

Cát. de Anat. y Fisiol. Patológica
Instituto Telémaco Susini.
Prof. Dr. Pedro Elizalde.

Hosp. Salaberry. Serv. de Urología,
Sala IX. Prof. A. Astraldi.

TUMOR DE LA CAPA CORTICAL DE LA GLANDULA SUPRARRENAL. CORTICOSUPRARRENALOMA

Por los Dres. A. ASTRALDI, J. MONSERRAT y M. L. PODESTA

Si no fuera para la búsqueda bibliográfica, es decir, facilitar la rápida ubicación de una lesión dentro de la clasificación urológica, esta comunicación, la denominaríamos "error de diagnóstico"; dado que la verdadera naturaleza de la lesión se obtuvo, recién con la pieza en la mano. Por otra parte, fuimos a la intervención quirúrgica con un diagnóstico equivocado. Creíamos que se trataba de una lesión renal inflamatoria, no específica, una pionefritis y resultó una lesión blastomatosa que ni tan siquiera fué renal, sino de la glándula suprarrenal.

La falta de un cuadro sintomatológico que nos hiciera pensar o sospechar en la verdadera naturaleza del proceso, así como su escasa frecuencia dentro de la patología de la suprarrenal en el sexo masculino, hace que nos invite a comunicarla a los efectos de que su recuerdo, haga posible una orientación diagnóstica en casos parecidos, al mismo tiempo que engrosar la casuística argentina en este tópico.

S. C., de 37 años de edad, italiano, con 29 años de residencia en el país, casado, de profesión joyero. Sin antecedentes hereditarios de valor. Sarampión y coqueluche en la primera infancia; a los 6 años paludismo; no hay antecedentes venéreos; a los 20 años padece de eczema seco en ambas manos y de una forunculosis que toma piernas, brazos y cara. En la juventud y antes de casarse sufre de orzuelos a repetición. Presenta gran desarrollo piloso en toda la superficie cutánea con topografía propia del sexo masculino desde la pubertad. Este último dato es categórico, al decir del enfermo.

Su enfermedad se inicia hace 25 días con: dolor inter-escápulo, suave, permanente, a tipo continuo en lo que respecta a su intensidad, aunque de carácter discreto. El enfermo se hace colocar ventosas en la región señalada. A los 8 días el dolor, que no ha calmado, se

hace más intenso y se irradia siguiendo el trayecto de la masa muscular sacrolumbar izquierda, así como el trayecto de las últimas costillas del mismo lado. Se hace aplicar fomentaciones, friegas calmantes y ventosas sin conseguir mejoría alguna. A los pocos días y después de una cena copiosa, es despertado en pleno sueño por una sensación nauseosa, acompañada de eructos ácidos y terminando por vomitar todo el contenido gástrico. Por unos días sigue con estado nauseoso y a sus dolores interescapulares se agrega una sensación de "quemadura" en toda la superficie cutánea que cubre el hemiabdomen izquierdo y que se irradia en cintura hasta la región del lado opuesto. Se le aconseja internarse en nuestro servicio y el día que



Figura 1

Aspecto del tumor, cerrado destacando la irregularidad de su superficie.



Figura 2

Superficie de sección: polierómica compacta con zonas hemorrágicas.

lo hace, presenta un cuadro doloroso del tipo cóliconefrítico, tal grado que se le practica un cateterismo uretral sobre el lado izquierdo para calmar su dolor, pues los opiáceos no lo consiguieron.

Orinas de emisión cristalinas, en las de sedimentación, nada de particular, de día las micciones se suceden cada 2 y media horas y presenta 3 a 4 micciones nocturnas. Riñones y uréteres inspección en posición de pie: sobre el lado izquierdo se observa algo borrado el borde externo de la masa sacro-lumbar, ligero abovedamiento, al nivel de las últimas costillas del mismo lado. No hay modificaciones ni en el color ni en el aspecto de la piel. Escoliosis a concavidad sobre el lado izquierdo. Hiperestesia cutánea acentuada sobre toda la superficie de la piel del flanco y región lumbar con sensación subjetiva de quemadura. Punto costomuscular, costovertebral y subcostal muy doloroso en el lado izquierdo. Resistencia muscular sobre zona lumbar izquierda. La mano al llevar la palpación abdominal recoge una franca

sensación de resistencia muscular y al tratar de insinuarla por debajo de las costillas despierta un dolor agudo, lo que imposibilita la palpación del riñón izquierdo. En el lado derecho nada de particular.

Uretra: Examen clínico-instrumental, nada de particular.

