

Sala VI. Hospital Alvear.
Servicio de Vías Urinarias

Por los Doctores

G. VILAR, L. D. ARRUES
y ANDRES BIANCHI

PAPILOMA DE PELVIS RENAL

LOS tumores de la pelvis renal son muy poco frecuentes. Lo atestigua la escasa cantidad de casos presentados en esta sociedad y las estadísticas referidas en el 5° Congreso Internacional de Urología que se llevó a efecto en Londres el año 1933 figurando como uno de los temas oficiales.

En el año 1908, Dermenko sólo consiguió agrupar 54 casos y Gorache 343 en 1929. Se les encuentra comúnmente en hombres entre los 24 y 55 años y a veces acompañados de otros estados patológicos. Gasparini en su trabajo presentado a la Sociedad Francesa de Urología en 1937 presenta 11 casos de los cuales 2 se acompañaban de litiasis y dos de papilomatosis vesical.

Entre los tumores de riñón las estadísticas le asignan del 7 al 9% en su frecuencia.

En nuestra literatura hallamos entre los casos presentados a esta Sociedad el de Salleras en la sección del 12 de Agosto de 1924; se trataba de un epiteloma de la pelvis renal izquierda que fué tratado efectuándosele nefrectomía. Este mismo enfermo fué comentado 6 años después por Torres presentándolo con un tumor papilar de vejiga. En Octubre de 1927 los doctores Montenegro, Quintana y Lagleize presentan otro caso de epiteloma papilar mucoso situado en la pelvis y en 1929 los doctores Salleras y Falcia refieren otro con el rótulo de Epiteloma Papilar mucoso de pelvis renal. En Octubre de 1937, Castaño y Jaroslowsky comentan otro caso.

Desde el punto de vista anatómo-patológico los tumores más frecuentes de la pelvis renal son los *papilomas* de contextura vellosa y que a menudo son múltiples; a éstos corresponde nuestro caso. Benignos en su origen, tienen gran tendencia a la transformación epi-

teliomatosa y a extenderse por el ureter y la vejiga. Los *epiteliomas papilares* que tienen casi el mismo aspecto macroscópico que el anterior diferenciándose sólo por el examen microscópico, pues al lado de los elementos característicos papilomatosos se encuentran células de infiltración cancerosa. A este grupo pertenecen los otros casos.

Al tercero y último grupo pertenecen los *epiteliomas no papilares*, duros infiltrados tratándose la mayor parte de las veces de *epiteliomas cilíndricos*. La historia clínica de nuestro enfermo es la siguiente: J. T., 66 años, jornalero, español. Ingresa al Servicio el 3 de Marzo de 1939, correspondiéndole el N° de historia 3711.

Antecedentes hereditarios y personales. — Padres muertos ignora la causa; excepto un paludismo adquirido hace 23 años en Cuba, nada digno de mención. Hace 3 años blenorragia.

Enfermedad actual. — Se inicia hace 3 meses, encontrándose en perfecto estado de salud al efectuar la micción observa sus orinas intensamente hematóricas, desde el comienzo hasta el final de la misma. Este síntoma se presentó espontáneamente, no coincidiendo con ningún esfuerzo ni ejercicio violento, durante casi 24 horas.

Al poco tiempo, veinte días después, vuelve a observar sus orinas teñidas, repitiéndose este episodio intermitentemente casi todas las semanas. Ningún otro síntoma es referido por el enfermo. En estas condiciones es enviado al Instituto Municipal de Radiología, donde es observado por uno de nosotros y luego internado en el Hospital Alvear, donde se le observa con el siguiente:

Estado actual: Buen estado general. Mucosas húmedas y rosadas. Buen panículo adiposo; dice no haber rebajado de peso. Lengua ligeramente saburral. Pulso 70, regular, rítmico. Temperatura normal. Presión arterial Mx. 17. Mn. 7. Corazón y pulmones, nada de particular.

Desde hace 3 días se queja de intenso dolor que localiza en la región lumbar izquierda, que se irradia hacia la ingle y que va calmando poco a poco con el reposo.

Abdomen: Difícil de palpar por su gran panículo adiposo. Riñones, que no se palpan. Punto doloroso: negativo. Puño percusión de Murphy negativa.

Uretra: Buen calibre, pasa fácilmente el explorador N° 22.

Uroscopia: 1er. vaso: *Orinas intensamente hematóricas*. 2° vaso: *Orinas hematóricas con algunos pequeños coágulos*.

