

Servicio de Cirugía del Hospital "Dr. Marcelino Freyre"  
a cargo del Prof. Adjunto Dr. Ricardo Ercole. (Rosario)

## CISTOADENOMA PAPILAR DEL RIÑON

Por el Dr. RICARDO ERCOLE

Dentro del grupo de los tumores del riñón, aquellos de naturaleza maligna como el epiteloma, el sarcoma y el tumor mixto, son los únicos que tienen importancia clínica, tanto por la gravedad de su evolución como por su variable exteriorización sintomática. En cambio los tumores benignos, tales como el adenoma, el fibroma, el lipoma, el mixoma, el angioma, etc., a pesar de su relativa frecuencia, como puede demostrarse en la mesa de autopsias, no tienen desde el punto de vista clínico ninguna jerarquía, ya que excepcionalmente, dado su reducido tamaño y su localización cortical, dan origen a síntomas que lo manifiesten y solamente llegan al cirujano en circunstancias excepcionales, en general cuando por su tamaño llaman la atención del paciente o del médico. Es por este motivo que el especialista frente a un enfermo en el que se demuestra una alteración pielográfica de tipo tumoral, hace el diagnóstico, ya sea de cáncer del riñón o de tumor de las vías excretoras, lo que lleva aparejado en cualquiera de ambos casos un diagnóstico de gravedad y la indicación parentoria de una intervención. Pero sin embargo en circunstancias excepcionales, el cirujano puede, en el acto operatorio, encontrarse con la sorpresa de estar en presencia de un tumor benigno, que ni tan siquiera ha sospechado al hacer el estudio clínico del caso.

Además de un angioma cortical del riñón que publicamos hace varios años y que se exteriorizó clínicamente por un hematoma perirrenal espontáneo, hemos tenido oportunidad de observar dos casos más de tumores benignos del riñón, un cistoadenoma papilar y un mixoma del seno, que operamos ambos con el diagnóstico de cáncer, demostrándose recién en el acto operatorio nuestro error.

La historia clínica de dicho cistoadenoma papilar del riñón es la siguiente:

H. C., Nº 463. Luis V., argentino, soltero. Ingres a nuestra clínica privada el 28 de diciembre de 1943.

*Antecedentes personales:* Chancro blando a los 20 años con adenopatía supurada que curó bien. No ha tenido blenorragia ni lues. No ha sido fumador ni bebedor. No es constipado.

*Enfermedad actual:* Refiere desde hace dos años dolores lumbares poco precisos, que pasaban espontáneamente o con alguna terapéutica casera. Hace 4 ó 5 meses nota en algunas ocasiones el color de la orina subido, como si tuviera sangre. Hace 10 días comienza a orinar sangre en mayor cantidad, con algunos coágulos, ciertas micciones con orinas más claras, pero desde hace una semana la hematuria es franca, sin coágulos, indolora, persistente en todas las micciones, de tipo total. No acusa dolores renales ni síntomas miccionales.

Apetito un poco disminuido, ha bajado 4 ó 5 kilos de peso.

*Estado actual:* Paciente en buen estado de nutrición. Afebril.

*Piel y mucosas:* Rosadas, pánículo adiposo conservado.

*Sistema linfático:* Algunas adenopatías de aspecto banal en ambas regiones inguinales. Reflejos conservados.

*Cabeza:* Ojos, motilidad y reflejos conservados.

*Cuello:* No se palpan latidos ni tiroides.

*Aparato respiratorio:* Examen físico negativo.

*Aparato circulatorio:* Corazón: punta en 5º espacio por dentro de la línea mamilar. Tonos apagados, normales. Pulso rítmico, frecuencia de 70 al minuto. Tensión arterial Mx. 13 cms. Mn. 8 cms.

*Abdomen:* Cuerda cólica izquierda. Hígado: es palpa a un través de dedo por debajo del reborde costal. Bazo no se palpa.

#### EXAMEN UROLOGICO:

*Riñones:* Del lado derecho se palpa una tumoración ovoidea, del tamaño de un huevo de avestruz, cuyo polo inferior llega a la línea umbilical, el superior se pierde debajo del hígado, con buena delimitación con este órgano, de bordes netos, indoloro, que excursiona bien con la respiración, que tiene contacto lumbar y que pelotea. Riñón izquierdo: no se palpa.

*Ureteres:* Puntos ureterales indoloros.

*Uretral:* Permeable. *Prostata* Normal.

*Cistoscopia:* Buena capacidad, mucosa de aspecto normal. Orificio derecho eyacula sangre, el izquierdo normal.

*Cromocistoscopia:* Lado izquierdo buena intensidad, buen ritmo, inicia la eliminación a los 3'30". Lado derecho, buena intensidad pero menor. Inicia la eliminación a los 5'.

*Radiografía:* Directa: negativa. Urograma por excreción: Lado izquierdo normal. Lado derecho: riñón muy grande, las cavidades desplazadas hacia arriba, de conformación conservada.

*Exámenes de laboratorio:* 28/ XII/43.

*Sangre:* Tiempo de coagulación: 4'. Tiempo de sangría: 3'. Hemoglobina: 86 %. Hematíes: 4.400.000. Urea en sangre: 0.45 gr. %.

*Orina:* Color: rojo oscuro. Albúmina: 0.90 gr., %. Glucosa: no contiene Sedimento: Abundantes hematíes. Células epiteliales planas y fusiformes. Cristales de fosfatos bicálcicos.

*Operación:* 29 de diciembre de 1943. Anestesia con ciclopropane. Lumbotomía anatómica con sección parcial del oblicuo mayor y menor. Correspondiente al polo inferior del riñón hay una tumoración del tamaño de un huevo de avestruz, de consistencia más bien blanda y sin dar francamente la sensación de renitencia. Su punción resulta negativa. En el primer momento se tiene la impresión de un cáncer renal reblandecido. El polo superior y cuerpo del riñón son de aspecto normal. No siendo posible exteriorizar el riñón por su tamaño, se hace la ligadura in



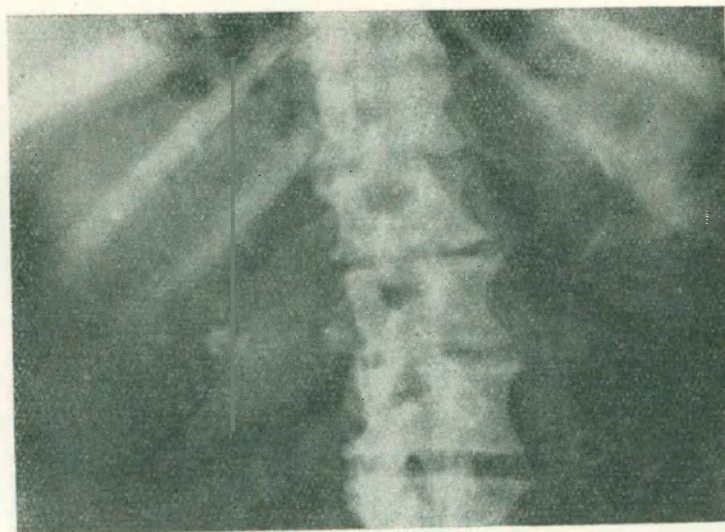


Figura 1

Urografía por excreción: Del lado derecho se observan los calices inferiores dislocados hacia arriba, con su conformación conservada.