Vejiga: Examen clínico e instrumental, endoscópico: nada de particular. Sólo nos queda por comunicar como importante el signo negativo de la falta de edema alguno en el

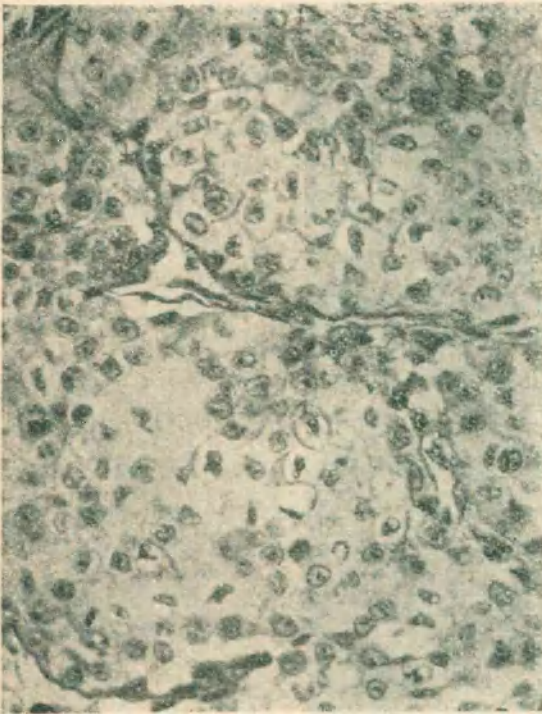


Figura 3

Conglomerados celulares compactos trabeculados por fibras colágenas.



Figura 4

Otra zona que muestra caracteres semejantes a la figura anterior.

meato ureteral izquierdo y que las oleadas ureterales del mismo lado son más espaciadas que las del lado derecho.

Próstata: V. sminales y genitales externos: nada de particular.

Aparato respiratorio: Aumento de las vibraciones vocales en el hemitórax izquierdo, rales congestivos en la zona inter-escápulo-torácica izquierda y base pulmonar del mismo lado.

Aparato circulatorio: Tonos en cuatro focos con caracteres habituales. Pulso poco amplio, pero rítmico.

Sistema nervioso: Hiperestesia cutánea en piel de flanco y región lumbar izq.

Eritrosedimentación: La I^h 65 . Índice de Katz 53,75.

Fórmula sanguínea: Góbulos rojos, 3.860.000; glóbulos blancos, 9.200; hemoglobina, 70 por ciento.

Fórmula blanca: P. neutrófilos, 74 %; p. basófilos, 1 id.; p. eosinófilos, no hay; linfocitos, 16 %; monocitos, 9 %.

Azoemia 0.25. No se realiza ni constante de Ambar ni P. de P. S. P. por la hipertermia.

Cromocistoscopia: Lado derecho aparece a los 4'. Lado izquierdo 7'. En ambos lados con igual intensidad de coloración. Las oleadas en el lado izquierdo más espaciadas.

Cateterismo ureteral: Lado derecho: no hay ni pus, ni sangre, ni gérmenes. Lado izquierdo: No hay gérmenes, algunos glóbulos rojos, pocos polinucleares, escasas levaduras.

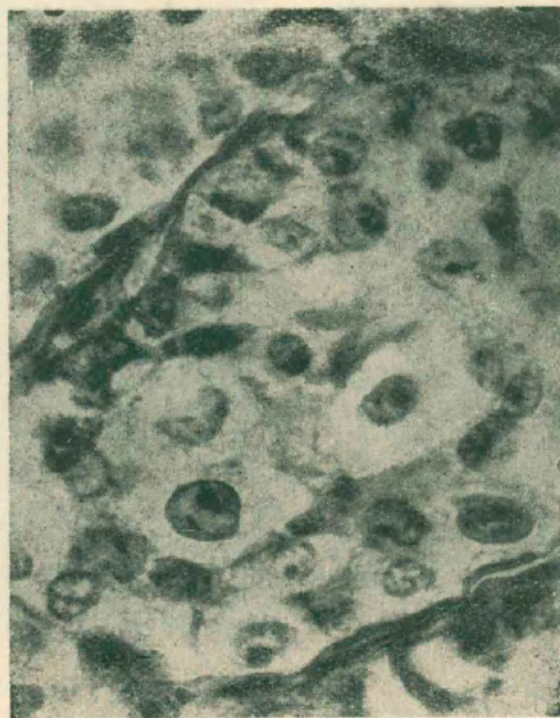


Figura 5

A gran aumento, se aprecia las características celulares de lipoesponjoide.

Orinas globales. su sedimento: No hay gérmenes ni pus.

Reacción de Wassermann y Kahn: Standard y presuntiva negativa.

Pre-operatorio: Se hidrata al enfermo y se le suministra cloruro de sodio y glucosa.

