

Instituto Municipal de Clínica Urológica
Hospital Durand - Buenos Aires
Director: Prof. Dr. Luis Figueroa Alcorta

CONSIDERACIONES SOBRE UN CASO DE PAPILOMA DE CALIZ

Por los Dres. JULIO DANTE y RAUL E. SANDRO

Los tumores de la pelvis renal ocupaban según Tuffier un 3 por ciento de los tumores renales. Este porcentaje ha aumentado en estos últimos años, ya que las últimas estadísticas hablan de un 6 al 9 por ciento, aumento que desde luego, no podemos imputar a que el número de casos haya aumentado, sino que debido a la perfección instrumental de los últimos años, han sido más precoz y frecuentemente diagnosticados.

Los tumores de la pelvis renal son: o bien conjuntivos o epiteliales. Los primeros apenas son conocidos por su extremada rareza y corresponde a los sarcomas y a los lipomas. Entre los tumores epiteliales debemos admitir la presencia de tres variedades: 1° Los papilomas. 2° Los epiteliomas papilares, y 3° Los epiteliomas no papilares.

Nuestro caso corresponde a la primera variedad, es decir, a los papilomas y si ya de por sí podría tener importancia esta comunicación, ella se hace doblemente interesante por la situación del mismo desarrollado como punto de origen de un cáliz.

No hemos encontrado en la literatura médica consultada caso igual de papilomas a iniciación en cálices, bien podría ser que algunos de los casos publicados y rotulados como papiloma de pelvis, hubieran sido a punto de iniciación calicial y luego con tendencia invasora hubiesen ocupado la pelvis. Pero lo cierto es que todos estos tumores descriptos como papilomas de pelvis, han sido interpretados como tumores de la pelvis, que en su crecimiento expansivo han invadido secundariamente los cálices. Este caso invalidaría la pretendida iniciación de tales tumores en la parte inferior de la pelvis y aun también la patogenia de irritación de la pelvis por un cálculo tantas veces invocado como causante de la producción tumoral y a eso vamos pues si bien embriológica e

histológicamente, pelvis y cálices son comunes en su origen, lo interesante de esta comunicación es ver una nueva forma de iniciación tumoral, la iniciación en un cáliz. En prueba de esta manera de pensar, vamos a comentar su historia clínica:

C. V., argentino, 46 años, casado, empleado. Ingresa al Servicio el 10-VIII-943. N° de historia: 1698.

Antecedentes hereditarios y personales. — Padre fallecido de ántrax-diabético. Madre

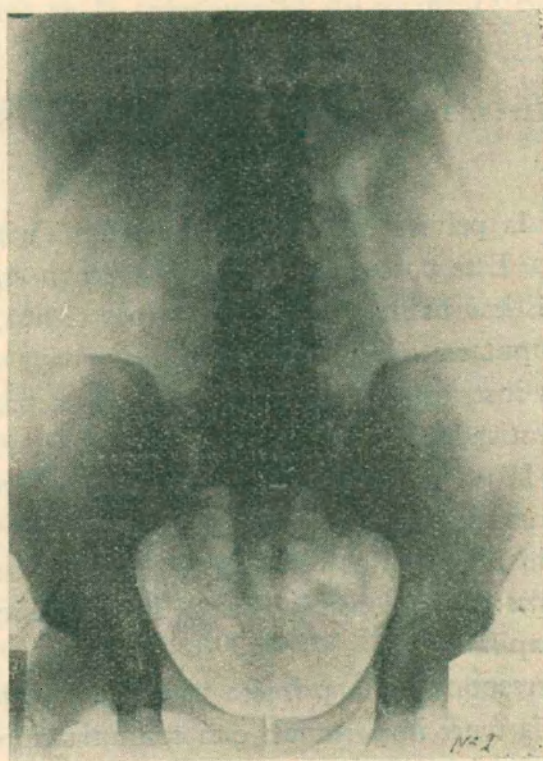


Figura 1

fallecida diabética. Infecciosas de la infancia. Blenorragia a los 31 años, que trató y curó. Operado de hemorroides.

Enfermedad actual. — Comienza su afección en el año 1923, en que siente dolor a nivel de la región lumbar en ambos lados, sin irradiación. Examinado en aquella oportunidad, le diagnosticaron lumbago. Desde entonces sigue con dolor en la misma región al agacharse y al incorporarse. Dice no haber tenido nunca cólicos renales. Hace dos meses observa por primera vez hematuria discreta, total, indolora y sin coágulos, que se presentó sin ningún síntoma premonitorio. Desde entonces a la fecha dice haber presentado tres hematurias más, todas ellas se presentaron antes de su ingreso a este servicio sin trastornos vesicales ni ningún otro síntoma.



