

Por el Doctor
MIGUEL A. LLANOS

TRES OBSERVACIONES DE TUMORES RENALES

He considerado que cada una de los tres casos de tumores de riñón, objeto de esta comunicación, tiene su importancia, ya clínica, ya radiológica y ya anatómo patológica.

PRIMER CASO.

Historia resumida. — O. A., italiano, de 42 años, dice que hace cinco años aproximadamente, siente bruscamente un dolor en la región renal izquierda, el que dura siete días. El 28 de junio de 1933 vuelve a sentir dolor en la misma región, pero esta vez más intenso y acompañado de fiebre: al día siguiente viene a Rosario y se interna en el Hospital Italiano en un servicio de clínica médica, donde permanece un mes sin obtener mejoría a pesar de los múltiples tratamientos ensayados: pasa después a un servicio de cirugía donde lo examino. Examinado el enfermo, encontré una tumoración en el flanco izquierdo que tenía todos los caracteres de localización renal (peloteo, contacto lumbar y participación de los movimientos respiratorios). Dicha tumoración era, de superficie lisa y de consistencia renitente, razón por la cual yo formulé el diagnóstico de gran quiste seroso del riñón, después de haber eliminado la hidronefrosis, los quistes hidáticos por las reacciones biológicas y el tumor renal sólido (neoplasma) por la falta de hematuria, por la consistencia que era renitente y por su superficie completamente lisa. Se practica la siguiente pielografía con uroselectán, lo que demuestra la excelente eliminación del riñón derecho y la deficiencia del izquierdo: se hace una pielografía ascendente bilateral en la que se puede apreciar la enorme deformación de las vías excretoras del riñón izquierdo y que está, hasta cierto punto, en desacuerdo con la imagen que generalmente da el cáncer de riñón, es decir, la amputación de los cálices.

CONSIDERACIONES.

La pielografía, lejos de orientar hacia el diagnóstico de tumor sólido de riñón, parecía confirmar mi diagnóstico probable de quiste, porque es fácil imaginar que un quiste que toma origen en la proximidad de la pélvis en su crecimiento puede aplastar y alargar a ésta y los cálices en la forma de la presente radiografía.

Operado el paciente por vía lumbar, encontré un riñón de un tamaño mayor que el que demuestra esta fotografía pero que, felizmente, no presentaba sino adherencias laxas, de modo que su extirpación no ofreció ninguna dificultad y el post-operatorio fué excelente.

La pieza fué enviada al malogrado profesor Dr. Fernando



Fotografía N° 1. — Negativo 4879. — Pieza 6590
(Colección del Museo del Instituto de Anat. Patológica
de Rosario).

Tumor de riñón

- A. - Polo inferior.
- B. - Cara posterior.
- C. - Polo superior.
- D. - Pelvis renal desplazada por tejido tumoral.

Ruiz, quien después de un estudio detallado hizo el diagnóstico de epiteloma renal atípico.

DIAGNÓSTICO HISTO-PATOLÓGICO.

Epiteloma atípico, que no invade el parénquima renal, sino que lo desplaza.

Macroscopía. — El órgano se presenta muy aumentado de volumen, contribuyendo a ello, la emergencia que hace la pelvis renal.

Pesa 1020 gramos. La forma en conjunto, es ovoidea. En toda la superficie del órgano, notamos que está recubierto por parénquima renal y a la altura de la pelvis notamos que ésta hace emergencia,



Fotografía N° 2. — Negativo 4880. — Pieza 6590
(Colección del Instituto de Anat. Patológica de Rosario)

Tumor de riñón

- A. - Porción cortical del lóbulo inferior.
- B. - .. medular. - Pirámides de Malpighio del lóbulo inferior.
- C. - .. parénquima renal que hace de cápsula al tumor.
- D. - .. tumoral con infiltración hemática.
- E. - necrosada.
- F. - que desplaza la pelvis renal.
- G. - Pared externa e interna de la pelvis renal.
- H. - Arteria renal.
- M. - Cálices comprimidos y desplazados.

adquiriendo el tamaño de una naranja y está perfectamente encastada en el hilio renal.

La cápsula fibrosa del riñón, es fácilmente desprendida, dejando una superficie lisa. La pelvis renal, presenta pequeños blocks de tejido adiposo adheridos a su cara externa. Mediante una sonda

acanalada, podemos penetrar por la abertura dejada por la incisión del uréter y exploramos toda la cavidad pelviana, la cual está aplastada por una masa tumoral, y en esa exploración llegamos hasta los cálices, los que también pueden ser recorridos en gran parte de su trayecto que se hace superficial por desplazamiento y que responden muy bien a la imagen obtenida por la pielografía.

