

Serv. de Génito-Urin. del Hosp. Ramos Mejía.  
Jefe Interino: Prof. Dr. Francisco E. Grimaldi

## EPITELIOMA PAPILIFERO DE RIÑÓN A FORMA PSEUDO-QUISTICA. DIFICULTADES DIAGNOSTICAS

Por los Dres. ROBERTO A. RUBI y ARMANDO MENDEZ

Presentamos a la consideración de ustedes un caso más de epiteloma papilífero de riñón, con una modalidad anatomopatológica particular que trajo como consecuencia una evolución monosintomática del mismo y un cuadro clínico de difícil interpretación.

*Datos.* — L. de C., 53 años, casada, argentina.

*Antecedentes hereditarios y familiares.* — El padre falleció a los 56 años, ignora la causa. Madre fallecida repentinamente a los 45 años. Tiene tres hermanos sanos, un cuarto murió a raíz de un accidente.

*Antecedentes personales.* — Primera infancia, adolescencia y edad adulta sin enfermedades de importancia. Menarquia a los 15 años; menstruaciones regulares, indoloras de tres días de duración. Casada a los 17 años con esposo sano; tiene seis hijos vivos y sanos. Desde hace siete meses trastornos menstruales caracterizados por oligomenorrea y períodos de amenorrea, sin molestias subjetivas.

*Enfermedad actual.* — Se inicia de modo silencioso hace un año con una tumoración abdominal, que la enferma descubre de modo casual durante el baño; la ubica en la región del flanco izquierdo, comparando su tamaño al de un huevo de pato. Le impresionaba como de consistencia blanda y de gran movilidad, cosa que ella apreciaba en los cambios de posición durante las horas de reposo en cama. Desde entonces hasta la fecha ningún otro síntoma acompañó el crecimiento gradual y paulatino del tumor. No había trastornos en la evacuación intestinal, ni su diuresis se había modificado. El apetito se conservaba manteniendo su peso sin modificaciones. A pesar de todo ello, el volumen que adquiría la tumoración le induce a internarse, lo que realiza el día 6 de agosto de 1943 en el Servicio del Prof. Bullrich, sala XII del Hospital Ramos Mejía, donde después de un breve examen de orientación nos remiten la enferma. Desde hace una semana, relata la paciente que el tumor *ha crecido en forma rápida*, quizá doblando su volumen.

*Estado actual.* — Excelente estado de nutrición. Decúbito indiferente. Psiquismo normal. Mucosas bien coloreadas.

*Aparato circulatorio.* — Pulso regular y de buena tensión; 76 pulsaciones por minuto. Los tonos cardíacos se auscultan en sus focos con timbre y ritmo normal. Tensión arterial al Vaquez-Laubry: Mx. 15 ½, Mn. 10.

*Aparato respiratorio.* — Murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, se ausculta con caracteres normales. No hay ruidos agregados.

*Aparato digestivo.* — Lengua saburral. Dentadura en mal estado de conservación (varias caries). Moviliza espontáneamente el vientre todos los días. Resto de examen negativo.

*Sistema nervioso.* — Reflejos pupilares a la luz y acomodación normales. Ninguna otra particularidad.

*Aparato urinario.* — Orinas: en micción espontánea. 50 gr. cristalinas.

*Examen somático:* A la inspección se observa el hemiabdomen izquierdo ocupado por una tumoración del tamaño de una cabeza de feto. Encuadran dicha tumoración, por arriba la horizontal que pasa por las últimas costillas; por debajo la línea que une ambas crestas ilíacas; por fuera la línea mamilar izquierda y por dentro la línea media. Excursiona algunos centímetros en sentido vertical acompañando los movimientos respiratorios. En el cambio de decúbito de la enferma (lateral derecho) el tumor se moviliza ampliamente en ese sentido sobrepasando la línea media.

La palpación simple nos revela tratarse de un tumor redondeado, sin aristas y de diámetro mayor vertical. La superficie es lisa y regular. Sobre su cara anterior se palpa con toda facilidad el colon descendente que la atraviesa de arriba abajo (en su tercio interno).

La palpación bimanual nos demuestra su contacto lumbar a la par que nos da la noción más exacta de su tamaño, sobrepasando quizá el de una cabeza de adulto. Aunque su movilidad es grande no sobrepasa la línea media más que algunos centímetros. Es renitente a gran tensión.