Figura 2

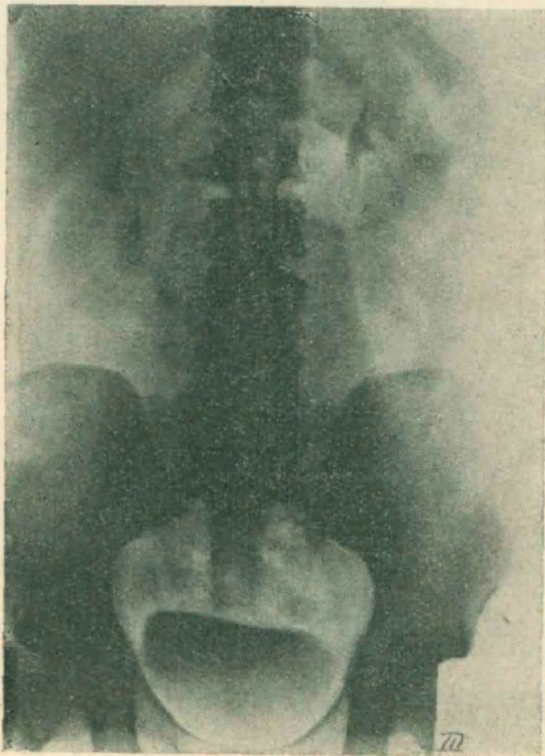


Figura 3



Figura 4



Figura 5

Estado actual. — Micción, caracteres: tres o cuatro veces durante el día y ninguna en la noche.

Riñones: No se palpan. El derecho algo sensible a nivel del punto subcostal.

Uretra: Libre al explorador N° 18.

Vejiga: No distendida ni sensible. Capacidad normal. Sensibilidad ídem.

Endoscopia: Capacidad 250 c.c. Paredes superior y laterales de aspecto, brillo, coloración y vascularización normales. Trigono congestionado. Orificios uretrales: derecho de

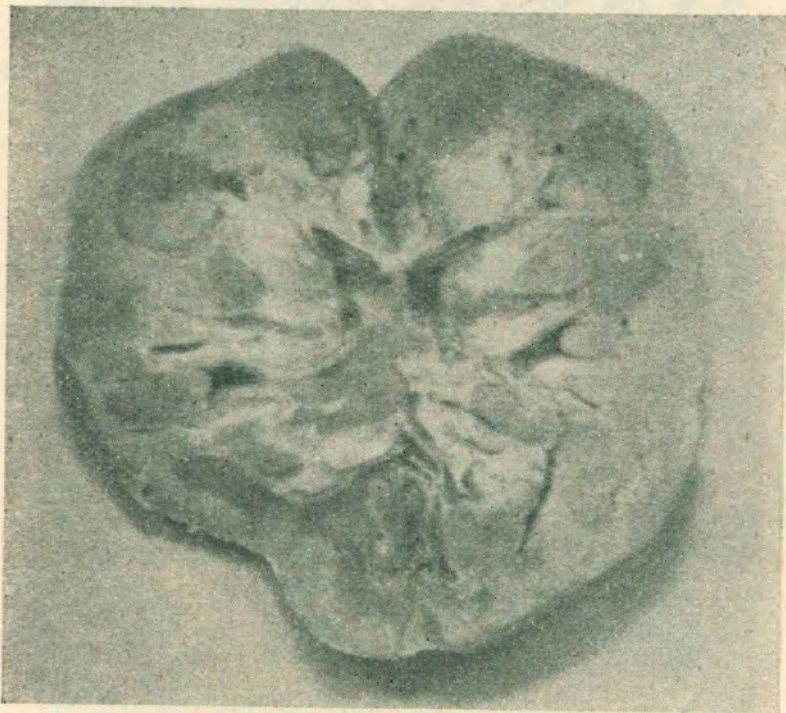


Figura 6

aspecto normal, observándose alrededor del mismo una zona blanquecina con aspecto de débil exulceración. Izquierdo: completamente normal.

Cuello nada de particular. Prueba de índigo carmín: No hay ninguna diferencia en la eliminación de la substancia colorante, ya que en ambos lados ella se verifica a los 3' 30".