Incindiendo el órgano verticalmente y de borde convexo hacia el hilio, se nos presenta una masa tumoral que ocupa casi toda

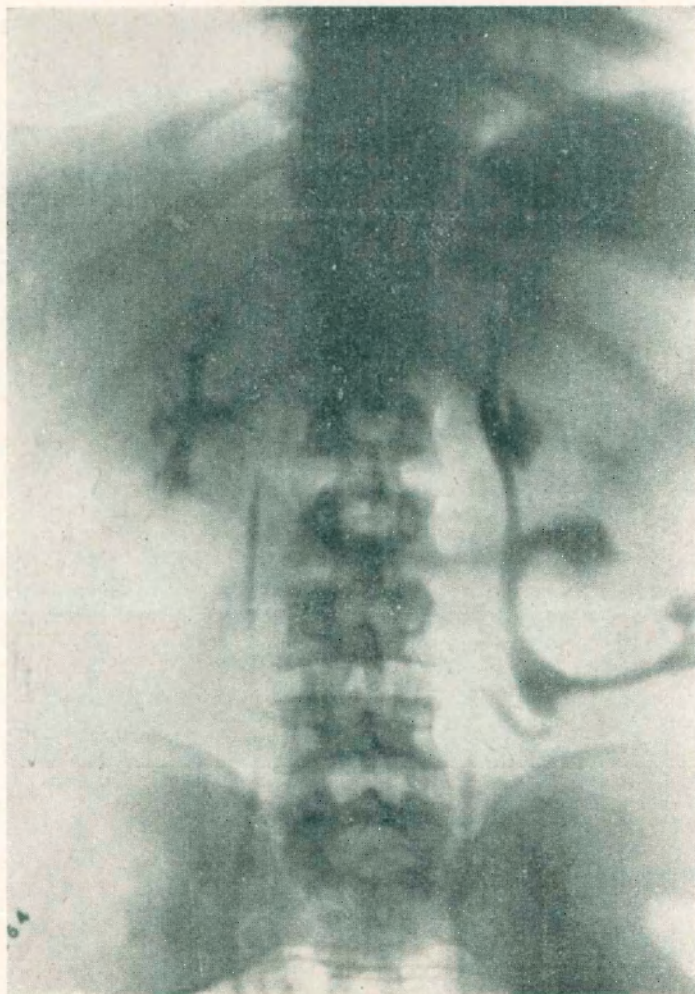


La cápsula del tumor muestra vidas epiteliomatosos de propagación.

la superficie del tejido renal, cuyo parénquima ha sido desplazado y no invadido por el tejido neoplásico, el que en algunos puntos, sobre todo en los dos tercios superiores del riñón, alcanza al espesor de $\frac{1}{4}$ de centímetro, quedando sólo una pequeña porción de parénquima renal que conserva su cortical y algunas pirámides de Malpighio disminuídas de volumen situado en la parte correspondiente al polo inferior del riñón, que a su vez ha sido desplazado por la masa tumoral del hilio. Ese tejido tumoral desplaza y aplasta la pared interna de la pelvis, pero sin penetrarle en ningún punto.

El tejido tumoral se presenta homogéneo, de coloración rojiza, interrumpida por focos amarillentos y amarillo grisáceos; es de consistencia encefaloide, muy sangrante.

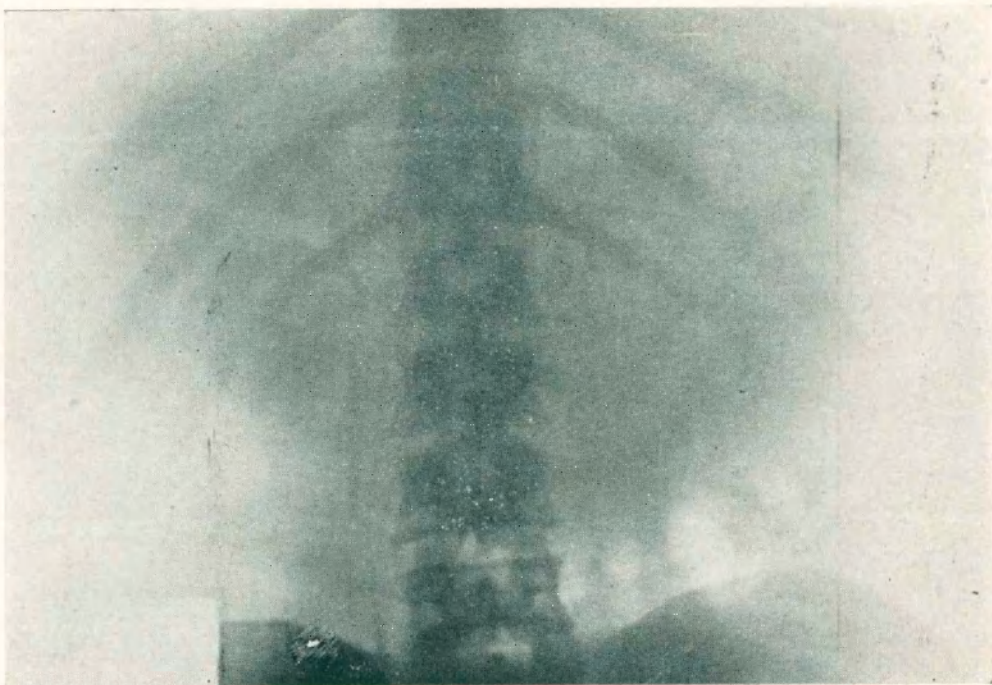
Microscopía. — Preparados 17822/38. Precediendo al estudio histopatológico de esta pieza, podemos notar ante todo, por-



Caso 1 - Radiografía No. 1

ciones bien conservadas del parénquima renal, pero a medida que nos acercamos a las porciones desplazadas por el tejido tumoral, observamos la transformación regresiva de los sistemas uriníferos, con la fibrosis de los glomérulos de Malpighio y la atrofia de los tubos uriníferos; el estroma se presenta proliferado e infiltrado de células mononucleares de tipo linfocitarias.

