

Por los Doctores

CLAUDIO CACCIATORE
y ALBERTO E. GARCIA

LOS PAPILOMAS DE LA PELVIS RENAL. Consideraciones sobre su diagnóstico y tratamiento

No nos proponemos hacer un estudio de conjunto del tema de que nos vamos a ocupar. Tal propósito implicaría la revisión de todo el capítulo de los tumores de la pelvis renal, sobre el que mucho se ha escrito en los últimos años, recogién dose la impresión a través de la experiencia ajena, de que los conceptos se van unificando, en el esfuerzo común por hacerlos más o menos definitivos.

En el 5º Congreso de la Sociedad Internacional de Urología (Londres 1933), los relatos oficiales de *Pascual, Van den Branden y Swift Joly*, pusieron al día el estudio de los tumores de la pelvis renal; y del análisis de los mismos, y de la amplia discusión que suscitara el tema, puede el lector recoger el criterio dominante en el momento. Con posterioridad, nada hemos podido encontrar en la bibliografía consultada, que modifique fundamentalmente los conceptos admitidos como básicos en dicho Congreso. Admitimos pues, que sus conclusiones continúan siendo valederas, y sin hacer fatigosas citas bibliográficas, trataremos de resumir las enseñanzas concretas del mismo.

1º — Nada de particular respecto a la *etiopatogenia*, fuera de las causas admitidas en general para todos los tumores. La frecuencia oscilaría entre el 7 y el 10 por ciento de los tumores renales en conjunto.

2º — La anatomía patológica parece unificarse en base de la siguiente clasificación:

Tumores de la pelvis renal	Epiteliales	Papilares	{ Papiloma Epitelioma papilar
		No papilares	{ Epiteliomas típicos Epitelioma metaplásicos Epiteliomas con células de transición. (<i>Swift Joly</i>).
	Conjuntivos	{ Endotelioma linfático Angio - sarcoma Mixo - sarcoma Leiomioma Rabdomioma Sarcoma puro, etc.	{ Tumores de observa- ción poco frecuente.

Los siguientes hechos llaman la atención dentro de los conceptos anatómopatológicos:

- a) La frecuencia de los tumores papilares;
- b) La semejanza macroscópica, y aún la dificultad histológica para establecer la diferenciación entre un papiloma puro y un epitelioma papilar;
- c) La contradicción entre la *benignidad histológica* de un papiloma puro y su *malignidad evolutiva* (recidivas, propagación o injerto a lo largo del uréter y en la vejiga).

3° — *El síntoma* dominante y a veces único, es la *hematuria*. El resto de la sintomatología está acondicionada fundamentalmente por los trastornos de la evacuación de que es causa el tumor (síndromes dolorosos, uronefrosis, hematonefrosis, etc.).

4° — *El diagnóstico* pre-operatorio, poco frecuente en todas las estadísticas, cabe esperarlo de la exploración radiológica. La pielografía descendente o la pielografía retrógrada, pueden, por la deformación de los contornos de la pelvis renal, o por la existencia de imágenes lacunares a su nivel,

proporcionar signos de relativa certeza para el diagnóstico. Los otros signos conocidos (*Albarran, Chevassu*), sólo servirían para presumir la existencia de un tumor. El diagnóstico diferencial más difícil es el que habrá de hacerse con un cálculo pelviano no visible a los rayos X.

5° — *La evolución y pronóstico* están ensombrecidos, más que por la generalización de la neoplasia, que casi siempre es tardía, por la invasión o propagación al parénquima renal, al uréter, y hasta a la vejiga, que parece ser el carácter de malignidad dominante de estos tumores, aún en los casos en que histológicamente haya derecho a considerarlos benignos (papilomas puros).

6° — *La terapéutica* está condicionada por esta malignidad evolutiva de los tumores de la pelvis, que impone de hecho la nefrectomía. Pero como la recidiva a lo largo del uréter o en la vejiga, aún después de llevada a cabo la nefrectomía, parece ser un hecho frecuente, a través de las estadísticas, la operación de elección sería la nefro-uterectomía total, en uno o en dos tiempos, aún en el caso de que no se presuman otras localizaciones a lo largo de la vía excretora, vale decir que la terapéutica tendría en esas circunstancias, un sentido casi profiláctico.

Sintetizada de este modo la opinión dominante en el momento actual sobre los tumores de la pelvis renal, expondremos brevemente nuestra experiencia personal al respecto, y concretaremos nuestro estudio a los móviles enunciados con anterioridad (diagnóstico y tratamiento de los papilomas).

En nuestro *servicio de Urología del Hospital Español de Buenos Aires* sobre un total de 6.387 enfermos internados en los últimos 10 años, hemos diagnosticado 47 tumores del parénquima renal (39 con comprobación operatoria e histo - patológica), y 5 tumores de la pelvis renal, todos ellos operados y también con verificación histo - patológica.

Vale decir que los tumores del parénquima renal está en proporción de 0.73 por ciento, y los de la pelvis renal de 0.078 por ciento, sobre el total de enfermos internados en los 10 años. Y la relación entre los tumores de la pelvis renal del parénquima, estaría representada por la cifra del 10.6 por ciento.

De los 5 casos de tumores de la pelvis renal, 4 eran epitelomas papilares, y el 5º, que ilustra estas páginas, un papiloma puro.

En los 4 casos de epitelomas papilares hemos llevado a cabo la nefrectomía parcial. Uno de nosotros, en colaboración con los doctores *Serantes* y *Montserrat*, ha presentado 2 de dichas observaciones (una con hematonefrosis voluminosa y la otra con un síndrome de *Wunderlich*) a la Sociedad Argentina de Urología en julio de 1932. En ambos enfermos, antes de transcurrir, 1 año después de la nefrectomía, ya el tumor había recidivado a lo largo del uréter y en la vejiga. Deben pues considerarse, como un fracaso terapéutico. Del 3er. caso no conocemos la evolución alejada de la enfermedad, y el 4º paciente, operado hace más de 2 años, continúa sin ninguna sintomatología, por lo cual se resiste a que le llevemos a cabo el segundo tiempo operatorio (ureterectomía total), y que le hemos propuesto reiteradas veces.

La 5ª observación de nuestra estadística, es un caso fundamentalmente distinto a los demás, no sólo por la naturaleza histológica del tumor (papiloma puro), sino que también por la curiosa evolución clínica de la enfermedad, por el examen radiológico, lleno de enseñanzas y sugerencias, y por el problema terapéutico a que nos vimos abocados.

Estos tres aspectos del estudio del enfermo, son los que a nuestro juicio le prestan un particular interés, y a ellos nos concretaremos en adelante, limitando nuestras consideraciones al caso que vamos a relatar.

Resumen de la historia clínica N° 8038 del Servicio de Urología del Hospital Español de Buenos Aires.

J. L. L. — De 44 años de edad, procurador. Ingresó al servicio el 19 de agosto de 1940 y es dado de alta el 28 de septiembre del mismo año.

Diagnóstico. — Papiloma de la pelvis renal izquierda.

Los antecedentes del enfermo, evidencian un largo pasado urinario. Su sintomatología renal se inicia en el año 1927 con un cólico izquierdo, sin eliminación

de cálculos, a raíz del cual fué examinado clínica y radiológicamente por un distinguido cirujano, quien le hizo diagnóstico de *litiasis renal*. Desde esa fecha inicia el enfermo una larga peregrinación por clínicas y consultorios, donde le hacen los más diversos diagnósticos y es sometido a terapéuticas también múltiples. Pero su sintomatología preponderante es renal (cólicos a repetición, con eliminación de arenillas en algunas oportunidades), y casi todos los especialistas que lo examinan coinciden en que se trata de una litiasis renal.

Hace aproximadamente 4 años, un distinguido urólogo, ya fallecido, después de un prolijo examen radiológico, le confirma el diagnóstico de una *litiasis piélica izquierda* y le propone extraerle el cálculo por una pielotomía. El enfermo no acepta la intervención y continúa ensayando los más diversos tratamientos.

Desde hace más de 2 años, los cólicos (que han continuado repitiéndose periódicamente) van seguidos casi siempre de una franca hematuria y de fenómenos inflamatorios vesicales (polaquiuria, ardor, tenesmo). Otro distinguido especialista cree encontrarse en presencia de un primer estadio de una hipertrofia de la próstata, y es tratado en ese sentido, obteniendo alguna mejoría, sobre todo del estado general.

Pero los episodios dolorosos renales se repiten, así como las hematurias, y en el mes de junio del corriente año, sufre un violento cólico izquierdo, con hematuria, escalofríos, fiebre (hasta 39°), y desde entonces, refiere una franca *hematuria provocada*, que aparece en ocasión de cualquier esfuerzo físico más o menos violento, y en muchas ocasiones, casi sin dolor renal.

El estado general no se ha modificado visiblemente y las molestias vesicales son muy atenuadas.

Estado actual. — Remítimos al paciente para un examen general al servicio de Clínica Médica del Prof. Gabriel Peco, quien nos informa que fuera de su afección urinaria, el enfermo no padece sino un discreto grado de insuficiencia suprarrenal, a la que considera responsable de la astenia, taquicardia e hipotensión que habíamos observado, para la cual le prescribe el tratamiento adecuado.

Los datos del examen urológico pueden resumirse así:

Riñones: No se palpan ni se pelotean. No existen modificaciones apreciables de la sensibilidad.

Uréteres: Puntos ureterales indoloros.

Vejiga: No se palpa globo vesical. Hipogastrio indoloro. No hay retención. No se tocan cuerpos extraños.

Uretra: Palpación y calibre normales.

Próstata: Ligeramente aumentada de tamaño, lisa, elástica, indolora, de límites netos, sin adherencia y con el surco medio conservado.

Testículos, cordones espermáticos, periné: nada de particular.

Orina: En una micción elimina 200 c.c., de orina ligeramente turbia, no hematúrica, sin grumos. El análisis revela los siguientes datos fundamentales: Densidad, 1.025. Reacción ácida. Urea, 24.36 por mil. Cloruros, 6.10 por mil.

