

Univers. Nac. del Litoral; Facult. de Ciencias
Médicas. Cátedra de Clínica Génito-Urinaria.
Prof. Titular: Miguel A. Llanos

Por el Doctor
MIGUEL A. LLANOS

EPITELIOMA DEL RIÑÓN A CELULAS CLARAS LOCALIZADO EN UNA PAPILA

M. C., francés, de 50 años, nos manifiesta que el día 12 de febrero del corriente año, al levantarse —a las 7—, notó que sus orinas estaban teñidas de un color rojo muy acentuado; lo atendió el Dr. Berdaguer durante cinco días, y el 19 del mismo mes nos lo envió a nuestro sanatorio, para ponerlo bajo mi atención.

El mismo día de su ingreso intenté hacerle un examen cistoscópico, pero no se pudo realizar a causa de una estrechez uretral; fué recién el 22 que se pudo practicar dicho examen, el que demostró que la sangre procedía del orificio ureteral derecho. El examen clínico era completamente negativo y la uréteropielografía descendente demostró una buena eliminación del lado izquierdo y mediana del lado derecho. Temiendo provocar una nueva hemorragia no practiqué la pielografía ascendente, dado que el enfermo había perdido ya bastante sangre, lo que le había acarreado un cierto grado de anemia. Con el diagnóstico de tumor del riñón, quizás un angioma, por la abundancia y persistencia de la hemorragia, lo intervine el 14 de marzo. Exteriorizado el riñón, presentaba un aspecto completamente normal, pero siguiendo el concepto que tengo para casos semejantes, practiqué la nefrectomía. El post-operatorio fué normal, siendo dado de alta el enfermo el 4 de abril.

La pieza fué remitida al Dr. Ocaña para su examen anatómopatológico y del informe, puesto que es bastante extenso, solamente leeré la descripción macroscópica, la interpretación y el diagnóstico:

INFORME ANATOMOPATOLOGICO

Descripción macroscópica. — "El riñón tiene forma, tamaño y coloración conservados. Al corte medio longitudinal, se aprecia la configuración interna bien conservada en sus líneas generales. La cápsula desprende con ligera dificultad parcial. Sobre el borde externo, parte media, observamos un pequeño quiste urínífero, subcapsular, de unos 10 mm. de diámetro. En el tercio inferior, región cortical, hay otro menor, de 5 mm. de diámetro, y en el polo superior, en el centro de una pirámide de Malpighi, región medular, hay otro quiste semejante, de unos 10 mm. de diámetro. La pared de la pelvis se presenta congestiva, pero

lisa. Observando con más atención, podemos apreciar que hay dos papilas que no presentan la configuración cónica regular. Una está situada en el tercio superior y la otra en el tercio inferior. Esta última parece ser la más afectada. Observándola con una lupa estereoscópica, podemos ver que la deformación consiste en una umbilicación central de la papila y un aspecto onduloso irregular, casi verrucoso, del borde de dicha depresión. Además de otros sectores del riñón, estas dos papilas han sido objeto de una atención especial al realizar el estudio histológico.

1° *Papila superior.* — Es asiento de un proceso inflamatorio difuso de cierta consideración. En parte se observa una infiltración celular variable en densidad y calidad, y en parte hay una reacción conjuntiva concertada en una banda de tejido fibroso cicatricial. En la infiltración celular encontramos toda la gama de células mesenquimáticas de la inflamación. En parte predominan los linfocitos, pero hay acúmulos densos de polinucleares, realizando el cuadro de microabscesos. Sin embargo, en medio de este cuadro inflamatorio polimorfo, debemos destacar dos hechos importantes:

- a) pequeñas concreciones calcáreas (microlitiasis), unas encapsuladas y otras rodeadas por polinucleares y células gigantes multinucleadas.
- b) densificación nodular del exudado alrededor de algunas células gigantes, aproximadamente tipo Langhams, adquiriendo así la configuración de folículos tuberculosos.

En medio de este exudado, los tubos rectos de Bellini han desaparecido en gran parte. Otros se observan comprimidos, bajo forma de cordones sólidos y otros, en cambio, dilatados. Se observa también una zona de exulceración de la papila.

Investigación de bacilos ácido resistentes: la lesión antes señalada nos condujo a la investigación del bacilo de Koch, tarea que hemos realizado sobre numerosos cortes con el método de Ziehl Nielsen. El resultado ha sido absolutamente negativo.