Operación: Cirujano, doctor A. Astraldi; ayuda D. Lo Moro. Lumbotomía clásica. liberación del riñón de la grasa perirrenal difícil en mitad superior del riñón. El examen visual hace creer que estas adherencias se deben a un proceso antracoideo que fija el parénquima renal a la cápsula. Como no es posible enuclear el órgano, se procede a seccionar el uréter y luego colocando dos clamps se secciona el pedículo. Se retira de esta manera un riñón del tamaño habitual. Al explorar con la mano la cavidad de la celda se comprueba que en el

extremo superior hay una masa que se extirpa, de aspecto tumoral y que era la que al estar adherida al riñón dificultaba su enucleación.

Post-operatorio: Veinte días de permanencia en el hospital y diez días en su casa, donde muere. Se caracteriza por la hipertermia (39 ---), adelgazamiento progresivo y evidente. Los dolores persisten e intensifican, revelándose la presencia de metastasis pulmonares.

Anatomía patológica.

COMENTARIOS

En los antecedentes personales, nos encontramos con elementos de juicio para sospechar, que los estafilococos y estreptococos en estado de actividad o de latencia pudieran jugar una actitud determinante. El eczema crónico que data de 20 años, la forunculosis cutánea, en la actualidad, así como los orzuelos a repetición en pocas pasadas, hablan en ese sentido. En síntesis de los antecedentes personales queda un sedimento, "proceso inflamatorio no específico".

De la sintomatología de la enfermedad actual retenemos: síndrome doloroso que iniciándose en el espacio interescapulo-torácico desciende hasta el flanco izquierdo, presentando en cierto momento todo el carácter de dolor renal; acompañanle síntomas gastro-intestinales e hipertermia. El examen clínico nos orienta hacia el lado renal. En este sentido es evidente el que arroja la exploración radiológica en sus dos formas, radioscópica y radiográfica. Alteraciones de la estática y dinámica diafragmática izquierda. La urografía excretora, evidencia también trastornos en la dinámica y en el potencial del riñón izquierdo.

Fueron estos elementos de juicio los que nos llevaron a ratificar la idea clínica de que se trataba de un proceso renal izquierdo, atacando al órgano, cualquiera de las formas anatómopatológicas, de las llamadas pionefritis de Motz, es decir, proceso suprado o coleccionado en el parénquima renal sustancia cortical. La operación nos deparó grandes sorpresas; nos encontramos con una atmósfera perirrenal normal, en el tiempo de la liberación del riñón nada de particular en la mitad inferior, tanto en lo que se refiere a las caras como a los bordes; en cambio en la mitad superior del órgano, sobre el borde externo y principalmente en la porción apical, este acto, se encontró dificultado por adherencias. Del examen visual del campo operatorio, favorecido por una pequeña dislocación de la porción liberada se recogió la impresión de que se trataba de una zona de tipo antracoide. Conseguida la completa liberación del riñón y siendo imposible la enucleación del mismo, a pesar de la sección previa del uréter, se coloca en el pedículo renal los clamps correspondientes, se le secciona y no es menor nuestra sorpresa, cuando se retira un órgano de apariencia normal. Se introduce la mano y mayor fué aún, esta nueva, cuando en el fondo de la

herida, en el extremo superior se identifica una masa redondeada, que al extraerla tiene aspecto tumoral.

Del examen anatómopatológico macro y microscópico se deduce que se trata de un tumor maligno de la capa cortical de la glándula suprarrenal con extrema actividad celular, la que justifica el desarrollo prematuro y vertiginoso de la metástasis pulmonar y la muerte consiguiente.

Hemos dicho en las consideraciones que uno de los motivos que justificaba la publicación de comunicación era la falta de un cuadro sintomatológico que nos pudiera hacer sospechar en la verdadera naturaleza del proceso; esto es lo que confirmamos. Del estudio de los trabajos al respecto, entre ellos el de Pende, Sala Panisello y Pico Estrada, así como el de algunas observaciones aisladas; no encontramos, en cuál de las variaciones clínicas de esta afección podríamos encuadrar a nuestro enfermo.

En el sexo masculino, donde este tipo de afección es muy rara, las manifestaciones del hipersuprarrenalismo, común en estos enfermos con tumores de la cortical, traen un cuadro caracterizado por la rareza de inversión sexual, pérdida del lívido, disminución en el tamaño del pene y testículo, mamas desarrolladas y piel de abdomen y miembros con algunas estrias rojo y violáceas.

Nada de todo esto presentaba nuestro enfermo, si el hirsutismo antes de la pubertad, es una manifestación de la afección que tratamos, nuestro enfermo la presentó a la edad de 17 años. De esta edad hasta los 37 años, es decir, durante veinte años el enfermo conserva su desarrollo piloso. Sólo cabe una pregunta, si es que en este enfermo ese síntoma es expresión de tumor. ¿Ha vivido el paciente durante 20 años con un tumor de corteza de glándula suprarrenal en estado de latencia presentando como único síntoma revelador, su marcado desarrollo piloso? Nosotros no lo creemos.