Elementos anormales: Albúmina: vestigios.

Hemoglobina: vestigios.

Sedimento: Escasos hematíes. Escasos leucocitos granulosos. No se observan elementos renales.

Cromocistoscopia. — Buena capacidad vesical. El líquido del lavado se aclara rápidamente. Paredes lisas, con la mucosa de aspecto normal. Orificios ureterales normales, por los que se ve eyacular, con ritmo semejante, orina transparente. Ligera procidencia de ambos lóbulos prostáticos en el contorno del cuello.

Indigo carmín. — R.D. = 4' 30" — R.I. = 5' 45".

Eliminación intensa en ambos lados.

Cateterismo ureteral. — Se practica un cateterismo del uréter izquierdo para llevar a cabo una pielografía ascendente (la sonda progresa sin ninguna dificultad) y en esa ocasión se recoge una muestra de orina del riñón izquierdo y simultáneamente otra del riñón derecho por sonda vesical.

	R. Derecho	R. Izquierdo
Cantidad	18 c. c.	14 c. c.
Urea por mil	14.61	12.60
Urea eliminada	0.262	0.176
Cloruros por mil	4.50	4.20
Cloruros eliminados	0.081	0.058

Función renal (pruebas globales).

Constante de Ambard: Urea: 0.36 por mil:

K: 0.091.

Sulfofenoltaleína — Eliminación inicial a los 5'

Eliminación a los 70' -- 50 por ciento.

Estudio radiológico. — La *radiografía simple* del aparato urinario no revela la existencia de ninguna sombra patológica. Riñones de tamaño, forma y posición normales.

La *pielografía endovenosa* (Uroselectan B), confirma los datos anteriores, pero en las 3 radiografías, obtenidas a los 5', 15' y 25' de terminada la inyección, es posible observar nítidamente una *imagen lacunar* piélica del lado izquierdo, que se repite con idénticos caracteres en los tres momentos de la eliminación. La imagen lacunar ocupa casi la mitad inferior de la pelvis, reproduce en conjunto la forma aproximada de un corazón, tiene contornos poco precisos, y el área ocupada por ello no es radiológicamente uniforme (superficie desigual). No hay dilatación de la pelvis ni de los cálices, y la *eliminación* y la *evacuación* son muy buenas. Reproducimos la imagen obtenida a los 15' (Figura 1), que es la que permite apreciar con mayor nitidez los detalles mencionados. A ésta, como a las siguientes radiografías, les hemos agregado un pequeño esquema que facilitará su interpretación.

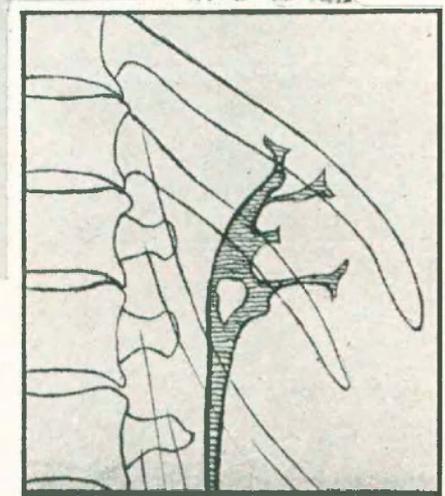
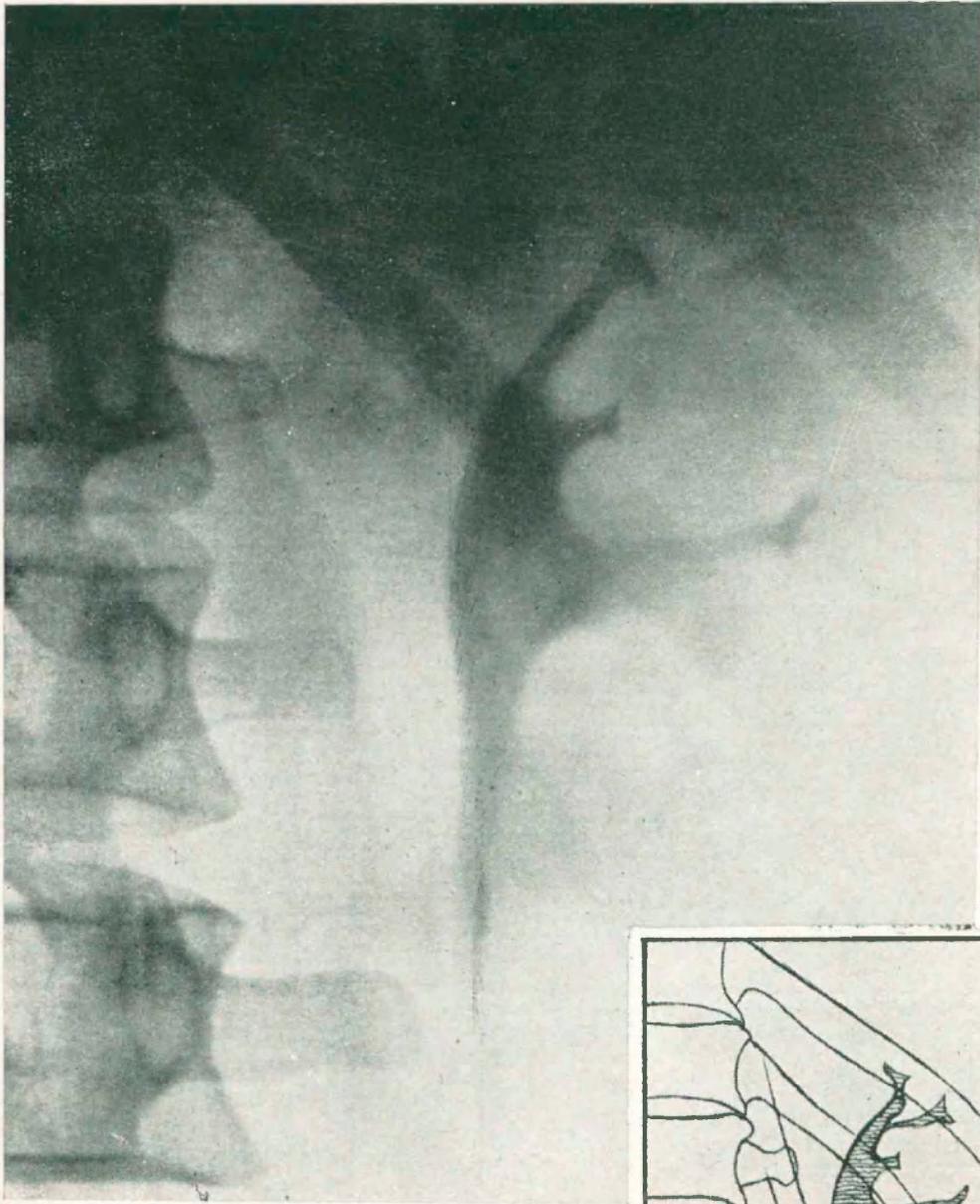


Figura 1. — *Pielografía endovenosa.* Radiografía obtenida a los 15' de terminada la inyección. *Imagen lacunar pélica, central, sin dilatación de los cálices ni de la pelvis. Buena eliminación y evacuación.*

La pneumopielografía. — (Figura 2), llevada a cabo con el auxilio de un manómetro de Claude para registrar la presión del gas inyectado (adaptación de

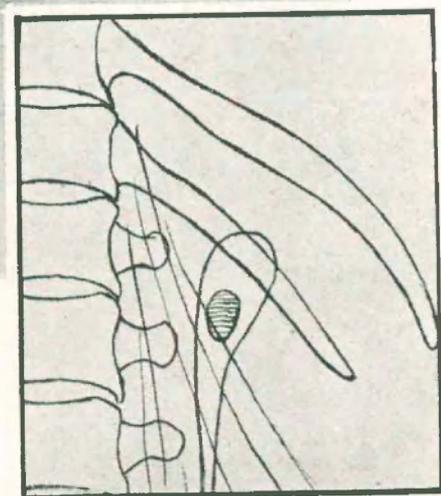
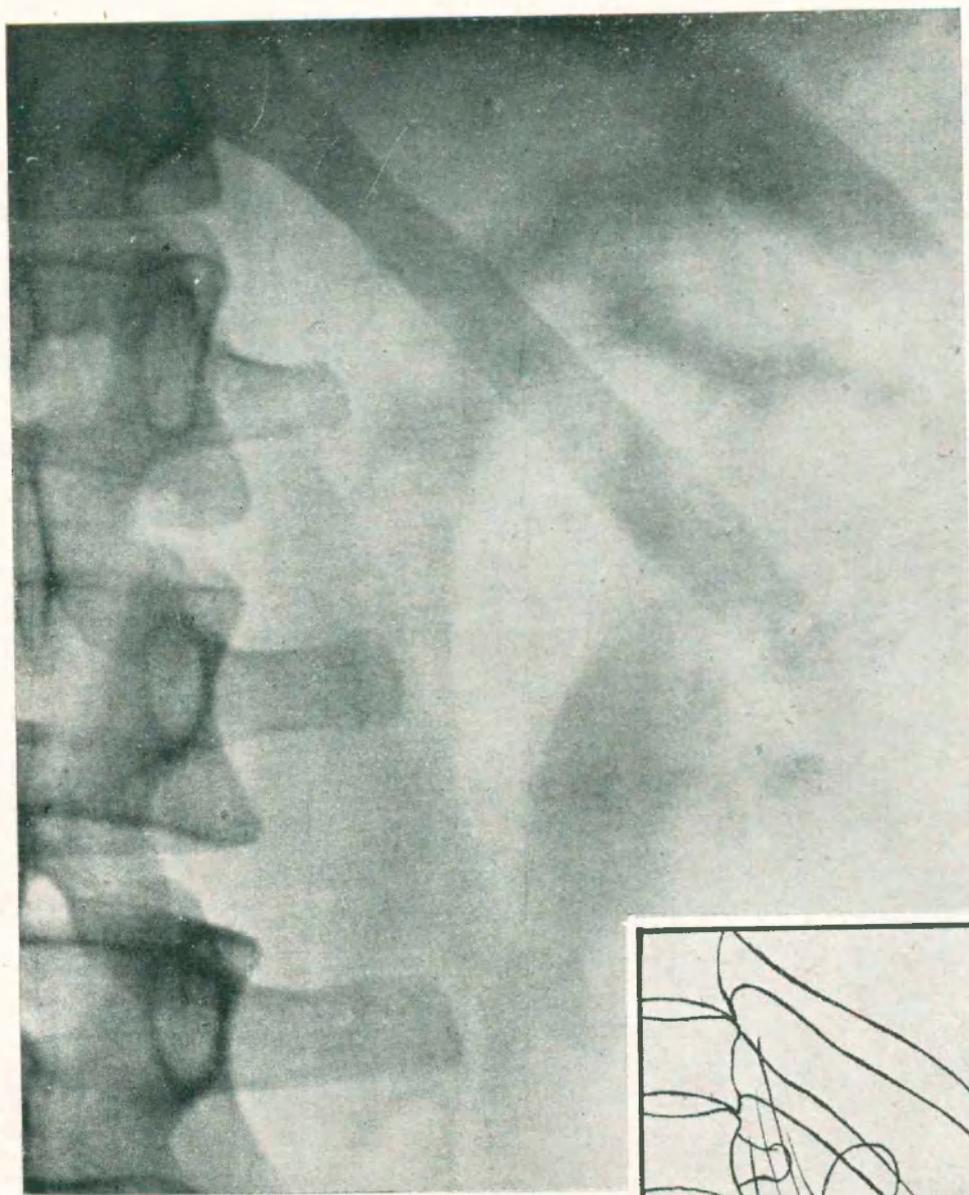