Próstata: Pequeña, indolora, con conservación del curvo medio, bien delimitada en sus bordes laterales, de consistencia normal, no alcanzándose a tectar las vesículas seminales.

Testículos, epidídimos y cordones: Normales.

Examen clínico general. — Aparato digestivo y anexos: Boca: lengua húmeda y saburral. Dientes en regular estado. Da la impresión de palpase el polo inferior de riñón derecho. Aparato circulatorio: Tensión arterial: Mx. 140 y Mn. 80. Pulso. 108'. al mi-

nuto. Corazón: 1º tono ligeramente soplante en foco aórtico. Sistema nervioso: sin particularidad. Se indica luminal 2 por día.

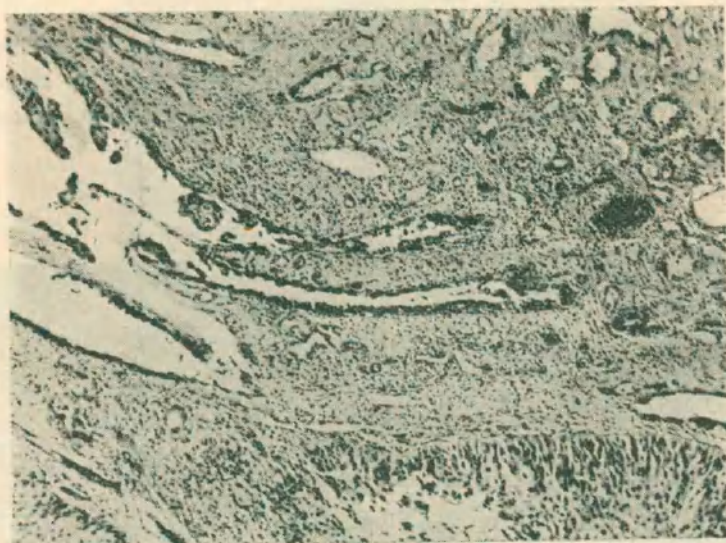


Figura 7

Coloración: Parafina-Hemalumbre-Eosina.

Obj. 8. Oc. fot. 6 x Long. cám. 0.40 cms.

Descripción: Se observa la zona de implantación del tumor.

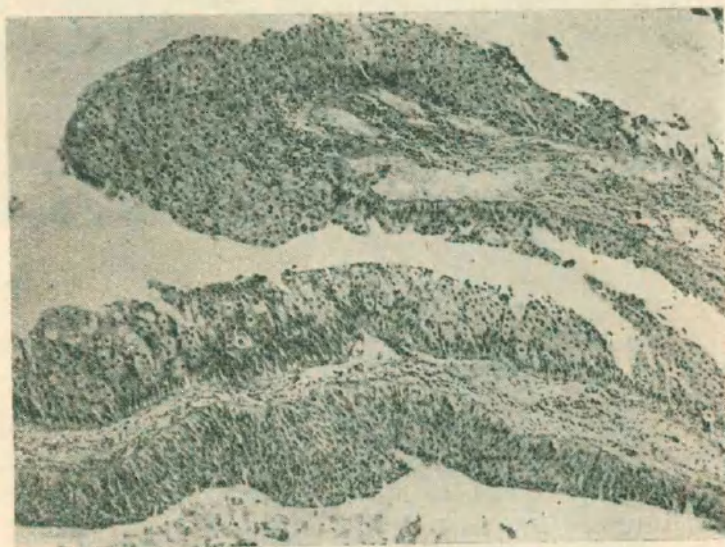


Figura 8

Coloración: Parafina-Hemalumbre-Eosina.

Obj. 8. Oc. fot. 6 x Long. cám. 0.50 cms.

Descripción: Detalle de las papilas.

Análisis efectuados:

Orina: Densidad 1022. Urea 6.40. Cloruros 8.8. Albúmina y glucosa no contiene. San-

gre y pus contiene. Examen histo-bacteriológico: Regular cantidad de células epiteliales. Abundante cantidad de hematies. Regular cantidad de leucocitos granulosos, intactos y en lisis. Uratos amorfos de sodio en cantidad normal.

Cateterismo ureteral. Riñón derecho. T. 45'. Vol. 31. Conc. de úrea 6.40. Débito ureico 0.288. Conc. de cloruros 11.2. Vejiga: T. 45'. Vol. 26 c.c. Conc. úrea: 10.24. Débito ureico 0.460. Conc. cloruros 15.4.

