

Hospital Alvear, Sala 6^a. Jefe:
Prof. Dr. JUAN SALLERAS

Por los Doctores
LEON D. ARRUES y
ANDRES BIANCHI

TUMOR DE RIÑÓN. IMAGEN ATÍPICA PIELOGRAFICA. URETER DOBLE

MOTIVA la presente comunicación la historia clínica que a continuación relatamos:

F. C. — 41 años, argentino, casado. N^o de Historia 1594 y 1458, Ingresa el 5/1/34.

Antecedentes hereditarios y personales. — Padre falleció a los 67 años de neumonía. Madre vive y es sana; 9 hermanos vivos y sanos. Uno falleció de neo de estómago y otro repentinamente.

Blenorragia a los 23 años, que curó bien con grandes lavajes de permanganato. Nueva infección 5 años después que se complicó con epididimitis doble. En 1927 reagudización con gran tumefacción de bolsas. En esta misma época, a raíz de una caída de caballo, sufrió una fuerte contusión en el lado izquierdo, formándose un gran hematoma que obligó a una punción mediante la cual se le extrajo regular cantidad de líquido sero-sanguinolento.

Curó con reposo y sin haber tenido ninguna manifestación en su aparato urinario. Continúa bien hasta hace un año y medio en que se inicia su

Enfermedad actual. — En febrero de 1933 sobreviene sin dolor previo una hematuria de tipo total que cede con reposo a los 5 días sin ninguna otra manifestación en su aparato urinario. A los 6 meses, y con motivo de una nueva caída del caballo, vuelve a sufrir una contusión en la región lumbar izquierda; 4 horas después, al efectuar la primera micción, vuelve a observar sus orinas intensamente sanguinolentas, formándose en las horas subsiguientes gran cantidad de coágulos que bloqueaban totalmente la vejiga. En estas condiciones ingresa al hospital Fernández donde, apremiados por el intenso dolor vesical, debemos efectuar al enfermo lavajes con sonda metálica para evacuar el reservorio urinario. Después de algunos días de reposo sus orinas se aclaran totalmente y como ninguna otra molestia retenía al enfermo, éste solicita el alta. En los 4 meses siguientes se repiten episódicamente las hematurias, pero de menor duración, por lo cual el enfermo abandona sus tareas de campo para volver a internarse nuevamente el 23 de mayo de 1934.

Estado actual. — Enfermo en buen estado de nutrición. Mucosas y conjuntivas ligeramente pálidas.

Riñones: Izquierdo. — En el lugar que corresponde al riñón se palpa una tumoración del tamaño de una toronja de superficie algo irregular que pelotea y tiene contacto lumbar. En posición de pie se palpa casi en sus dos tercios inferiores. No hay puntos dolorosos, pero la puñopercusión produce marcada reacción. Las orinas globales son ligeramente turbias en ambos vasos.

Radiografía simple (fig. 1). — El riñón izquierdo se percibe muy aumentado de volumen a expensas, sobre todo, de su diámetro transversal. El

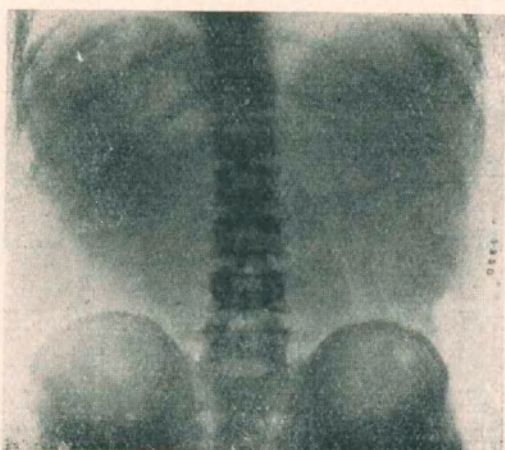


Figura N° 1.
Radiografía simple. - Riñón izquierdo
deformado por la tumoración.

borde externo es irregular observándose a su nivel una marcada lobulación. En conjunto ocupa el espacio comprendido entre cuatro cuerpos vertebrales. Riñón D. normal.