Figura 2. — *Pneumopielografía*. Dentro de los contornos de la pelvis se observa una zona de distinta densidad radiológica que corresponde topográficamente a la *imagen lacunar* observada en la pielografía endovenosa.

nuestro compañero de tareas el *Dr. Pujol*), permite también observar, dentro del área pelviana, una sombra de distinta densidad a los rayos, que esquematizamos en el gráfico adjunto, y que coincide topográficamente con la imagen lacunar que revelara la pielografía endovenosa.

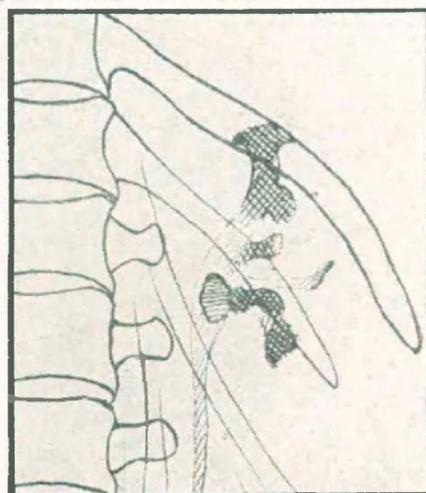
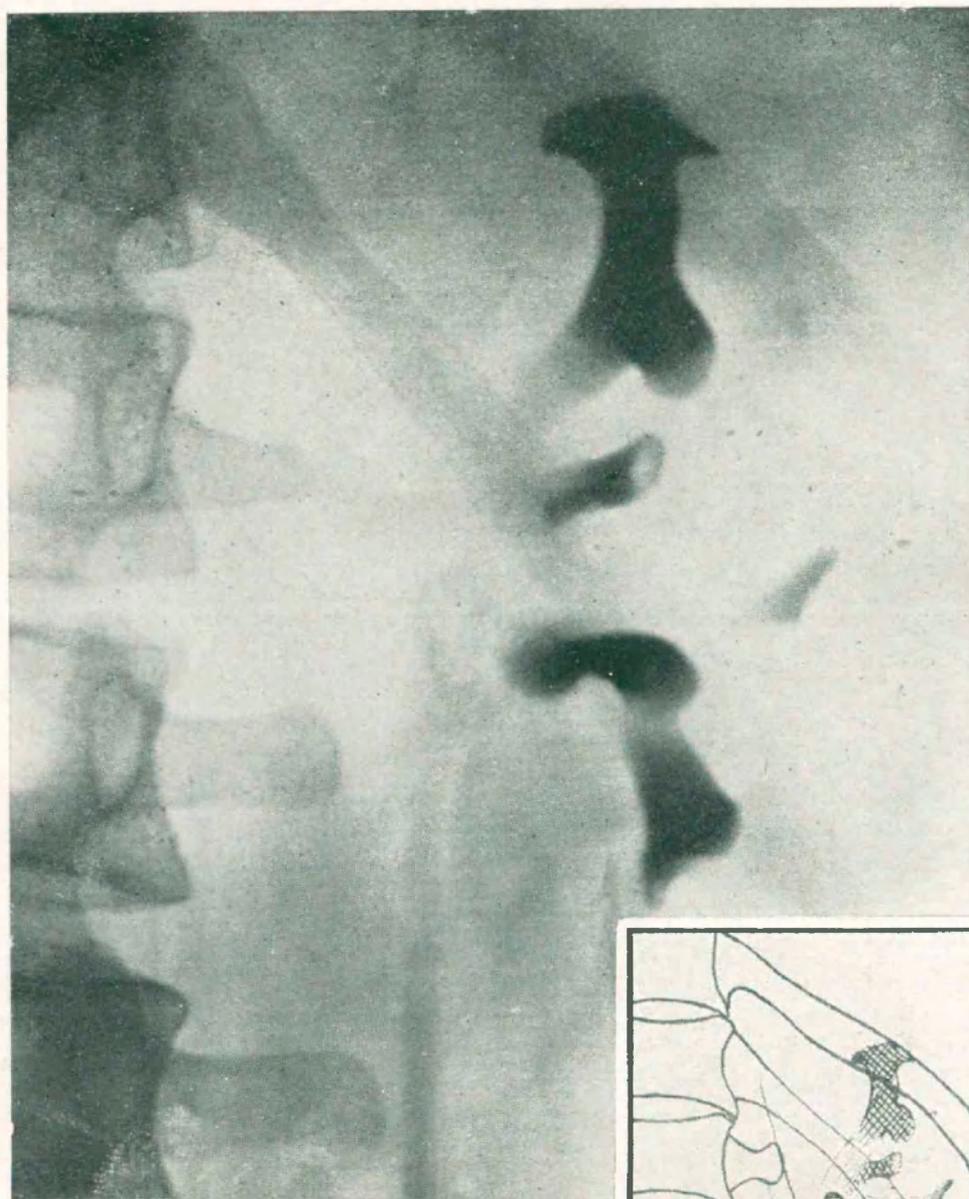


Figura 3. — Pielografía dinámica por relleno progresivo. Con la inyección de aproximadamente 4 c.c. del líquido de contraste, se visualiza perfectamente el papiloma de la pelvis renal, interpuesto como un obstáculo en la corriente retrógrada de la solución opaca.

La pielografía retrógrada. — (Figuras 3 y 4), llevada a cabo con la técnica que describiremos más adelante, a la que designamos con el nombre de *Pielografía*

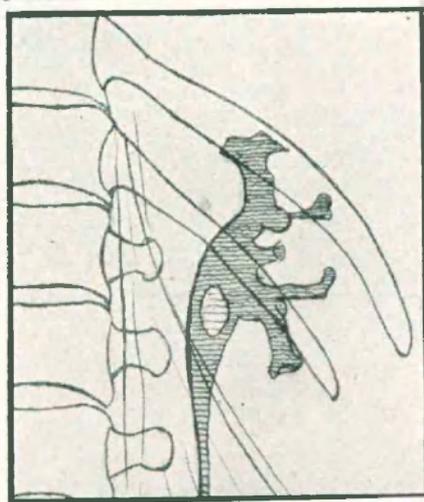
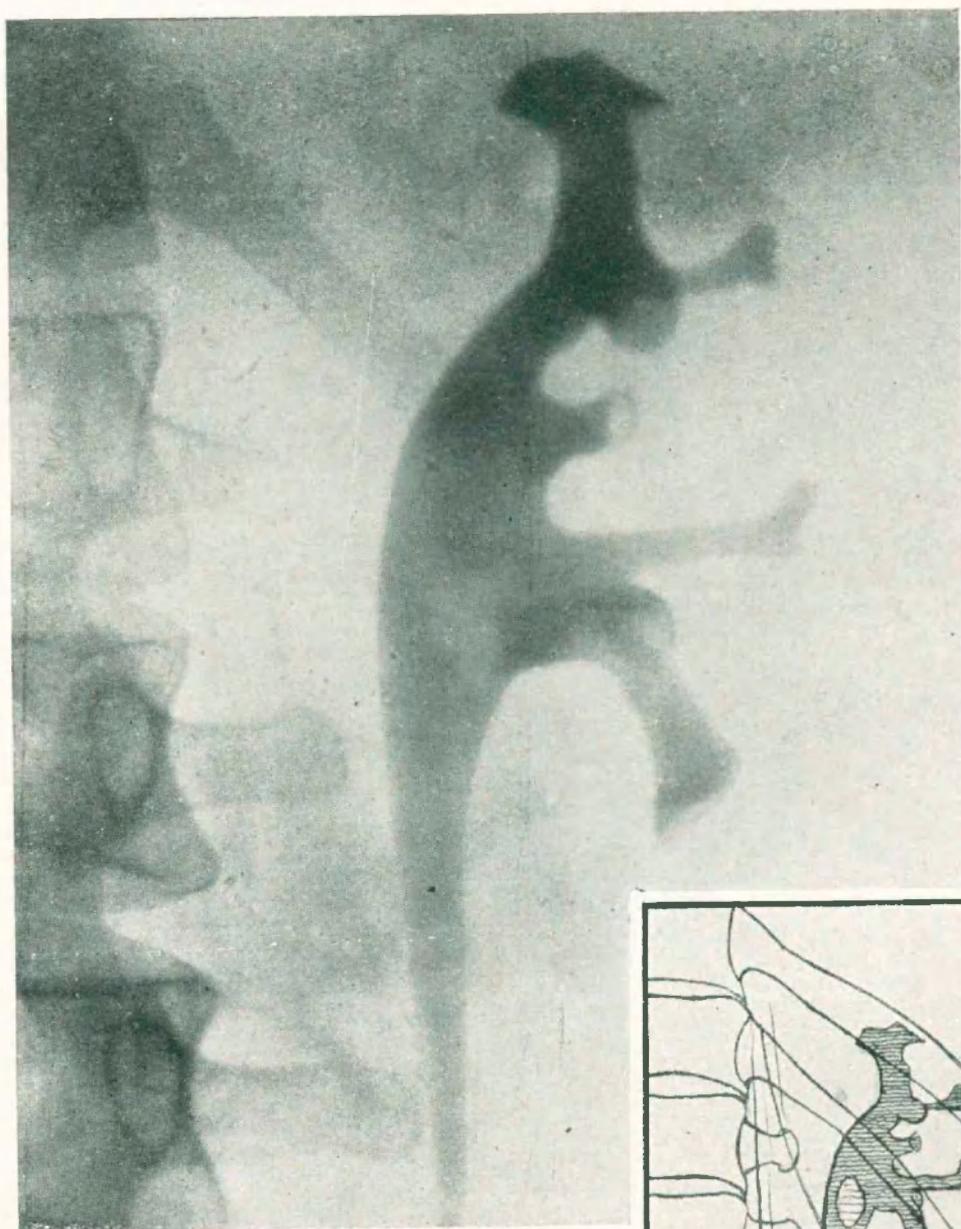