Más adelante notamos la reacción proliferativa intensa del estroma conjuntivo quedando muy pocos elementos del parénquima reconocibles, así como también vasos sanguíneos. Y en uno de los cortes, aparece en el espesor de ese tejido, un cáliz con su revestimiento epitelial pavimentoso, que podemos seguir en un largo trecho de su trayecto, con su luz aplastada. Ya en el límite del



Caso 1 - Radiografía No. 2

tumor, notamos que ese tejido proliferado, forma realmente una cápsula limitante en la que los haces conjuntivos se disponen tangencialmente a la superficie del tumor, y vemos que envía numerosos tractus que forma parte del estroma neoplásico.

Ahora bien: los tractus conjuntivos que penetran en el tejido tumoral, sufren un proceso de reacción proliferativa intensa, y a posteriori han sufrido un proceso de degeneración hialina, dando lugar a la formación de islotes macizos de esa sustancia, notándose en los intersticios restos de cromatina y grandes cúmulos de pigmentos hemáticos (hemosiderina).

En otros puntos notamos que el tejido neoplásico está cons-

tituido por un estroma a gruesos fascículos que luego se refunden en ramificaciones arboriformes que delimitan espacios incompletos, los que están ocupados por el parénquima tumoral, con numerosos lagos sanguíneos.

El parénquima está constituido por células de forma y tamaño variable, predominando la de tipo poliédrico por presión mutua; son bien limitadas por condensación de su protoplasma, el que es granuloso y en muchas células está ocupado por numerosas vacuolas de sustancias lipoides, llegando en algunas a ocupar y reemplazar el protoplasma.

Poseen en general, un núcleo, algunas dos, de tamaño variable y se presentan en gran actividad genética. En las células ocupadas por las vacuolas mencionadas, están en estado picnótico.

En cuanto a la vascularización, vemos que está mantenida por finos vasos que corren por el espesor de los tractus conjuntivos y de sus ramificaciones. En medio del parénquima celular, hemos dicho que existían lagos sanguíneos, algunos con pared propia tenue y con revestimiento endotelial, y otros corresponden a infiltraciones con desplazamiento de las células tumorales, a cuya altura los glóbulos rojos se encuentran alterados.

Esta textura, que nos permite reconocer el tipo de neoplasia, se conserva en muy pocos puntos superficiales de la masa tumoral, puesto que en el resto, ha sufrido todo el tejido neoplásico un proceso de franca necrosis con infiltración eritrocítica.

De manera que estamos en presencia de un tumor renal a tipo epitelial en el cual sus elementos celulares adquieren cierta atipia, pero que no invaden e tejido renal, sino que lo desplazan, y que clasificamos como un *epitelioma atípico* de riñón.

SEGUNDO CASO.

E. M., domiciliado en Rosario, casado, de 65 años de edad, jornalero, ingresó al servicio del Hospital Centenario el 23 de noviembre de 1935.

Antecedentes hereditarios. — Padre fallecido de retención de orina, no sabe la causa de la misma; la madre murió e ignora de qué. Tiene dos hermanos que no sabe si viven.

Antecedentes personales. — A los 12 años tuvo reumatismo poliarticular agudo febril, habiendo pasado un año para la evolución de la enfermedad y convalecencia. En 1894, blenorragia tratada con lavajes y complicada con orquitis derecha. Buen bebedor de vino y fumador.

Enfermedad actual. — Hace dos años se inicia su enfermedad por una hematuria total y espontánea que le dura tres días; a los tres meses se reproduce de nuevo durando ocho días y con expulsión de coágulos. Las hematurias se repetían cada dos o tres meses. Ocho días antes de su ingreso tuvo una gran hematuria que le provoca retención y que termina con la expulsión de coágulos alargados.

Al ingresar al servicio se constata que la hematuria es total en la prueba

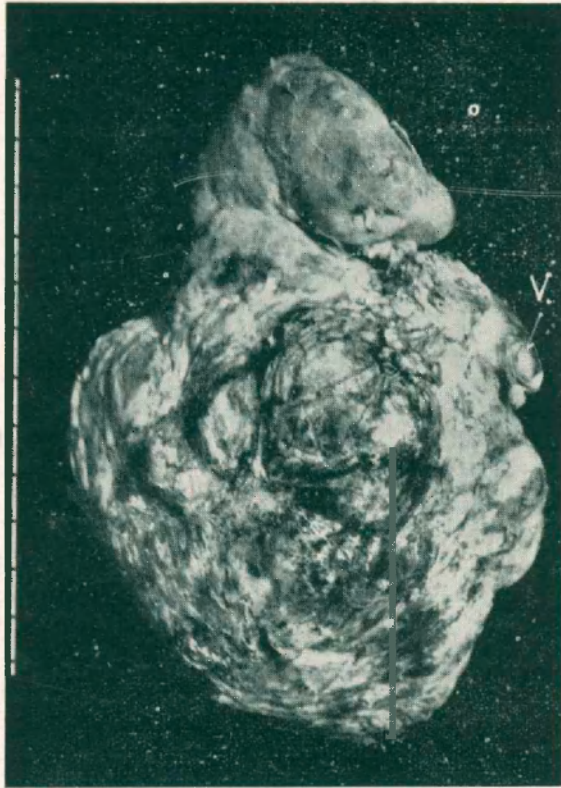


FIG. 1. — Pieza operatoria entera. V. señala la vena renal con el brote neoplásico en su interior.

de los tres vasos y, limitándome solamente al examen del aparato urinario, diré que el riñón derecho se palpa aumentado de tamaño, de superficie irregular, participa de los movimientos respiratorios, hay contacto lumbar y peloteo renal. El izquierdo no se palpa. Urea en sangre: 0.24 g. ‰.