Por la palpación de Israel recogemos la impresión de tratarse de un tumor grande, liso, que sigue los movimientos respiratorios y que tiene contacto lumbar.

A la percusión es mate en toda la superficie menos en la concerniente a la zona del colon en donde el timbre cambia de sonoridad (submatitez). Todas las maniobras de palpación han resultado indoloras.

*Exámenes de laboratorio.* — Análisis de orina: Urobilina: vestigios. Resto normal.

Análisis de sangre: Urea en suero: 0,54 gr.  $\frac{\%}{100}$ ; glucemia: 1,05 gr.  $\frac{\%}{100}$ ; reacción de Wassermann: negativa; reacción de Khan standard: negativa; reacción de Khan presunt.: negativa.

Hematológico: Hematíes: 4.500.000; leucocitos: 6.200; hemoglobina: 78  $\frac{\%}{100}$ ; valor globular: 0,92; polinucleares lobu.: 2; polinucleares segm.: 69; basófilos: 0; eosinófilos: 1; linfocitos: 25; monocitos: 3.

*Reacción de Ghedini:* Negativa.

*Intradermo-reacción de Cassoni:* Proximal y distal negativas.

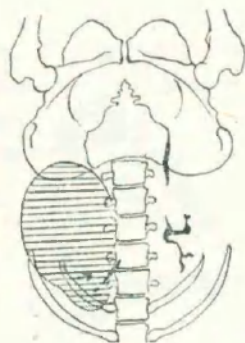
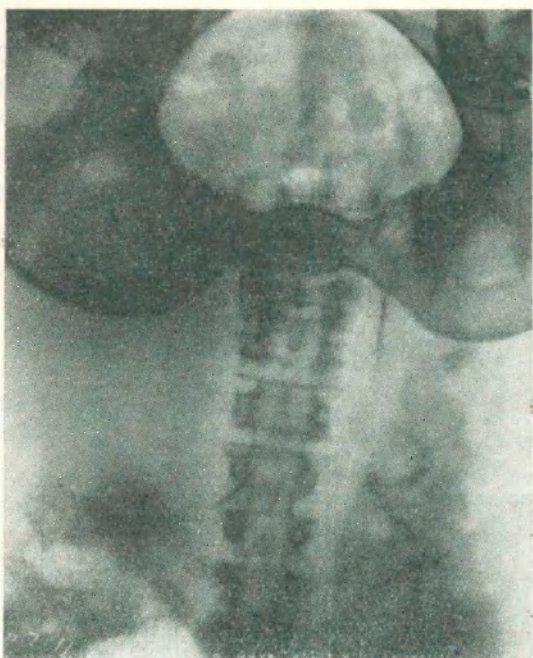
*Prueba de la sulfafenoltaleína:* Aparece a los 7 minutos. En la primera media hora elimina el 30  $\frac{\%}{100}$ . En la segunda media hora el 15  $\frac{\%}{100}$ .

*Cromocistoscopia.* — Capacidad 250 c.c. Mucosa vesical de aspecto normal. Meatos ureterales bien implantados eyaculando rítmicamente orinas al parecer ambar. El índigo-carmín se elimina a los cinco minutos por ambos meatos en forma intensa y rítmica.

*Examen radiográfico.* — Radiografía simple (fig. 1). Se observa en el hemiabdomen izquierdo una sombra uniforme, ovalada, a diámetro mayor vertical que se extiende desde la última costilla hasta el alerón sacro. Los bordes son netos "como hechos a compás". El músculo psoas del lado izquierdo no se visualiza.

