

que este tumor pudiera ser de suprarrenal. La enferma se intervino con un diagnóstico presuntivo de tumor renal.

Dr. Ghirlanda. — Es por eso, que no sé si habría reparos con respecto al título de este trabajo.

No está claro si se puede afirmar que no es funcionante si no se tienen las pruebas de que no sea funcionante, aun cuando clínicamente no haya dado sintomatología. Se me ocurre que es cuestión de intensidad de secreción de determinadas hormonas para que pueda manifestarse clínicamente. Existen tumores funcionales que pueden no haber llegado al umbral y no dar manifestaciones clínicas.

Dr. Cartelli. — Existen también los tumores hipofuncionantes en que como lo aclaramos en nuestro trabajo, las determinaciones endocrinas hace que se piense en el tumor, pero como las manifestaciones clínicas de esta mujer no hacían pensar que pudiera tratarse de un proceso de adrenal y como teníamos el antecedente de una pielonefritis anterior, ese empuje del polo superior del riñón hacia abajo nos hizo pensar más en un proceso de tipo tumoral del riñón que en un proceso de tipo adrenal máxime porque no existía una sintomatología clínica que nos pudiera hacer pensar en ello.

Rev. Arg. Urol. Nefrol. Tomo 42. Año 1973

LIPOMA DE RIÑÓN

Dres. ARTURO S. REBAUDI, EDUARDO PENHOS, ALBERTO M. ZORRILLA
y JOSE M. RICART

Concurre al consultorio externo N. N. de 76 años. Es atendido por uno de nosotros, comprobando al examen clínico e interrogatorio, sólo orinas turbias con fuerte olor amoniacal. Se solicitan análisis y radiografías.

Los análisis demuestran: orina turbia, alcalina, densidad 1.020, vestigios de albúmina y pus. Recuento y fórmula normales. Eritrosedimentación: 43/67 mm. Urea y lucemia: normales.

Radiografía simple: lesiones de espondiloartrosis de columna, apertura del cuadro cólico y velamiento de toda la zona lumbar izquierda, imagen cálcica que cruza la 12^a costilla.

Urograma: a los 7 minutos buena función renal derecha, sistema pielocalicial y primera porción del uréter normales. Anulación funcional izquierda. 20 minutos mismas características, sustancia opaca en vejiga; del lado izquierdo aparecen algunas imágenes imprecisas sobre la XI costilla. A los 40 minutos uréter terminal derecho normal, mayor relleno vesical. Lado izquierdo parece dibujarse el sistema pielocalicial, deformado y desplazado, sigue el velamiento de toda la zona lumbar izquierda y no se ve el borde externo del músculo psoas, que aparece evidente del lado derecho.

Con estos estudios se interna el 13 de diciembre de 1971 en la cama 70 del Servicio de Urología del Hospital Rawson, presentando el siguiente *estado actual:* antecedentes hereditarios, familiares y personales sin importancia. Buen estado general. Pulso 86 por minuto, regular, rítmico. Presión arterial máxima 160, mínima 100. Micción normal, sin disuria ni polaquiuria. Palpación renal negativa, sólo se palpa un aumento de resistencia de lado izquierdo, indoloro. Puntos renoureterales negativos. Genitales externos normales. Uretra permeable. No hay residuo. Tacto prostático normal. No tactándose las vesículas seminales. Se solicita una pielografía por goteo.

Radiografía simple con las mismas características que la anterior. Las mejores imágenes aparecen a los 120 y 240 minutos donde pueden verse: el riñón izquierdo proyectado sobre la XI costilla, con el polo inferior hacia afuera, se ha horizontalizado su eje: los cálices abiertos, rígidos y dilatados como patas de araña; pelvis distendida; la imagen cálcica ocupa el cáliz inferior y borde inferior de pelvis. El uréter cae perpendicularmente de la unión ureteropielica, separado a 3 traveses de dedo de la columna hasta la IV vértebra lumbar donde toma su trayecto normal; mantiene su calibre.

La pielografía ascendente izquierda muestra las mismas imágenes.

Se plantea la necesidad de una aortografía y cavografía obteniéndose las siguientes imágenes:

1) Selectiva renal izquierda: vasos abiertos, elongados por hidronefrosis. Fase nefrográfica del parénquima renal en forma de medialuna de convexidad inferior. Vasos de neoformación inflamatorios.

- 2) Nefrograma con circulación colateral.
- 3) Circulación colateral venosa.
- 4) Nefrograma más tardío.
- 5) Vasos de neoformación a partir de los lumbares en retroperitoneo extrarrenal.
- 6) Retención de contraste en esa área.
- 7) Aortografía segmentaria: dos arterias renales derechas y estenosis de arteria renal izquierda.
- 8) Venografía renal izquierda: estiramiento y afinamiento de ésta con reflujo a vena suprarrenal y espermiática.
- 9 y 10) Selectiva de espermiática, donde se aprecia la arcada exorrenal y que sirve de escape venoso debido al afinamiento de la vena renal.

