

Facultad de Medicina de Rosario. Cátedra
de Clínica Quirúrgica del Prof. CAMES

Por el Doctor
RICARDO ERCOLE

EPITELIOMA RENAL CON CALCIFICACIÓN (*)

Las circunstancias de haber tenido oportunidad de constatar radiográficamente imágenes de calcificación en un epiteloma del riñón, confirmado más tarde en la pieza operatoria, eventualidad que pocas veces ha sido referida en estos tumores, nos induce a distraer brevemente la atención de los señores consocios para referir la historia clínica de nuestra enferma y hacer al respecto algunas consideraciones:

Observación personal. — Adela F. de D. de 65 años, argentina, casada. Ingresa a nuestra clínica privada el 27 de agosto de 1939.

Antecedentes personales. — Casada a los 18 años. Ha tenido 10 hijos, 3 muertos antes del año. Constipada crónica. Menopausia a los 44 años.

Enfermedad actual. — Hace 3 años consulta médico por dolor en región lumbar izquierda que pasó rápidamente sin mayor medicación. Hace 2 meses, precedido de dolor en región renal izquierda, tiene abundante hematuria tipo total, con pequeños coagulitos, que dura alrededor de 5 días. Su hematuria desaparece por espacio de 2 días, reapareciendo muy discreta. Coincidiendo con este accidente tiene temperatura y escalofríos. Esta fiebre no es continua sino por el contrario de tipo intermitente, llegando a alcanzar hasta 39°. Hace 20 días nueva hematuria y leve dolor en región renal izquierda. Su temperatura se alterna con días apiréticos. Franca disminución de peso, no sabe precisar cuantos kilos ha perdido. Apetito disminuido. No ha tenido trastornos del ritmo urinario.

Estado actual. — Regular estado de nutrición. Piel y mucosas pálidas. Lengua húmeda, saburral. Aparato circulatorio: pulso hipotenso, regular, 96 al minuto. Tonos ligeramente apagados, presión arterial Mx. 15.5. Abdomen: globuloso, depresible salvo en hipocondrio y flanco izquierdo. Hígado se palpa a dos traveses de dedo por debajo del reborde costal. Riñón izquierdo: se palpa una tumoración un poco más grande que el tamaño de un puño, que tiene con-

(*) Presentado en la Reunión del 23 de Noviembre de 1939.

tacto lumbar y pelotea; superficie regular, consistencia dura, que excursiona poco con los movimientos respiratorios. Palpación indolora. Riñón derecho: se palpa descendido, móvil. Resto del examen sin particularidades.

Exámenes de laboratorio: sangre: hemoglobina 77 %; glóbulos blancos 6.700; glóbulos rojos 3.780.000, Urea: 0.22 o/oo. Constante de Åmbard: 0.087. Orina sin particularidades.

