es accidental al efectuar el tratamiento quirúrgico sobre el riñón, en alguna patología urológica.

Asociación con otra patología: a) poliquistosis renal, b) hidronefrosis, c) litiasis, d) tumor de urotelio, e) tuberculosis, f) pielonefritis crónica son las más comunes descritas. Una rara asociación nos fue presentada en 1969 por Hereñú y col. con un fibromixolipoma de ureter en un riñón litíásico.

Evolución y pronóstico: Este quizá sea el tema que haya arrojado mayor controversia a través de los diferentes autores y, en el cual creemos, se deben efectuar minuciosos trabajos estadísticos correlacionando la clínica con la anatomía patológica. Si bien la mayoría coincide en considerar al adenoma como benigno existen comunicaciones sobre su posible malignización.

Una antigua clasificación consideraba a los adenomas de más de 3 cm. como potencialmente malignos (Cabot y col. 1938). Este criterio, actualmente, ha perdido valor. Un estudio de Murphy y col. que revisa 512 casos sobre cáncer de riñón revela que 29 de ellos, o sea el 6% provenían de un adenoma renal previo. Correlacionando este dato con otro estudio estadístico con 180 pacientes afectados de adenoma renal concluyen en considerar que el 14.4% de los adenomas de riñón son potencialmente malignos. Urréjola, entre nosotros, en 1962 nos relata un interesante caso de adenomatosis renal en el que se observaba la malignización de uno de ellos.

El criterio de diferenciación histológica es difícil en los casos en que el tumor es grande y existe necrosis y hemorragia en el estroma; es el patólogo experimentado el que debe buscar minuciosamente los elementos distintivos entre los que se destaca el examen de los vasos sanguíneos del estroma para pesquisar la invasión celular. Y en definitiva según el decir de Wetterwald, es la evolución el único criterio que permite distinguir el adenoma del cáncer de riñón.

Resumen y Conclusiones:

Se presentan dos casos de adenomas renales concomitantes con otra patología urológica. Se efectúa la revisión de la literatura sobre el tema en relación a su potencial maligno concluyéndose que si bien el adenoma renal es un tumor benigno es capaz de malignizarse y su diagnóstico histológico diferencial con el cáncer es casi siempre dificultoso.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Allen, A. C.: *The kidney*. Ed. Grune & Stratton, 1962, pág. 659.
- 2 Campbell M., Harrinson H.: Ed. Saunders Company, Vol. 2, pág. 901, 1970. *Urology*.
- 3 Murphy, G. P., Mostofi F. K.: *J. Urol.*, 1970, 103: 31.
- 4 Cristol D., Bothe A., Grotzinge J.: *J. Urol.*, 1950, 58: 64.
- 5 Shinshony Z.: *Brit. J. Urol.*, 1963, 35: 256-260.
- 6 Wetterwald F.: *Les tumeurs rares du rein*. *Encyclopedie Med. Chir. (Paris)*, 18097, B. 10.
- 7 Urréjola R.: *Rev. Arg. Urol.*, 1962, 31: 91-93.
- 8 Hereñú R., Leonardelli C., Eguía O.: *Rev. Arg. Urol.*, 1969, 38: 98-101.