La uretra deja pasar fácilmente el explorador N° 20. La próstata normal al tacto rectal. Buena capacidad vesical. La cistoscopia demuestra mucosa vesical normal: se ve en el orificio ureteral derecho un coágulo alargado suspendido que se desprende con la sonda ureteral y se ve entonces claramente la eyaculación francamente sanguinolenta; en cambio, en el lado izquierdo se ve la eyaculación clara. Se practica el cateterismo ureteral bilateral, habiéndose introducido

las sondas sin dificultad hasta 25 cm. De la sonda derecha sale orina sanguinolenta y se tapa fácilmente con los coágulos, razón por la cual no se puede recoger orina suficiente para su examen. Del lado izquierdo sale orina límpida con todos los caracteres macroscópicos de orina normal que recogida durante 40 minutos da 27 c. c. y su examen 10.08 g. de urea por mil.

La pielografía, a pesar de que es poco demostrativa, deja ver una imagen

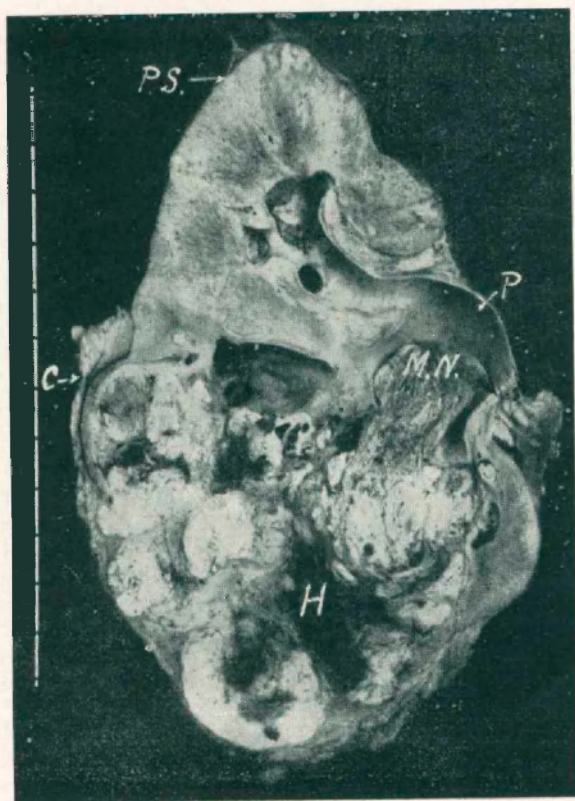


FIG. 2. — La misma pieza abierta. P. S. polo superior. P. pelvis dilatada. M. N. mamelón neoplásico en la pelvis. H. hemorragia intersticial. C. cápsula del órgano.

lacunar a nivel de la pelvis y el radiólogo hace el diagnóstico probable de papiloma de la pelvis. Nosotros, que hemos examinado al enfermo clínicamente y hemos encontrado un riñón grande y de superficie irregular, consideramos la posibilidad de que dicha imagen sea debida a la invasión del tumor en la cavidad pelviana o a coágulos.

Con todos estos datos hacemos el diagnóstico de tumor del riñón con probable invasión a la pelvis, y nos decidimos a inter-

venir a pesar de la edad y de las malas condiciones del paciente, pues había perdido 15 kgs. desde el comienzo de su enfermedad.

La operación, practicada con raquianestesia (10 cts.) muy buena, se hizo sin dificultad, solamente al aislar el pedículo para su ligadura nos dimos cuenta de que la vena renal estaba obstruída, que pensamos de inmediato sería por una prolongación del tumor, que llegaba justo hasta la vena cava; entonces, para colocar la li-

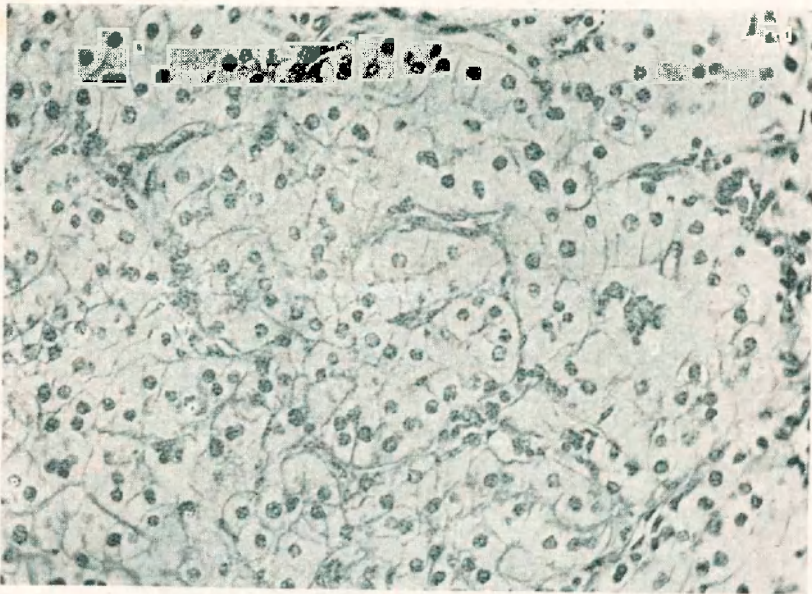


FIG. 3. — Microfotografía. 300 diámetros. Negativo 6650. Muestra la estructura tubular y el aspecto de las células tumorales.