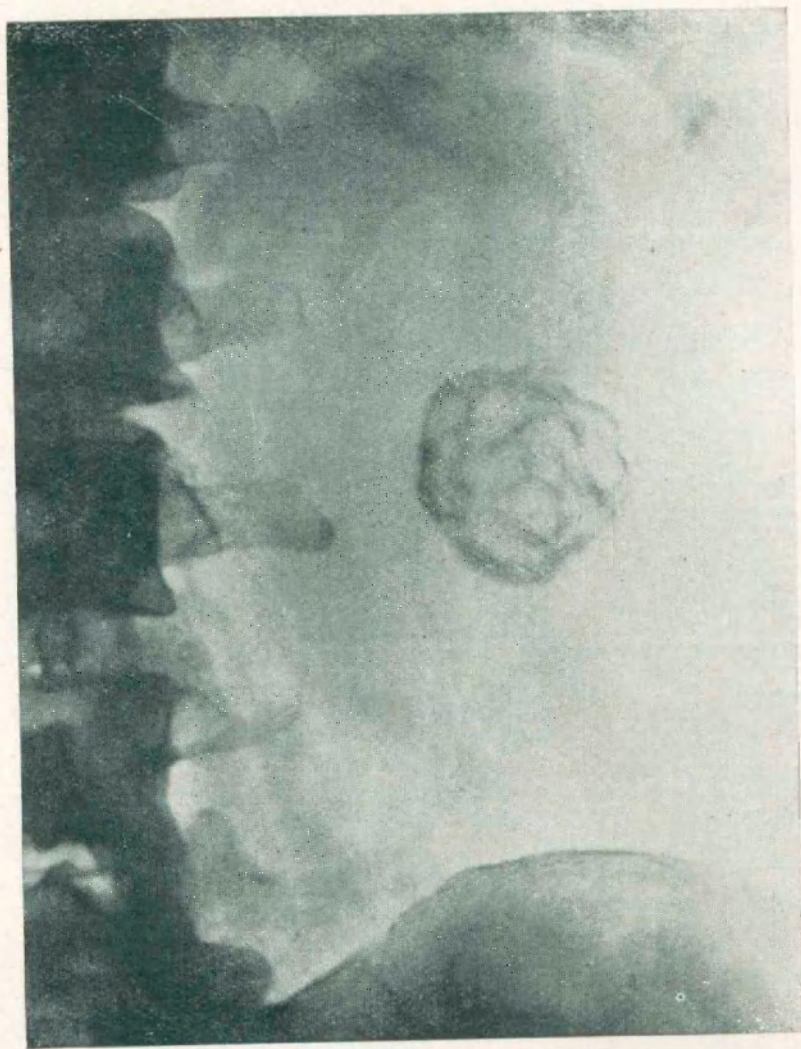


FIG. 1. — Radiografía simple que visualiza en la proyección del riñón izquierdo una sombra redondeada de un diámetro de 4 cms. con una serie de trabéculas en su interior.

Cromocistoscopia: Riñón derecho inicia la eliminación a los 5 minutos: buena coloración y buen ritmo eyaculatorio. El riñón izquierdo inicia la eliminación a los 8 minutos, de coloración muy débil.

Exploración radiográfica. — Radiografía simple: del lado izquierdo y correspondiendo a la proyección del riñón, se visualiza una sombra redondeada de

un diámetro de 4 cms. y que presenta en su interior una serie de trabeculaciones con espacios intermedios claros. Pielografía endovenosa. Cavidades renales de-
rechas con su conformación normal. Del lado izquierdo se visualizan la pelvis
y los cálices dislocados hacia arriba y adentro con los cálices inferiores rechaza-

