

Servicio de Clínica Quirúrgica
del Prof. PEDRO CHUTRO

Por el Doctor

R. DE SURRA CANARD

CANCER EN RIÑÓN ETOPICO

AL promediar el estudio clínico del enfermo, cuya historia motiva esta comunicación, fuí autorizado por el doctor P. Chutro para presentar el caso en nuestra sociedad.

Posteriormente, tuve conocimiento que nuestro querido profesor había redactado con el mismo tema, una lección de clínica quirúrgica. Su repentina muerte, me impidió ratificar la autorización antes concedida. Por este motivo, mi trabajo se ha de limitar a la lectura de la historia clínica y al resultado de la investigación anatómopatológica.

En esa forma, nuestra colección de casos de anomalías de desarrollo del aparato urinario, se enriquece con una ficha más.

Nuestro maestro tenía un hondo respeto por la paternidad de la producción científica, y agregar en esta monografía algún comentario que pudiese coincidir con el manuscrito antes citado, constituiría una irreverencia a su memoria.

Ruego a mis estimados colegas, acepten esta aclaración y perdonen la pobreza de estas líneas.

HISTORIA CLINICA

F. S., 44 años, español, sirviente. Larrea 1450. (Historia Clínica: tomo 102, folio 40).

Ingreso: 9 de Agosto de 1937.

Diagnóstico. — Tumor de riñón derecho, en posición ectópica.

Enfermedad actual. — Cree que su proceso se ha iniciado hace 10 ó 12 días, ocasión en que observa la emisión de orina sanguinolenta. La hematuria lo sorprende en plena salud, espontáneamente, sin ningún trastorno funcional concomitante, ni fenómenos dolorosos. Observa además en la orina la presencia de algunos coágulos muy pequeños, que el enfermo compara a hilachas.

La hematuria persiste, sin variación de caracteres, por espacio de dos días y medio, al cabo de los cuales cesa por sí y el paciente vuelve a ver sus orinas límpidas durante cuatro días. Desde hace 5 ó 6 días hasta el momento de su ingreso, orina sangre; pero ya no en forma persistente, sino más bien de manera caprichosa. Las micciones sanguinolentas alternan con orinas claras. La vis-

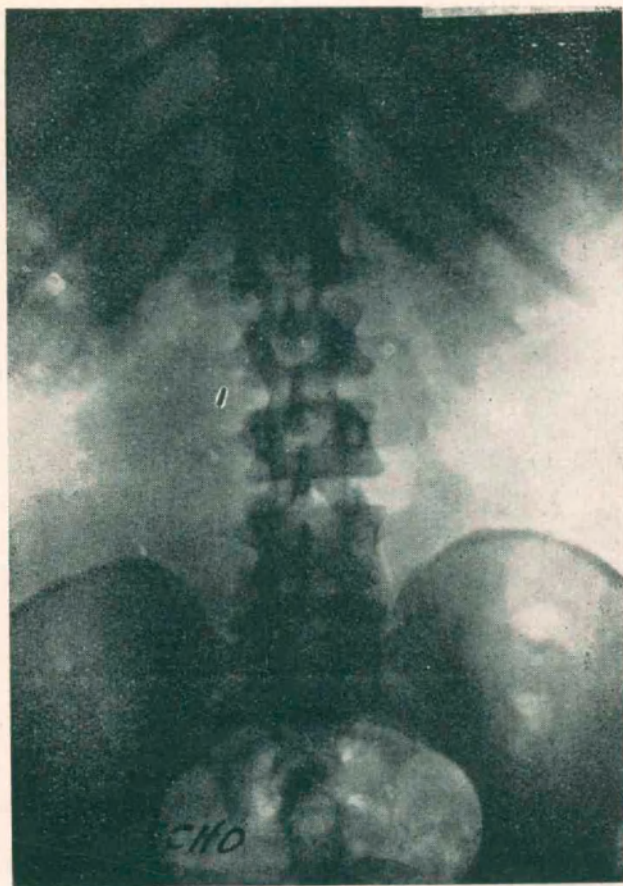


Figura N° 1.
Radiografía simple: Riñón izquierdo en forma normal colocado en situación anatómica normal. Riñón derecho grande bajo sobre puesto a las apófisis transversas.

pera de su internación, la micción se interrumpe bruscamente, teniendo el enfermo la sensación de un cuerpo extraño. Transcurrido veinte minutos y tras prolongados esfuerzos, logra expulsar algo que no ha visto (ignora si fué cálculo o coágulo) y logra así vaciar su vejiga. Después de su micción interrumpida, el paciente experimenta dolores en el bajo vientre, con irradiación a las regiones lumbares, y no obstante haber eliminado el cuerpo extraño referido, siente una disuria inexistente antes. No hay otros síntomas. Se interna en este Servicio.