gadura rechazamos dicha prolongación hacia el riñón, presionándola entre el índice y el pulgar y conseguimos ligar separadamente vena y arteria; al seccionar dichos vasos nos dimos cuenta que en el muñón de la vena quedaba un pequeño fragmento del tumor y lo dejamos por temor de que la ligadura pudiera deslizarse produciendo una hemorragia que sería difícil de cohibir y porque pensamos que ese pequeño fragmento tumoral estaba completamente aislado de la vena cava por la ligadura y no ofrecía ningún peligro de propagación por embolia, a más de que bien pronto sufriría un proceso de necrosis.

El post-operatorio fué muy bueno y visto el enfermo el 3 de octubre de 1936 no presentaba ningún síntoma de metástasis y ha aumentado 16 kgs.

El estudio anátomo-patológico de la pieza ha sido hecho por el profesor Dr. Cid quien arriba a la conclusión de que se trata de un epiteloma renal a células claras (tipo hipernefroide).

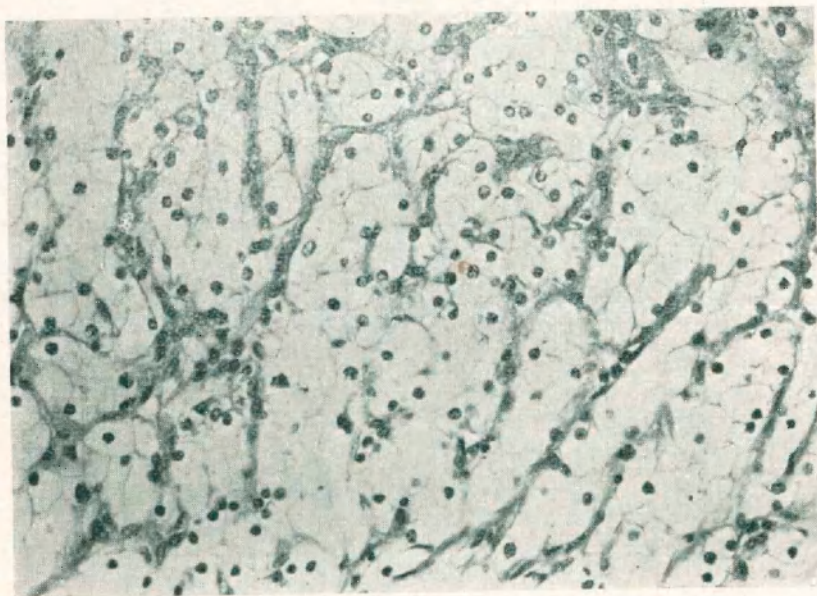


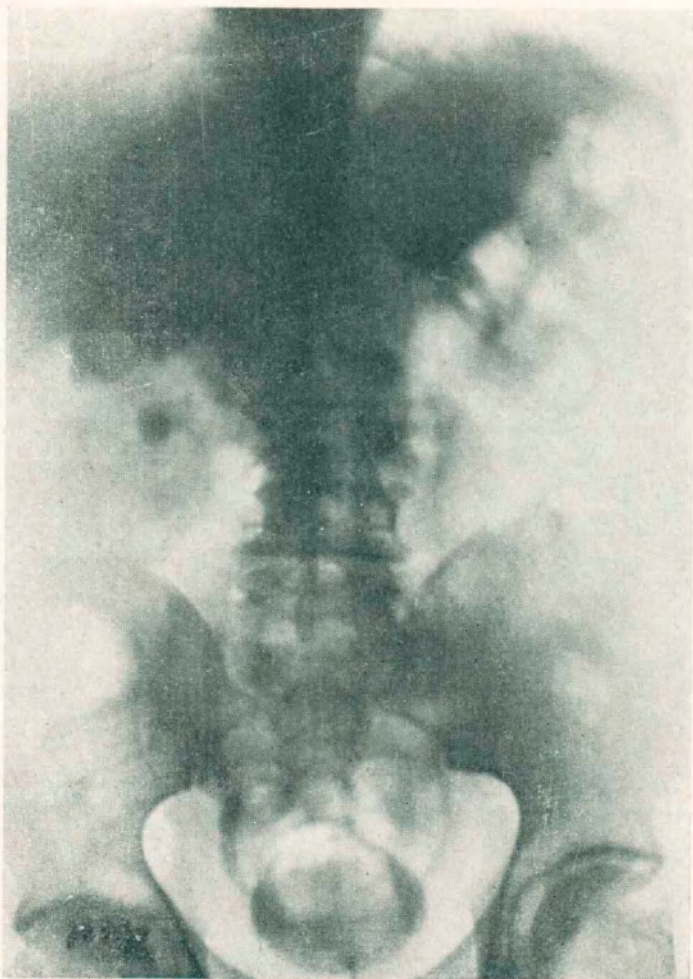
FIG. 4. — Microfotografía. 300 diámetros. Negativo 6651. Algunos cordones sólidos. Las células son también claras.

DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA.