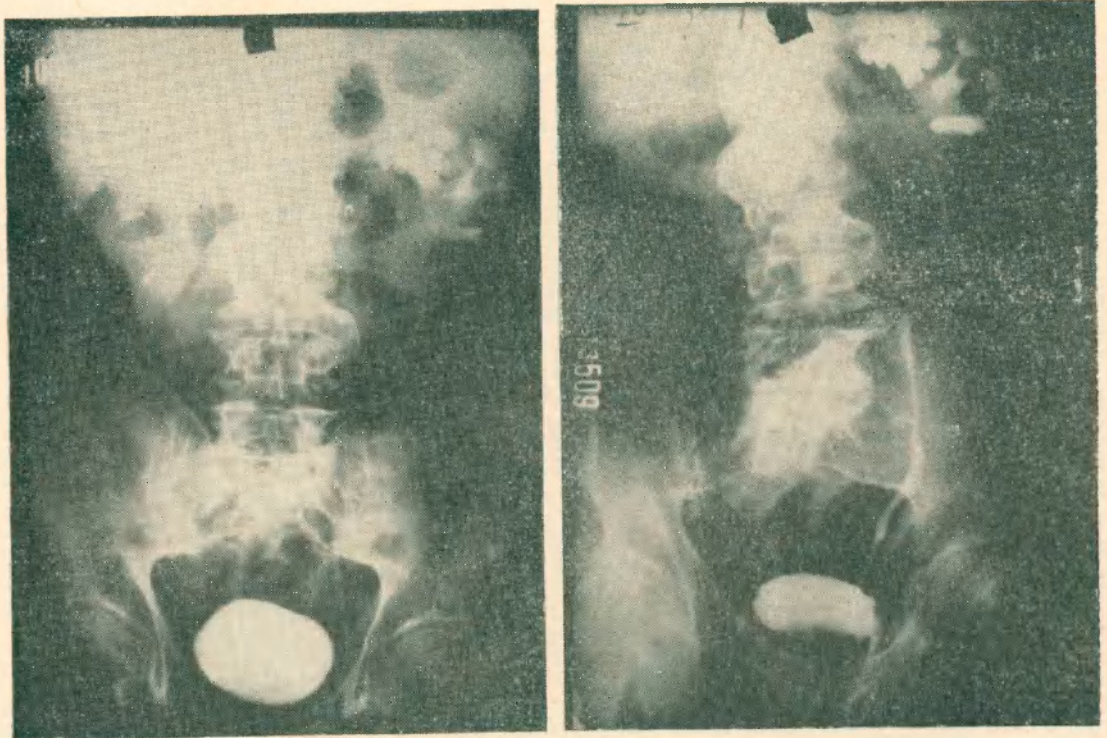
Ustedes tienen en este momento los mismos datos que teníamos nosotros. Qué diagnósticos podíamos proponer:

A) Litiasis renal, concomitante con:

- 1) Hidronefrosis.
- 2) Quiste de riñón.
- 3) Tumor de riñón.
- 4) Tumor pararenal.
- 5) Tumor retroperitoneal.

Claro que nadie duda de la litiasis y de la existencia de una pequeña hidronefrosis con hidrocálices.

En cuanto a quiste de riñón ninguna de las imágenes pielográficas y aortográficas parecen estar de acuerdo con esta patología. Aunque llama la atención la poca vascularización de la masa que desplaza al riñón.



Llamamos tumor retroperitoneal a aquel tumor sólido o líquido, primitivo, desarrollado por detrás del peritoneo parietal; en el espacio limitado hacia atrás por la pared abdominal, columna vertebral y músculos. Hacia arriba por

27

el diafragma. Abajo por el promontorio y el plano horizontal que pasa por él. A los lados por la inserción de los mesos colon derecho e izquierdo. La altura va de la XI vértebra dorsal a la primera sacra y se divide en superior e inferior por la inserción del mesocolon transverso. No originable en ninguno de los órganos abdominales, pero pudiendo tener contacto con ellos, o con las cápsulas que los envuelven y con sus mesos, relaciones de dependencia inconstantes y secundaria a su crecimiento. Por consiguiente el riñón y la glándula suprarrenal quedarían excluidos pues tienen cápsula propia.