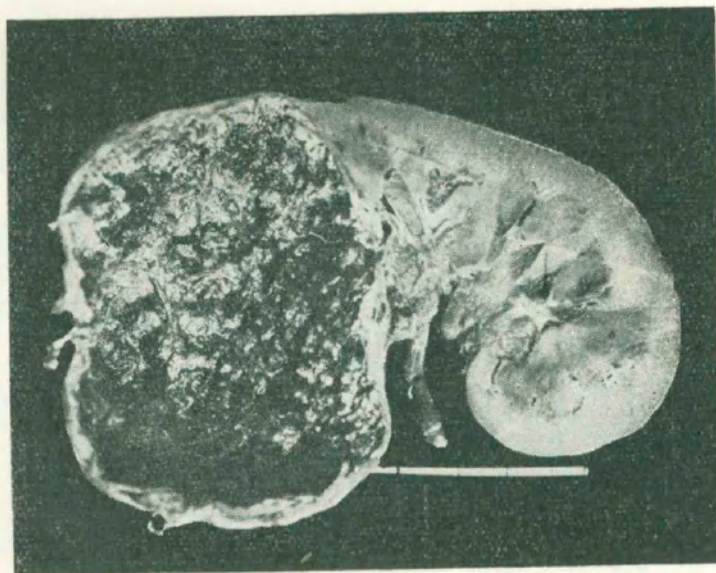


Figura 2

Fotografía de la pieza operatoria que muestra la tumoración quística correspondiente al polo inferior del riñón, constituida por una cápsula de aspecto fibroso, bien limitada, cuya superficie interna está recubierta de una napa uniforme de vellosidades.

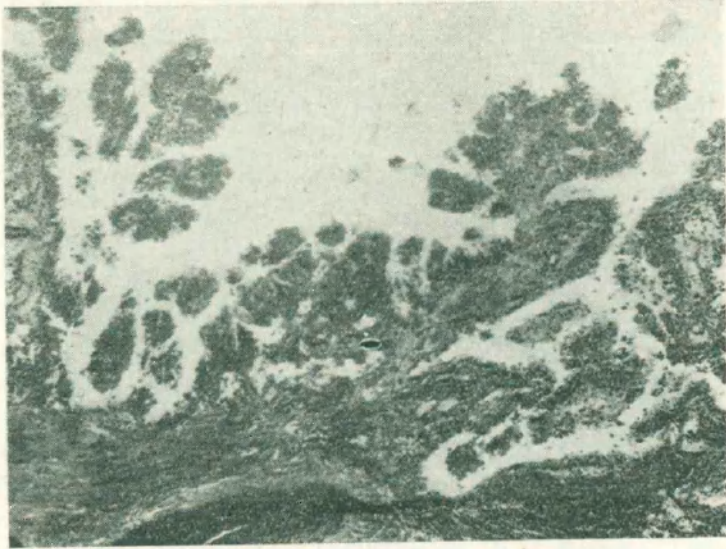


Figura 3

Microfotografía a pequeño aumento mostrando la pared del quiste. Puede apreciarse aquí la configuración papilífera o dendrítica que tiene la superficie interna del quiste, constituida por múltiples ejes conjuntivo-vasculares que se ramifican, tapizados por un epitelio de tipo renal.

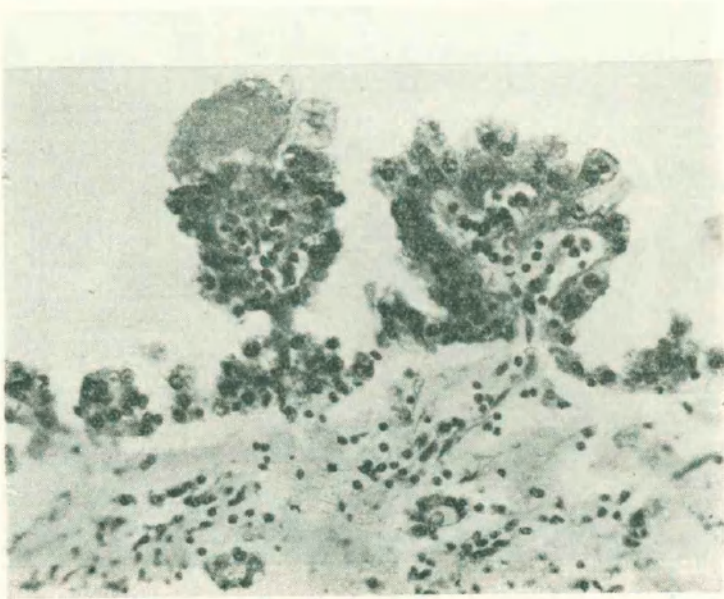


Figura 4

A mayor aumento un segmento de la pared quística revela dos procedencias papilíferas con su eje conjuntivo-vascular, recubierta de un epitelio de tipo renal.



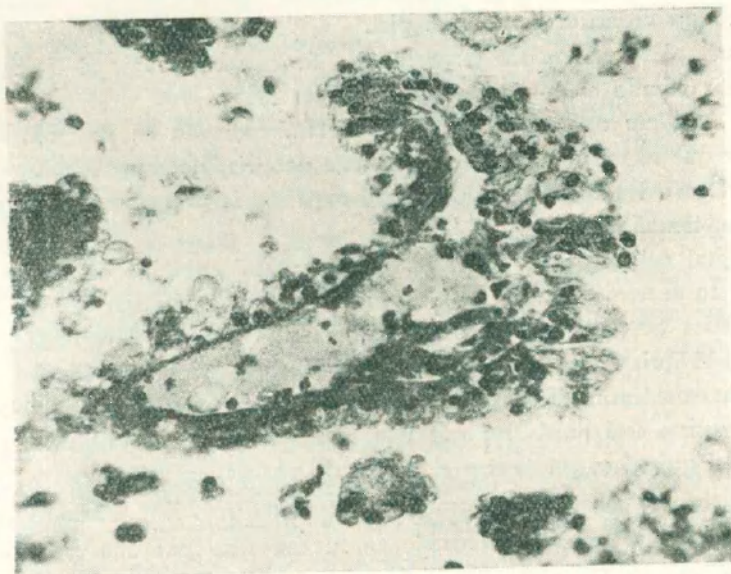


Figura 5

Varias papilas tomadas transversalmente. Puede apreciarse el revestimiento epitelial, en partes células cúbicas bajas del tipo del segmento intercalar, en parte células cúbicas con halo claro perinuclear, tipo tubo colector, y en partes tendencia a la estratificación tipo de pelvis renal.