La pieza mide 15 x 10 x 8 cm. de espesor y se presenta muy deformada a nivel de su mitad inferior. Esta aparece constituida por una masa globulosa de superficie mamelonada recubierta por una cápsula renal desprendible en gran parte y que aparece con sobrecarga grasa. La mitad superior del riñón está prácticamente indeleble y se continúa con la inferior, existiendo una línea de demarcación neta. Detrás de la pelvis renal se ve una arteria y una vena englobadas en una vaina común. La arteria es de aspecto normal. La vena en cambio aparece considerablemente distendida por

un brote neoplásico cilíndrico de 1,5 cm. de diámetro que ocupa su luz.

En un corte longitudinal se nota mejor aún la separación neta entre las dos mitades del órgano. La mitad superior muestra la dilatación de las cavidades superiores que comunican ampliamente



te con la pelvis. En la mitad inferior el parénquima está sustituido por un conglomerado de nódulos redondeados de un tejido blanco-amarillento que deforman la superficie del órgano. Uno de los nódulos tumorales ha invadido un cáliz inferior y de ahí se ha extendido hacia la pelvis a la que llega una gran parte sin contraer adherencias con la pared. En el centro de la zona hay lesiones hemorrágicas y transformaciones del conectivo. En el límite de las dos porciones hay unos pequeños nódulos de exten-

sión con límites netos y sin reacción apreciable del parénquima vecino. El centro de los nódulos tumorales más grandes exhibe alteraciones necrobióticas.

DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA.

Prescindiendo de las alteraciones secundarias, los nódulos tumorales se presentan constituidos por un tejido epitelial dispuesto según los sitios examinados en tubos o cordones llenos. Los tubos son de calibre y forma muy desigual en general con una sola capa de epitelio cúbico, pero no es raro que este se estratifique desfigurando considerablemente la luz del tubo. En los cordones se puede reconocer fácilmente los contornos de los mismos, más o menos sinuosos y paralelos en general. Tanto la superficie de los tubos como de los cordones está revestida por una pared o vaina de colágeno con núcleos alargados endoteliformes. En todas partes las células epiteliales de los tubos y cordones presentan el mismo aspecto. Son células muy claras cuya membrana gruesa destaca bien el contorno celular. El protoplasma es escaso, tenue, y en la mayoría de las células falta totalmente. Los núcleos aparecen más o menos excéntricos de tamaño y forma diversas, algunos en carioquinesis. Las coloraciones con rojo escarlata revela en las células de los tubos y cordones una cantidad enorme de sustancias grasas que enmascaran el núcleo.

La circulación del tumor se hace por vasos de paredes delgadas, verdaderos sinusoides que siguen el contorno de los tubos o cordones tumorales.

DIAGNÓSTICO.

Epitelioma renal a células claras.

TERCER CASO

J. M., de 39 años de edad, casado, empleado municipal; ingresó a mi Servicio del Hospital Centenario el 28 de Agosto del corriente año y nos manifestó que hacía 7 días, estando jugando a las bochas, sintió deseos de orinar y, al hacerlo, notó que las orinas eran rojas desde que se inició hasta que terminó la micción. Dicha hematuria es abundante y se mantiene en forma continuada, a pesar del tratamiento médico a base de hemostáticos, hasta su internación.

El examen clínico resultó negativo. A la cistoscopia se ve claramente que la sangre procede del orificio ureteral derecho; se recoge por cateterismo la orina del riñón izquierdo que da el siguiente resultado en una hora:

Cantidad	41 c. c.
Densidad	1011
Albúmina	0.20
Urea	13 %
Cloruros	12.10
Sedimento: abundantes hematíes, algunos leucocitos conservados.	

El riñón derecho no dió orina: probablemente, estaba obstruido por algún coágulo, pues la sangre contenida en la orina formaba abundantes coágulos.

Examen de sangre:

Hemoglobina	72 %
Glóbulos rojos	4.200.000
" blancos	8.300
Eosinófilos	2 %

Como antecedentes personales podemos decir que no recuerda haber tenido enfermedades en la infancia y afirma que nunca tuvo venéreas.

La pielografía demuestra del lado derecho, es decir, del lado de la hematuria, un riñón en ectopía renal baja, al parecer amputación del cáliz superior y una imagen lacunar en el cáliz inferior.

Por la imagen pielográfica y por los caracteres de la hematuria hicimos el diagnóstico probable de tumor del riñón con localización en el polo superior. La imagen lacunar del cáliz inferior no supimos interpretarla.

Intervención con raquianestesia (muy buen resultado). Exteriorizado el riñón tenía todo el aspecto de riñón normal por su forma, tamaño y consistencia. Después de hacer un examen prolijo, inclusive la punción exploradora en diversos puntos con el fin de encontrar en algún punto mayor consistencia que oriente sobre la localización del supuesto tumor, y habiendo resultado todo negativo, me decidí por la extirpación del riñón, lo que se realizó sin ninguna dificultad. El 23 de Septiembre se retiró completamente curado.

Abierta la pieza por su borde convexo se observa que en una de las papilas del cáliz inferior existe un pequeño tumor, con todos los caracteres macroscópicos de un angioma. La pieza fué llevada al Instituto de Anatomía Patológica y el informa hecho por el profesor Dr. Cid es el que sigue: "Se trata de una alteración que interesa al parecer, aunque en grado variable, todas las papilas del riñón. Proceso de esclerosis cicatricial con marcada te-

angiectasia que asume el carácter angiomaso, y en la cual se han producido hemorragias, algunas ya antiguas, otras recientes. Las alteraciones del resto del órgano pueden interpretarse como secuelas de antigua nefrosis curada".