Antecedentes personales. — Infancia y adolescencia sanas. Blenorragia hace veintidos años, curada (?). Bronconeumonía hace diez y seis años.

Antecedentes familiares. — Padre fallecido de tifoidea; madre también; epiléptica. Dos hermanos fallecidos: uno tuberculoso y el otro, de un proceso abdominal agudo.

Estado actual. — Sujeto muy robusto; buen estado general. Presenta en la

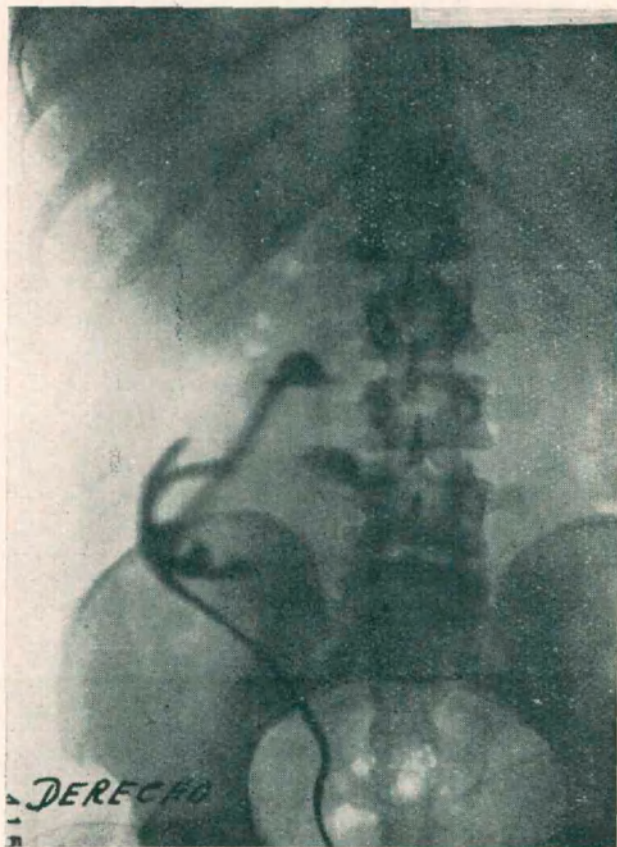


Figura N° 2.
Pielograma de relleno: Pelvis invertida.
Deformación calicial.

parte derecha del abdomen, en la inserción de la línea del (abdomen) ombligo y de la prolongación de la mamilar, un lunar del tamaño de una lenteja, muy pigmentado y que en este momento parece turgesciente; no sabemos si siempre ha sido así o si es a causa del hielo que se le ha aplicado últimamente.

En posición supina aparece un levantamiento de la pared abdominal a derecha de la línea media y en la parte superior de la fosa iliaca derecha. Los límites aparente son los correspondientes a un tumor que levanta la línea externa blanca derecha. No se mueve con la respiración; su forma es esférica. La ijada está libre; el reborde costal no está deformado.

Palpando, se toca un tumor solitario, del tamaño de un huevo de avestruz, indoloro, macizo, duro. Su límite inferior es la línea biiliaca; el límite externo es la prolongación de la axilar anterior; el límite superior pasa a dos traveses de dedo por encima del ombligo; por dentro el tumor llega a la línea media y aún la sobre pasa a la altura del ombligo. El tumor goza de cierta movilidad a expensas del plano posterior. Esa movilidad es bastante acentuada, de derecha a izquierda y de afuera hacia adentro, es nula de abajo para arriba: es posible de arriba para abajo. Tiene movimientos de circundación. No se palpan gruesos vasos. El colon, rechazado hacia adelante y hacia afuera. El tumor hace prominencia dentro del cuadro colónico.

Cistoscopia. — Vejiga, normal. Se consigue fácilmente, cateterizar el riñón derecho, hasta los 20 cm.

Las primeras gotas de orina son sanguinolentas; más luego la orina viene límpida. No hay retención en la vía excretora. Se toma una radiografía con líquido de contraste.

Cromocistoscopia.— (13 de Agosto de 1937).

Indico-carmín endovenoso: Riñón I.: 3'40"

„ „ „ D.: 4'15"

La radiografía (figuras 1 y 2) hecha previa inyección de la pelvis, muestra: 1º, una deformación que dan los tumores sólidos de riñón, solamente; 2º, la implantación de la pelvis hacia abajo y hacia la derecha, como corresponde a un riñón en ectopia; 3º, la presencia del colon delante y hacia afuera de la tumefacción; y 4º, la tumefacción cubriendo las apófisis transversas, es decir, invadiendo la línea media, como lo hacen las lesiones ectópicas. Ningún signo de riñón en herradura. Por otra parte, la disposición de la pelvis aleja esa sospecha. Es interesante señalar que a causa del descenso del riñón, el hígado ha venido a ocupar su sitio, y a ponerse en contacto con el psoas.