Pielografía ascendente: lado izquierdo (fig. 3). — Pelvis renal situada entre 2ª y 3ª lumbar, de forma y tamaño normal, pero con algunas alternativas en su opacidad. El cáliz inferior apenas se esboza aumentando su nitidez a medida que se acerca a su extremo papilar. El superior, en cambio, es muy alargado, ocupando casi el espacio comprendido entre dos cuerpos vertebrales.

En el lado derecho se observa con mayor claridad la anomalía descrita anteriormente. El doble entrecruzamiento del uréter se advierte claramente en la pielografía obtenida en posición lateral (fig. 4).

22/5/34. *Urografía de excreción: lado izquierdo.* — Sólo se percibe alguna eliminación en la radiografía obtenida a los 15 minutos (fig. 2), esbozándose apenas los extremos caliciares que se presentan como sombras lacunares.

Sólo se observa con alguna claridad el cáliz superior que se presenta muy alargado. En el lado derecho se percibe un doble uréter.

Vejiga. — Normal a la palpación externa. Capacidad 200 cc. No hay retención. Citoscopia: mucosa de aspecto normal. Meato ureteral izquierdo recubierto por un pequeño coágulo. No se perciben eyaculaciones. En el lado derecho hay dos pequeños orificios casi superpuestos, por uno de los cuales se ven bien las eyaculaciones.

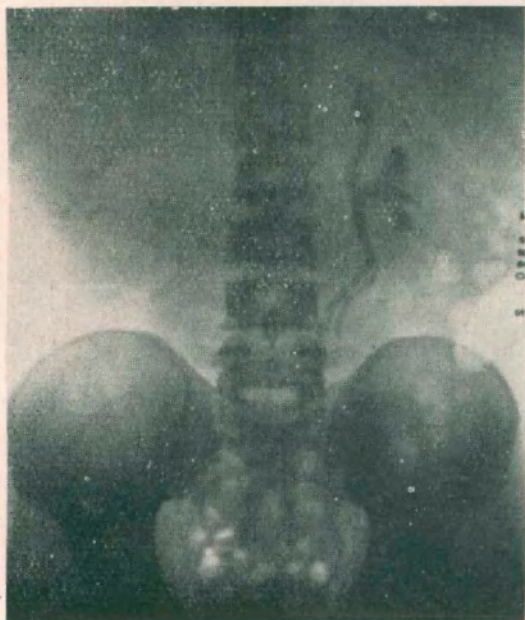


Figura N° 2.

Urografía de excreción. - Lado izquierdo, sólo se perciben los extremos caliciales y se esboza el cáliz superior alargado. Lado derecho: Duplicidad de las vías excretoras.

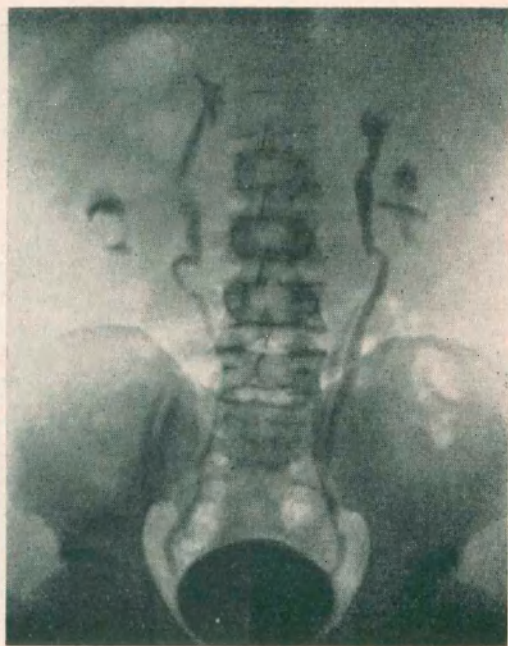


Figura N° 3.