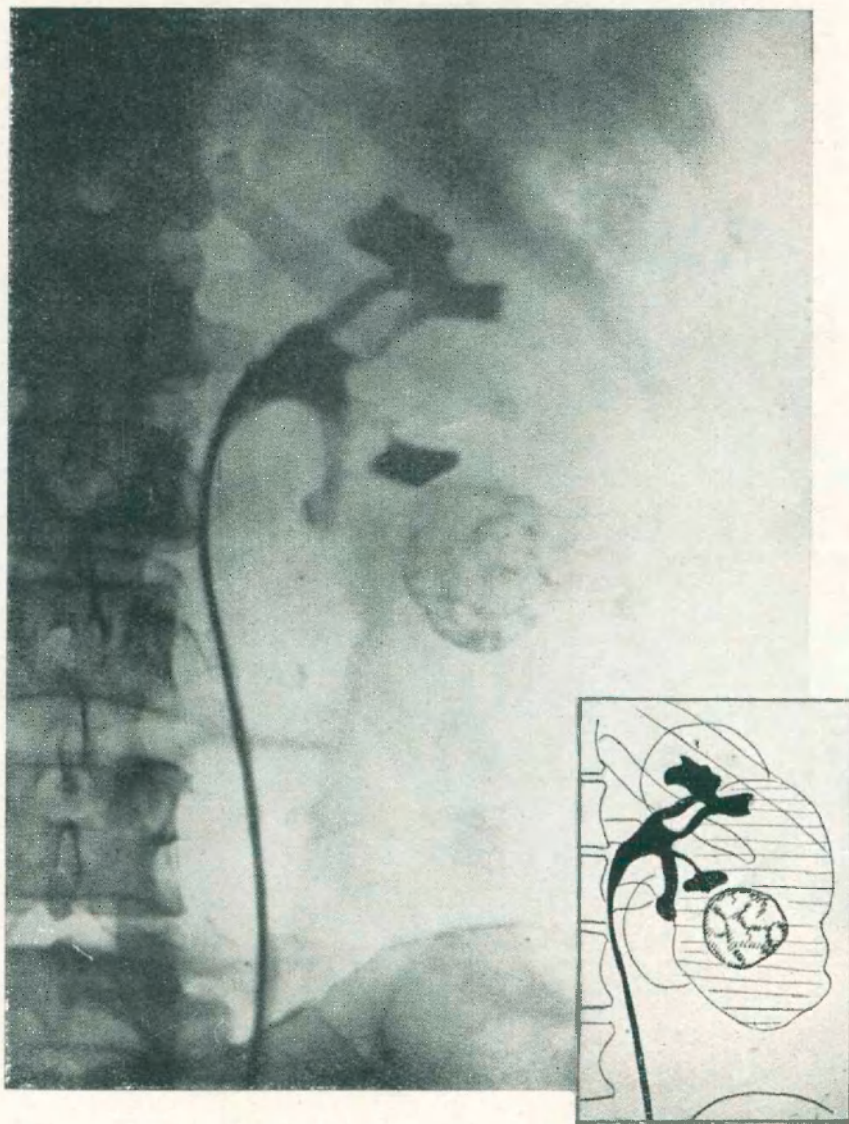


FIG. 2. — Pielografía ascendente: se visualizan las cavidades rechazados hacia
arriba y adentro. Cálices inferiores y medios rechazados y separados de la
zona opaca por un corto intervalo libre. La pielografía
ascendente confirma los datos ya mencionados.

Con el objeto de reponer a la enferma se le hacen dos transfusiones de
sangre con un total de 60 c.c. siendo intervenida con el diagnóstico de cáncer del
riñón con calcificación del estroma.

Operación. — 5 de septiembre de 1939. Anestesia con ciclopropane. Incisión de Ekehorn con resección de la XIIª costilla y sección parcial del oblicuo mayor y dorsal ancho. Existe un tumor grande correspondiendo al polo inferior y tercio medio del riñón. En las maniobras de liberación del riñón hay abundante sangre, teniendo dificultades para desprender la cara anterior, que se encuentra adherida al peritoneo. Nefrectomía con extirpación de la grasa perirrenal. Un tubo y dos gasas de drenaje. Cierre por planos.



FIG. 3. — Fotografía de un corte de la pieza operatoria; se pone de manifiesto en la parte central de la tumoración el núcleo calcificado que tiene un diámetro de 3 cms.

Post operatorio. — Sin particularidades, buena diuresis. Buena cicatriz operatoria. La enferma se levanta a los 11 días y es dada de alta a los 15 días de la intervención. Concorre al consultorio externo donde se le efectúan aplicaciones de radioterapia profunda profiláctica, sobre tres campos, anterior, lateral y posterior con una dosis de 200 r diarias en cada campo, habiendo efectuado hasta la fecha un total de 2.000 r por campo.

Examen de la pieza operatoria. — Ocupando el tercio medio del riñón y parte de su polo inferior, se observa una tumoración abollonada que hace franco relieve sobre la superficie del riñón. Al corte se constata: que una pequeña

porción del polo superior y otra más pequeña del polo inferior están conservadas. Las cavidades renales rechazadas hacia las porciones sanas no están invadidas por el tumor. La tumoración tiene 11 cms. de diámetro en sentido vertical y 7 en sentido transversal. Presenta una coloración amarillo azufre y está sembrada de focos francamente hemorrágicos. En su parte media hay un nódulo de 3 cms. de diámetro constituido evidentemente por una cápsula y una serie de tabiques en su interior que circunscriben porciones del tumor en parte francamente hemorrágicos y en otros hialinos. Estos tabiques presentan una dureza ósea y el aspecto macroscópico es francamente de tejido óseo. La vena renal está libre sin presentar trombo tumoral.