DIAGNÓSTICO HISTO-PATOLOGICO.

Descripción macroscópica. — El riñón se presenta de aspecto normal, lo mismo que su configuración. Llamamos sólo la aten-

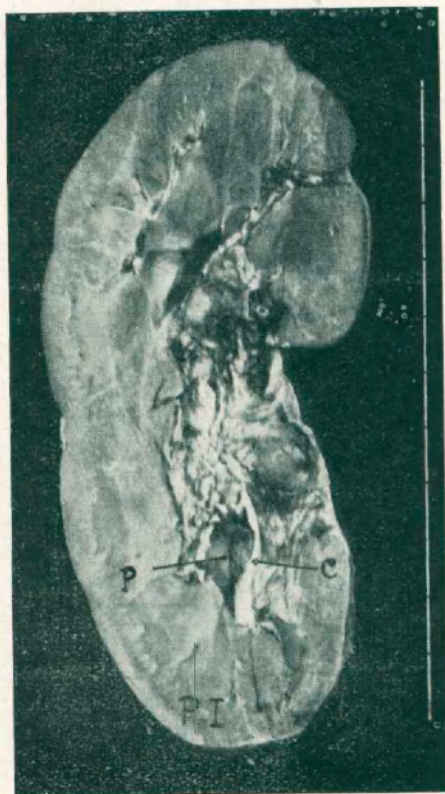


FIG. 1. — Riñón seccionado mostrando una papila, P, y el cáliz correspondiente, C.

ción algunas sufusiones hemáticas subcapsulares. Abierto el riñón se observan dos papilas de aspecto anormal marcado. Las otras papilas se presenta apenas esbozadas las mismas alteraciones que pasaremos a describir. La primera papila que llamaremos A aparece coronada por una excrecencia vertical de unos cuatro mm. con una línea de delimitación neta con la papila. Esta excrecencia tiene superficie finamente rugosa, cierto aspecto vítreo traslúcido y en su

extremo superior se nota un punto hemorrágico del tamaño de una cabeza de alfiler. La otra papila, B, se presenta con un aspecto muy semejante: el vértice es granuloso con la misma apariencia vítrea o gelatinosa salpicada de pequeños puntos vasculares. El resto del órgano presenta escasas alteraciones, siendo digno de notar una ligera disminución del espesor de la cortical.

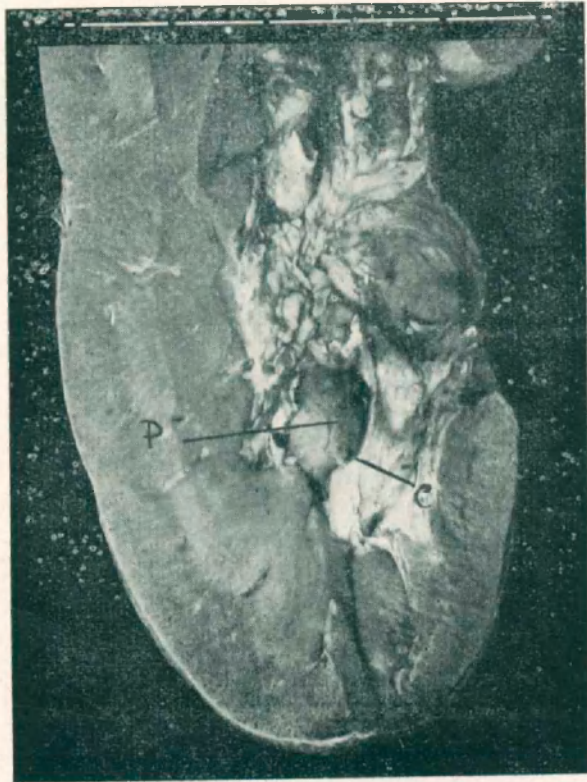


Figura 1 a

Descripción microscópica. — Esta revela en la papila A: En cortes verticales de la papila se nota que la excrecencia está colocada a manera de gorro frigio sobre la papila, de modo que según el corte parece en contiguidad o continuidad con la misma. La excrecencia en sí está constituida por tejido papilar con escasos tubos colectores y abundante tejido conjuntivo edematoso. Se ve entre otros más pequeños un grueso cilindro de sustancia homogénea de aspecto coloide contenido en una cavidad con revestimiento endoteliforme.



FIG. 2. — Corte topográfico de la papila, B, mostrando la desorganización de su vértice. En el cáliz se nota la hemorragia subepitelial.