Elongación del cáliz superior izquierdo. Pielografía ascendente.

Orinas recogidas por cateterismo. — Riñón izquierdo: tiempo, 20 minutos; cantidad, 7 cc.; cloruros, 7.8; urea, 7.70.

Riñón derecho: tiempo, 20 minutos; cantidad, 22 cc.; cloruros, 16.02; urea, 23.68.

Sedimento riñón izquierdo: abundantes hematíes. Regular cantidad de leucocitos. Abundantes células de decamación.

Sedimento riñón derecho: algunos hematíes. Células de decamación. Escasos leucocitos.

Operación. — Anestesia general: cirujanos doctores Salleras, Torres y Arrues: se practica lumbotomía y llegado al tejido célulo-adiposo perirrenal se

procede a destruir gran cantidad de adherencias. Se amplía la incisión para exteriorizar la glándula muy aumentada de volumen y previa escisión del uréter y ligadura del pedículo se procede a su extracción. Se cierra la pared dejando un tubo en la loge.

Evolución clínica: afebril, desde los primeros días. Al tercero se retira el tubo. Diuresis media los primeros 4 días, 750 cc.; 8 días después, 1.300. Alta el 15/7/34, en perfectas condiciones.

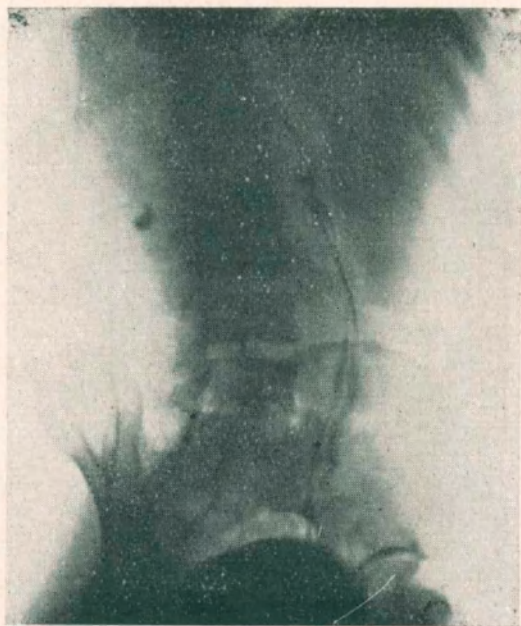


Figura N° 4.
Pielografía en posición lateral izquierda.
Se percibe claramente el uréter doble con
sus entrecruzamientos característicos.

Como se podrá advertir inmediatamente, se trata en el presente caso de un tumor de riñón izquierdo en el cual la pielografía de relleno nos mostró una imagen atípica sin las características deformaciones ni irregularidades de los cálices que suelen observarse en la mayor parte de estas imágenes; sólo en la urografía de excreción observamos algunas sombras deformadas de aspecto lacunar y que fué la que nos inclinó a pensar en la existencia de la lesión que luego comprobamos.

Tal como en el enfermo presentado por el profesor Llanos en una de las últimas secciones del año pasado, en el cual la imagen pielográfica ascendente era muy semejante a la que obtuvimos nos-



Figura N° 5
Corte del riñón. Se percibe claramente la tumoración rodeada de una cápsula fimo- sa y a la cual se agregan otras masas ac- cesorias.

otros, también como él pensamos en la probabilidad de un quiste de riñón; sin embargo, no nos aferramos a este diagnóstico, pues si bien la tumoración producía un alargamiento del cáliz, no obser- vábamos en la imagen el desplazamiento que nosotros creemos es casi característicos en los quistes incluidos en las glándulas.

El examen macro y microscópico nos hizo explicar la deformación de la vía excretora en su iniciación y es por ello que la transcribimos al finalizar esta comunicación.



Figura N° 6
Corte efectuado en la parte media. Se observa en él masa tumoral y la prolongación hacia arriba del cáliz superior.