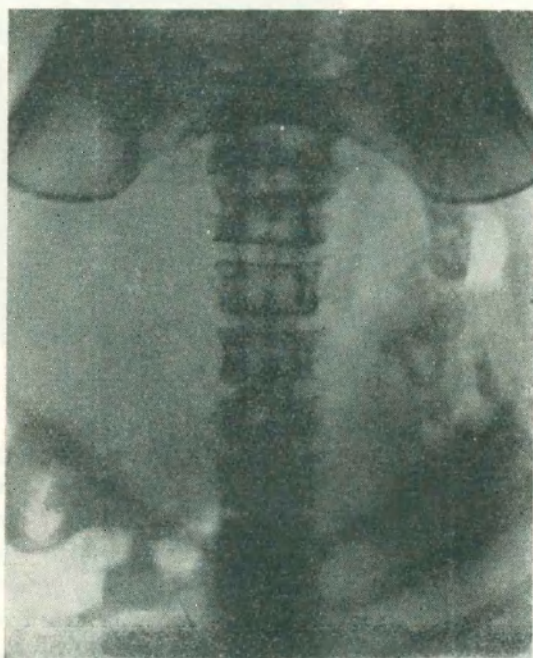
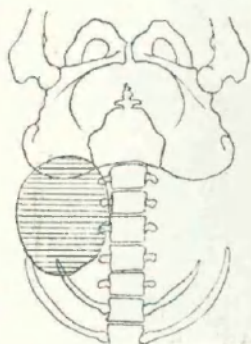
Pelvis del riñón izquierdo incluida en el área tumoral, parece estar comprimida o rotada. Porción superior del uréter lumbar desplazado hacia la línea media, describiendo un arco que termina en el cuerpo de la 2ª v. l. Riñón derecho y vías excretoras normales.

Figura 2



En hemiabdomen izquierdo sombra oval de bordes netos, a gran eje vertical, que enmascara el borde del psoas.

Figura 1



*Urografía de excreción* (fig. 2). — Se realiza con perabrodil sacando la primera placa a los cinco minutos. Riñón derecho aumentado de volumen, buena eliminación, la vía excretora sin nada de particular. Riñón izquierdo no se visualiza. La pelvis ocupada por una pequeña porción de substancia opaca (¿comprimida, imagen lacunar marginal, riñón rotado?). Partiendo de ella se ve la porción superior del uréter lumbar que ha sido desplazado hacia la apófisis transversa izquierda de la 1ª vértebra lumbar y describiendo un arco de concavidad externa se pierde en el cuerpo de la 2ª vértebra lumbar.

*Urograma de excreción*. — 20 minutos (fig. 3). Riñón derecho igual que en el urograma

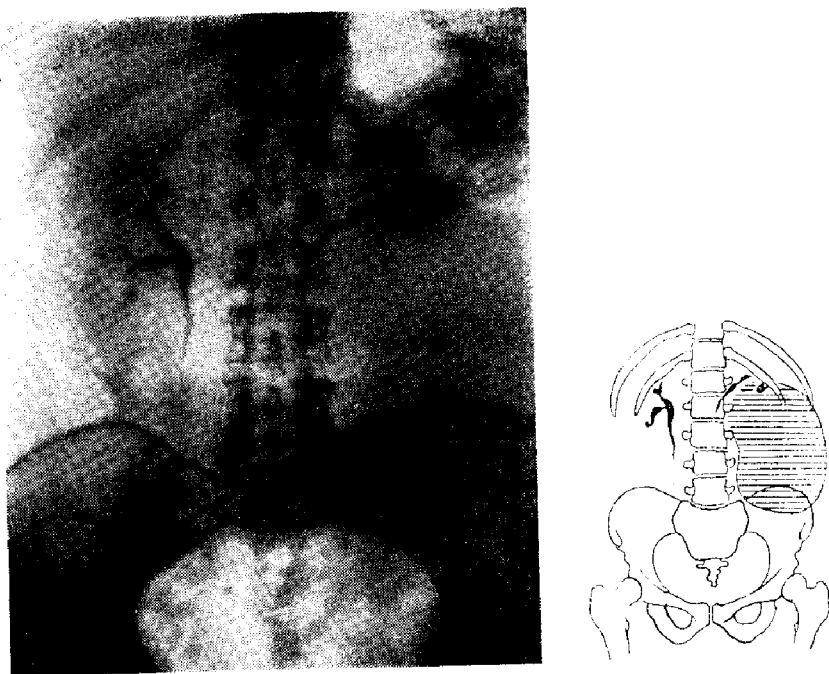


Figura 3  
Imágenes más nítidas que en la figura anterior. Se aprecia con más claridad la porción inicial del uréter izquierdo cabalgando sobre los cuerpos vertebrales.

anterior. En el riñón izquierdo se observa con más nitidez la pelvis y la porción superior del uréter desplazados hacia la línea media.

*Pielografía ascendente*. — Se realiza con yoduro de sodio al 15 % inyectando catorce centímetros cúbicos de la substancia opaca. El catéter llega hasta la 2ª vértebra lumbar. La pelvis renal izquierda más globulosa que en la urografía de excreción ha perdido su aspecto normal. El uréter desplazado hacia la línea media describe un arco de círculo a concavidad externa desde la línea innominada hasta la apófisis transversa de la 1ª vértebra lumbar. La porción superior dilatada. En vejiga ha refluído el medio de contraste (fig. 4).