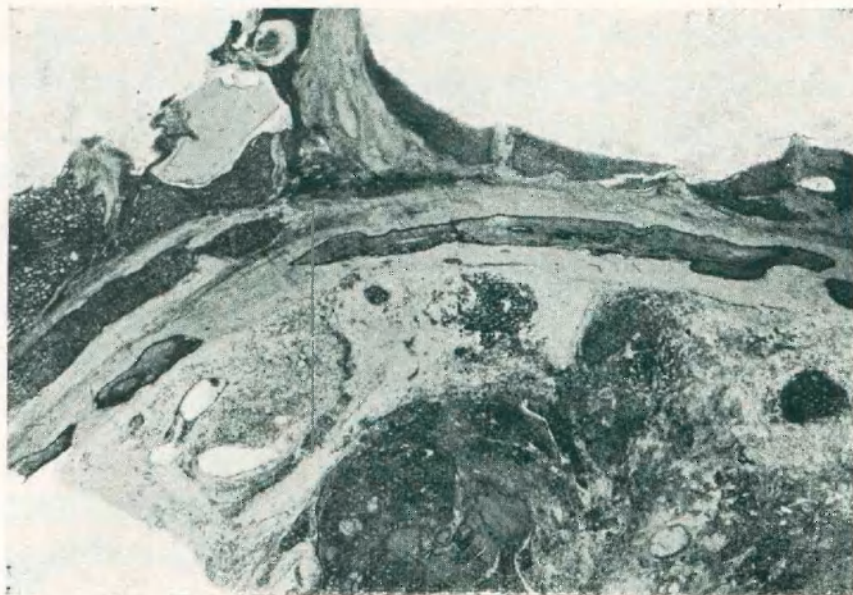


FIG. 4. — Microfotografía de un corte efectuado en el nódulo calcificado (Prof. Cid).

Estudio histopatológico. — Que debemos a la gentileza del Prof. Cid dice: un corte topográfico efectuado sobre el nódulo arriba citado, revela hacia abajo el tejido neoplásico con grandes fenómenos regresivos (necrosis y hemorragia) limitado hacia arriba por una gruesa cáscara fibro-hialina en la que se reconoce con toda facilidad los depósitos cálcicos discontinuos en el corte. Por encima porciones de tejido neoplásico bien conservado y en el que se reconoce la estructura de epitelio renal a células claras con arquitectura pseudo-cordonal (endocrinoide) y también tubulo-papilar.

La cápsula fibrosa tiene un aspecto hialino en muchos sitios.

Diagnóstico histopatológico. — Epitelioma renal a células claras de estructura mixta con calcificación del estroma.

En el año 1901 Morris relata una observación de un carcinoma alveolar en el cual la cápsula estaba calcificada y refiere la posibilidad, de acuerdo con Newman, de las calcificaciones inflamatorias de estos tumores. Después de entonces se citan algunas observaciones de calcificación de los epitelomas del riñón: Fabricius en 1911 operó un quiste del riñón del tamaño de una cabeza de chico cuyo contenido era un líquido con coágulos sanguíneos y masas de colestestina y en que el examen histológico demostró que existían restos de un epiteloma. La cápsula de este tumor quístico presentaba formaciones óseas y zonas de calcificación. Observaciones semejantes han sido relatadas por Albrecht en 1905 y Kraft en 1923.

Es indudable que en los epitelomas del riñón suelen observarse fenómenos regresivos, que se caracterizan primero por zonas de necrosis y de hemorragia, que pueden más tarde reabsorberse y originar pseudoquistes, que llegan inclusive a ocupar toda la masa tumoral, de la que apenas quedan algunos restos, por los cuales y siempre que se haga un examen histológico cuidadoso, es posible llegar al diagnóstico de epiteloma. Conjuntamente con este proceso, la cápsula fibrosa y sus tabiques pueden sufrir un marcado proceso de transformación hiliar y su calcificación. Ewing al ocuparse del epiteloma papilar a células claras hace notar que se observan en el mismo con frecuencia áreas de necrosis y hemorragia con formación de cavidades quísticas, en las cuales se ven considerables depósitos cálcicos.