Figura 4. — *Pielografía retrógrada* con relleno completo de la pelvis y de los cálices. A pesar de ello la *imagen lacunar piélica central*, es perfectamente nítida.

La conformación general del pielograma y la relación entre sí de los elementos del mismo, no está modificada.

dinámica con relleno progresivo, nos ha proporcionado, indiscutiblemente, detalles de gran valor para el diagnóstico. En la imagen obtenida con la inyección de 4 c.c.

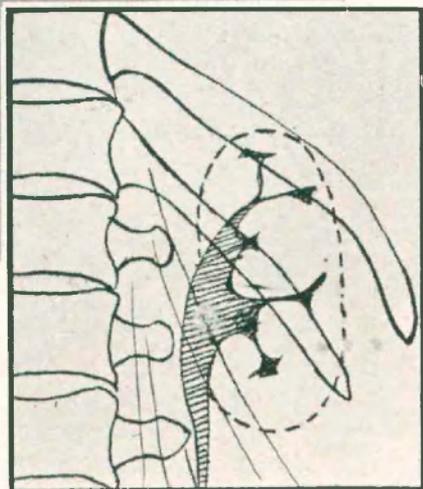
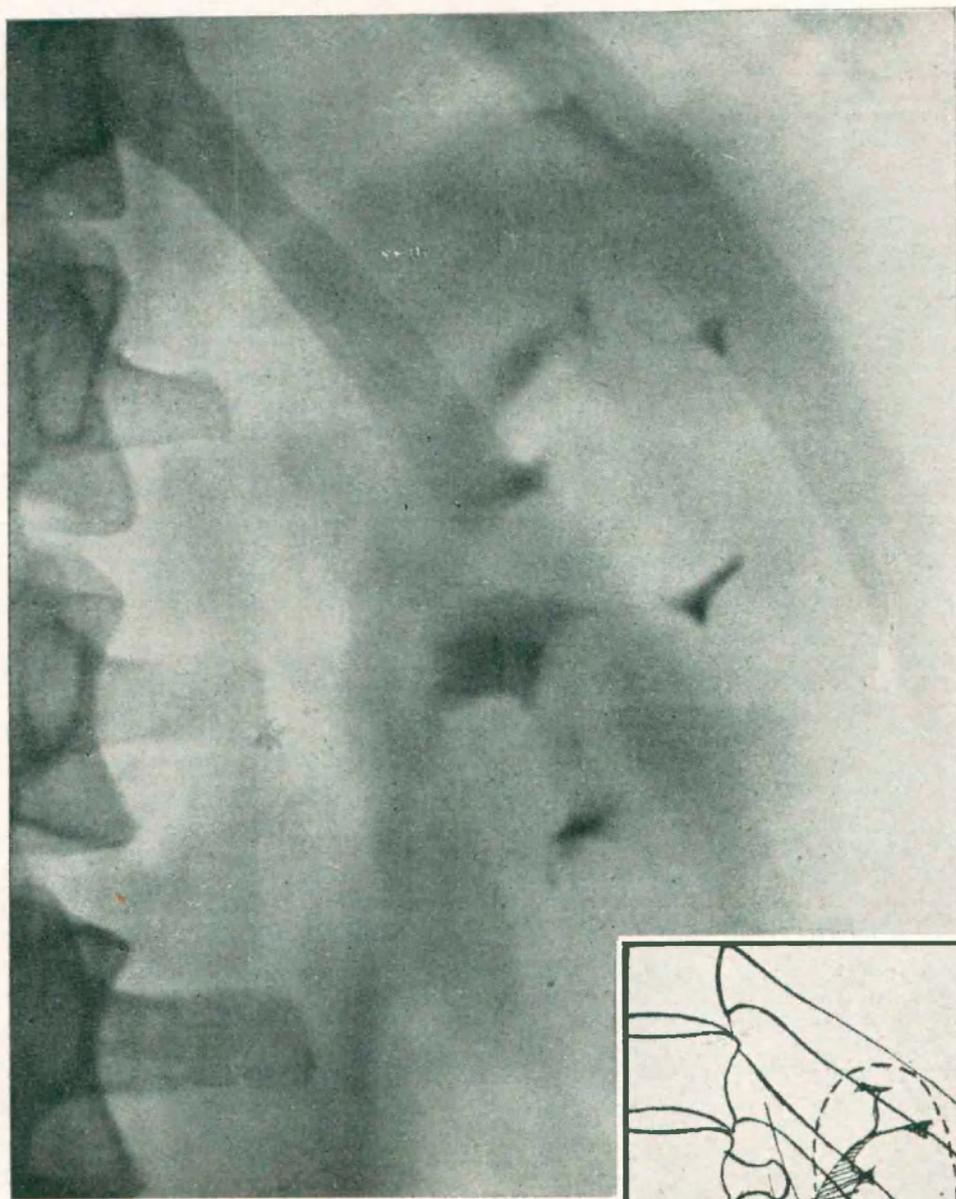


Figura 5. — Radiografía de la pelvis en evacuación incompleta. La visualización del papiloma es mucho más imperfecta que con la Pielografía dinámica por relleno progresivo.

del líquido de contraste (figura 3), la columna en movimiento del Thorotrast dibuja perfectamente el contorno del cuerpo extraño que ocupa en parte la pelvis.

a la vez que permite observar algunos restos de la substancia opaca sobre la superficie del mismo, detalle que hace presumir su irregularidad. Con la inyección de 10 c.c. de líquido, el relleno de la pelvis y de los cálices es completo (figura 4), pero la imagen lacunar continúa siendo netamente perceptible, lo que permite asegurar que la falta de relleno es producida por algo que hace franca prociencia sobre la pared pelviana. Obtuvimos además una radiografía de la pelvis en *evacuación incompleta* (a los 6' de terminada la inyección), y fuera de dudas, los detalles que ella nos proporciona (figura 5) no son ni remotamente comparables con la nitidez y plasticidad que nos brindan las imágenes de la *Pielografía dinámica por relleno progresivo*.

Con el cúmulo de datos que nos proporcionaron el examen clínico y el estudio radiológico, el *diagnóstico diferencial* tenía que concretarse, por natural gravitación, a valorar las posibilidades de que se tratara de un cálculo de la pelvis renal, no visible a los Rayos X, o de un papiloma implantado en la pared pelviana.

Los antecedentes del enfermo (cólicos a repetición desde larga data, eliminación de arenillas, hematurias provocadas) y el hecho de que un distinguido urólogo, después de un prolijo examen radiológico (material que desgraciadamente no ha podido llegar a nuestras manos), le hubiera propuesto, ya 4 años atrás, extraerle un cálculo piélico, autorizaban a pensar que se tratara de un proceso litiásico. Suponíamos que el colega, de cuya capacidad no dudamos, habría observado la imagen lacunar y le habría asignado oportunamente esa interpretación. Y de acuerdo a la evolución conocido de los procesos en juego, era más lógico admitir que se tolerara durante ese lapso de tiempo un cálculo piélico, no obstructivo, que un papiloma de la pelvis, cuyo carácter invasor es por todos admitido, aún en los casos de benignidad histológica.

El estudio radiológico, en cambio, hacía inclinar la balanza de posibilidades hacia un papiloma de la peivis. La irregularidad de los contornos y de la superficie de la imagen lacunar: su fijeza en la pelvis, de la que parecía suspendida, siempre en el mismo sitio, con los más diversos rellenos; y el poco contraste que ofrecía la sombra en el pneumograma, eran argumentos a favor de esta manera de pensar.

Sin decidirnos categóricamente en uno u otro sentido, pero absolutamente seguros de que no podía tratarse de otra cosa que de un papiloma o de un cálculo de la pelvis renal, resolvimos operar

al enfermo, ya que en última instancia, ambas afecciones no podían escapar a la terapéutica quirúrgica.

Operación

Operación. — (Septiembre 4 de 1940).

Anestesia peridural.

Tutocaina 0.20 grs.

Percaina 0.05 grs.

Sol. fisiológica 60 c.c.

Inyección entre la XI y XII dorsal (gota 1).