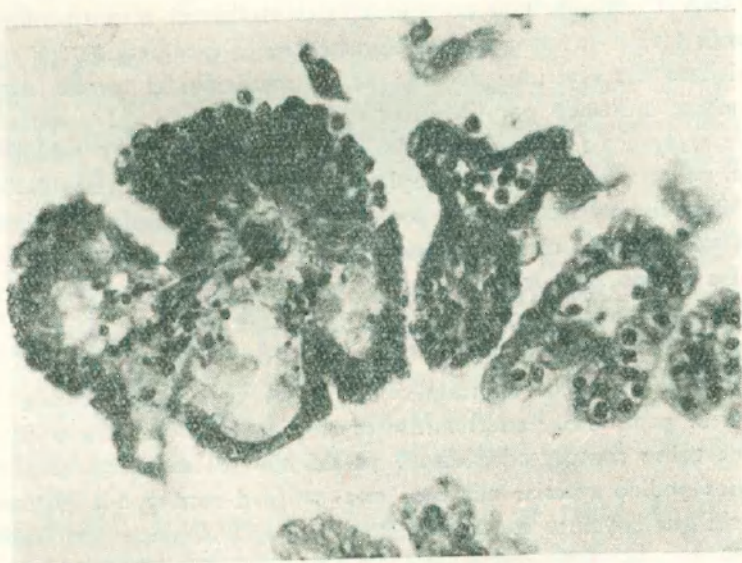


Figura 6

Otra papila donde puede apreciarse su parte central vascular y el revestimiento epitelial, con tendencia a la estratificación y descamación de sus elementos.

situ del pedículo. Se libera con facilidad la tumoración y al tratar de exteriorizarlo se rompe evacuándose sangre y coágulos bien organizados, demostrándose recién que la tumoración es un quiste hemático. Ligadura del uréter. Una gasa y un tubo de drenaje. Sutura de la pared en dos planos con catgut crómico. Lino a la piel.

P. O. Normal. Evolucionaba sin temperatura. Se saca el drenaje al 6º día. Buena cicatriz operatoria. De alta curado a los 12 días de la intervención.

*Examen de la pieza operatoria:* El riñón está deformado en su polo inferior, donde se observa un tumor que se calcula del tamaño de una naranja, de superficie lisa y cuya cápsula se continúa con el resto del riñón. Cuerpo y polo superior se presentan conservados, tanto en su forma como en su tamaño.

Al corte sagital del órgano se constata que la mitad superior del riñón tiene su aspecto conservado y que su extremo inferior está ocupado por dicha tumoración que demostró ser una gran cavidad quística ocupada por líquido hemático y coágulos. Evacuada la sangre se pone de manifiesto que el quiste está limitado por una cápsula de aspecto fibroso, de 1 ó 2 mm. de espesor, que presenta un límite de separación bien neto con el parénquima renal de aspecto normal. La superficie del quiste está recubierta por una napa uniforme de vellosidades que hacen poco relieve en la luz del quiste, y que le dan el aspecto de una vejiga vellosa.

El estudio histopatológico que debemos agradecer al Prof. Dr. Tomás Ocaña, dice así:

“El quiste está perfectamente delimitado en su contorno por una cápsula fibrosa, variable en su espesor entre unos 4 a 6 mm. En la porción en que el quiste corresponde a la superficie renal, la pared está constituida solamente por dicha cápsula. En la porción en que limita con el parénquima renal, la cápsula fibrosa separa claramente el parénquima del blastoma. El parénquima renal está prácticamente normal. Sólo en un margen que corresponde a la vecindad inmediata, a la cápsula fibrosa del riñón, presenta fenómenos de atrofia por compresión. La cápsula del quiste es de tipo fibroconjuntivo, muy rica en colágeno. Está discretamente vascularizada. En la superficie interna podemos apreciar la gran cantidad de formaciones papilíferas o dendríticas, que hacen relieve en la cavidad, dándole a la superficie interna un aspecto veloso, que se puede apreciar claramente una vez que se ha extraído el gran coágulo que rellenaba la cavidad. Después de lavarse la misma, histológicamente nos encontramos con típicas formaciones papilíferas dendríticas. En el centro de cada una encontramos el característico eje conjuntivo vascular, discretamente infiltrado por linfocitos en forma variada. El revestimiento epitelial de estas papilas varía según los lugares dentro de los siguientes tipos: a) epitelio cúbico aplanado en una sola capa, con núcleo redondo, citoplasma débilmente acidófilo; b) epitelio cúbico de células algo más voluminosas, redondeadas, con una gran orla cromófoba perinuclear; c) epitelio irregularmente estratificado con células claras, entre las cuales aparecen típicas células en raqueta. Entre estas últimas vemos algunas con citoplasma voluminoso finamente vacuolizado de tipo antelasnoide; d) por último podemos apreciar gran cantidad de células claras en vías de descamación o completamente descamadas, de núcleos pignóticos, o redondeados con red cromática visible.

*Interpretación y diagnóstico:* Se trata como hemos visto por la configuración general de un blastoma quístico, papilífero, perfectamente capsulado. El revestimiento de las papilas es de tipo de epitelio de tubos contorneados distal, ya del tipo tubo colector Bellini o ya del tipo pelvis renal. Hemos podido apreciar que toda esta variedad corresponde histogenéticamente a la eefera Wolfiana, sin que hayamos encontrado otro tipo que denuncie una indiferenciación pura de este origen embrionario. La riqueza de las formaciones papilíferas, con su vascularización capilar correspondiente, explican la hemorragia intraquística que ha traído el aumento del tumor, la compresión al parénquima renal vecino y el aspecto aparente de quiste hemático. Por todas estas consideraciones podemos afirmar que se trata de un tumor de origen Wolfiano, a evolución quística papilífera que lo podemos clasificar como *cistoadenoma papilífero*.

El adenoma del riñón que tiene importancia clínica es aquel que, al adquirir cierto tamaño, da origen a síntomas que objetivan su localización. En estas condiciones este tumor es muy raro, como se deduce de las escasísimas observaciones publicadas. Kretschmer y Doehring en el año 1929, reúnen un total de 17 observaciones de la bibliografía, y Kessler, 12 años más tarde, en 1941, a propósito de un caso de cistoadenoma papilar, apenas eleva esta cifra a 25 observaciones publicadas hasta ese momento. Hasta el año 1929, fueron operados un total de 283 tumores del riñón en la Mayo Clinic, y de ellos tan solo un adenoma. Pero frente a estas estadísticas clínicas están las observaciones de autopsias que revelan que los adenomas del riñón son muy frecuentes. Se tratan de pequeños núcleos adenomatosos, en general de pocos milímetros de diámetro o cuanto más de 2 a 3 cms. caracterizados como nódulos que se destacan sobre la superficie del riñón, o que se ponen de relieve al corte del órgano, en muchas ocasiones múltiples, y las más de las veces presentándose en riñones esclerosos. Según Weichselbaum y Greenisch, (citados por Ewing) estos tumores no se observan por debajo de los 30 años y su frecuencia va en aumento con la edad, al punto que se presentan en el 10 % de todos los riñones a los 80 años.

Desde el punto de vista histopatológico su estructura se asemeja a la de los nefroepiteliomas, distinguiéndose tres tipos: tubular, papilar y alveolar, pudiéndose observar en las tres formas histológicas la existencia de quistes, que en ciertas circunstancias son muy marcados, justificándose, como en nuestra observación, la denominación de cistoadenoma.