Sin embargo y a pesar de estas observaciones anatómicas, es recién en el año 1926 que Arkin relata el primer caso de calcificación en un epiteloma del riñón, demostrado por los rayos X. Se trataba de una mujer de 49 años, con dolores en el hemiabdomen derecho y sensación de peso gástrico, con baja considerable de peso y que presentaba hematuria. Al exámen radioscópico del estómago se observa una gran masa oval calcificada, situada en el hipocondrio izquierdo y apoyada sobre la gran curvadura, produciendo una concavidad en su contorno con imagen en reloj de arena. Se demostraba en la pielografía una falta de relleno. Fué intervenida en el Allgemein Krankenhaus de Viena por Rubritius, quien le efectúa una nefrectomía. Al examen de la pieza se constata que la cápsula y algunos tabiques estaban calcificados, existiendo en algunos pun-

tos tejido óseo. El tumor de tipo hipernefroide presentaba distintas zonas de necrosis y otras ya en degeneración quística.

Después de entonces este hecho de las sombras radiográficas de calcificación, ha sido citado recién por Braasch y Griffin en 1936, quienes encuentran 7 observaciones sobre 193 casos de epiteloma del riñón; por Himman que en su obra de Urología del año 1935, muestra una radiografía de un epiteloma calcificado y finalmente por Cahill y Melicow quienes en 1938, en un trabajo dedicado al estudio de estas calcificaciones, relatan 14 casos sobre un total de 118 tumores del riñón. Entre nosotros, Silvestre, presentó al Círculo Médico de Rosario en el año 1934, una observación que titulaba de hipernefroma calcificado. Se trataba de un enfermo que sin síntomas renales del tumor había hecho una serie de metástasis óseas, en cuyo caso una biopsia directa de uno de dichos focos demostró un epiteloma renal metastásico. Una radiografía directa de los riñones reveló una imagen de calcificación correspondiendo a la proyección del riñón izquierdo. En dicha oportunidad hicimos una crítica al comunicante por no haber hecho una pielografía para certificar dicho diagnóstico, teniendo en cuenta decíamos, que las calcificaciones del riñón son más propias de otros procesos y que en cambio no se observaban en el caso del epiteloma. Sin embargo las recientes publicaciones ya citadas, al revelar de acuerdo con sus estadísticas, una frecuencia inusitada de estas calcificaciones y demostrar sus distintas imágenes radiográficas, hace que con toda justicia debamos reever nuestra crítica. No hay dudas que en el caso relatado por Silvestre la falta de una pielografía no nos permite asegurar con absoluta certeza que la calcificación corresponda al riñón, pero sin embargo los hechos clínicos y el aspecto radiográfico de la calcificación hacen pensar que dicho diagnóstico sea correcto.

A juzgar por el escaso número de observaciones publicadas, las calcificaciones en el caso del epiteloma renal serían extraordinariamente raras, pero, frente a este hecho, está su frecuencia en las estadísticas de Braasch y Griffin (7 casos sobre 193) y de Cahill y Melicow (14 casos sobre 82 tumores del parénquima), lo que nos hace pensar, tal vez, que el desconocimiento que se ha tenido hasta ahora de estas calcificaciones sea la causa de que no se las investigara o no se les diera su debida importancia.

Las imágenes calcificadas presentan en las observaciones de Cahill y Melicow distintos tipos: en unos casos existen pequeñas sombras extendidas difusamente al través del área del tumor. Otros muestran sombras calcificadas irregulares, en racimo, como las que se observan en la tuberculosis renal. Finalmente en otros, existen cordones difusos de calcificación como si ésta se hubiera hecho alrededor de los alveolos tumorales. No se encontró un proceso inflamatorio evidente alrededor de los depósitos cálcicos y tampoco se puso en evidencia formación ósea.