Vejiga: No hay retención. No es dolorosa a la presión externa.

Próstata de caracteres normales.

Cistoscopia: Buena capacidad, se efectúa con 150 cc. de líquido. Mucosa en general ligeramente despulida, observándose sólo algunas celdas y columnas de poco relieve. En pared superior se perciben los vasos con mayor claridad. Bajo fondo ligeramente congestivo especialmente a medida que la visión se acerca hacia el meato

ureteral izquierdo situado en las 4 horas. Eyaculaciones de este lado algo distanciadas y perczosas e *intensamente hematúricas*.

Lado derecho eyacula normalmente orinas límpidas.

Se le inyectan 0.002 mm. de indigo-carmín por vía endovenosa, percibiéndose que en el lado derecho la eliminación se inicia a los 3 minutos y en el izquierdo a pesar que la diferenciación se hace difícil recién a los 15 minutos las orinas toman un tinte oscuro.

Examen radiográfico: Ambos contornos renales apenas se visualizan dando la impresión de ser normales.

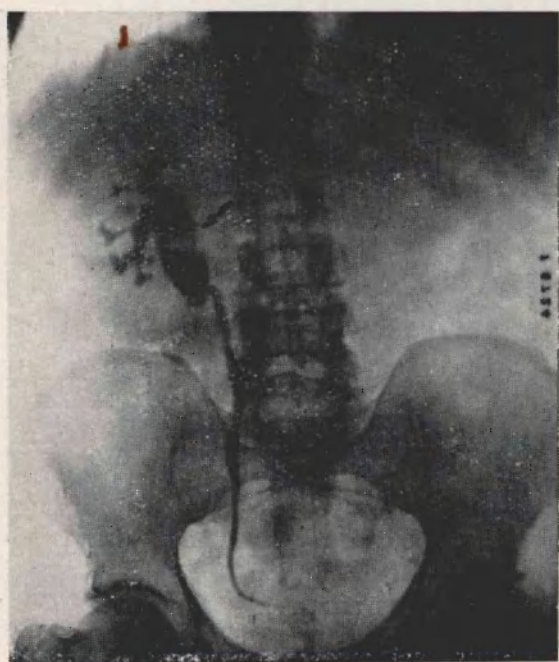


Fig. 1. — Pielografía ascendente. - Sombra lacunar en pelvis renal (falta de relleno).



Fig. 2. — Pielografía ascendente. - Posición lateral. - Se ve la sombra lacunar pediculizada en cara posterior de pelvis renal.

Pielografía ascendente izquierda (Fig. 1): El uréter se ha cateterizado con toda facilidad; se introduce la sonda casi 25 centímetros y se inyecta por la misma 30 cc. de substancia opaca, que provoca al llegar a dicho límite ligero dolor.

La imagen muestra una pelvis renal alargada que ocupa el espacio comprendido entre la primera y tercera vértebra lumbar y que tiene de ancho casi 3 cc. En su centro se percibe una sombra lacunar, redondeada, con algunas alternativas en su opacidad. Cálices normales y de contornos perfectamente regulares. En el extremo inicial del uréter ligera acodadura a concavidad inferior, producida por la sonda, lo cual se comprueba al no observarse en la urografía excretora. En posición lateral (Fig. 2) se repite la imagen anterior, mostrando además que la sombra lacunar se pediculiza hacia la pared posterior de la pelvis.

Urografía excretora: (Uroselectan B). A los 5 minutos apenas se esbozan las vías excretoras de ambos lados. La imagen más demostrativa se obtiene a los 15 minutos (Fig. 3): *Lado derecho* salvo una ligera desviación del uréter en su tercio superior, el resto normal. *Lado izquierdo:* Se repite la imagen de la pielografía ascendente, pero observándose mayor área en el contraste de la sombra lacunar; (es conveniente advertir que entre el examen anterior y el que describimos han pasado casi 20 días).

Exámenes de laboratorio: Urea en sangre 0.50 por mil.

Diuresis media: 1500 cc.

