

Por los Doctores

LUIS E. PAGLIERE,
T. SCHIAPPAPIETRA
y R. I. LATIENDA

SARCOMA FIBROBLASTICO DE LA CÁPSULA RENAL

PARA quienes desean estar en conocimiento del tópico a que nos referimos, nos remitimos al valioso trabajo previamente presentado a esta Sociedad por los doctores J. Salleras y J. L. Monserrat (1).

De acuerdo con los autores a. a., la denominación de tumores de la cápsula renal, contribuye a la buena nomenclatura, y debe estar reservado para aquellos tumores pararrenales cuyo punto de partida tenga lugar indudable en los elementos fibrosos o adiposos de la cápsula renal.

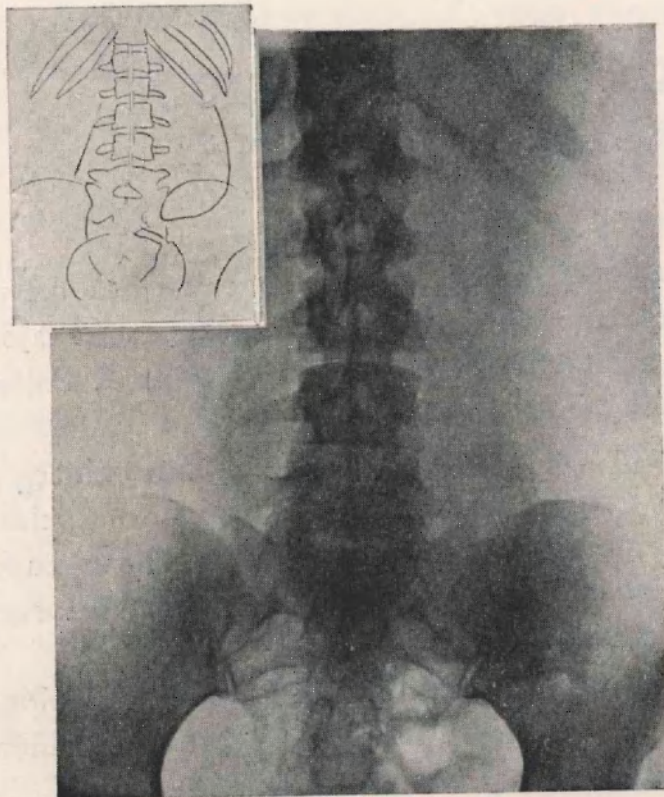
El presente caso, de acuerdo a su estudio histológico, presentaba su punto de partida en la cápsula fibrosa del riñón.

La ficha clínica pertenece a una enferma de 26 años, internada el 21 de diciembre de 1940 en la sala segunda del Hospital Alvear (Servicio de Cirugía General, bajo la dirección del doctor L. E. Pagliere). Desde hacía un año auto-percepción de un tumor en el flanco derecho y algún tiempo después episodios de meteorismos. Ocho días antes de su ingreso, dolor paroxístico de tipo reno-ureteral del lado derecho. Al día siguiente de este episodio doloroso, su primera manifestación hematórica, no persistente. Dos días después hipertermia y dolor lumbar hasta la fecha de su ingreso.

Estado actual. — Demacrada, con pérdida de 4 kilos 500 gramos de su peso habitual. Con el propósito de resumir, sólo les diré que, de la semiología del abdomen se podía deducir que se trataba de un gran tumor retroperitoneal, sobrepasando los límites del cuadrante superior derecho, tanto hacia la línea media como hacia su polo inferior, el cual imprimía su mayor desarrollo llegando hasta la línea biespinosa. Su polo superior se insinuaba debajo del hígado, el cual

(1) Revista Argentina de Urología, Nos. 1 y 2 de 1933, pág. 63.

hacíase palpable a la inspiración profunda en su borde inferior por fuera de la línea mamilar. De superficie redondeada y uniforme, su parte accesible de consistencia dura y conservando una relativa excursión respiratoria. Todo lo dicho coincidiendo con una falta de modificación de la base pulmonar correspondiente. Vale decir, tumor retroperitoneal a desarrollo abdominal.



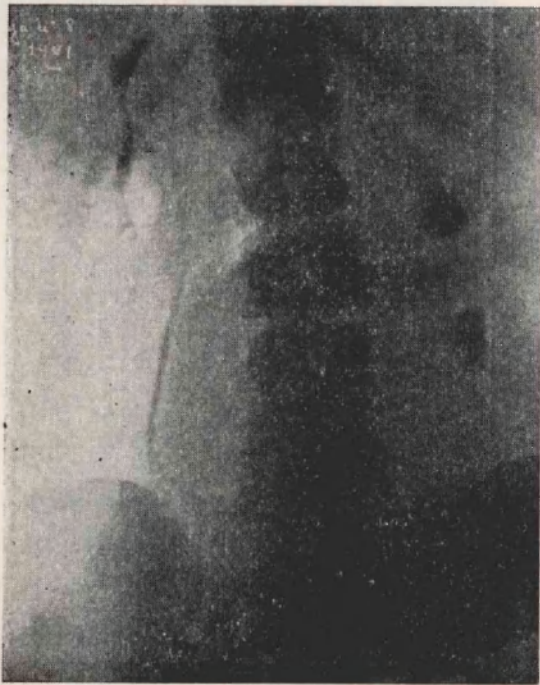
Radiografía 1

Esta radiografía está invertida.