La histogénesis de estos tumores es variable, aceptándose que en muchos casos ellos derivan de anomalías congénitas del órgano, de restos de tubos renales, como sugiere Albarran, o como acepta Pilliet (citado por Kretschmer y Doehring), de elementos funcionantes originados en un error en el desarrollo. Conociendo la formación embriológica del riñón, es posible comprender que por una malformación en relación con la falta de unión del tubo secretor con el excretor, se originen, no solamente como acepta Ewing, el riñón poli-quístico, sino también quistes aislados que pueden ser el origen de un cistoadenoma. Es lógico por otra parte que estos adenomas puedan tomar origen, tanto en el blastema renal como en los elementos derivados del brote ureteral. En el caso de los adenomas de los riñones esclerosos es posible que ellos se originen de quistes provocados por el mismo proceso escleroso (Ewing).

*Diagnóstico:* Teniendo en cuenta que se trata de un tumor benigno, de localización por lo general cortical, es lógico deducir, como hiciéramos notar al principio de este trabajo, que estos tumores se exterioricen recién clínicamente al adquirir gran tamaño. Efectivamente, la presencia de un tumor palpable es el síntoma dominante en estos casos, el que no ha faltado en todas



las observaciones clínicas publicadas de acuerdo con la estadística de Kretschmer y Doehring. En cambio la hematuria se observó tan solo en 8 casos sobre los 17 recopilados por los citados autores y el dolor solamente en 6.

Por lo que respecta a la exploración radiográfica, la pielografía es útil para confirmar la localización renal de la tumoración palpable, y es lógico pensar que en estos casos deba existir una imagen pielográfica de tumor, donde predomine la dislocación o la comprensión de cavidades determinadas por el crecimiento del tumor, pero en la cual no deben observarse los signos radiográficos de invasión de las vías excretoras por el tumor, propio de las neoplasias malignas. Es lo que se demuestra en el pielograma de nuestra observación, como así también de los demás casos publicados en que se efectuó esta exploración.

*Tratamiento:* Es indudable que el adenoma del riñón no es más que una etapa en la evolución de un nefroepitelioma. Según Bell, en el estudio histológico de estos tumores, puede demostrarse una transición gradual hacia el epitelioma del riñón. Por otra parte Cabot y Middleton, citados por Kessler, establecen, después de un estudio de 61 casos de dichos tumores, que no son en realidad una etapa hacia el epitelioma, sino ellos mismos son tumores malignos.

Teniendo en cuenta estos conceptos, fácil es deducir la terapéutica que corresponde adoptar frente a un adenoma del riñón, que no puede ser otra que la extirpación del tumor, la que en general habrá necesidad de efectuar haciendo una nefrectomía. En casos especiales, de tumores pequeños, podrá tentarse una operación conservadora, la nefrectomía parcial, operación que ha sido efectuada hasta la fecha en dos oportunidades, en las observaciones de Kretschmer y Doehring y en el caso de Nitch.

#### BIBLIOGRAFIA

- Albarran e Imbert L.* — Les tumeurs du rein. Masson & Cia. Paris. 1903.
- Cid J. M. y Ercole R.* — Angiomas corticales del riñón y hematoma perirrenal espontáneo. Rev. Arg. de Urol. Vol. 8. 1939. Pág. 8-15.
- Ewing J.* — Neoplastic diseases W. B. Saunders Company. Philadelphia and London. 1940.
- Heckel N. J. y Gould V.* — A Report of a papillary cystadenoma of the kidney. J. of Urol. Vol. 44, 1940. Pág. 200.
- Judd E. y Simon S.* — Benign adenoma of the kidney. Report of a case. Surg. Gin. and Obst. T. 44, 1927. Pág. 169.
- Kessler E. E.* — Papillary cystadenoma of the kidney. A case report. Jor. of Urol. Vol. 46, 1941. Pág. 505.
- Kretschmer H. L. y Doehring C.* — Adenoma of the kidney. Surg. Gin. and Obs. T. 48. 1929. Pág. 629.



## MIXOMA DEL SENO DEL RIÑÓN

---

Por los Dres. JOSE M. CID y RICARDO ERCOLE

El mixoma primitivo, vale decir el tumor que se origina en el tejido mucoso embrionario, es particularmente raro, ya que el tejido mucoso no existe en el organismo adulto. En cambio, prácticamente todos los mixomas de acuerdo con Ewing, derivan, por metaplasia, de otros tumores, tales como el lipoma, el fibroma, el condroma, etc. Se trata de mixomas secundarios como el que corresponde a nuestra observación, el cual, como se demostró por el estudio histopatológico, se origina en un lipoma del seno del riñón.

Si excluimos los lipomas perirrenales, los lipomas propios del riñón son de observación muy rara, tanto los que se presentan por debajo de la cápsula del riñón, como los que se localizan a nivel del seno. Waldeyer, citado por Melen y Gaspar, recopilaron 300 casos de lipomas perirrenales sin encontrar uno solo del tipo intrarrenal. Sobre 283 casos de tumores del riñón operados en la Clinic Mayo hasta el año 1924, hay un solo lipoma renal.

El siguiente caso es particularmente interesante por su rareza, ya que de nuestra búsqueda bibliográfica, hemos encontrado tan solo una observación, de Melen y Gaspar, que se superpone, tanto en su aspecto anatómico como exteriorización clínica a la nuestra. (Melen D. R. y Gaspar J.: *Journal of Urology*. Vol. XXXI. 1934. Pág. 69).

Observación personal: H. C. Nº 262. Santiago H., argentino, 57 años. Ingresó a nuestra clínica particular el día 18 de abril de 1942.

*Antecedentes personales:* Sin importancia.

*Enfermedad actual:* Hace 8 días cólico renal izquierdo que es precedido por algunos coágulos en la orina, que es de tipo hematórico. Este cólico se ha repetido en dos o tres oportunidades hasta la fecha. No ha tenido síntomas urinarios bajos.

*Estado actual:* Enfermo bien constituido, abundante panículo adiposo. Tensión Mx. 15 cms. Mn. 9 cms.

*Piel y mucosas:* Rosadas.

*Aparato circulatorio y respiratorio:* Nada de particular.

*Abdomen:* Globuloso, discreta tensión, indoloro.

*Hígado:* Se palpa a 3 traveses de dedos por debajo del reborde costal.

*Bazo:* No se palpa.

**EXAMEN UROLOGICO:**

*Riñones:* Izquierdo: se palpa su polo inferior que impresiona grande. Derecho: no se palpa.

*Uretra:* Permeable.



Figura 1

Urograma por excreción en el cual hace huella la tumoración, con dislocación de los cálices inferiores y estasis en un cáliz superior.

*Prostata:* Normal. Orinas claras.

*Cistoscopia:* No hay residuo vesical, mucosa de aspecto normal. Orificios bien implantados.

Cuello de tipo adenomatoso.

*Radiografía:* Directa: del lado izquierdo sombra renal grande.

