

Hospital Rawson. Servicio de Urología
Jefe: Profesor Dr. Enrique Castaño

LITIASIS, EPITELIOMA E HIDRONEFROSIS CONJUNTAMENTE EN UN RIÑÓN. (CASO CLINICO)

Por el Dr. ARMANDO TRABUCCO

Presentamos el siguiente enfermo a fin de enriquecer una vez más la casuística sobre las diversas afecciones que asientan simultáneamente en un mismo órgano. En él tenemos la triada de litiasis, de epiteloma y de hidronefrosis cuyas relaciones entre sí pueden ser seguidas paso a paso no imponiendo un esfuerzo a la interpretación nosológica sobre enfermedades diferentes, debiendo más bien interpretar estas cosas como una sucesión de hechos que llevan fatalmente a la reunión de estas tres afecciones sucediéndose de una manera no exenta de lógica.

La Historia Clínica fichada en la cátedra de Urología que dirige el Prof. Castaño corresponde a la serie CCL Nº 12. Pertenece a Santiago C., español, de 55 años, jornalero, domiciliado en Buenos Aires. Ingresa el 5 de septiembre de 1943.

La causa de su ingreso es una hematuria total que se inicia hace un mes y dura hasta la fecha de su ingreso; ésta es estableció sin dolor ni molestias, hasta que desde hace 8 días presentó un dolor fijo y continuo en la zona lumbo-costal derecha. No presenta otros signos dignos de mención.

La anamnesis retrospectiva es particularmente negativa.

En su estado actual tenemos un enfermo en regular estado de nutrición, de tipo asténico, de piel y mucosas pálidas.

El aparato digestivo presenta como signo digno de mención el mal estado de conservación de la dentadura.

Aparato respiratorio, nada de particular.

Aparato circulatorio, pulso regular, rítmico con una frecuencia de 60 por minuto. Presión arterial, 12 de Mx. y 7 de Mn.

Sistema nervioso, reflejos normales.

Desde el punto de vista urinario es un enfermo cuyo riñón derecho no permite ser palpado debido a la defensa muscular existente, pero la palpación profunda despierta un dolor intenso en la zona costo lumbar.

inferior y en la parte media del riñón no penetrando en el polo superior. Se hace la salvedad de que se ha inyectado 100 cm.³ de yoduro de sodio al 6 %.

Se decide intervenir con el diagnóstico de *cáncer de riñón con litiasis*. Se prepara al enfermo con sucesivas transfusiones sanguíneas y se opera el 14 de octubre de 1943. Cirujano Dr. Trabucco. Anestesia etérea. Incisión de S itálica desde el ángulo costo vertebral pasando por la fosa lumbar hasta por debajo de los apófisis espinosa del hueso iliaco derecho. Se incinden piel, músculos y planos aponeuróticos, se reseca la 12^a costilla, se abre la hoja posterior de la fascia de Zuckerkandl descubriendo un enorme riñón polilobulado que se libera fácilmente de todas sus adherencias, separándose de peritoneo y extrayendo el polo superior primero y luego el inferior, pudiéndose ligar perfectamente el pedículo. Se exterioriza el órgano conser-

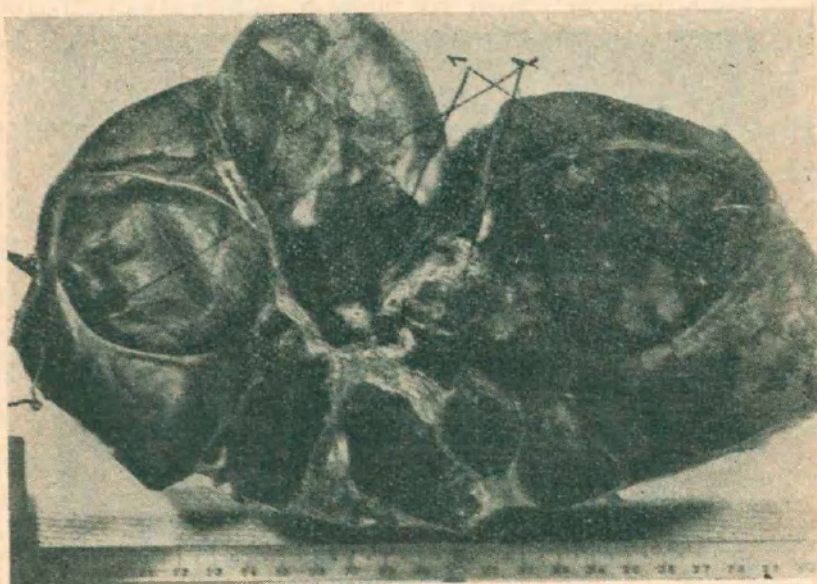


Figura 2

vándolo para la maniobra de Lichtemberg, se cierra pared por planos; se fija el uréter al ángulo inferior de la herida operatoria y se desprende el riñón.