2° *Papila inferior.* — La lesión histológica que afecta a esta papila es mostrada en las microfotografías que acompañan al presente informe (fig. 1 y 2). Se trata de una serie de tubos cuya luz libre varía entre 40 y 100 micrones de diámetro. La pared está constituida por un epitelio pavimentoso estratificado del tipo fundamental urétero vesical. La configuración tubular es irregular, completamente atípica para la región. Las células son claras, con policromasia, poliformismo y signos evidentes de actividad genética. Los tubos se ramifican dicotómicamente, pero en muchos sectores se realiza este proceso con cordones o islotes sólidos que carecen de luz central. En gran extensión hay una membrana basal, pero esto no representa en absoluto un límite regular, porque en algunos puntos las células epiteliales infiltran el corion. El estroma es discreto en cantidad, de

tipo fibro celular pobre en colágeno. En algunos puntos hemos apreciado la continuidad de los tubos epiteliales atípicos con los tubos rectos de Bellini.



Figura 1



Figura 2

3° Resto del parénquima renal. — Sin gran importancia son las lesiones que aquí podemos destacar. Algunas zonas aisladas con infiltración linfocitaria

intersticial, más o menos acentuada en algunos puntos. Algunos glomérulos atróficos aislados y también microquistes aislados. Vasos normales.

4° *Pelvis renal*. — Epitelio normal. Congestión submucosa y discreta infiltración linfocitaria difusa del corion conjuntivo.

INTERPRETACION Y DIAGNOSTICO

Del estudio realizado sacamos las siguientes conclusiones:

1°) En la papila del polo superior hay un proceso de *papilitis crónica con pousse aguda*, que reviste cierta importancia. El enclavamiento local de arenilla litiásica calcárea ha determinado localmente un granuloma de reabsorción.

2°) En la papila inferior hay un proceso neoplásico, que aparentemente tiene como punto de partida el epitelio de los tubos rectos en su porción terminal. Este proceso, cuya exteriorización macroscópica era tan escasa y equívoca, es de una clara evidencia desde el punto de vista histológico. Lo hemos clasificado como *epitelioma tubular a células claras*.

3°) Las lesiones del resto del parénquima renal son de poca importancia frente a las denunciadas anteriormente. Son segmentarias y pueden interpretarse como consecuencia de las lesiones papilares.

A mi juicio, esta observación tiene una doble importancia: 1) la precocidad de la intervención, que, a pesar de que se trata de un epitelioma, creo que se logrará una curación definitiva.

2) Considerar la situación en que se encuentra el cirujano al intervenir con el diagnóstico de tumor del riñón y, al exteriorizarlo, se halla con que éste tiene todos los caracteres del órgano normal. Con ésta, es la tercera vez que me he encontrado en esta situación, practicando siempre la nefrectomía; el examen de la pieza demostró en dos casos la existencia de un angioma y, en el actual, un epitelioma a células claras. Esta manera de proceder está en contra de los que practican la nefrotomía amplia para investigar la causa de la hemorragia.

Para justificar nuestra manera de proceder, veamos el inconveniente que pueda acarrear el que el diagnóstico de tumor fuera equívocado. Después de un estudio completo, tanto clínico como radiológico y funcional, creo que solamente en caso de tuberculosis renal, en el período de congestión, cuando todavía no hay pus ni bacilos en la orina y solamente existe el síntoma hematuria —que

tiene todos los caracteres de la hematuria producida por un tumor— puede plantear esta misma situación y, aquí, la nefrectomía está igualmente indicada.

La nefrectomía amplia, como indican otros autores, creo que tiene dos inconvenientes muy serios: 1) la gravedad de la operación es mucho mayor que la de la nefrectomía; 2) a pesar de que la nefrotomía se haga en toda la extensión del borde convexo, queda gran parte del riñón que no se explora, donde bien puede asentar la causa de la hematuria, y así resulta que después de una grave operación —que por sí puede ocasionar la muerte— el enfermo continuará con su hematuria, lo que obligará al cirujano —que probablemente será otro— a una nueva intervención, en este caso la nefrectomía.

DISCUSION

Dr. Trabucco. — *¿En el caso de haber una papilitis hematurica, el procedimiento de la extirpación del riñón no hubiera sido demasiado expeditivo sin una pielografía ascendente que explicase la presencia de una neoplasia o de una papila?*

Dr. Llanos. — *Quizá; pero prácticamente, en la clientela privada no siempre se pueden hacer todas las investigaciones que uno desea. En este caso, no hice la pielografía ascendente por temor de provocar una nueva hemorragia, lo que hubiera motivado una internación de 15 ó 20 días en el sanatorio, con la consiguiente protesta de parte del enfermo.*

Si hubiera hecho una pielografía ascendente podía haber encontrado probablemente, la razón de estas alteraciones papilares y cuál hubiera sido la operación a efectuar. ¿Uno se hubiera limitado a hacer una pielotomía e ir a buscar la papila y cauterizarla? Creo que no. Aun en el supuesto de que hubiera hecho una pielografía ascendente me hubiera decidido siempre a hacer una nefrectomía, no una cauterización.