P. S. P. 40 % para el riñón derecho y 42 % para el izquierdo.

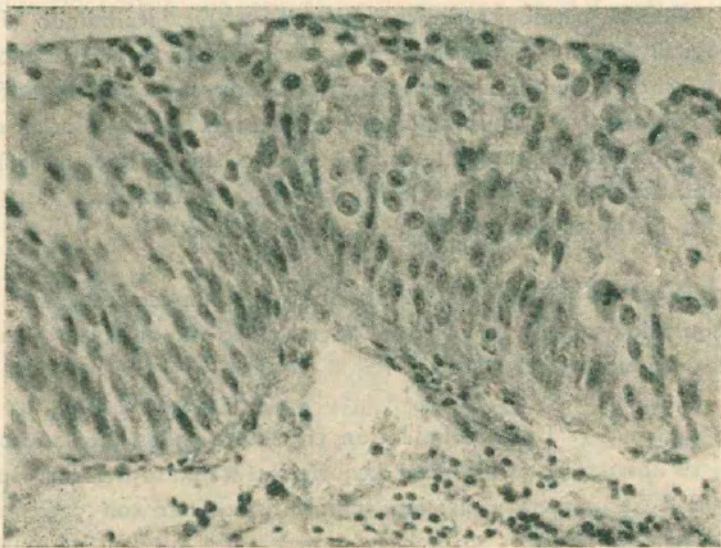


Figura 9

Coloración: Parafina-Hemalumbre-Eosina.

Obj. 40. Oc. fot. 6 x Long. cám. 0,40 cms.

Descripción: Detalle del epitelio.

Azohemia: 0,52 %. Glucemia 0.81 %. Cloruremia. C. Plasm. 5.30 y C. Glob. 2 grs. Reserva alcalina 69 c.c. CO² %. Tiempo de coagulación 8' y tiempo sangr. 1' 50". Wassermann y Kahn negativas.

Histo-bacteriológico de sedimento urinario. Coloración Ziehl-Nielsen: abundante cantidad de leucocitos granulosos, ídem de células de pelvis, conservadas en mediana cantidad, muy vacuoladas en su gran mayoría. No se observan gérmenes comunes ni alcohol ácido resistentes.

Cultivo en caldo agar: a 37° y a las 24 horas no hay desarrollo.

Recuento globular y fórmula leucocitaria. G. R. 5.370.000 G. B. 4.800. H. 75 %. Val. Glob. 75/106, Pol. neut. 53%. Eos. 0. Basóf. 0. Monocitos 11 %. Linfocitos 31 %.

Operación. — Nefrectomía derecha. Anestesia general con éter. Incisión de Israel.

Se incide piel, tejido celular subcutáneo y muscular según técnica habitual. Se abre la celda renal a través de la fascia de Zuckerkandl. Se procede a la liberación del riñón, comprobándose discreta perinefritis. Ligadura y sección del uréter y luego sección del pedículo vascular previa ligadura con catgut. Cierre de la pared por planos con catgut, dejándose avenamiento con goma en cigarrillo.

Post operatorio. — Suero fisiológico 500 c. c. subcutáneo invertido por la mañana y por la noche.

27-VIII-43. Buen estado general, discreta reacción febril 37°8. Diuresis 700 c. c. La temperatura se hace normal al día siguiente y con un post operatorio normal se le da de alta a los 20 días de la operación.

Informe de anatomía patológica practicado por el Dr. Raimundo J. Róvere. Descripción histopatológica: Blastoma formado por gruesas papilas tapizadas por epitelio estratificado monomorfo y sin queratinización presentan su base de implantación en la región del seno del riñón e inmediatamente limitada por el estroma pericanalicular excretor. El epitelio que tapiza las papilas corresponde al tipo intermedio sin polimorfismo local ni regional y con relativa abundancia de mitosis normotípicas. Ejes conjuntivos vasculares muy ricos en vasos. Diagnóstico histopatológico: Papiiloma de cáliz renal.

Examen radiológico. — 1) N° 6292 (simple). Riñón derecho. De tamaño normal, algo descendido. Izquierdo, tamaño y posición normal. No se observan sombras sospechosas de cálculo en el trayecto urológico.