Lumbotomía económica (*técnica de Heckenbach*) sobre la XII costilla, que se reseca parcialmente, junto con el "carrefour" fibroso de su extremidad libre. Abordada la celda renal, se libera el riñón por fuera de la cápsula, y se lo exterioriza sin mayor dificultad. Se exponen el hilio y la pelvis renal, separándolos de la grasa que los rodea, y a la palpación no se encuentra nada anormal en el bacinete ni en el uréter. Previa fijación de las paredes de la pelvis con dos riendas de catgut, se practica entre ellas una incisión longitudinal de unos 4 centímetros de largo. Por la brecha de la pielotomía, se ve de inmediato asomar un pequeño tumor de aspecto muriforme, del tamaño aproximado de una aceituna. Se implanta en forma sesil en la mucosa, y no hay alrededor de él, ninguna inflamación ni infiltración de la pared. Previa exploración del resto de la pelvis y del uréter, por la que se comprueba que no existe ningún otro brote neoplásico, se resuelve extirpar el tumor junto con la pared pelviana, y así se hace, resecando con la tijera una porción de la misma, en forma de losange. La amplitud de la pelvis, permite luego suturar la brecha con facilidad, con puntos separados de catgut.

No se deja drenaje intra-renal. Drenaje con gasa y tubo a la loge. Reparación de la pared lumbar en 2 planos, y sutura de la piel con hilo de lino.

El post-operatorio inmediato, transcurre sin ningún incidente. A los 6 días se retira el drenaje, por el que en ningún momento ha salido orina. A los 8 días se sacan los puntos, y a los 11 días el enfermo se levanta. Es dado de alta a los 14 días de la operación, con la herida completamente cicatrizada y en perfectas condiciones.

La histopatología de la pieza operatoria fué realizada por nuestro colega y amigo el doctor *Monserrat*, quien nos remite el siguiente informe: "La observación panorámica de los preparados, nos permite observar la pared de la pelvis, sin nada de particular. En un punto determinado, la continuidad de la mucosa, es interrumpida por la presencia de ejes conjuntivo-vasculares, ramificados, que están recubiertos por un epitelio pavimentoso estratificado".

"Estudiado el epitelio con aumentos mayores, se aprecia que en todos los campos, las células se apoyan en una membrana basal intacta".

"No se observan atipias ni monstruosidades celulares".

"Por los caracteres citológicos, y apoyándonos en conceptos estrictamente histológicos, debemos considerar al tumor en estudio como un Papiloma de la pelvis renal".

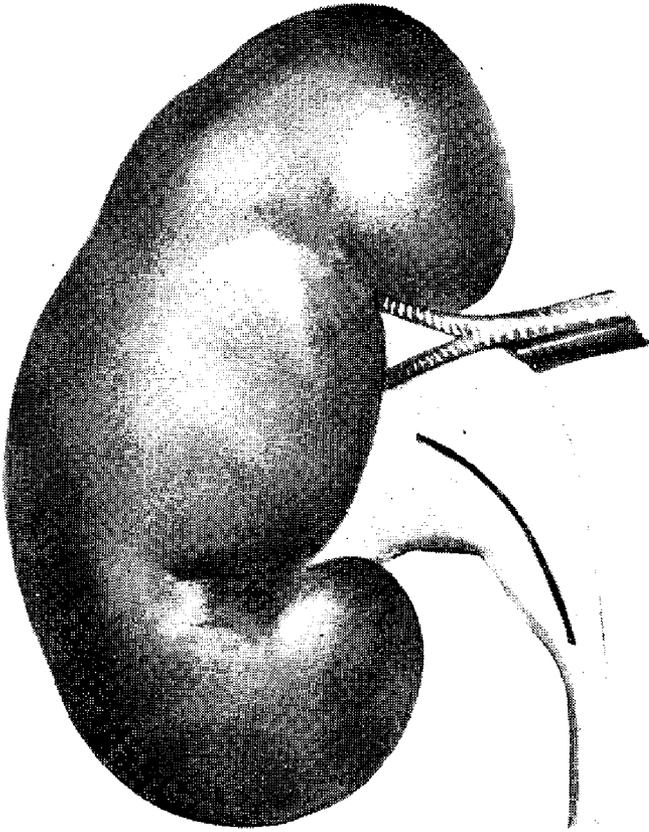
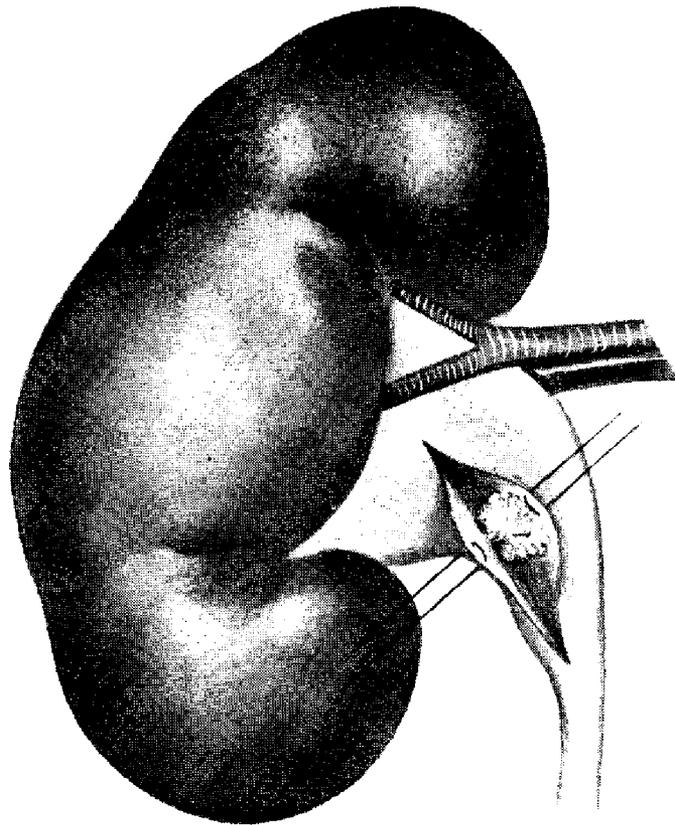


Figura 6.
Trazado de la incisión piélica

Figura 7.
Expuesta la cavidad pelviana por tracción de las riendas previamente colocadas en los bordes de la incisión, aparece de inmediato el papiloma, implantado en la cara posterior.



Transcurrido algo más de 1 mes después de la operación, le practicamos al enfermo un nuevo examen radiológico, para verificar el estado del órgano después de la intervención.

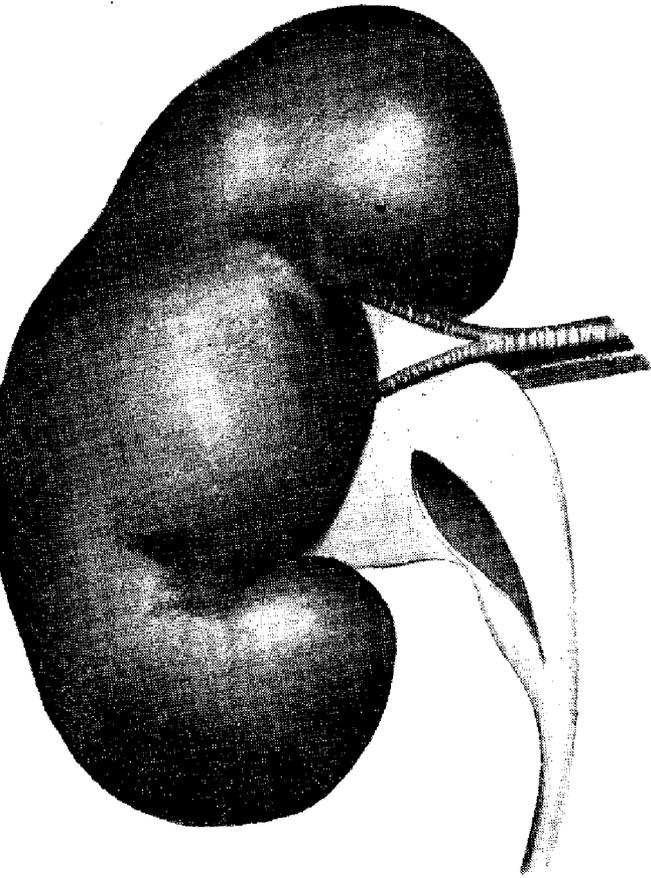


Figura 8
Aspecto de la pelvis después de efectuada la resección en losange de la pared, que ha abarcado ampliamente el punto de implantación del papiloma.

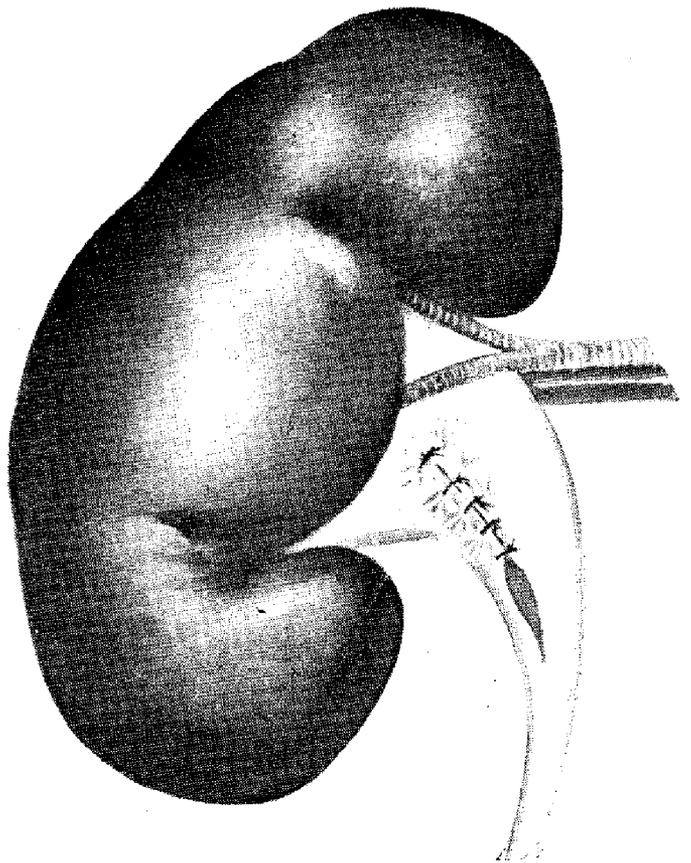


Figura 9.
Sutura de la pared pelviana con puntos separados de catgut sin dejar drenaje intrarrenal.