Urograma por excreción: Lado izquierdo pielograma marcadamente definido en el cual hace huella lo que parece corresponder a una tumoración que disloca además los cálices inferiores y determina un estasis en el cáliz superior. Lado derecho, buena eliminación.

*Exámenes de laboratorio:* Sangre: Hematíes: 4.250.000. Leucocitos: 5.800. Valor globular: 1. Hemoglobina: 84 %. Timepo de coagulación: 7'. Tiempo de sangría: 2'. Urea en sangre: 0,40 gr. %e.



Orina: Albúmina: vestigios. Glucosa: No contiene. Sangre: contiene. Sedimento: Regular número de hematias. Escasos leucocitos conservados. Numerosos microorganismos.

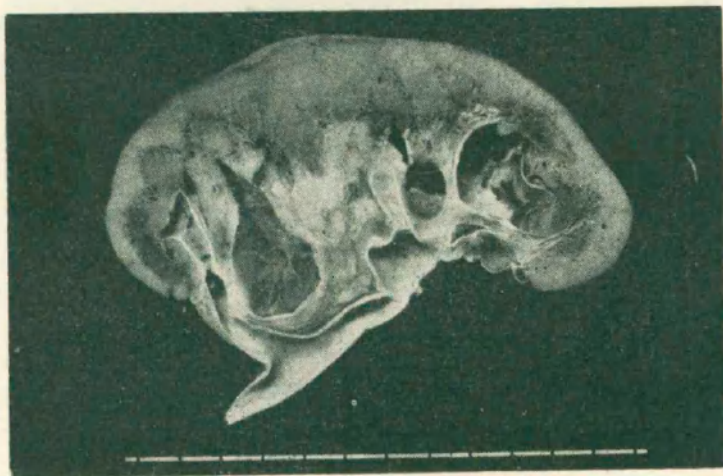


Figura 2  
Fotografía de la pieza operatoria. Se observa el desplazamiento de las vías excretoras determinado por el mixoma. Además un marcado aumento de la grasa del seno.

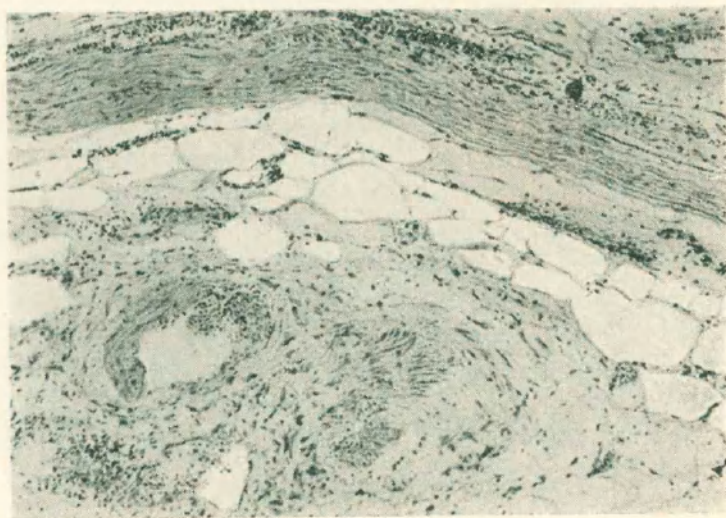


Figura 3  
En la parte superior se ve la cápsula fibrosa y por debajo el tejido adiposo del nódulo y vasos arterio venosos.

*Operación:* 25 de abril de 1942. Anestesia con ciclopropane. con intubación. Lumbotomía anatómica con sección parcial del dorsal ancho y del oblicuo mayor. Riñón más bien grande impresionado como engrosado y que presenta a nivel del seno una tumoración evidente, blanda

rechaza parcialmente el uréter. Nefrectomía. Ligadura independiente del pedículo y del uréter. Un tubo de drenaje. Cierre habitual. Lino a la piel.

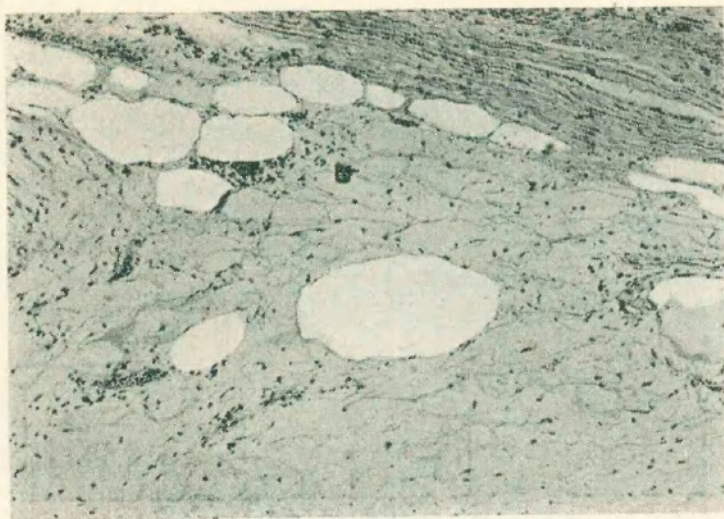


Figura 4  
Otra zona en la que se ve la cápsula fibrosa y la gradual transformación del tejido adiposo en tejido mixoide.

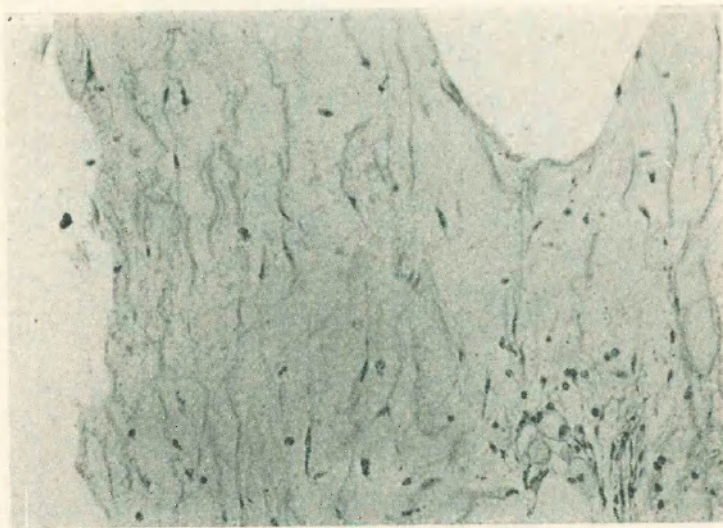


Figura 5  
Parte más profunda del tumor contactando con la zona de calcificación. A un costado un pequeño vaso y elementos de tipo antelásmico.

P. O. Muy bueno. Buena cicatriz operatoria. Se saca el drenaje al 6º día. De alta curado.

*Examen de la pieza operatoria:* Descripción macroscópica. El riñón presenta aspecto normal. La región del hilio aparece deformada por una masa redondeada del tamaño de un huevo, de



tejido adiposo que rechaza transversalmente, o sea hacia la línea media, la pelvis renal y la porción inmediata al uréter.

Al corte del órgano revela una configuración general normal, pero hay un moderado, pero indudable aumento de la grasa del seno concomitantemente con moderada atrofia del parenquima renal.