Operación: En esas condiciones es intervenido con anestesia etérea. Lumbo-

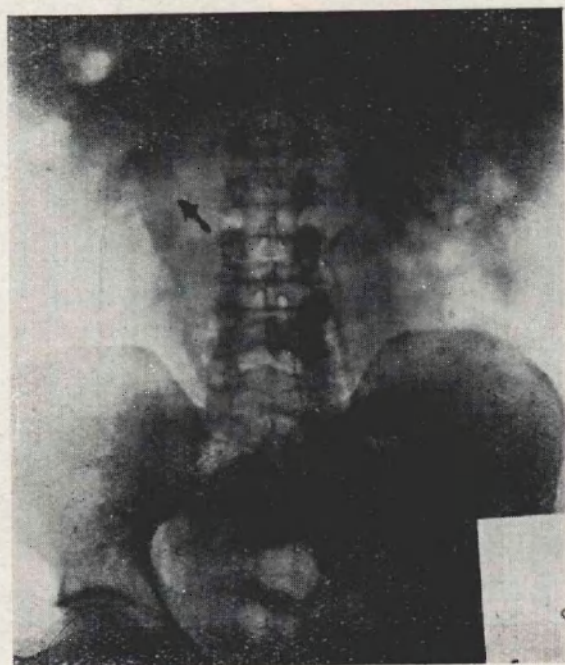


Fig. 3. — Urografía excretora. -
Uroselectan B. - (15').

tomía por el método clásico; se llega a la loge renal y después de desprender algunas adherencias se logra pediculizar la glándula. Se investiga al tacto la pelvis renal encontrándola ocupada por un cuerpo de consistencia semiblanda del tamaño de una oliva y que apenas se moviliza entre el pulpejo de los dedos. Corroborado nuestro diagnóstico clínico radiográfico se decide efectuar uretero-nefrectomía, tratando de reseca el trayecto excretor lo más bajo posible. Cierre de la pared en dos planos previo drenaje de la loge.

Pos-Operatorio: Bueno. Primeros 6 días temperatura que oscila entre 36,5° y 38°. Luego afebril, siendo dado de alta 17 días después, indicándole la conveniencia de volver a vernos cada 15 días.

Examen anátomo-patológico: La pieza enviada medía 11 por 6,50 ctms. (Fig. 4) en su diámetro máximo, presentaba una forma conservada y fuerte alte-

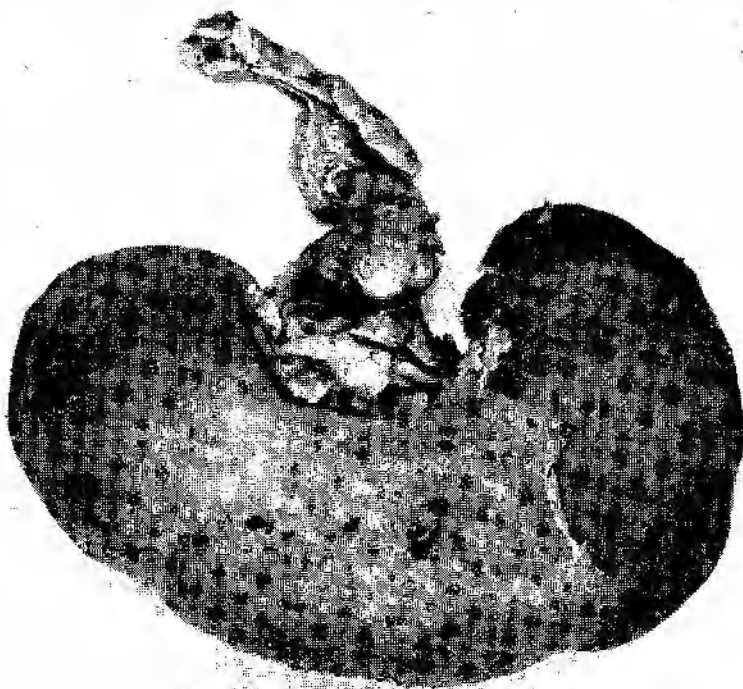


Fig. 4 — La pelvis incidida en su parte media muestra el papiloma.



Fig. 5.

ración del color dada por un empaldecimiento difuso del parénquima que tiene un color gris amarillento muy claro sobre el cual resalta pequeño puntillero hemorrágico muy marcado en el polo inferior del órgano donde confluyen estas pequeñas

manchas dando lugar a vastas extensiones hemorrágicas, las que se tienden bajo la cápsula, haciendo ligera emergencia de la superficie renal.

Se vieron además bajo la cápsula renal algunos pequeños quistes de contenido ya líquido, ya gelatinoso y algunas cicatrices deprimidas, rodeadas por zonas hemorrágicas.

La cápsula renal se desprende con cierta dificultad permitiendo ver un parénquima con el aspecto ya descrito.



Fig. 6.

Al corte el órgano se presenta homogéneamente pálido en toda su extensión, destacándose con gran dificultad las pirámides de la cortical.