La pielografía endovenosa (figura 13), permite observar un nefro-pielo-ureterograma normal, con buena eliminación y evacuación del uroselectan B.



Figura 10. — Aspecto macroscópico del tumor, seccionado en la parte media. El losange de la pared pelviana en que se apoya está retraído, por efecto de la fijación por el formol.

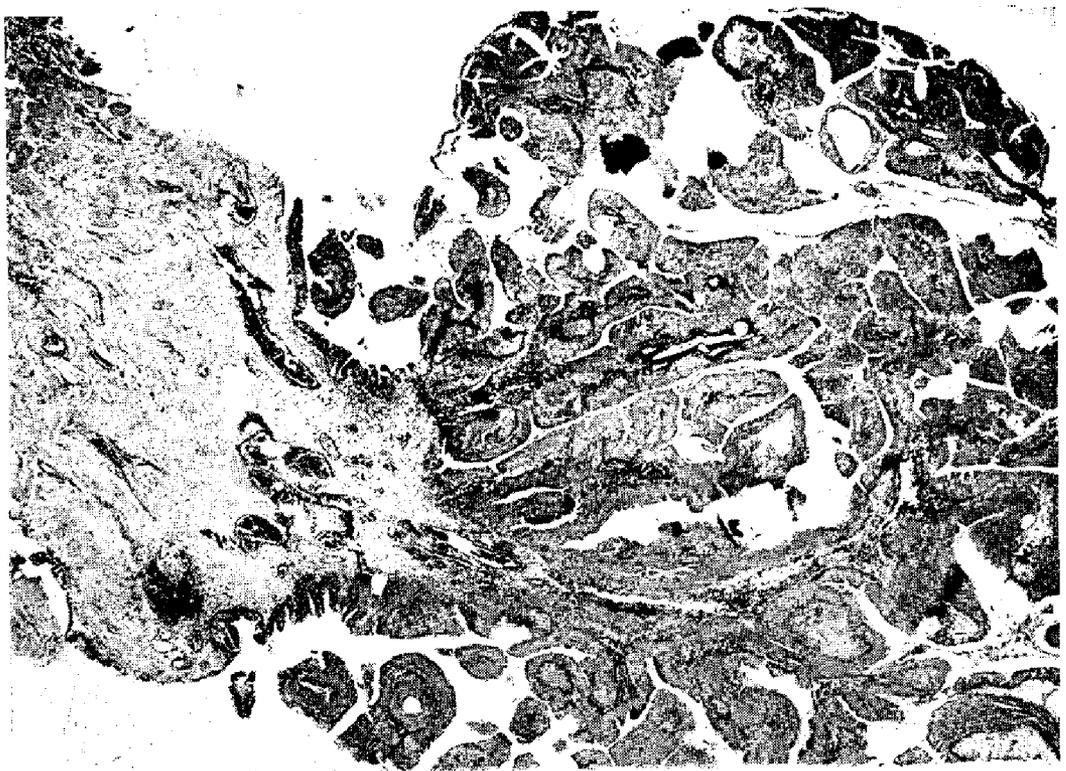


Figura 11. — Obsérvase a la izquierda, la pared muscular de la pelvis con la submucosa ricamente vascularizada. El epitelio pavimentoso pelviano se interrumpe para dar origen a un crecimiento de ejes conjuntivo-vasculares, que se ramifican y recubren de una mucosa pavimentosa estratificada.

La *pielografía retrógrada* (figura 14), permite apreciar mejor aún la perfecta reparación de la pelvis renal: a pesar del poco tiempo transcurrido, como lo comprueba el hecho de poderse observar todavía los puntos de sutura de la pared pelviana.

EL PROBLEMA DEL DIAGNOSTICO

El problema del diagnóstico de los tumores de la pelvis renal,



Figura 12. — Se observa, a mayor aumento, las características de los ejes conjuntivo - vasculares y del epitelio de revestimiento.

el diagnóstico pre-operatorio preciso, con nociones exactas de situación, tamaño, propagación, invasión o repercusión mecánica sobre la glándula renal por trastornos de la evacuación, tiene indiscutiblemente una importancia capital, por cuanto permitirá de antemano planear la terapéutica quirúrgica, con el perfecto conocimiento de la conducta a seguirse.

Desde luego que este diagnóstico de relativa precisión, sólo puede demandársele a la exploración radiológica. Todos los otros

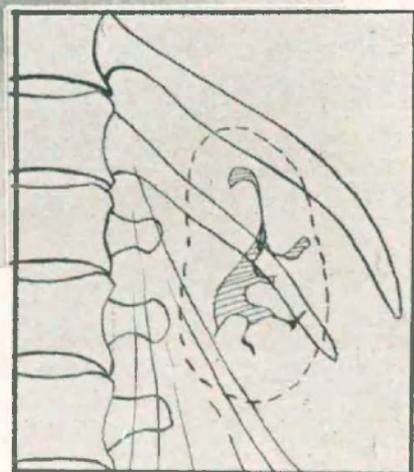
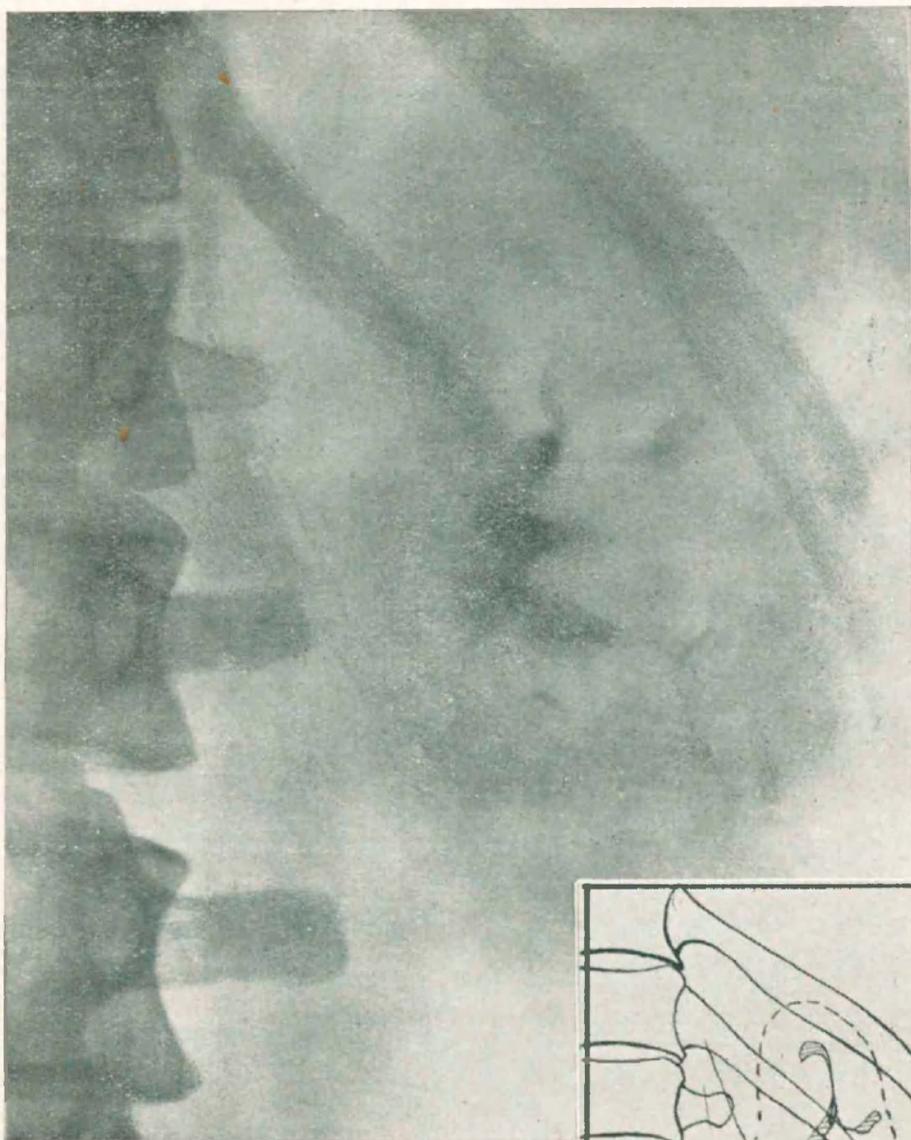


Figura 13. — *Pielografía endovenosa* obtenida 1 mes después de la operación. Nefropielograma normal. Buena evacuación y eliminación.

métodos de examen podrán hacerlos presumir con más o menos convicción o entusiasmo, pero la positividad concreta de los mismos, será