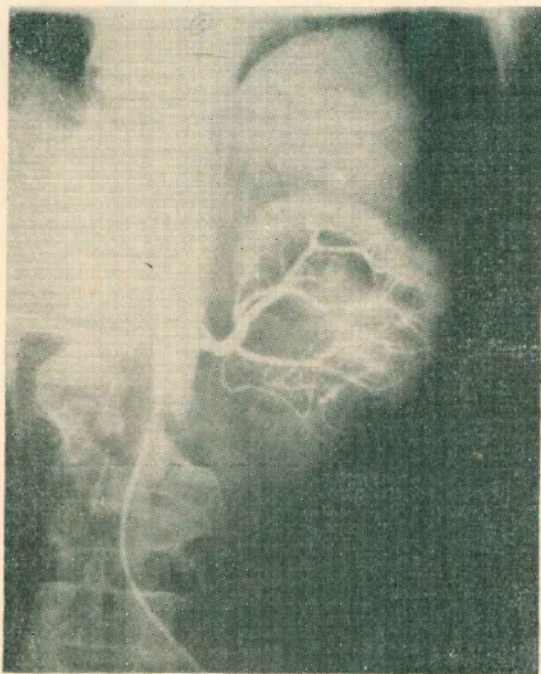
Llegados a este punto decidimos la intervención quirúrgica con diagnóstico probable de tumor.

Cirujano: Dr. Rebaudi A. S.

Anestesia general.

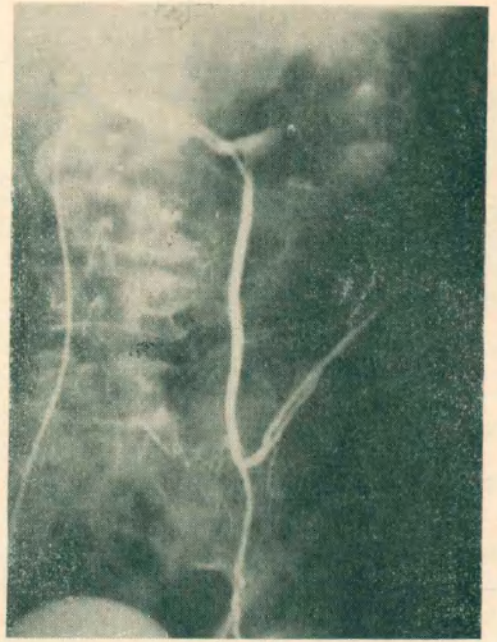
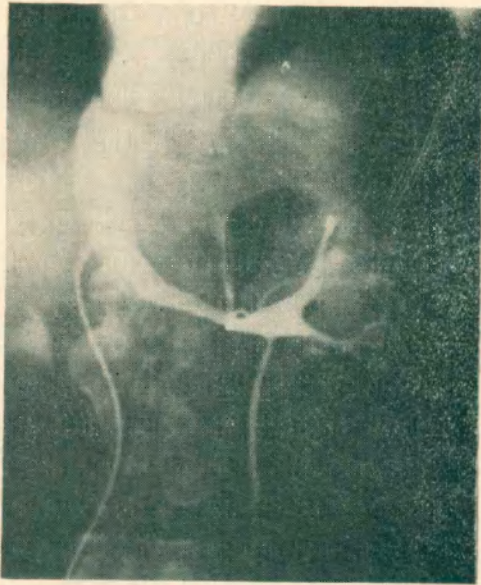
Incisión pararectal externa izquierda. Se abre el peritoneo explorando el abdomen, no encontrando nada anormal.

Se palpa una tumoración retroperitoneal que hace cuerpo con el riñón. Se abre el peritoneo parietal posterior en forma longitudinal en el espacio parietocólico izquierdo y se decola el descendente, se libera para llegar al hilio renal. Se liga la vena en primer término y luego la arteria. La tumoración se enuclea fácil en el extremo inferior donde se visualiza el uréter, que se liga y secciona. Lo que permite luxar en un solo bloque tumor y riñón; el polo superior está íntimamente adherido a la suprarrenal, que es necesario extirpar en parte para extraer toda la tumoración. Se deja drenaje por contraabertura en retroperitoneo. Se sutura el peritoneo posterior reconstruyendo el parietocólico. Sutura por planos.



La pieza es ovoide de 15 x 9,5 cm., que pesa: 790 gm. Superficie abollonada de color amarillo; a la sección se observa en lo que parece la pelvis una formación calcúlosa y una neoformación lipóide que infiltra todo el riñón, sobre todo en polo inferior.

El Dr Eduardo Penhos hará la descripción anátomo-patológica:



ANATOMIA PATCLOGICA LIPOMA

Si bien la naturaleza del tumor no deja lugar a dudas en cuanto se trata de un lipoma, En cambio resulta difícil definirse acerca de su etiología, por el lugar en que se origina es un lipoma intrarrenal o un lipoma pararenal. Y esto se debe fundamentalmente a que algunas zonas periféricas del blastoma muestran claramente la existencia de una cápsula fibrosa que separa el tejido renal de la tumoración (lipoma pararenal) y en cambio en otros sectores no se observa esta cápsula (lipoma intrarrenal).