Se trata, la pieza en observación, de una masa globulosa de 14 c. c. en su diámetro transversal por 16 en el vertical y 7 en el anteroposterior, viéndose en uno de los polos de la misma restos de tejido grasoso. En su corte longitudinal se observa la pelvis renal y el cáliz superior deformados por masas vegetantes que viene

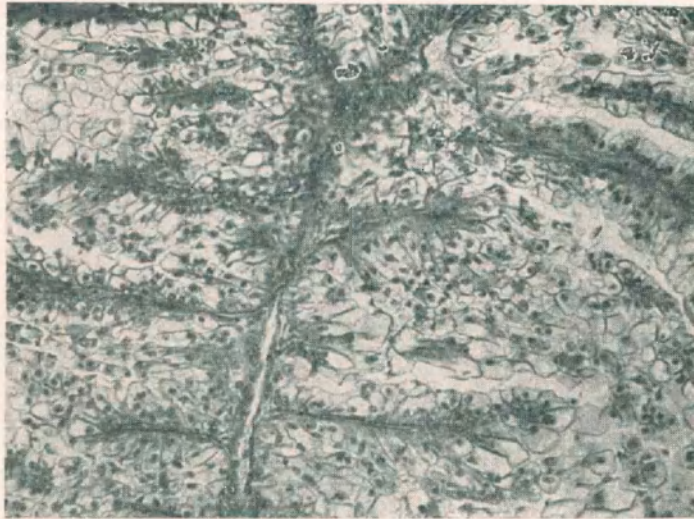


Figura N° 7.

Microfotografía en la cual se ve claramente las vegetaciones epiteliales de forma arborescente.

de la profundidad, formando a este nivel varias lobulaciones de la forma y tamaño de huevos de paloma.

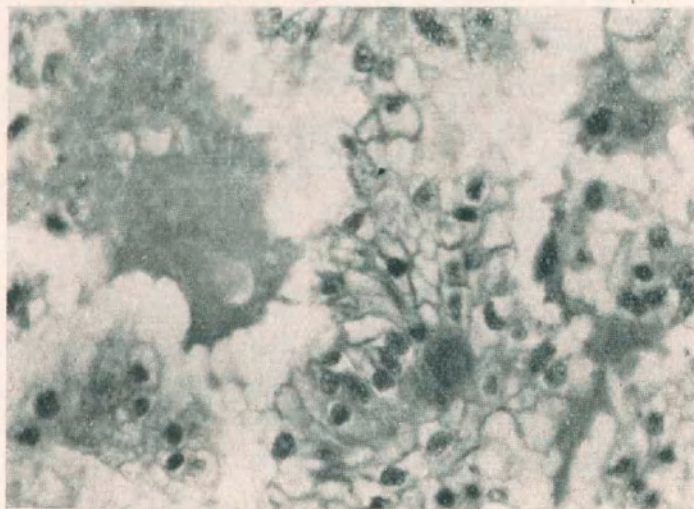


Figura N° 8.

Mayor aumento que la microfotografía anterior. Células claras de núcleo redondeado. Tráqueo cromático.

El desarrollo mayor de la maza en estudio se hace sobre la cara anterior, parte súperoexterna del riñón a cuyo nivel existe una

tumoración irregularmente redondeada de 10 ctms. de diámetro irregularmente, constituida por la confluencia de numerosos lóbulos y cuya parte central, de aspecto filamentososo, era sumamente blanda.