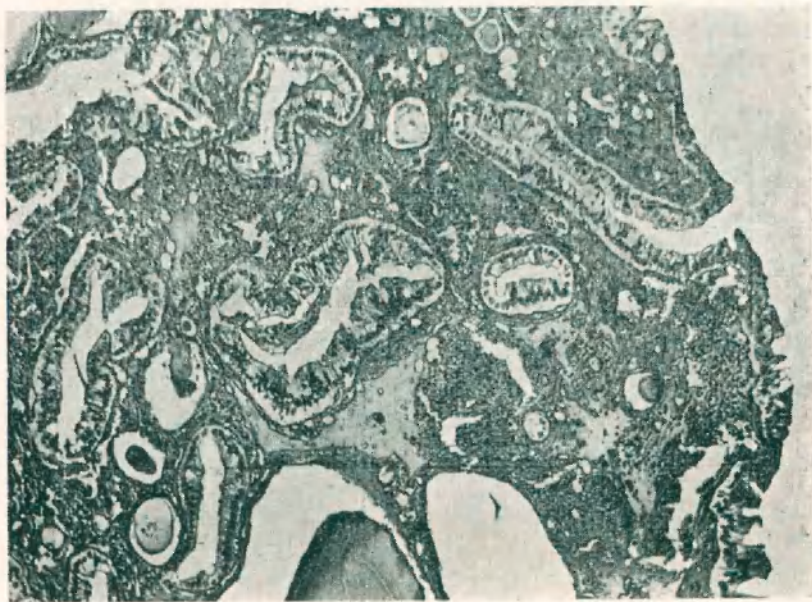
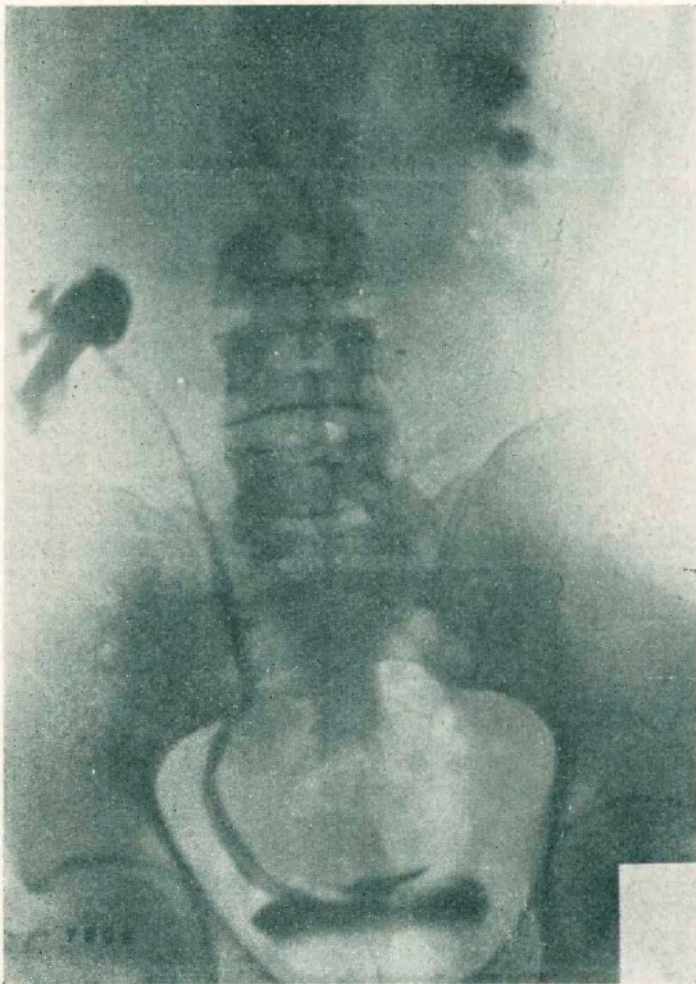


FIG. 3. — Mayor aumento del vértice de la papila B. Tubos colectores flexuosos de epitelio cilíndrico simple o estratificado. Tubos dilatados de pared atrófica con sustancia coloide. En los intersticios, vasos ectásicos y hemorragias.

La papila en sí se presenta bastante desorganizada. El revestimiento epitelial falta en toda su extensión. Gruesos tubos colectores y regularmente orientados cuyo epitelio es cilíndrico alto, en algunos sitios con tendencia marcada a la estratificación y festoneamiento. Hay además cavidades desiguales con una masa coloi-



dal en su luz y revestimiento endoteliforme. Entre estas formaciones se ven algunos vasos sanguíneos de paredes delgadas dilatados y alguna hemorragia intersticial. El resto de la papila muestra marcada esclerosis intersticial con estrangulamiento y atrofia de tubos. Se ven además numerosas concreciones calcáreas orientadas en el eje de la papila.

Papila B: El vértice aparece ya a pequeño aumento desorganizado. El epitelio de revestimiento falta sólo en sitios circunscriptos en relación con algún foco hemorrágico. Se ve una serie de dilataciones quísticas con contenido coloide y tubos colectores con los caracteres descritos en la papila A y entre ellos, vasos ectásicos y extensa hemorragia difusa. Los vasos son de tamaño variable, irregulares, de paredes muy delgadas que adoptan en conjunto una disposición angiomatosa. En el resto de la papila la misma esclerosis y calcificación que en la papila A.

El cáliz se presenta con hemorragias subepiteliales marcadas sin efracción del epitelio.

El resto del órgano muestra una poca marcada pero difusa esclerosis peritubular. Los vasos no presentan alteraciones. Los glomérulos por lo demás normales aparecen congestionados.

CONCLUSIONES.

Se trata de una alteración que interesa al parecer, aunque en grado variable, todas las papilas del riñón. Proceso de esclerosis cicatricial con marcada telangiectasia, que asume el carácter angiomatoso, y en la cual se ha producido hemorragias, algunas ya antiguas, otras recientes. Las alteraciones del resto del órgano pueden interpretarse como secuela de antigua nefrosis curada.