Frente a una calcificación del riñón es necesario recordar que una serie de procesos patológicos del mismo, además de los tumores, pueden ocasionarla, tales como la tuberculosis, las hidronefrosis o pionefrosis, los quistes, las perinefritis, etc. De todos ellos se destaca por su frecuencia y por su importancia clínica la tuberculosis renal. Recordemos también que en los casos de tumores de la pelvis renal suelen observarse concomitantemente cálculos o depósitos calcáreos sobre la superficie del tumor, que es necesario no confundir con las verdaderas calcificaciones.

Lógicamente se puede deducir que la presencia de calcificaciones en un epiteloma del riñón debiera ser un índice de buen pronóstico y la estadística de Braasch y Griffin parece apoyar este concepto, ya que sobre 7 casos en los cuales se efectuó la nefrectomía, todos menos uno vivieron más de 3 años y de ellos cuatro vivían a los 5 años de la intervención. Sin embargo en la serie de Cahill y Melicow, tan solo uno de los enfermos sobrevivió un período de dos años sin metástasis y en general los resultados en los casos calcificados fueron peores que en los que estaban libres de calcificación.

BIBLIOGRAFIA

- Aekin A. - - Calcified hipernephroma of the kidney. *Surgery, Gynecology and Obstetrics* XLIII. 1926. Pag. 273.
- Brausch y Griffin. - - The prognosis in renal carcinoma and the clinical and pathological data affecting it. *The Journ. of the Am. Med. Assoc.* CVI. 1936. Pag. 1343.
- Cahill y Melicow. - - Calcification of renal tumors and its relation to prognosis. *Journal of Urology* XXXIX. 1938. Pag. 276.
- Ewing. - - Neoplastic diseases.
- Hinman F. - - The principles and Practice of Urology. W. Saunders Company. Philadelphia y London, 1935.

DISCUSION:

Dr. Pagliere. — *Repetidas veces he insistido en esta sociedad y hace pocos días lo he hecho también en la Sociedad de Cirugía, respecto a la necesidad de limitar en lo posible, el cateterismo ureteral a los efectos de obtener imágenes. El doctor Ercole nos ha mostrado unas radiografías, en las cuales se ha hecho ya otros cateterismos ureterales. En una de ellas se ha hecho, según lo ha dicho el doctor Ercole, un reflujo, una infiltración de parénquima renal por la substancia opaca.*

Por el contrario, el doctor Cartelli nos acaba de mostrar una radiografía descendente hecha con uroselectán, que ha dado una excelente imagen, lo que indica que debemos recurrir, en lo posible, al procedimiento que evite el cateterismo ureteral.

Como urólogo, debemos hacer todo lo que esté a nuestro alcance, para que los cirujanos generales que emplean también cateterismo comprendan que ésa es una técnica que debe hacerse con el mayor cuidado.

Dr. Ercole. — *No puedo más que apoyar los conceptos expresados por el doctor Pagliere.*

Quiero hacer notar de nuevo que esta pielografía no ha sido hecha por nosotros y que, por lo tanto, esta infiltración del líquido de contraste no nos corresponde. Tal vez, ha sido inyectado el líquido a demasiada presión.

Además, estoy de acuerdo con el doctor Pagliere, de que la pielografía endovenosa da imágenes suficientes. La pielografía endovenosa que hemos efectuado, dibuja perfectamente las cavidades del riñón. Es una imagen hasta cierto punto mejor que la pielografía ascendente. Es más demostrativa. Pero en los tumores de riñón, no siempre la pielografía endovenosa es suficiente. Para tener una imagen morfológica, que es lo que buscamos en las pielografías por excreción, hace que muchos autores sean contrarios a hacer la pielografía endovenosa en el cáncer del riñón, que es tal vez la única lesión en que se busca en una pielografía la morfología de las cavidades y no interesa tanto lo referente a la motilidad de las vías de excreción.