La cromocistocopia mostraba un aspecto endoscópico normal. La eliminación del índigo carmín en inyección endovenosa se eliminaba a los tres minutos por el riñón izquierdo, a los 10 minutos en forma babeante la del riñón derecho.

En la radiografía directa (Nº 1) se observa: a la derecha el borramiento del borde externo del psoas con una sombra uniforme, llegando a señalarse la silueta del borde externo en el espacio costo ilíaco derecho y la del polo inferior superpuesta a la parte superior del hueso ilíaco correspondiente; hacia la línea mediana se confunde con la columna. Radiografías 2 y 3 corresponden a los urogramas que muestran: tiempo, sombra de eliminación de la sustancia de

contraste e imagen de las vías excretoras perfectamente normal para el lado izquierdo; el derecho muestra también una buena sombra de eliminación de la sustancia de contraste con alargamiento y dilatación de sus vías de excreción superior, cuya intercepción piélica se presenta desplazada hacia abajo y adentro superponiéndose a la mitad derecha del cuerpo de la tercera vértebra lumbar. Ausencia



Radiografía 2

Esta radiografía está inverada.

de sombra de proyección del uréter correspondiente. Falta de aumento en la opacidad del polo inferior, observado en la radiografía directa.

En el urétero-pielograma retrógrado, radiografía N° 4, se observa por la opacidad del catéter la transposición contralateral que ha sufrido el uréter abdominal derecho muy probablemente por un gran tumor polar inferior.

La lumbotomía confirma un gran tumor renal del tamaño de una cabeza de feto, de posición polar inferior y a desarrollo abdominal. Nefrectomía y postoperatorio sin particularidades.

Descripción macroscópica de la pieza. — El polo inferior del riñón se encuentra deformado por la presencia de una tumoración más o menos redondeada, de tamaño de una cabeza de feto, de coloración blanquecina grisácea; de superficie cruzada por bandas laminares y algunos vasos delgados y flexuosos que insensiblemente se confunden con la cápsula renal sin mayor sobresalto en la zona límite libre.

La superficie renal libre es fina e irregularmente granulosa, con pequeñas depresiones también irregulares.



Radiografía 3

Esta radiografía está invertida.

Superficie de corte. — Los límites entre la tumoración y el parénquima renal, son netos, existe un verdadero desplazo mecánico con adelgazamiento de la zona córticomodular correspondiente, quedando reducida a esta altura el espesor de un centímetro hasta perderse insensiblemente sobre la superficie externa de la tumoración. La pelvis renal es comprimida y rechazada, reconociéndose dos prolongaciones hacia el polo opuesto, tamaño semejante a una mandarina y nuez, las que también crecen empujando y no infiltrando los elementos de la zona.



y ahorra...

SULFADIAZINA

Lederle

La eficacia del siguiente cuadro, tomado de un trabajo de Feinstein y cols. exime de todo comentario:

INFECCIONES EXPERIMENTALES (EN RATONES)

Drogas Usadas (por vía oral) Porcentaje de sobrevivientes

| ESTREPTOCOCICAS (ESTREPTOCOCCO HEMOLITICO) | |
|--|-------------|
| Sulfanilamida | 25,71 |
| Sulfapiridina | 31,3 |
| Sulfatiazol | 3,75 |
| SULFADIAZINA | 51,5 |

| NEUMOCOCICAS | |
|---------------------------|--------------|
| Sulfanilamida | 32,30 |
| Sulfapiridina | 60,81 |
| Sulfatiazol | 59,18 |
| SULFADIAZINA | 82,85 |

| ESTAFILOCOCCICAS | |
|---------------------------|-------------|
| Sulfanilamida | 15,3 |
| Sulfapiridina | 36,6 |
| Sulfatiazol | 56,9 |
| SULFADIAZINA | 50,4 |

| B. FRIEDLÄNDER "B" | |
|---------------------------|--------------|
| Sulfanilamida | 2,0 |
| Sulfapiridina | 6,06 |
| Sulfatiazol | 2,06 |
| SULFADIAZINA | 73,66 |

EN CONOCIDAS: Porcentaje de curas: 93 %
REACCIONES TOXICAS: Solamente: 4,4 % **

Productos Lederle, Inc.

SUCURSAL BUENOS AIRES

URUGUAY 768

U. T. 44 - 5965

Schering



ALBUCID

sulfanilacetilamida

atóxica,

para la quimioterapia de la

Gonococcia

Coli y Coco infecciones

Meningitis epidémica

Siendo inofensivo y, por lo tanto, de excelente tolerancia, se administra una elevada dosis inicial, logrando con ello una rápida e intensa acción curativa.

ALBUCID

Tubo con 20 Tabletas de 0,5 gr.