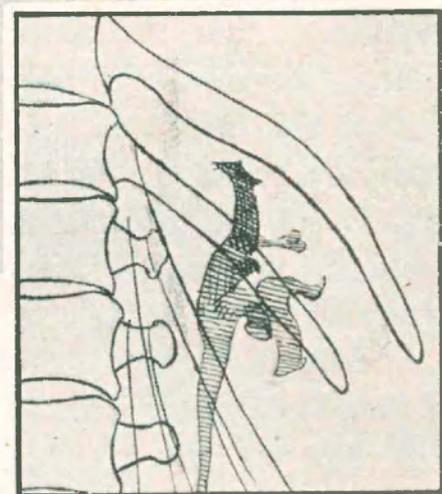
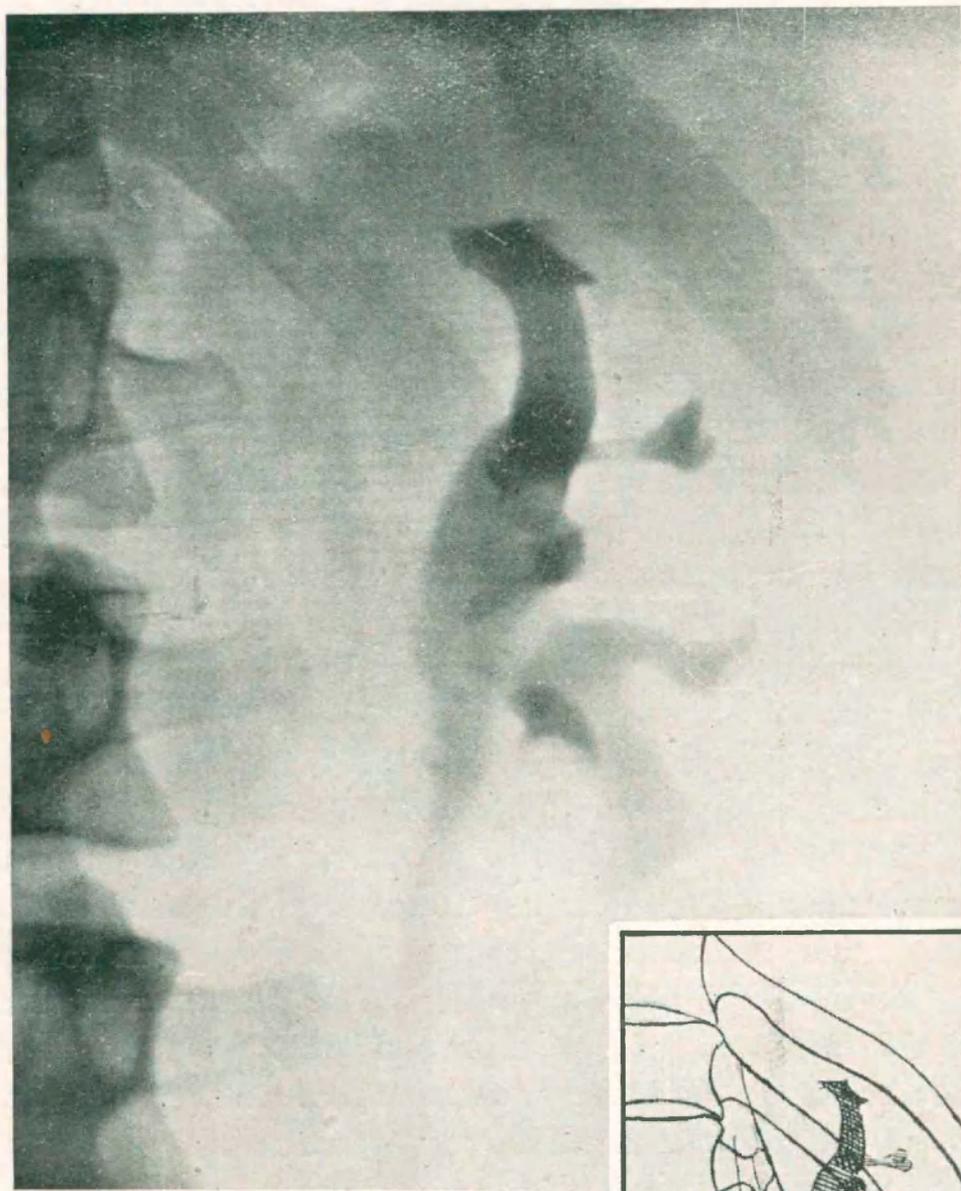


Figura 14. — *Pielografía retrógrada* en el post-operatorio. Pueden observarse, escalonados a lo largo de la pelvis, los puntos de sutura de la misma.

siempre reducida. Aún el hallazgo inequívoco de células neoplásicas en el sedimento urinario, provenientes de un determinado riñón,

podrá revelarnos la etiología y hasta quizás la naturaleza histológica del tumor, pero no nos aportará ningún detalle sobre la situación o extensión del mismo, circunstancia que pueden condicionar de antemano, provechosamente, el alcance de la intervención quirúrgica que habrá de llevarse a cabo.

El diagnóstico radiológico de un tumor de la pelvis renal, puede ser relativamente fácil en algunos casos, y sumamente difícil en muchos otros.

Indiscutiblemente, *la pielografía de excreción*, ha aportado a este estudio, como toda la patología reno-vesical, una ayuda de valor incomparable. El hecho de que el riñón conserve habitualmente una función secretoria buena o cuando menos discreta, salvo el caso de invasión masiva de la glándula o de trastorno mecánico prolongado de la evacuación (uronefrosis, hematomefrosis), hace que el pieloureterograma fisiológico, sea lo suficientemente preciso como para que sus caracteres anormales permitan identificar la naturaleza del proceso.

Los papilomas de la pelvis renal, tema al que circunscribimos en este momento nuestro estudio, son puestos en evidencia, con notable nitidez por la pielografía de excreción, como una imagen lacunar piélica, sobre todo cuando no existe una uronefrosis concomitante. Y aún en esos casos, en una seriada obtenida con pocos minutos de intervalo, sobre todo en la fase inicial de la eliminación, es sumamente difícil que su presencia pase desapercibida en un momento preciso de la obtención del pielograma, sobre todo si puede lograrse el mismo con el auxilio de la radioscopía, que permite visualizar la imagen de la pelvis, en el momento en que se encuentra contraída, o en semi-evacuación.

Pero la imagen lacunar piélica, puede no ser lo suficientemente característica como para permitir el diagnóstico diferencial, sobre todo con un cálculo alojado en la pelvis renal, que puede no ser visible en la radiografía simple. Las otras causas de error (coágulos, vesículas hidáticas), son generalmente más fáciles de descartar, eligiendo el momento en que se lleva a cabo el examen (fuera de las hematurias) o por el resto de los caracteres del nefro-pielograma (quistes hidáticos abiertos en la vía excretora).

Los otros tumores de la pelvis renal son de una rareza extraordinaria, y al hablar de papilomas, no haremos distingo desde el punto de vista radiológico entre los papilomas y los epitelomas papiliformes, por cuanto pielográficamente, su diagnóstico no cabe ni es posible.

Decíamos que el diagnóstico diferencial habrá de hacerse sobre todo con un cálculo piélico no visible a los rayos X. No hay otro índice radiológico para ello que la regularidad de los contornos, y el aspecto de la superficie, llamémosle así, de la imagen lacunar. En los cálculos piélicos, dado la forma habitual de los mismos, los contornos de la imagen lacunar son habitualmente netos y en algunos casos hasta como una línea perfectamente regular, y la superficie limitada por dichos contornos, es casi siempre uniforme, sin manchas ni diferencias de opacidad por infiltración del líquido de contraste (en este caso, la orina con la substancia yodada). En los papilomas de la pelvis renal, en cambio, la morfología de los mismos y la irregularidad de su superficie, hacen que los contornos de la imagen lacunar sean menos nítidos y precisos, y en el área por ellos limitada, se puedan apreciar distintos tonos de opacidad, por difusión o impregnación del líquido de contraste entre las arborizaciones papiliformes, desigualmente desarrolladas.

Pero estos fundamentos básicos de la diferenciación radiológica entre un cálculo invisible a los rayos X y un papiloma de la pelvis renal, no se cumplen siempre en la forma semiesquemática con que los hemos enunciado, y es necesario entonces recurrir, si el criterio de la necesidad de un diagnóstico diferencial así lo exige, a otros métodos de exploración radiológicos: *la pielografía ascendente* y *la pneumopielografía*. Y decimos intencionalmente *si el criterio de la necesidad de un diagnóstico diferencial así lo exige*, porque no es sin cierta prevención que admitimos que la sonda ureteral pueda pasar por sobre un papiloma, rozando su superficie, y creando la posibilidad de movilizar alguna célula neoplásica que podrá injertarse luego en algún otro punto de la pelvis o del uréter. Creemos posible esa eventualidad, ya que así ocurre normalmente con el arrastre fisiológico de la orina, y para tratar de obviarla en lo que al traumatismo de la sonda se refiere, es que aconsejamos que la misma

no sea introducida sino lo indispensable en el uréter, vale decir, que se lleve a cabo una pielografía retrógrada a lo *Chevassu*. Esta maniobra lleva además implícita la ventaja de poder obtener al mismo tiempo un valioso ureterograma por rellnamiento, de gran valor diagnóstico y terapéutico, por cuanto la coexistencia de otra localización del tumor a nivel del uréter, impondrá sin lugar a dudas, un tipo determinado de intervención quirúrgica.

Pero queremos referirnos, además, a otro detalle de técnica para llevar a cabo la pielografía retrógrada en tales casos. Consiste en obtener en radiografía, mientras se lleva a cabo la inyección del líquido de contraste, vale decir, con la columna líquida en movimiento, como cuando se practica una uretrografía. Esta manera de operar, si se obtienen radiografías rápidas, no compromete en absoluto la nitidez del uréteropielograma, y tiene en cambio la indiscutible ventaja de que cualquier obstáculo que se interponga al libre curso del líquido de contraste, se visualizará mejor al bordearlo en movimiento. *Se ven mejor las piedras semisumergidas, en la corriente de un río, que en las aguas tranquilas de un lago.*

Además, creemos que es de gran interés obtener el pielograma con distintos grados de distensión de la pelvis, ya que un fuerte relleno de la misma puede suprimir la imagen lacunar. Para ello, habitualmente obtenemos varias, radiografías (cada 2 c.c. de relleno) mientras vamos practicando la inyección, hasta llegar a los 8 ó 10 c.c. que es el índice medio de tolerancia, o mayor cantidad si fuera prudente y necesario. Esta pielografía seriada, durante la inyección, la consideramos superior a la seriada de evacuación para poner en evidencia una imagen lacunar o sus caracteres; permite con seguridad obtener la imagen con una columna líquida en movimiento, y tener la certeza de que cada pielograma corresponde a un relleno distinto y conocido (por la cantidad de líquido inyectado), verdadera radiografía seriada, sin el auxilio de la radioscopía que, es indispensable para radiografiar la evacuación, que es con frecuencia profundamente modificada por la distensión previa de la pelvis, y con grandes variaciones del factor tiempo, que hacen inevitable el control de la pantalla radioscópica.