*Radiografía con enema opaco* (fig. 5). — El ángulo esplénico ocupado por una bolsa de aire pareciera estar sostenido por el polo superior de la tumoración. El colon descendente cruza de arriba a abajo todo el tumor, el cual lo comprime contra la pared abdominal. Pero en lugar

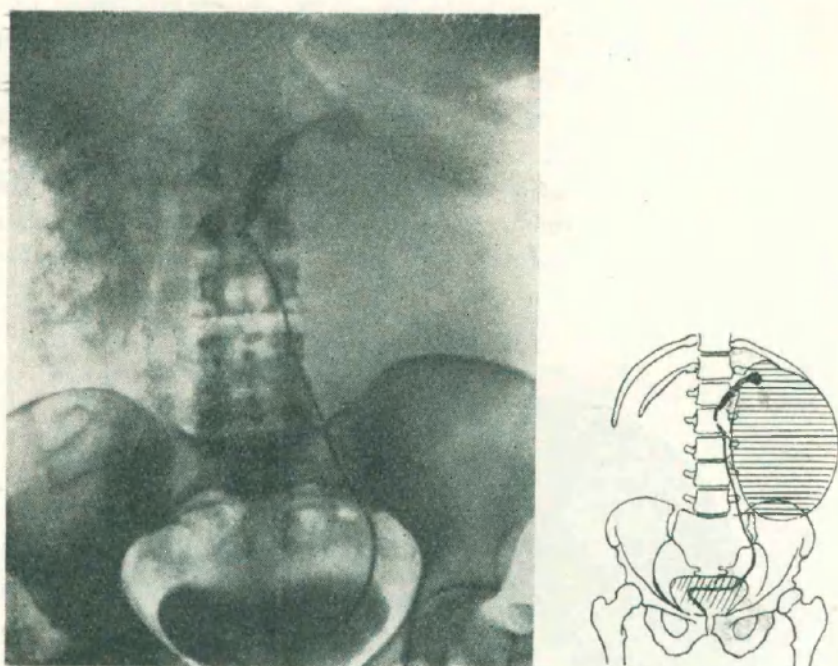


Figura 4

El uréter está desplazado hacia la línea media, describiendo un arco de círculo. Pelvis ampulosa. Uréter lumbar superior dilatado.

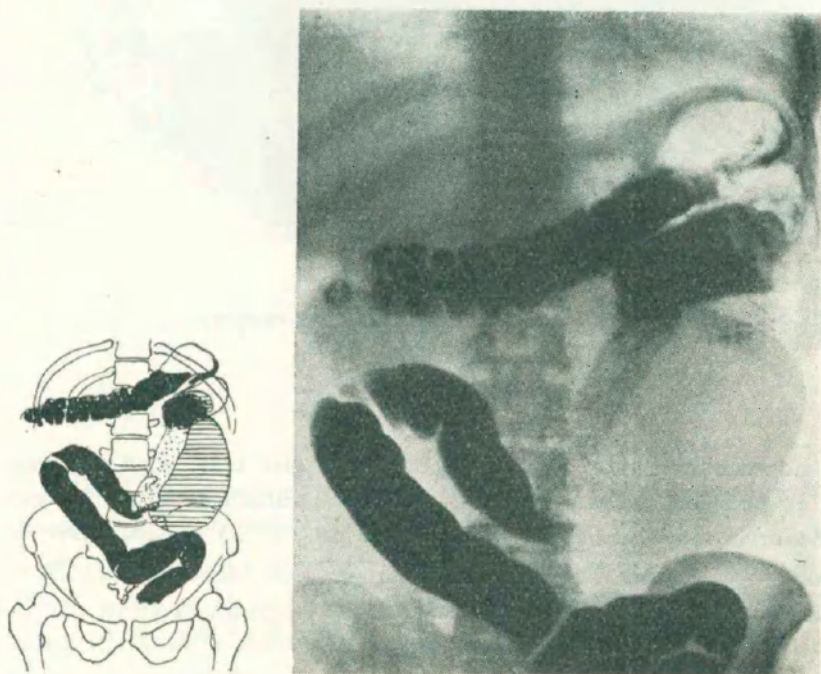


Figura 5

Bolsa de aire en ángulo esplénico. El colon descendente en lugar de encuadrar al tumor por el lado exterior, desdoblado y entreabierto, así el ángulo esplénico está rechazado hacia adentro, con lo que se cierra más aún el ángulo izquierdo del colon.

de ubicarse en el lado exterior lo hace más bien por la cara ántero-interna del tumor; como consecuencia el ángulo esplénico se cierra en lugar de abrirse como lo quiere "la ley de los ángulos cólicos en su relación con los tumores renales.