En la pelvis renal se percibe escaso tejido grasoso, moderada dilatación del bacinete y en su infundibulum una tumoración de forma oval de 20 por 12 por 25 milímetros, vegetante, muy anfractuosa y de aspecto parecido al de un pequeño coliflor, de consistencia dura y de color blanquecino.

El corte transverso de esta maza demostró como se refleja en la figura 5 que esta tumoración se implanta sobre la mucosa del uréter por un estrecho pedículo, estando constituida por una serie de vegetaciones epiteliales ramificadas que tienen como eje un delgado cordón conjuntivo-vascular sobre el que se disponen capas múltiples de epitelio plano.

Este eje conjuntivo vascular que en su origen es único, se ramifica múltiples veces en forma arborecente, dando lugar a los levantamientos y depresiones que determinan su semejanza con un coliflor.

La mucosa del uréter muestra como alteración interesante un fuerte aplanamiento de su epitelio en las zonas vecinas al tumor, consecuencia de la compresión que ella ha ejercido y sobre las partes del órgano normal vecinas a su tallo.

El examen de la tumoración practicado con fuerte aumento, confirmó en sus líneas generales la descripción precedente, permitiéndole apreciar con toda nitidez la integridad de la membrana basal la que no es destruída ni invadida por la neoformación epitelial.

Como demuestra con toda claridad la figura 6 se ve que el eje conjuntivo vascular que centra a la papila se encuentra separado del epitelio plano estratificado que lo reviste por una membrana basal continua e ininterrumpida.

Este epitelio plano y multiestratificado con núcleos en reposo y sin monstruosidades que en las partes superficiales de la tumoración muestra un característico desflecamiento debido a la imbibición del tejido epitelial, por la orina en la cual se halla sumergido.

De la descripción precedente resulta que la neoformación se halla constituida por unidades muy semejantes a las papilas epiteliales por lo cual responde en este caso al diagnóstico de *papiloma*.

Tanto la ordenación normal descrita como el carácter maduro de las células epiteliales neoformadas, falta de mitosis, falta de monstruosidades celulares y de imágenes histológicas que traduzcan un crecimiento invasor y destructivo, permiten excluir el diagnóstico de epitelioma y carcinoma papilífero.

COMENTARIOS

Se trata como vemos de un papiloma de pelvis renal diagnosticado por los datos clínicos y radiológicos y confirmado por el examen anatómo-patológico. La hematuria nos hizo pensar en un comienzo en un tumor de riñón y sólo su persistencia y abundancia en los últimos episodios hizo sospechar se tratara de un papiloma de pelvis renal. En efecto, la constitución de la papila con sus vasos terminales motivan a veces estas grandes hemorragias.

La pielografía ascendente y la urografía excretora fueron las que más ilustraron el diagnóstico, ya que una de las imágenes mostró hasta la pediculización del tumor (figura 2). La repetición de la misma imagen en dos exámenes repetidos con 20 días de intervalo hizo desechar la idea de que las sombras lacunares correspondieran a coágulos.

En cuanto a la *intervención*, tratamos de efectuarla siguiendo las indicaciones de Israel, quien llegaba en algunas oportunidades a

extirpar casi todo el ureter. El resultado inmediato de la intervención fué bueno; invitamos al enfermo a volver periódicamente, ya que conocemos cuán común son las metástasis tal como lo afirman en sus respectivos trabajos los doctores Salleras, Castaño y Torres y las estadísticas de Mock: en 18 operados, muerte en 6 de 3 a 8 meses, 4 de 2 a 5 años, 3 después de 1 año y sólo 5 en perfecto estado de salud.

DISCUSION:

Dr. Schiapapietra. — *Tuvimos oportunidad de ver dos casos de papiloma de pelvis renal*

La pielografía que presento corresponde a un enfermo de asistencia privada del doctor Luis E. Pagliere y operado por él en junio de 1937. Tenía entonces 63 años de edad, las hematurias que databan de año y medio le habían conferido un relativo estado de anemia.

La endoscopia efectuada durante la regresión del último episodio hematúrico mostraba un pequeño papiloma en fondo vesical próximo al orificio ureteral derecho. por donde eyaculaba orina sospechosamente hematúrica.