Con la descripción clínica y anatomopatológica queda descartada la enfermedad de Bourneville que presenta:

- 1) Retardo mental.
- 2) Epilepsia.
- 3) Nódulos gliales en el cerebro.
- 4) Adenomas sebáceos cutáneos.
- 5) Lesiones de tipo hamartomatoso.
- 6) Angiomiolipoma de riñón.

Descartamos los tumores retroperitoneales por la definición del espacio retroperitoneal.

Quedarían tres clases de tumores benignos adiposos:

- | | |
|-----------------------|---|
| 1) Lipoma intrarrenal | Corticales
Subcorticales
Peripélvicos |
| 2) Lipoma pararenal | |
| 3) Lipoma perirrenal. | |

Que no deben ser confundidos con la lipomatosis de reemplazo.

1) La etiología del lipoma intrarrenal se atribuye a tres causas. La primera según Lower y Belcher sería a la existencia de restos embrionarios. La segunda, Hunt y Simón creen que los tumores lipomatosos se deben a una

metamorfosis de tejido conectivo. La tercera, Robertson y Hand dicen que la etiología se debe a que el brote uretérico al invadir el metanefros arrastra a la corteza tejidos grasos.

Estos lipomas intrarrenales son pequeños, localizados en la corteza, encapsulados y contienen células de grasa. Son unilaterales, no están en relación con la obesidad y crecen por expansión. Pueden ser grandes, Grawitz describe uno de 2.200 gramos, incluyendo el riñón. Estos tumores son en general asintomáticos, poniéndose en evidencia a veces por ligeras molestias lumbares. Tumor palpable. Las radiografías muestran deformación en patas de araña, luego obliteración de cálices, agrandamiento renal y rotación.

2) Lipoma pararrenal: está adyacente al riñón y lo disloca y distorsiona. No produce síntomas salvo que comprima al uréter.

3) Lipomas perirrenales: rodean al riñón reduciéndolo de tamaño por compresión y disminuyendo su función.

Estos dos últimos tienen características similares. Histológicamente encapsulados, amarillentos, lobulados, de tamaño variable. Puede haber pequeñas áreas hemorrágicas. La cápsula es delgada y fibrosa y finas hilachas fibrosas separan las células adultas de grasa.

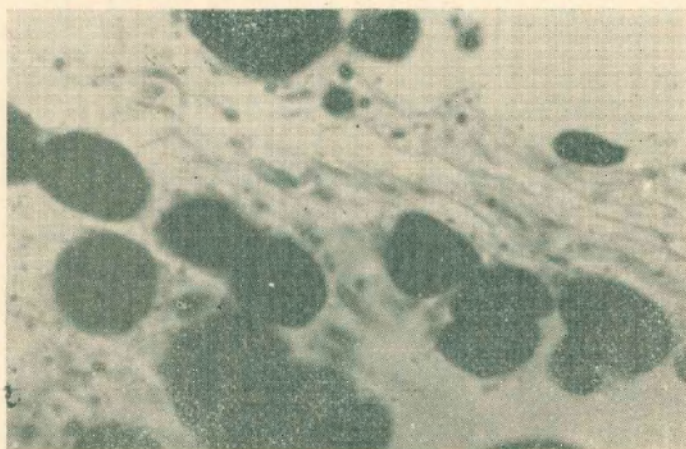


Foto I. — Con gran aumento se ven las células del lipoma con grandes vacuolas intensamente teñidas con Sudan III.

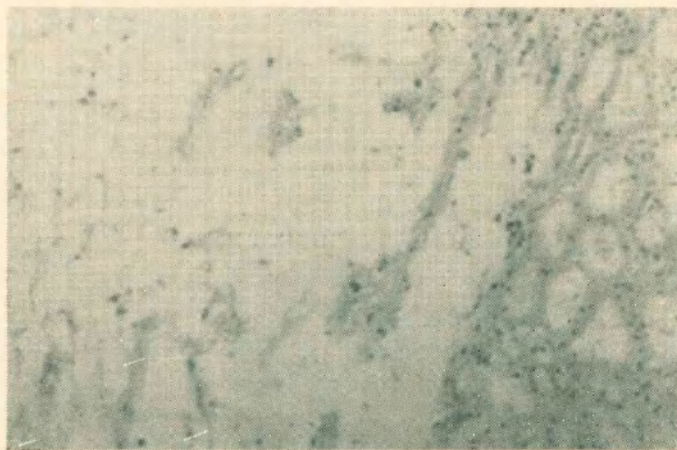


Foto II. — En esta foto no se ve cápsula tumoral, no existiendo transición entre el parénquima renal y el lipoma.