En este corte mediano se ve que el desplazamiento de las vías excretoras es producido por una colección de substancia transparente, filante, mucóide o gelatinosa existente en el seno del órgano. Es de forma groseramente lanceolada con el extremo romo hacia la pelvis.

Esta colección tiene una pared fibrosa delgada, bien visible en casi toda su extensión, salvo hacia el extremo agudo en que se hace menos visible y aún desaparece. La forma de esta colección está determinada por los cálices que la rodean, que han sido longados.

En el resto del riñón se ve: una dilatación hidronefrótica de dos cálices inferiores, un foco esférico de 1 cm. de necrosis hemorrágica antigua en la grasa del seno, parte media del órgano.

Descripción microscópica: El estudio microscópico de la pared de la colección y de la substancia mucinosa adherida permite reconstruir la génesis de la misma.

La pared está constituida por una membrana fibrosa que termina más o menos bruscamente en contacto con el contenido. La membrana parece estar formada por la compresión y estiramiento de los elementos conectivos, algunas de cuyas células se desprenden y forman parte de la colección.

En otros puntos la pared de la colección tiene menos definido el aspecto de membrana. A este nivel se ve que el tejido adiposo sufre graduales transformaciones hasta convertirse en el contenido de la colección. Hay una reabsorción de la grasa por formación de células de tipo antelásmico. Los límites celulares se borran por la aparición de una substancia amorfa que gradualmente embebe todo. La aparición de esta substancia está ligada a la existencia de histiocitos en clasmatisis. El tejido adquiere gradualmente un aspecto mucoso (mixoide), en que la total desintegración de sus células, le da aspecto mucinoso o gelatinoso.

Alrededor de algunos vasos se vé, en estas mismas regiones, una transformación mucóide del estroma que exhibe neta basofilia.

Resumen: Se trata de la transformación mixomatosa del tejido adiposo que ulteriormente adquiere aspecto o consistencia mucinosa. La colección ha determinado la formación de una pared fibrosa por rechazamiento de tejido conectivo vecino.

Contenido de la colección: Digimos que era de aspecto mucinoso o gelatinoso. Al microscopio se ve ya una substancia grumosa, ya granulosa que no contiene la más mínima basofilia. En algún punto y en contacto con la pared fibrosa, esta substancia es anhistia, homogénea y se dispone en forma acintada.

Por sus reacciones coloreadas esta substancia debe ser considerada como una pseudo mucina.

Diagnóstico: Mixoma secundario del seno renal de origen adiposo con transformación gelatinosa o pseudomucinoso originando el aspecto de mucocelo.

#### DISCUSION

Dr. Surra Canard. — *¿Cuánto tiempo llevan de operados estos enfermos?*

Dr. Ercole. — *El mixoma de riñón ha sido intervenido el 25 de abril de 1942 y el cisto-adenoma lo fué el 29 de diciembre de 1943. Los dos enfermos, actualmente están en perfectas condiciones.*

Dr. Surra Canard. — *El cisto-adenoma tiene tiempo para recidivar; en cambio, en el caso del mixoma, habiendo transcurrido dos años, hay más tran-*

quilidad en ese sentido. En general, los tumores para-renales, por más que sean de carácter benigno, pueden comportarse como tumores malignos en el sentido de la recidiva. De ahí mi pregunta, para ver el pronóstico a distancia.

Dr. Ercole. — Refiriéndome a lo que acaba de expresar el doctor Surra Canard, nosotros no podemos considerar a este caso de mixoma, como un tumor de la periferia del riñón.

Dr. Surra Canard. — No; estoy haciendo el paralelo, porque como son tumores raros, hay que tener un criterio más en base al paralelo que a estadísticas de gran frecuencia de casos.

Dr. Ercole. — En el caso del mixoma, por el tipo del tumor, podemos tener la tranquilidad, de que es posible que no recidive. En cambio, el tumor de cisto-adenoma papilar puede plantear alguna duda en cuanto a su evolución. Como digo en la comunicación, estos tumores se los considera como malignos, sobre todo cuando adquieren cierto tamaño.



## ECTOPIA RENAL DERECHA

---

Por el Dr. LUIS R. MOLINA

Se agrega con la presente historia clínica un caso más a la casuística de la ectopia renal.

B. V. de M. Ingresó al Instituto Municipal de Clínica Urológica "Benito Villanueva", el 14 de abril del año 1941.

*Sus antecedentes hereditarios* carecen de importancia, padres vivos y sanos; seis hermanos que viven y son sanos.

*En cuanto a sus antecedentes personales*, neumonía a los 11 años. Contrae paludismo a los 12 años. Regla a los 13, siempre regular. Se casa a los 25, no ha tenido hijos ni abortos.

*Enfermedad actual*: Desde hace dos años sufre de dolores en la fosa ilíaca derecha; dolores que se irradian hacia el hipogastrio y hacia el muslo del mismo lado, no han sido nunca acompañados de fiebre ni ningún síntoma urinario, ni digestivo. En su comienzo aparecían con intervalos de acalmia que duran de 10 a 15 días, y según manifiesta la enferma, se acentuaban cuando efectuaba trabajos de relativa intensidad. Nunca el dolor, ha tenido los caracteres del cólico, pero al correr del tiempo, se han hecho más frecuentes y más intensos, no pasando día en que no sea sorprendida por el dolor, lo que la obliga a guardar reposo, notando según dice, que con él se calma.

Hace seis meses padece una crisis de cistitis aguda, que tratada con nitrato de plata curó en breve plazo.

Por su dolor resuelve internarse y ocupa la cama 64 del Instituto.

*Estado actual*: Examinada se constata su regular funcionamiento en lo que se refiere a su aparato circulatorio, respiratorio y nervioso.

Del estudio semilógico de su aparato urinario se desprende:

Micción, en cuanto a su emisión y los caracteres macroscópicos de la orina recientemente emitida: normales.

Riñones. A la inspección, normal.

Palpación, negativa por los distintos procedimientos semiclógicos. No hay dolor espontáneo ni provocado.

En la parte anterior del abdomen, inmediatamente por fuera de la línea umbilico-púbica, a dos dedos por debajo de su extremidad superior, se palpa una tumoración alargada, de seis a siete centímetros en su eje longitudinal y cuatro a cinco en su eje transversal, lisa, renitente,

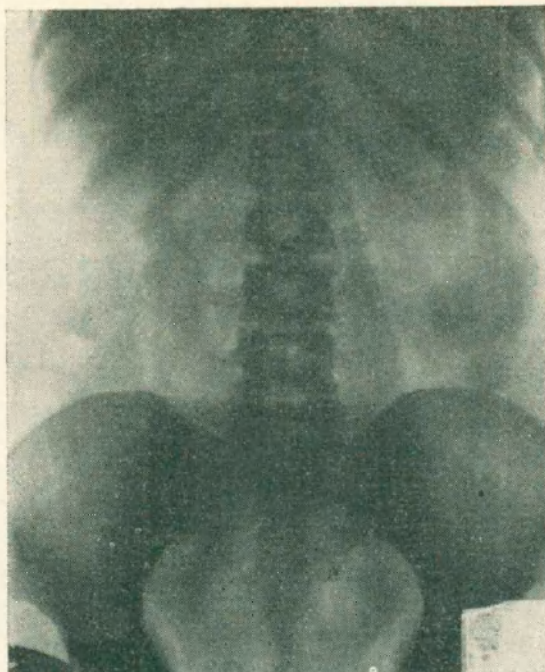


Figura 1

Simple de aparato urinario. Silueta renal izquierda de forma tamaño y posición normal. No se visualiza riñón derecho.