Los urogramas excretores señalaban como mayor anomalía la ausencia de imagen del cáliz superior del riñón derecho, en contraste a la falta de deformación para ambas siluetas renales y a una imagen normal del aparato excretor del lado opuesto. La uréteropielografía ascendente, alejada también del episodio de hematuria, presentaba esta imagen de conjunto atípica; pero que en particular muestra un amplio y deforme cáliz superior, el cual, en su parte alta presenta una superficie irregular con aspecto nebuloso alternando zonas claras con otras oscuras (imagen que puede interpretarse correspondiendo a una superficie vellosa o vegetante?)

La coexistencia del papilomita vesical autorizó la hipótesis de una misma etiología para la causante de tal tipo de deformación pielográfica del cáliz superior.

Practicada la lumbotomía se reconoce un riñón de tamaño, forma y aspecto normal. De acuerdo a la imagen pielográfica se procede a efectuar con bisturí eléctrico una nefrostomía superior con lo cual se expone ampliamente el cáliz superior cubierto en gran parte por múltiples papilomas. Permite también observar el

basinete, cálices y abocamiento ureteral, libres de otras vegetaciones. No había la más mínima infiltración macroscópica en el tejido renal próximo ni en el espesor de la pared pielocalicial.

Con ansa eléctrica y corriente de sección se procede a la resección de los papilomas y tejidos vecinos a la implantación seguida de la electrocoagulación de los puntos sangrantes. Afrontamiento



de los labios de la herida renal con cagut simple N° 2, cierre de la pared con drenaje.

Post-operatorio próximo y alejado muy bueno.

Contra la opinión clásica se ha efectuado en este caso una operación conservadora.

El segundo caso fué en un riñón izquierdo con pelvis y uréter bífido en un enfermo con edad de prostatismo.

Como único síntoma una hematuria extraordinariamente persistente. La endoscopia la determinó a través del orificio ureteral

izquierdo. Los urogramas excretorios mostraban la bifidez del lado izquierdo; pero la falta de nitidez de las imágenes no fué suficiente para el diagnóstico de localización. El cateterismo fué practicado con falta de estricta disciplina y tampoco tal diagnóstico y la pielografía ascendente se practicó casualmente sobre la pelvis sana — no fué posible su repetición.

En el acto quirúrgico se reconoció la anomalía, en nada orientó la palpación más prolija; ni la abertura y cateterismo de ambos uréteres — se había establecido una inhibición secretoria del riñón explorado —. Se procedió pues a la nefrectomía después de haberse pensado en la posibilidad de una operación también conservadora. El corte mediano de la pieza mostró un papiloma en el bacinete superior, que el examen histológico confirmó.

Dr. García. — Nonostros tenemos 3 casos, 2 de los cuales han sido presentados en la Sociedad de Urología el año 1932 con el doctor Monserrat. Una es una hemato-nefrosis muy grande, con un parénquima residual escleroso.

El segundo caso es uno de la pelvis renal con un síndrome de oclusión, caso también publicado en esta sociedad.

El tercero es un papiloma simple, de diagnóstico un poco difícil, llegándose a hacer la intervención, la que en los 3 casos fué un fracaso. La evolución ulterior de los enfermos fué mala. Se hizo uréteronefrectomía total; en los 3 casos, el tumor se hizo presente antes del año en el orificio ureteral y antes de los 2 años los enfermos morían por una generalización. Considero que el criterio a usarse en estos casos es la uréteronefrectomía. Unos hacen una nefrectomía y luego la uretecto-mía baja. Heckenbach, por ejemplo, hace la ligadura del uréter bajo. P. Flaumer tiene ideado un aparato más complicado, con una pequeña esfera para hacer practicar la tracción del orificio y hacer una resección en la pequeña porción de pared que rodea al verdadero orificio.

El empeño es evidente por tratar de extirpar todo lo posible.

Dr. Ercole. — He tenido oportunidad de operar 3 casos de tumores en la pelvis renal. Uno era un papiloma simple de la pelvis renal, caso que ha sido publicado hace muchos años.

El otro era un papiloma *bipolar*. Este caso era muy interesante. El enfermo presentaba en el momento del examen un papi-

loma al nivel del orificio ureteral, que se comprueba muy bien por una cistoscopia.

El tercer caso también es muy interesante. Lamento de verdad no haber traído la documentación de estos casos, pero como van a ser motivo de un trabajo, en esa oportunidad quedarán documentados.

Dr. Arrués. — Con respecto al caso del doctor Schiapapietra, me parece que la imagen pielográfica no es muy demostrativa. Quizá el diagnóstico haya sido clínico o haya sido un hallazgo en la intervención.

En cuanto al docto García, lamento haber omitido sus casos, pero como van incorporados al final del trabajo, los doy por incluidos.