2) N° 6293 (a los 5'). Buena eliminación en ambos lados, de la droga de contraste. En el lado derecho se observa la pelvis renal pequeña; el cáliz superior agrandado simulando una caverna, aunque la incompleta repleción impide determinar con precisión el aspecto de la anormalidad. Izquierdo: Imagen pielocalicial normal. En ambos lados se visualizan las porciones superiores de los uréteres de grosor y dirección normal. La vejiga, de contornos normales, aparece ya con regular cantidad de substancia de contraste.

3) N° 6294 (a los 15'). En el lado derecho, se determina ya una franca dilatación del cáliz superior, donde la substancia de contraste contornea una sombra lacunar del tamaño de una moneda de 50 centavos, la pelvis es pequeña, y los cálices medio e inferior conservan su posición normal. Izquierdo: Imagen pielocalicial normal.

4) N° 6295 (vertical). Marcada ptosis del riñón derecho cuyo polo inferior se encuentra bastante por debajo de la cresta ilíaca. Ausencia de la droga a nivel de la pelvis, persistiendo en cambio la imagen del cáliz superior con el aspecto de una caverna. En el lado izquierdo persiste todavía, aunque en forma irregular, la imagen pielocalicial, conservando el riñón su posición normal.

5) N° 6369. (Pielografía ascendente derecha). Se comprueba una marcada dilatación del cáliz superior, donde la neta imagen lacunar nos hace pensar en la existencia de algo que ocupando su cavidad, impide el relleno de la misma, obligando a la droga a desplazarse hacia la periferia, simulando una zona de clasificación. La imagen lacunar se insinúa, atenuándose en la pelvis, cuya luz queda libre y conservada. Los cálices medio e inferior parecen con contornos difusos, especialmente el medio.

COMENTARIOS

Creemos, pues, haber demostrado que se trata de un auténtico caso de papiloma de pelvis. Tanto los exámenes clínicos, pruebas de laboratorio y exámenes radiológicos practicados, orientaron nuestro diagnóstico en ese sentido, diagnóstico que fué confirmado por el examen macroscópico de la pieza que presentamos y del examen histopatológico practicado por el anatómopatólogo Dr. R. Rovere. En cuanto al tratamiento, creemos haber efectuado el correspondiente al practicar la nefrectomía, ya que el prolijo examen del uréter en el acto quirúrgico, como también la precocidad del diagnóstico en este enfermo —que seguramente ha impedido su diseminación— hacían innecesario la extirpación total del uréter.

El postoperatorio a distancia que vigilaremos cuidadosamente, hablará más elocuentemente en ese sentido.

DISCUSION

Dr. PUJOL — *Desearía saber si en este caso no se ha practicado una neumopielografía, porque justamente ella está muy indicada en todo lo que sea cuerpo extraño de pelvis.*

Dr. SCHIAPPAPIETRA. — *Deseo contribuir a la casuística de este caso.*

Quiero recordar que hace 3 años, como contribución a un trabajo del doctor Arrúes, presenté el urograma y la pielografía ascendente de un riñón derecho que tenía la imagen de un papiloma de cáliz superior. El doctor Pagliere, que operó este caso, hizo electrocoagulación y cirugía conservadora. Ese caso figura relatado en la Revista de la Sociedad Argentina de Urología.

Dr. SANDRO. — *Al contestar al doctor Pujol, diré en primer término, que en el Instituto hacemos la neumopielografía casi inveteradamente. Si en este caso no lo hicimos, fué porque no lo consideramos necesario por la claridad de la imagen y además, porque en esta época en que andamos escasos de películas hacemos la menor cantidad posible de radiografías.*

En cuanto al trabajo a que hace mención el doctor Schiappapietra, lo he leído. Se presentó en el año 1939, en la octava reunión de la Sociedad Argentina de Urología. Trataba sobre papiloma de pelvis renal; es un trabajo verdaderamente interesante.

Este caso de papiloma de cáliz que traemos a consideración de la Sociedad lo consideramos interesante porque hasta el momento, no hemos encontrado ningún caso de papiloma a iniciación de cáliz.

En cuanto al tratamiento de electrocoagulación del tumor de la pelvis a que se ha referido el doctor Schiappapietra, estimo que las manos hábiles del doctor Pagliere hayan podido realizarlo con buen resultado. La mayor crítica que se hace a ese método es que parece que trae una recidiva, es decir, que difícilmente se llega en ciertos casos a poder diatermocoagular todo el tumor, quedando un pequeño resto del mismo, que podría secundariamente reproducir de nuevo la tumoración o hacer que ésta degenerase hacia un tumor maligno.