El postoperatorio es normal y es dado de alta 15 días después en buenas condiciones. Visto el enfermo este año, el 1^o de marzo de 1944, había aumentado 12 kg. de peso, conservando un aparente buen estado de salud y apto para el trabajo.

Estudio anatomopatológico.

El riñón extraído es de gran tamaño, midiendo 25 cm. de polo a polo por 14 cm. en su diámetro transversal y 13 cm. en el anteroposterior. Es de color rojo pálido, de forma lobulada a grandes compartimentos y puede verse a través del parénquima su contenido que es de color rojo en algunas partes y amarillo en otras. Su consistencia es elástica. En la parte central se ve el íleo compuesto por un grupo de pequeños vasos y escasa reacción esclerolipomatosa. Por detrás de ellos entre el uréter directamente hasta el riñón, no siendo posible distinguir ningún elemento externo que pueda tomarse como la pelvis.

Todo el órgano tiene en su superficie escasas fibras, restos de adherencias que se desprenden con facilidad.

Abierta la pieza en sentido longitudinal deja salir un contenido urosanguinolento especialmente en su polo inferior, no así el polo superior cuyo contenido está formado por coágulos, algunos de ellos en vías de organización y adheridos a las paredes.

Liberado de toda substancia no adherida vemos un riñón que prácticamente ha perdido todo parénquima estando formado por una pequeña capa de tejido de escasamente un par de milímetros de diámetro. Este riñón está dividido en múltiples compartimentos todos ellos dilatados y separados por espolones por donde corren algunos vasos de regular tamaño.

En la parte ilear se descubre un cálculo en botón de camisa de color negruzco liso duro

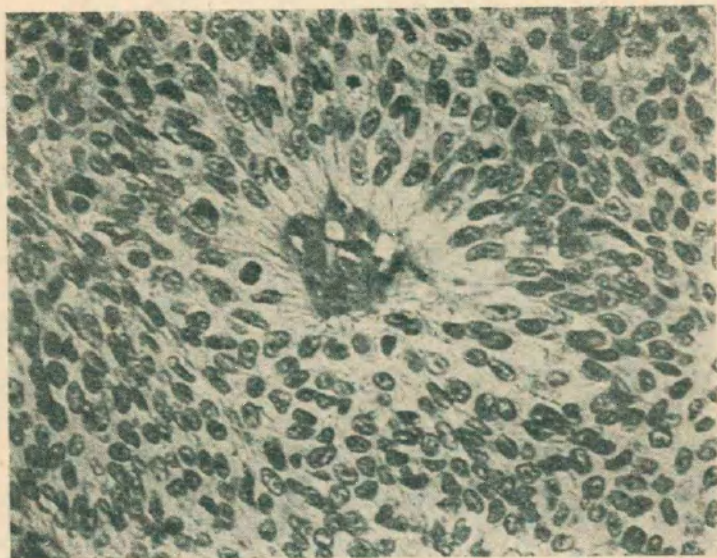


Figura 3

que ocupa justamente la parte piélica del órgano para su drenaje a manera de tapón. Existen por otra parte otras formaciones calculosas diseminadas dentro de las cavidades y algunas de ellas adheridas íntimamente a las paredes.

En lo que correspondería a la pelvis hay una formación tumoral bien proliferante de aspecto vellosa tipo coliflor, sesil, que se expande de allí a diversas partes del órgano. Esta proliferación no es única, puesto que en todas las partes del órgano existen pequeñas zonas aisladas del mismo tipo de tumor, que varían desde el tamaño de una lenteja hasta el de una nuez. Estas formaciones son bien sesiles, perdiendo algunas su aspecto vellosa para tomar la característica de un tumor de superficie irregular y lisa.

Estudio histológico.

El estudio histológico revela tratarse de un epiteloma paramalpighiano, diseminado en todo el órgano. En las preparaciones histológicas se pueden ver numerosas mitosis, lo que nos hacen hacer un pronóstico reservado.

COMENTARIOS

En esta historia clínica hay varios puntos que llaman la atención. Su análisis revela una falta inicial de antecedentes; de su lectura se desprende que la enfermedad se ha revelado por una hematuria, siendo la ausencia de dolor espontáneo prácticamente completa. Este hecho podría ser motivado por dos circunstancias, una el estado psíquico del enfermo que es un poco deficiente y otra, tal vez la más probable, el de haberse establecido la hidronefrosis de una manera lenta.

Otro comentario debemos hacer en presencia de las imágenes radiográficas. El diagnóstico de litiasis se impone pudiéndose además distinguir el cálculo primitivo, de densidad grande, en forma de botón de camisa que se halla colocado en la pelvis renal seguramente y los cálculos secundarios a la ectasia urinaria provocada por el anterior. Pero lo que más llama la atención es el borramiento casi completo del polo superior a la radiografía con sustancia opaca por vía ascendente y que nos hizo hacer el diagnóstico de *cáncer de riñón*, del tipo macivo y total; con la pieza en la mano se explica fácilmente el error de interpretación cuantitativa en cuanto a masa tumoral porque el espacio correspondiente a la falta de relleno estaba ocupado por enormes masas de coágulos en vías de organización que explicaban fácilmente este hecho simulando por lo tanto un gran tumor macivo.