La pneumopielografía es también una exploración de gran interés para el diagnóstico diferencial de una imagen lacunar, y su peligrosidad es relativa, si se la lleva a cabo con la prudencia indispensable que requieren todas estas exploraciones. Es posible ejecutarla como tiempo previo de la pielografía retrógrada, con lo cual se evita la repetición de los cateterismos.

Conviene también obtener el pneumopielograma con distintos grados de distensión gaseosa. El contraste de un cálculo en la cámara de aire piélica, es mucho mayor que el de un papiloma, y el aumento gradual de la presión pneumática, es posible que termine por borrar la imagen de un papiloma como ha ocurrido en nuestro caso, pero poco probable que lo haga con un cálculo, sin llegar a inyectar cantidades temerarias de gas.

La pneumopielografía practicada después de la evacuación del líquido de contraste utilizado para la pielografía retrógrada, no nos ha aportado ninguna ventaja sobre las otras exploraciones, en el estudio del presente caso. Teóricamente, los restos de la substancia opaca que pudieran quedar adheridos a la superficie del tumor, debieran de facilitar su visualización y diagnóstico. Y así habría de ocurrir, con seguridad, si se pudiera utilizar una substancia flocluable, como el Umbrathor, por ejemplo; pero con el Thorotrast no hemos obtenido éxito en ese sentido.

Con estas consideraciones sobre el diagnóstico radiológico de los papilomas de la pelvis, hemos resumido la enseñanza que le debemos al estudio de nuestro enfermo.

EL PROBLEMA DE LA TERAPEUTICA

La elección de la terapéutica básica en los papilomas de la pelvis renal no es un problema: no puede ser otra que la quirúrgica.

La malignidad evolutiva de estos tumores, en discrepancia frecuente con los caracteres histológicos de los mismos, hace que hoy día, a través de la experiencia, casi todo el mundo concuerde en que la terapéutica quirúrgica debe tender a ser lo más radical posible. Y el problema casi se concreta a si deberá de practicarse una nefrec-

tomía, o una uréteronefrectomía, dada la frecuencia con que se observan las recidivas a lo largo del uréter, cuando éste no ha sido extirpado junto con el riñón.

A través de nuestra propia experiencia, la necesidad de llevar a cabo una nefroureterectomía total estaría justificada por los fracasos que tenemos que lamentar después de la nefrectomía. De 4 observaciones personales de epitelomas papilares de la pelvis renal, en 2 de ellas, apenas transcurrido 1 año después de la nefrectomía con resección parcial del uréter, el tumor había recidivado a lo largo de la porción restante del mismo, y se había producido además una verdadera siembra vesical de tumores de idéntica naturaleza histológica, casi todos pediculados. Teníamos, pues, derecho a pensar y obrar de esa manera, y así lo hemos sostenido en otras oportunidades.

Y no pensamos por ahora desdecernos. Tan sólo quisiéramos transmitir las dudas e inquietudes con que tomamos la decisión terapéutica en nuestro caso. Y nos decidimos en última instancia, con la pieza en la mano, y ante la visión de un órgano perfectamente normal, por la extirpación del tumor y de la pared pelviana en que se hallaba implantado, con la técnica que demuestran fielmente las láminas que ilustran estas páginas (figuras 6, 7, 8 y 9).

Procedimos así:

1° *Porque teníamos la convicción, a través del examen radiológico practicado y por la exploración del órgano durante el acto quirúrgico, de que se trataba de un tumor único.*

2° *Por el tamaño del mismo, sus caracteres macroscópicos y la normalidad absoluta de la pared de la pelvis en que estaba implantado.*

3° *Por la ubicación del tumor y el tamaño de la pelvis renal que permitían una amplia resección y reparación de la misma.*

4° *Por los antecedentes de la enfermedad, de larga evolución, en la que ciertos detalles de exámenes anteriores (de los que desgraciadamente no disponemos) pueden hacer presumir también para*

el tumor una evolución que data de mucho tiempo, circunstancia que, condicionaría su benignidad.

5° Por una tendencia natural hacia la cirugía conservadora cuando se plantea una duda.

El examen histopatológico de la pieza operatoria no ha revelado ningún síntoma de malignidad del tumor. Esta circunstancia nos alienta, pero no más allá de lo debido.

La observación alejada del enfermo, será en última instancia quien vaya a calificar nuestra conducta como un acierto o un error. No pretendemos desde luego que un éxito aislado, si así ocurriera, pueda sentar normas. No, la medicina no progresa con el caso exótico, ni con el factor suerte. Pero tampoco evoluciona pretendiendo aplicar reglas iguales en casos distintos. Cada enfermo es un problema, y la solución lograda en los casos semejantes, puede no ser la más conveniente para él. Muchas circunstancias le han conferido a nuestra observación un carácter especial. Por eso, y pese a nuestras convicciones anteriores, nos decidimos a la revisión de un concepto que no nos satisface plenamente.

DISCUSION

Dr. Trabucco. — Comparando las dos interesantes comunicaciones de los doctores Ercole y García, realmente llegamos a la conclusión de que en medicina debe primar ante todo el sentido y de que no se puede ser absoluto en cuestión intervenciones.

El doctor Ercole nos decía que estaba indicada la resección total del riñón, uréter y parte de vejiga porque los papilones inundaban, por así decir, todo el trayecto. En el caso del doctor García estaba limitado exclusivamente a un punto de la pelvis renal y hubiera sido importante reseca todo el árbol urinario de ese lado pudiendo salvar el riñón y el uréter. Siempre hay tiempo en sacar el riñón y el uréter, si es que recidiva el papiloma. Una pielotomía no va a traer ningún trastorno; al contrario, puede salvar un órgano de suma utilidad. Nosotros hemos tenido hace ya 6 años más o

menos, un papiloma de pelvis renal del tamaño de un pelota de tennis, y extirpamos el riñón y parte superior del uréter. Ese enfermo lo seguimos viendo y no tuvimos necesidad de extirpar la parte inferior, porque no hubo siembra en ese uréter inferior. Estábamos dispuestos a extirparlo en el caso en que se produjese esa siembra.

Una vez más se confirma lo que en medicina se puede decir en forma categórica: de que debe primar el criterio antes de la sistematización en cuanto a sistema operatorios y aplicación terapéutica se refiere.

Dr. Grimaldi. — Quiero recordar un caso que no es personal y que me fuera transmitido hace unos años.

Creo que lo fué precisamente a continuación de un comunicado del doctor García, por el maestro Marañón, que extirpó endoscópica un papiloma ureteral, que pudo ser sorprendido en un momento de sistole ureteral. Ese enfermo fué seguido por el doctor Marañón más de 20 años y no había habido en él ningún signo de recidiva del papiloma.

Dr. Ercole. — Voy a insistir nuevamente sobre lo que decía en mi comunicación anterior, de que frente a un tumor papilar de la pelvis renal, hay que aceptar que estamos frente a una enfermedad del sistema, es decir, debemos aceptar en forma casi terminante de que el uréter y la vejiga pueden estar infectados.

Un caso aislado como el que refiere el doctor Trabucco o la observación que nos presenta el doctor García, no dice nada en lo que se refiere a valores estadísticos, pues estadísticamente está demostrado que estos tumores recidivan en un porcentaje tan alto de casos, que en un trabajo que he consultado se dice que no se conocen más que unos pocos casos en la literatura, en que sin la ureterectomía se ha llegado a la curación radical.

Hay que tener otro concepto en lo que dice el doctor Trabucco, de que siempre hay tiempo de extirpar el resto. Yo diré que no, porque en estos casos a veces, el injerto neoplásico es de naturaleza maligna.

En el caso que refiere el doctor Grimaldi se trataba, no de un tumor de pelvis renal, sino de uréter, de manera que en realidad, no había por qué ir a hacer una urétero-nefrectomía. Yo he tenido oportunidad de tratar una enferma muy semejante a ésta, en la cual las eyaculaciones ureterales hacían aparecer en la vejiga un papiloma que parecía que venía con pedículo y todo. Por vía endoscópica le hice la extirpación de ese papiloma. El examen radiográfico previo no demostraba ninguna imagen sospechosa de las vías altas y la enferma seguida dos o tres años, en sucesivas imágenes radiográficas no demuestra lesiones del árbol urinario alto, pero en cambio, demostró una recidiva local.

Sr. Presidente Dr. Von der Becke. — Hace poco tiempo he tenido oportunidad de ver una enferma con recidiva.

Dr. García. — Había omitido decir que el control endovenoso y ascendente era a los 25 días en que el enfermo muestra un papiloma sin carácter de malignidad.

Voy a contestar a la colaboración de los señores consocios.

Al doctor Trabucco le diré que lo que dice es lo que ha guiado nuestra conducta terapéutica. Hemos sostenido, en esta misma Sociedad, el concepto de la necesidad de una terapéutica casi profiléctica. No obstante, en este caso, yo creo que es necesario rever un poco los conceptos sin elasticidad.

Estoy de acuerdo con el doctor Ercole en considerarlas como enfermedades de sistema, pero no por naturaleza sino por un simple factor mecánico. El papiloma de la pelvis renal no se diferencia ni tiene por qué diferenciarse de ningún otro papiloma, pero está expuesto, naturalmente, permanentemente, a la corriente de orina, al factor mecánico de arrastre de la corriente de orina.

No hay otra cuestión para considerar la malignidad o benignidad que la cuestión del arrastre favorecido por la circulación permanente de la orina. Este es un caso ideal. Que es un papiloma, hay que presumirlo por una evolución lenta y larga, que no ha hecho hasta ahora ninguna otra localización. La extirpación del papiloma con la pelvis es la garantía máxima desde el punto de vista local

porque se extirpa totalmente. Si alguna célula ha quedado interesada en el uréter, el porvenir nos lo dirá, pero desde el punto de vista de las cosas concretas esta terapéutica está justificada, cuando menos, para rever los hechos en los casos ideales en que puede permitir una cierta elasticidad un concepto pre-establecido.

NOTA.— Los clisés de este trabajo han sido entregados por los autores.