Operación. — 27 de Agosto de 1937.

Operador: Profesor Chutro. *Ayudantes:* Dres. Cornejo Saravia y Ronchetti.

Anestesia general con éter. Amplia incisión desde las costillas hasta la fosa iliaca derecha, siguiendo la dirección del gran oblicuo.

Después de haber incidido longitudinalmente las fibras del gran oblicuo, sin romper ninguna, se corta en sentido transversal el pequeño oblicuo. Se da justamente en el abdómino genital: se lo rechaza hacia atrás y luego se llega con relativa facilidad hasta el riñón y se empieza a desprender la cápsula grasosa, de su cara superior y de su polo inferior. En ese momento, hay algo que desgarrar en la profundidad y que empieza a sangrar. Entonces, en vez de detenerse a hacer la hemostasia, se procede rápidamente a despegar el riñón, multilobulado, muy adherido a los vasos, y se lo exterioriza. Desde este momento, como ocurre habitualmente, cesa la hemorragia y se puede ver lo que ya mostraba la radiografía; que la pelvis renal está en la parte anterior e inferior, como buen riñón ectópico.

Exteriorizado el riñón, ligado y cortado el uréter, el resto resulta sumamente sencillo.

Tumor de riñón ectópico, operado por el Profesor Dr. Pedro Chutro. (Inclusión número 2015).

Examen macroscópico. — El riñón se halla como desplegado por la tumora-
ción desarrollada en el hilio. El conjunto alcanza 11 cm. de largo por 8 de
ancho y 6 de espesor. La pelvis renal, a causa del crecimiento expansivo del

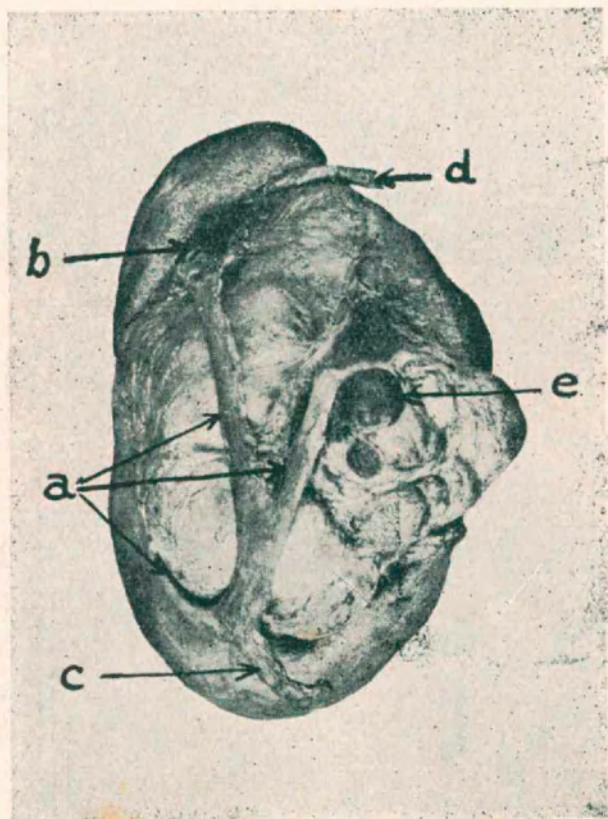


Figura 3
Aspecto macroscópico de la pieza.
(Fotografía reducida en proporción de
1 a 8).

tumor, ha sido deformada hasta convertirse en una especie de cesta constituida por los calíces alargados (Fig. 3, a) que, en número de cuatro, concluyen desde el surco reno-tumoral (b) hasta la parte más prominente de la masa neoplásica, donde se unen para formar directamente el uréter (c). En la parte superior del nombrado surco, se encuentra una de las ramas de la arteria renal (d). Una vez libre el tejido adiposo circundante, se comprueba que la neoplasia tiene envoltura fibrosa propia y es de aspecto multilobulado, color rosa amarillento con puntos pardo-rojizos (s). Si bien su desarrollo se efectúa especialmente hacia el hilio,