El punto difícil es la interpretación patogénica y nos parece que el inicial de este estado ha sido el cálculo en forma de yunque puesto que era el que estaba justamente colocado en lo que podría considerarse la pelvis renal. No olvidemos que anatomopatológicamente el uréter penetra en el riñón al parecer sin ensanchamiento piélico. Establecida la obstrucción, fácil es pensar en la hidronefrosis que puede adquirir cualquier tamaño y sobre todo la del tipo expansivo como es la presente. Hecha la hidronefrosis el estancamiento urinario y la alcalinización de sus orinas por transformación amoniacal bacteriana puede producir los cálculos restantes unos sueltos y otros adheridos a la pared por fenómenos inflamatorios. En cuanto a la formación tumoral podemos aceptar la teoría irritativa, iniciada en pelvis renal por el tipo de tejido paramalpighiano caracterizado histológicamente. Por supuesto que debe existir además un factor predisponente en este enfermo que permite el injerto y la producción de grandes centros epiteliomatosos diseminados en los puntos más diversos de esta bolsa hidronefrótica. Aunque la presencia de mitosis es muy abundante lo que haría pensar en una marcha maligna, nos atrevemos a hacer dentro de las reservas del caso un pronóstico favorable de este enfermo, por la libertad y la facilidad con que se ha extirpado el riñón lo que nos da una idea de no infiltración más allá de las paredes de la bolsa y porque el pedículo vascular era delgado y sin signos de defensa dignos de mención.

DISCUSIÓN

Sr. Presidente Dr. García. — *Da la casualidad de que hace pocos meses operamos un enfermo, en el que coincidía una litiasis ureteral con una voluminosa hemato-nefrosis por un papiloma de epiteloma pelviano con múltiples injertos caliciales.*

Este caso lo presentaremos en la próxima sesión como contribución a la interesante comunicación del Dr. Trabucco.

Se trataba de un enfermo con un año de antecedentes de hematuria. Ingresó a nuestro Servicio en un estado general bastante deficiente y con una anemia marcada.

Le practicamos las radiografías de práctica y comprobamos la presencia de un cálculo en el uréter pelviano. De primera intención, atribuimos a ese cálculo ser la causa de la hematuria. No obstante, nos llamaba la atención la persistencia de su hematuria a través de un año y el cuadro anémico intenso.

Intentamos cateterizar el uréter; la sonda progresaba perfectamente hasta el nivel del cálculo, sin poder pasar. El riñón aparecía en las urografías, anulado funcionalmente. Naturalmente, pensamos que ese cuadro no podía deberse exclusivamente a la presencia del cálculo por la intensidad de la hematuria y del cuadro anémico.

Resolvimos, entonces, abordar el riñón. Nos encontramos con una hemato-nefrosis voluminosa, con un uréter sin modificaciones, únicamente dilatado, con un pedículo normal y pequeño. Practicamos la nefrectomía sin dificultad y en el examen de la pieza operatoria se constató la existencia de un epiteloma papilar de la pelvis con numerosos núcleos en los cálices dilatados.

De ese cálculo no teníamos antecedentes; el enfermo no acusó cólicos anteriormente. No sabemos qué es lo primero o lo segundo. El desarrollo del tumor y la pequeñez del cálculo harían pensar en una iniciación primaria del tumor y posiblemente, en la formación de un cálculo que ha migrado ulteriormente. Tampoco el cálculo justificaba la hemato-nefrosis, la gran dilatación atribuida a la existencia de una gran masa tumoral.

Pensamos que el cálculo pudo haber estado antes de haber llegado a ese grado de desarrollo de la masa tumoral. Pudo haberse tratado de un cálculo del uréter, sin mayor sintomatología, hasta el momento de producirse la hematuria.

Dr. Trabucco. — *Sin embargo, es siempre presumible y lógico pensar la existencia de una litiasis previa como factor de ese tipo de cálculo duro, ya que indica una preformación, una litiasis previa.*

En la producción del cáncer es evidente la existencia del fenómeno irri-

tativo. Pero la irritación no es el único factor que determina la producción del cáncer. Además del factor irritativo que puede provocarlo un cálculo o un cuerpo extraño de cualquier naturaleza, deben existir asociadas, predisposiciones orgánicas. No le llamamos virus porque esto no ha sido probado, pero sí, hay ciertos cuerpos químicos como el fenilcolandreno y el dibenzopireno, que podrían en esas circunstancias, mediando un agente que llamaríamos disparador, que pudiese accionar ese mecanismo de cancerificación, efectuar la cancerificación justamente en la parte irritada. En esa célula paramalpighiana en latencia, se desviaría su latencia, retrogradando a su potencial primitivo la división atípica, produciéndose entonces, como consecuencia del agente primitivo, de su irritación y de su predisposición, un epiteloma, que generalmente adopta la forma de papiloma papilífero paramalpighiano.