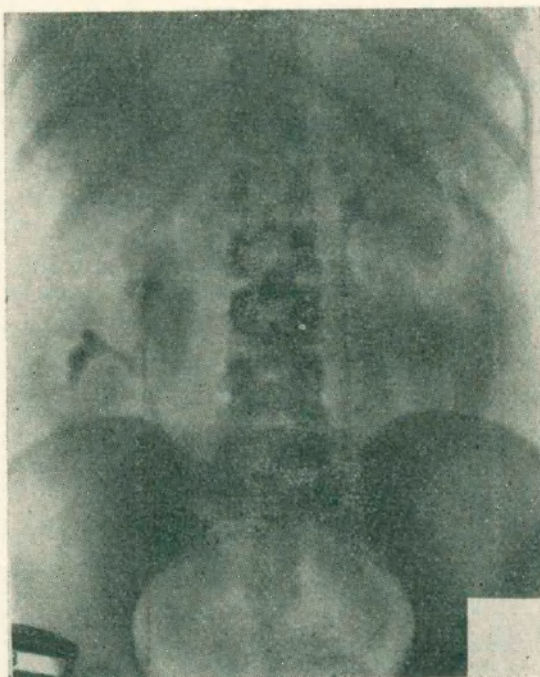


Figura 2

Aparato uretero-pielo-calicial izquierdo normal. Riñón derecho situado en fosa iliaca derecha, pelvis pequeña, con dos cálices alargados cuya extremidad se bifurca en dos cálices secundarios, cortos y anchos. Uréter visualizado en su segmento superior normal.



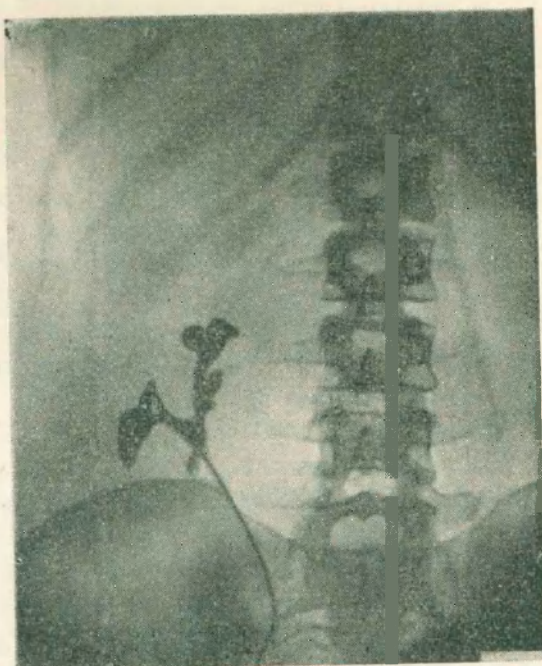


Figura 3  
Pelvis pequeña, dos cálices alargados, que se bifurcan en su extremidad en dos cálices secundarios, anchos y cortos. Uréter, rectilíneo y corto.



Figura 4  
Pielografía excretora a los 15 minutos. Buena eliminación de la substancia de contraste.

que excursiona hasta 3 cm. en sentido vertical y muy poco móvil en sentido transversal, mate a la percusión, y se despierta dolor al palparla. Al hacer efectuar a la enferma la contracción fuerte de los músculos rectos del abdomen, la tumoración desaparece, lo que nos dice que no se encuentra situada en los planos superficiales.

Los puntos ureterales, sub-costal, superior y medio negativos; el inferior, investigado por tacto vaginal, despierta dolor y deseos de orinar (reflejo vesico-renal de Guyon).

La vejiga a la inspección y a la palpación, es normal y citoscópicamente nada de particular.

El examen de sus orinas no revela ningún elemento patológico.

Azohemia: 0.38 %.

Glucemia: 0.98 %.

El examen de sus orinas no revela ningún elemento patológico.

Indigo carmín, endovenoso, a los 4 minutos para el riñón izquierdo y de 4 y  $\frac{1}{2}$  minutos para el derecho, rítmico y de buena intensidad.

Se efectúa el examen radiográfico, que estudiamos a continuación.

Del presente estudio radiográfico, se desprende que el riñón derecho se encuentra fuera de su situación normal, ocupando en este caso la fosa iliaca derecha, presentando además, el uréter de este lado, poco desarrollo en extensión.

*Diagnóstico:* En presencia de un riñón derecho que presenta una anomalía de posición, y en virtud de ser imposible restituir el órgano a su situación normal en la loge renal derecha, y dato radiográfico que además del riñón situado en la fosa iliaca derecha nos muestra un uréter corto y rectilíneo, se formula el diagnóstico de ptosis renal derecha a forma clínica dolorosa.

*Tratamiento:* Se efectúa tratamiento del dolor. Quirúrgico y conservador, practicándose, luego de una dificultosa exteriorización del riñón derecho, a través de una incisión, oblicua inferior, la enervación del paquete, la decapsulación del órgano, y se forma una canasta en su parte inferior para tratar de levantarlo, la operación es dificultada por la cortedad del pedículo y del uréter. La intervención es seguida de un post-operatorio normal.

Vista nuestra enferma por última vez, hace un mes, es decir a los tres años de intervenida, comprobamos su buen estado de salud, y nos manifiesta que sus dolores han desaparecido. Obtenida una pielografía de excreción a los 15 minutos se constata el buen funcionamiento del riñón operado, encontrándose en la misma posición que anteriormente.

## CONCLUSIONES

### *Del diagnóstico:*

1º — La radiografía de contraste es el único medio capaz que permite de manera terminante confirmar el diagnóstico de la ectopia renal.

2º — La pielografía descendente y la pielografía ascendente deben practicarse de manera sistemática, ya que lejos de excluirse, la una complementa a la otra.

### *Del tratamiento:*

En presencia de un riñón ectópico, no infectado, con buen funcionalismo, aconsejamos, salvo indicaciones muy particulares, efectuar de primera intención el tratamiento quirúrgico del dolor, en forma eminentemente conservadora (inervación, decapsulación y fijación), dejando librada a la nefrectomía los casos en que aquella fracasara.



# DILATACION CONGENITA PRIMITIVA BILATERAL DE LOS URETERES

Por el Dr. LUIS R. MOLINA

A. R., argentino, concurre a nuestro examen el 19 de mayo de 1944.

Dice haber sido siempre sano y no haber padecido enfermedad alguna. Niega sífilis y venéreas.

Concurre a nuestra consulta porque ha llamado su atención, que desde hace dos meses, al efectuar el esfuerzo miccional, siente dolores de regular intensidad, que partiendo de ambos hipocondrios, se remontan hacia ambas regiones lumbares.