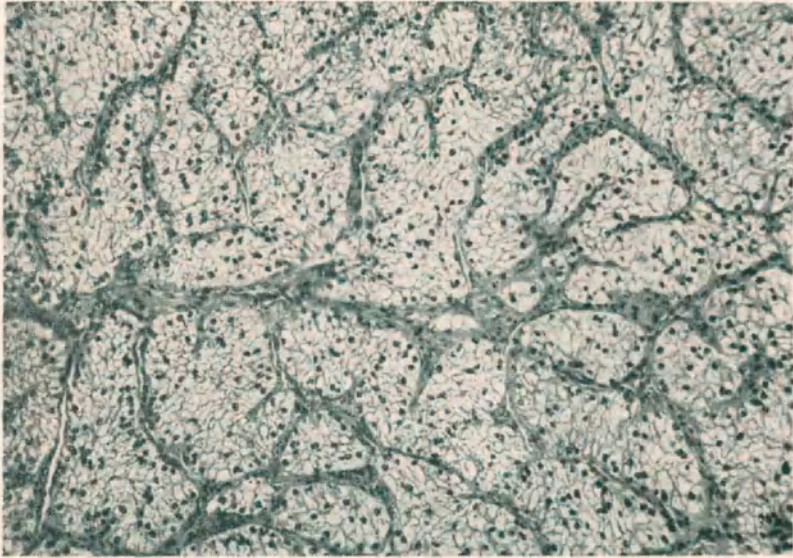
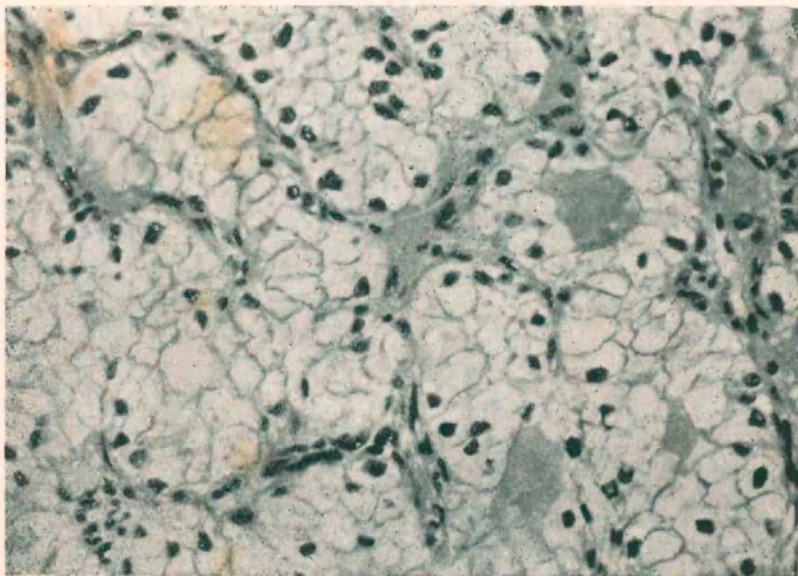


Figura 4

Aspecto del tejido neoplásico fotografiado con pequeño aumento.
Coloración: Hemalumbre y eosina. Aumento: 135x (Zeiss, Obj. apocr. 10x, Homal I).



Figuras 5

Brotos o cordones tumorales, uno de ellos con una pequeña formación folicular, fotografiados con mayor aumento. Coloración: Hemalumbre y eosina. Aumento: 34x (Zeiss, Obj. apocr. 20x, Homal I).

hay una zona del parénquima renal que ha sido invadida hasta levantar la cápsula fibrosa. El riñón aparece dividido por un surco transversal, resto de la lo-

bulación embrionaria, y algo congestionado; retirada la cápsula, resultan bien visibles las estrellas venosas de Verheyen.

Una sección total de la pieza muestra que, salvo la zona donde la invasión llegó hasta la cápsula fibrosa, la corteza renal conserva espesor y arquitectura semejantes a las de un riñón normal. El límite entre tejido glandular y neoplásico es policíclico pero bastante neto. El tumor, en sí, consta de varios lóbulos de un color amarillento comparable al de la corteza suprarrenal; a veces muestra estructura irregularmente radiada y suele presentar focos hemorrágicos.

Examen microscópico. — Con pequeño aumento, la neoplasia muestra una red conjuntiva bastante regular (Fig. 4), entre cuyas mallas se disponen cordones, en general macizos, formados por grandes células claras.

Con mayor aumento, se observan límites muy precisos entre célula y célula (Fig. 5). El citoplasma claro, se debe a la extracción, por los disolventes de la parafina, de su contenido lipóidico; a consecuencia de esto aparece finamente vacuolizado. El tipo de las células es bastante homogéneo en cuanto a tamaño y morfología. No se encuentran signos de rápida proliferación, ni de tendencia a la invasión vascular. En algunas ocasiones, en lugar de agruparse en cordones macizos, delimitan pequeños folículos llenos de un contenido homogéneo acidófilo (Fig. 5).

Diagnóstico. — Tumor de Grawitz, de predominante desarrollo hacia el hilio, sin signos de intensa proliferación, ni tendencia a la invasión vascular.