*Diagnóstico.* — Tumoración de flanco izquierdo, retrocólica, que sigue los movimientos respiratorios y tiene contacto lumbar, pertenece semiológicamente al riñón. Tumoración de riñón, de superficie lisa, de bordes netos como "hechos a compás", renitente a gran tensión tiene todas las características de ser un tumor de tipo quístico. El de nuestra observación estaría incluido en los *quistes serosos del riñón*, ya que todos los demás exámenes (laboratorio, radio-

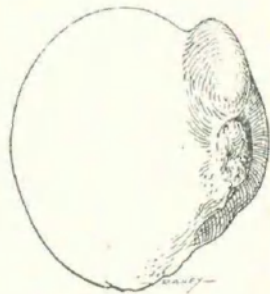


Figura 6  
La pieza vista por su cara ántero-interna.

gráficos) no nos dan elementos de juicio para pensar otra cosa. Con ese diagnóstico presuntivo, ya que no podemos rechazar categóricamente la posibilidad de que se trata de un tumor maligno, se decide la intervención, la que se lleva a cabo el 13 de septiembre de 1943.

*Operación.* — Cirujano: Dr. Rubi; Ayudantes: Dres. Méndez y Pagola.

*Anestesia raquídea:* 0,10 gr. de novocaína en 10º espacio, excelente. Incisión oblicua rectilínea que parte del 11º espacio y llega adelante a tres traveses de dedo por detrás de la E.I.A.S., deteniéndose casi sobre la cresta. Se reseca la 12ª costilla y a continuación la sección de los planos musculares y abertura de la cápsula adiposa permiten llegar rápidamente al riñón, que se libera con facilidad en toda su superficie, exceptuando la zona correspondiente al colon descendente, donde las maniobras de desprendimiento son harto laboriosas. Logrado esto la nefrectomía sigue sin tropiezos. Rubber-drain. Reconstrucción de la pared en un doble plano músculo-

aponeurótico. Tejido celular con catgut; piel con lino. Hidratación intensiva. Tonicardíacos.

*Post-operatorio excelente*, el drenaje se retira a las 48 horas. Los puntos al 7º día, cierre por primera, dada de alta, pasa al C. Ext. para su irradiación ultrapenetrante.

*Examen anatomopatológico.* — El riñón en forma íntegra fue enviado para su análisis histo-patológico, al Instituto de Anatomía Patológica "Telémaco Susini" de la Facultad de Ciencias Médicas de: de donde el Dr. Julio César Lascano nos remite en el protocolo N° 14.685