ALBUCID INYECTABLE

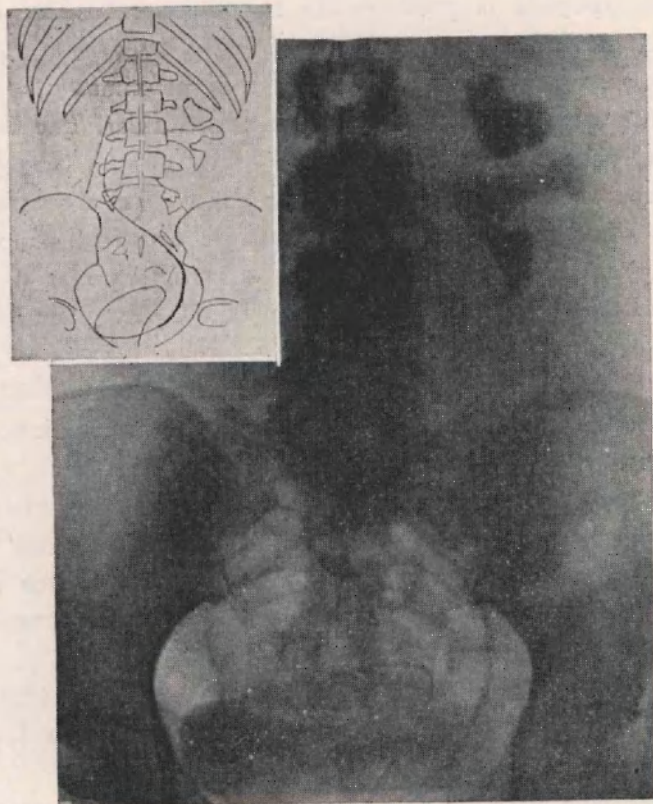
Caja con 5 ampollas de 5 c. c. de solución al 30 % (1,5 gr.)

Por Muestras y Literatura

QUIMICA SCHERING S. A.

MONROE 1378 - BUENOS AIRES

El tumor con una zona más vascularizada periférica y con una zona más mate blanquecina central, ofrece además pequeñas cavidades de un contenido gris traslúcido y un foco blanquecino amarillento central más friable correspondiente a un foco de necrobiosis intra tumoral, la superficie es poco húmeda y consistencia dura y elástica. (Ver fotografía).



Radiografía N° 4
Esta radiografía está invertida.

DESCRIPCION HISTOLOGICA

Inclusión N° 452.

El riñón sobre el cual asienta esta tumoración, presenta adherencias capsulares en la superficie cortical. Esta última con marcado acento del tejido conjuntivo intersticial con amplias zonas casi en formas difusas no sistematizadas, con infiltrados linfocitarios poco abundantes.

Numerosos glomérulos presentan alteraciones tales como retracción, atrofia, dilataciones quísticas de origen glomerular, formaciones semilunares intracapsulares glomérulos en oblea, tumefacción de las serosas glomerular, los tubos

con tendencia a presentar diataciones de su luz, con discreta cantidad de albúmina con desintegración granulosa sementaria del epitelio tubular. En resumen: se trata de las lesiones correspondientes a una glomérulo nefritis crónica.

Un preparado topográfico a nivel de la zona ilear destaca el punto de partida extrarrenal propiamente dicho de la tumoración, después partiendo de esta zona está separado de las formaciones pielocaliciales, perfectamente definidas por la integridad de su epitelio paramalpighiano, por una capa de tejido fibroso sobre el que se encuentra apoyada la proliferación neoplásica solamente separada fragmentariamente por un fino retículo colágeno.

Algunas porciones de la tumoración, las más próximas al centro del íleo presentan en su interior vasos de paredes bien constituidas, que corresponden a los preexistentes englobados en su crecimiento.

Algunas zonas con abundante edema, que contribuye a separar los elementos celulares y en otras cavidades sin pared propia constituida por las mismas células neoplásicas, ocupadas por una sustancia albuminosa más o menos densa, con escasos polinucleares y hematíes; también existen en plena masa tumoral una infiltración linfoide y plasmacelular.

Algunos de estos últimos con dos y tres núcleos, playas bastante extensas, fibrosas, con moderada infiltración celular, y otras hemorrágicas, alternan con las zonas edematosas.

La citología corresponde a la proliferación de elementos celulares de carácter fibro blástico dispuestos en distintas orientaciones, apretados unos contra otros, con escasa sustancia fundamental fibrilar, que en algunos puntos llega a faltar casi por completo, alternada con un fino retículo reconocible por la impregnación argéntica de Del Río Hortega.

Presentan un núcleo alargado, ovalado, con fina red cromática, y un citoplasma escaso a su alrededor, identificándose morfológicamente a los fibroblastos jóvenes.

Existe una tendencia de estos elementos celulares a unirse por sus extremos, carácter que se destaca cuando se separan unos de otros por aumento del tejido intersticial.

Por los caracteres citológicos, por el tipo de vasos en general embrionarios o sistemas lacunares, por las mitosis abundantes y atípicas celulares, con la escasez de estoma, corresponde a un *sarcoma fibroblástico*.