Una cápsula conjuntiva gruesa rodea casi completamente el tumor tal como puede apreciarse en la figura 5, el que en su desarrollo comprime y alarga la pelvis renal aproximadamente en la parte media. Por fuera de la cápsula existen otros numerosos nódulos

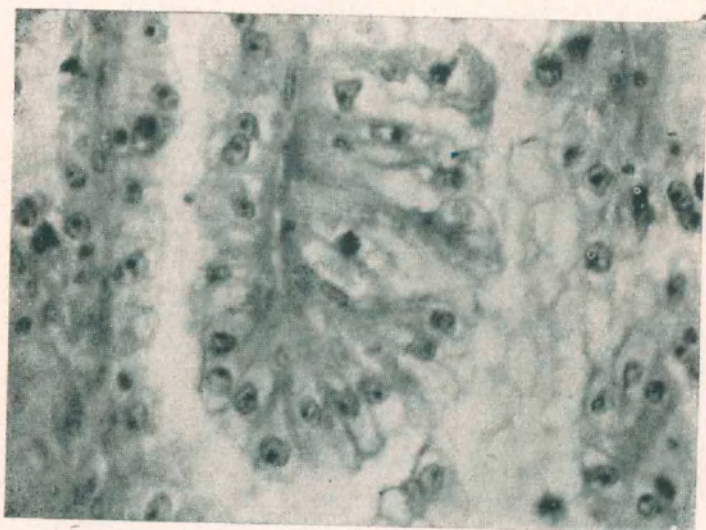


Figura N° 9.
Microfotografía de otra zona con la misma característica que la anterior.

los, tamaño de aceitunas, de color amarillento homogéneo con algunas vetas grisáceas, los que son de consistencia blanda.

Cortes seriados macroscópicos practicados hacia la cara anterior de la tumoración en estudio demostraron que el desarrollo de la misma se dirigía hacia la parte media del riñón (fig. 6) (punto A) elongando la pelvis renal y muy especialmente el cáliz superior tal como se advirtió en la pielografía ascendente. Además de la masa principal encerrada dentro de la gruesa capa conjuntiva existen por fuera de la misma otros nódulos de aspecto macroscópico

igualmente bien visibles en el punto B. los que por su expansión excéntrica completan el alargamiento del cáliz superior estirándolo sobre su maza.

El estudio histológico de la neoplasia practicado en diferentes puntos de la misma presentó un aspecto fundamental muy semejante en todos ellos.

Por dentro de una cápsula fibrosa conjuntiva se vieron numerosísimas vegetaciones epiteliales de forma arborecente (fig. 7) constituídas por un eje vascular ramificado sobre el que se insertan una o varias capas de células altas o claras de núcleo pequeño, redondeado generalmente tráqueo-cromático y de preferencia basal, provisto de un nucleolo muy aparente y cuyo protoplasma abundante, muy claro, con el aspecto de célula vegetal, contiene abundante glucógeno, lípidos y también finas granulaciones de mucina coloreables por el carmín. Entre estas vegetaciones epiteliales, se encuentran las cavidades glandulares, las que pueden ser casi virtuales, como se ve en la figura 7 o por el contrario muy aparentes tal como aparece reflejado en la 8 y muy especialmente en la 9, en la que puede observarse una gran cantidad de material amorfo y restos celulares decamados dentro de la luz glandular neoformada.

Consideramos importante hacer notar que a pesar de las imágenes histológicas tan semejantes a los blastomas descritos como pertenecientes al parénquima renal, en nuestro caso se vieron dentro de las células neoformadas granulaciones de mucus que indican su origen de gérmenes celulares no renales sino endodérmicos, es decir, en estrecha relación con los orígenes de la suprarrenal.

Otra particularidad interesante de esta observación, es demostrar las relaciones de un blastoma renal, con anomalías de desarrollo de este sujeto, en el que existe una duplicidad del uréter del lado opuesto. La relación que puede existir entre malformaciones y blastomas, nos parece de una gran importancia, ya que documenta el nexo que puede existir entre las alteraciones constitucionales de los sujetos y la ecloción de blastomas, una vez aparecidas las condiciones accesorias de cancerización.

Estos hechos de gran interés han sido estudiados entre nosotros y hace mucho tiempo (1925) por los profesores Llambías y Jorge. Consideramos que el mejor conocimiento de casos que como en el presente se asocian malformaciones y blastomas y también los de tumores múltiples en un mismo sujeto o aparato pueden iluminar en parte el difícil capítulo de la oneogénesis.