Examinado se constata:

Hombre de trabajo, bien constituido.

Examen físico general de sus aparatos nerviosos, respiratorios, circulatorio y digestivo, no revelan nada de particular.

En lo referente a su esfera urinaria:

Sus riñones no se palpan, ni son dolorosos.

Puntos ureterales, sub-costal y ureteral superior: negativos. Medio, doloroso y el inferior investigado por medio del tacto rectal, sensible y despierta deseos de orinar.

Vejiga a la inspección y a la palpación: nada de particular.

Uretra libre, para explorador Nº 20.

Organos genitales externos, regularmente constituidos.

La micción, efectuada en nuestra presencia, es normal en cuanto a la emisión del chorro, pero al efectuar la contracción vesical siente dolor, que, partiendo del bajo vientre, se remonta hacia las regiones renales respectivas. Este dolor dura durante toda la micción. Una vez terminada ésta, efectuamos un cateterismo con el fin de investigar la existencia de retención, comprobándose un residuo de 120 gramos.

El examen cistoscópico, en una vejiga de capacidad de 200 c.c., con medio ligeramente turbio, nos muestra una mucosa de coloración normal, y dos meatos ureterales grandes, del tamaño de una moneda de 10 centavos, de forma redondeada y rodeados de una zona congestiva: el derecho no se ve eyacular y el izquierdo lo hace en forma perezosa, con intermitencias más o menos largas. Se efectúa indigo carmín endovenoso y se observa su eliminación retardada, a los 10 minutos para el riñón izquierdo y a los 12 para el derecho.

Efectuado un cateterismo bilateral, inyectando líquido coloreado con azul de metileno en la vejiga (200 c.c.) se observa la salida del mismo por ambos catéteres en forma continua.

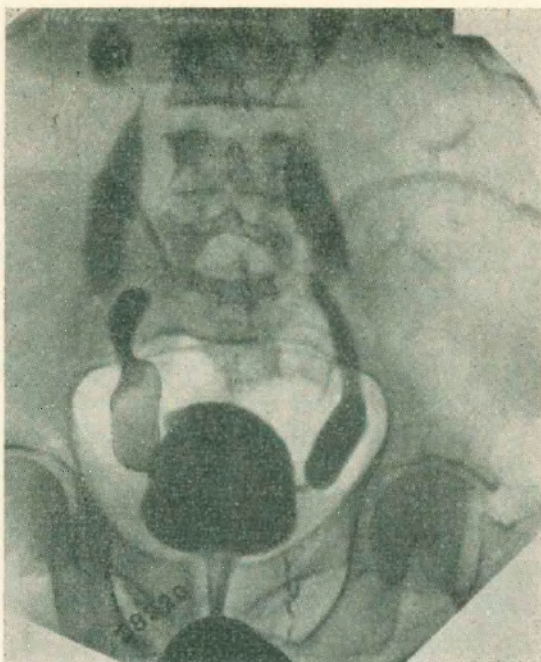


Figura 1

Cistografía de frente. Ioduro de sodio al 12 %. Reflujo vesico ureteral bilateral. Dilatación de ambos uréteres.

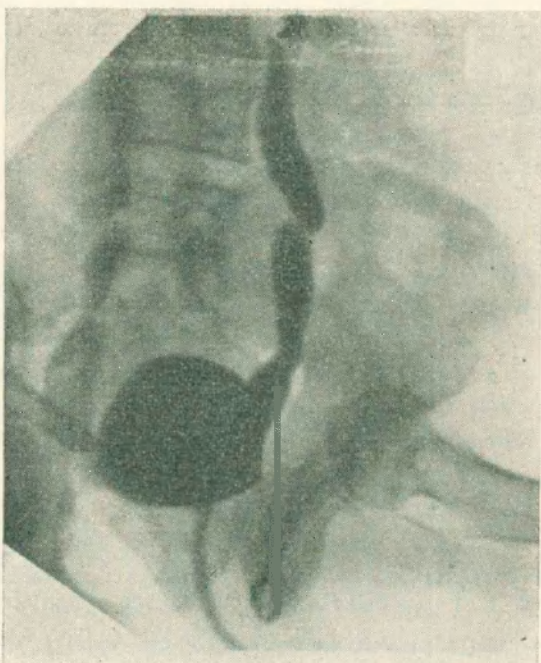


Figura 2

Cistografía de perfil. Ioduro de sodio al 12 %. Reflujo vesico-ureteral bilateral. Dilatación de ambos uréteres.



Las cistografías que se obtienen con yoduro de sodio al 12 %, nos muestran en la N° 1, de frente una vejiga de capacidad normal, el reflujo vesicoureteral y la gran dilatación bilateral del uréter.

La N° 2 de perfil la misma imagen en otro ángulo.

El examen de orina, nos revela una densidad de 1016 y como elementos patológicos pus y albúmina.

La azohemia es de 0,98.

En vista de la lesión bilateral, aconsejamos tratamiento antiséptico con sulfamidas y cateterismos evacuadores.

En virtud de la bilateralidad de las lesiones, el grado extremo de la dilatación y la imposibilidad de encontrar en el examen y en los antecedentes el enfermo una explicación plausible de la misma, formulamos el diagnóstico de dilatación congénita primitiva bilateral de los uréteres.

#### CONSIDERACIONES

1° — La dilatación congénita primitiva de las vías superiores merece ser individualizada, ella constituye un tipo anatomo-clínico especial de ectasis congénito del aparato urinario, ectasis localizadas al aparato excretor.

2° — Esta dilatación puede ser uni o bilateral, total, interesando el bacinete y el uréter, o bien segmentaria interesando una parte de las vías excretoras.

3° — Los orificios ureterales pueden participar de la misma.

4° — La congeneidad de la lesión debe admitirse basándose en:

a) La importancia de la dilatación.  
b) la ausencia de todo obstáculo mecánico, de toda lesión medular o cerebral.

c) La imposibilidad de encontrar en los antecedentes del enfermo, un hecho susceptible de explicar la dilatación.

d) Accesoriamente, la bilateralidad de la lesión y la constatación de otras malformaciones, riñón poliquístico, espina bífida, hipospadias, etc.

5° — La sintomatología es imprecisa. Numerosas dilataciones, particularmente las segmentarias, quedan latentes.

6° — Hecho capital, es la notable adaptación del organismo, la conservación de una actividad secretora del riñón suficiente para la vida, a pesar de lesiones en apariencia considerables.

7° — El diagnóstico es imposible fuera de los medios de exploración de que dispone la especialidad urológica.

La cistoscopia, comprobando el aumento anormal de los meatos ureterales pondrá en camino hacia el diagnóstico.

La pielografía y sobre todo la cistopielografía representan los medios de investigación de mayor valor.

8º — El tratamiento no podrá ser sino paliativo en los casos de lesiones bilaterales, por el contrario, curativo, en sus diversas modalidades, en las lesiones unilaterales. Pero siempre será posible, por lo menos, mejorar grandemente el estado de estos enfermos.

---