Dr. Trabucco. — *Pero hubiera ido con tranquilidad de espíritu a buscar un epiteloma.*

Dr. Grimaldi. (F. E.) — *Quiero recordar un caso muy anterior a la época actual cuando era practicante del Hospital Ra-*

mos Mejía. Estábamos en una sala, no de urología, cuando vimos una enferma con una tumoración de hipocondrio derecho y con una hematuria intensa del mismo lado. Hicimos el diagnóstico probable de tumor de riñón. Se fué a la nefrectomía predispuestos a sacar el riñón con el diagnóstico preconcebido y el cirujano se encontró — ayudábamos el doctor Pawlosky y el que habla — con un riñón que no era el que palpábamos. Se extrajo el riñón y no conformes con eso, pedimos al cirujano que actuaba, que buscara algo más y se encontró con un quiste hidático en la parte inferior del hígado. El examen anátomo-patológico de ese riñón demostró precisamente una papilitis hemorrágica.

Dr. Llanos. — Se encontraba entonces, justificada la nefrectomía.

Dr. Grimaldi. (F. E.) — Yo no digo eso. Se encontró una papilitis; son lesiones de tipo inflamatorio que pueden modificarse.

Dr. Llanos. — O por lo menos, hacer una decapsulación. Si se juzgan los casos raros que pueden haber sobre todo de riñón izquierdo, podemos encontrarnos con la curiosa situación de un tumor del bazo es capaz de producir una hematuria por una comprensión del pedículo que detiene la circulación venosa, continuando en cambio, la circulación arterial, produciéndose una hematuria abundante. En la literatura existen casos mencionados en que la causa de la hematuria era el tumor del bazo.

En la práctica, creo que cuando uno ha localizado una hematuria y no ha encontrado clínicamente o por los medios de investigación de que dispone, las causas que puede producir una hematuria, creo que la nefrectomía es lo que se impone y no hacer una nefrostomía investigadora, como aconsejan algunos autores.

Dr. Schiappapietra. — Yo estaría por decir que el prof. Llanos ha largado la liebre y nos incita a que nosotros la corramos.

He observado en varias oportunidades, pequeñas uronefrosis muy continuadas que duran un tiempo largo. Uno de esos episodios me ha tenido extraordinariamente intranquilo. A esos enfer-

mos los he sometido a toda clase de exploración y ella no me ha dado ninguna razón para intervenir ese riñón que sangraba.

Ante un episodio hemorrágico, yo no me animaría a hacer una nefrectomía sin tener un documento que me autorice a ello.

Dr. Llanos. — En ese caso, Ud., ha determinado la causa de la hematuria que ha sido producida por una uronefrosis.

Dr. Schiappapietra. — Yo no determiné la causa de la hemorragia. Nada me autoriza a intervenir ese riñón. En el caso que ha intervenido el Dr. Llanos, la histología le ha dado razón de su intervención: ha sido afortunado.

Dr. Llanos. — Cuando se hace un examen completo que permite llegar a la conclusión de que existe un tumor renal y si al exteriorizar el riñón no hay ninguna deformación que indique la presencia de ese riñón, creo que hay que intervenir porque se trata de hemorragias graves.

Ninguno de los dos casos de angioma que intervine había cedido al tratamiento médico habitual e iban anemiándose cada día más.

Yo les pregunto a ustedes: ¿qué debemos hacer frente a un enfermo que tiene una hematuria muy grave, demostrando el examen de la sangre que va disminuyendo la cantidad de glóbulos rojos? ¿Debemos intervenir o nó? Y si se interviene y encontramos el riñón aparentemente normal, ¿qué debemos hacer? ¿Una nefrostomía amplia o extirpar el riñón?

Dr. Trabucco. — Ese es otro caso. Ud. nos presenta un caso con una hematuria...

Dr. Llanos. — Abundante.

Dr. Trabucco. — ... y única.

Dr. Llanos. — Ha sido la primera vez. Quizá se pudo haber esperado antes de intervenir. Pero que en los casos de los angiomas, si mis colegas han tenido casos similares, habrán tenido

que proceder en la misma. Cuando se trata de angiomas en que hay una hemorragia abundante que no ha cedido a los medios habituales, hay que intervenir. Se encuentran, entonces, con un riñón aparentemente normal. ¿Que han hecho? ¿Una nefrectomía o una nefrostomía? En esas condiciones, yo soy partidario de la nefrectomía.