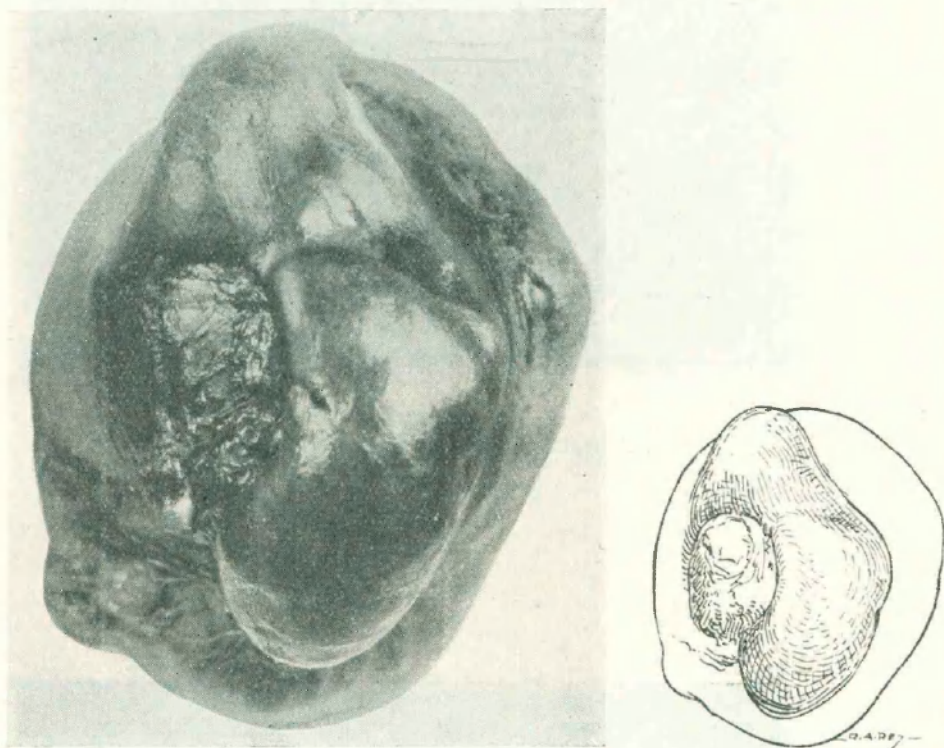


Figura 7  
La pieza vista por su cara póstero-interna. Polos renales e hilo bien visibles.

el diagnóstico: *Epitelioma papilífero de riñón con gran hematoma viejo en el centro*. El tipo celular predominante es el acidófilo.

*Estudio macroscópico.* — Vista por su cara ántero-interna (fig. 6). Llama la atención el enorme volumen, más de 16 cm. de largo. El tumor ha crecido a expensas de la cara anterior del riñón, quedando un solo resto de ella, el polo superior, que conserva todas las características de haber sido respetado.

*Vista por su cara póstero-interna* (fig. 7). — La cara posterior del riñón ha sido invadida en parte por el tumor, pero la mayoría de ella conserva los caracteres normales. En el centro la zona del hilo renal.

*Estudio microscópico.* *Microfotografía N° 1* (fig. 8). — Pequeño aumento. Examinando

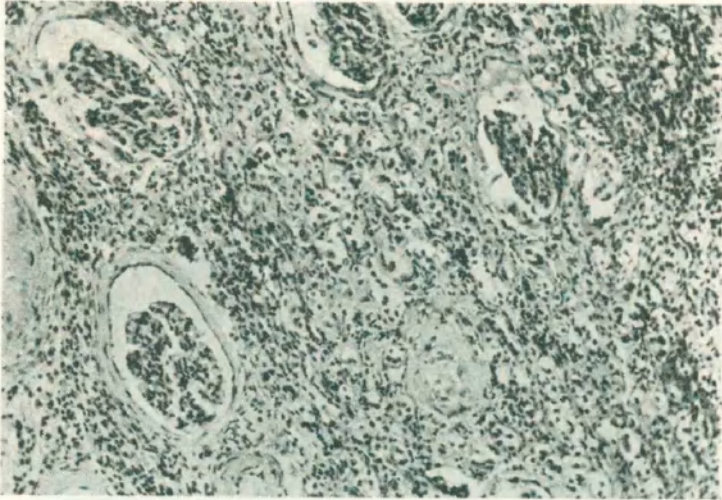


Figura 8  
Infiltración tumoral del parénquima renal.

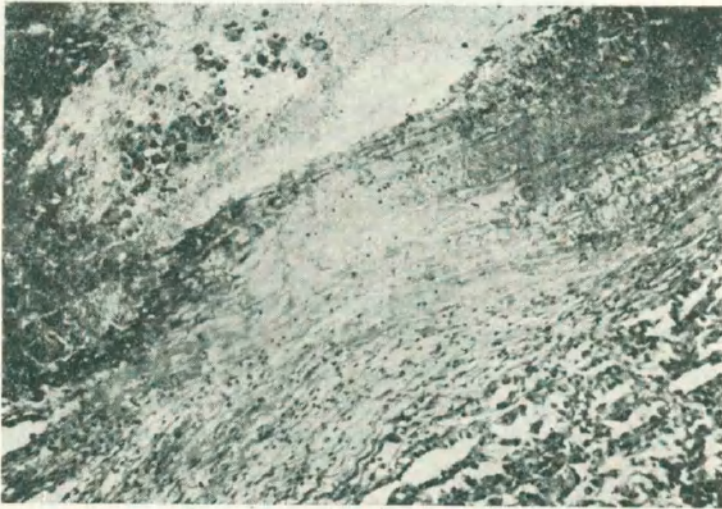


Figura 9  
Pigmento sanguíneo en la parte superior. Zona tumoral en la inferior.



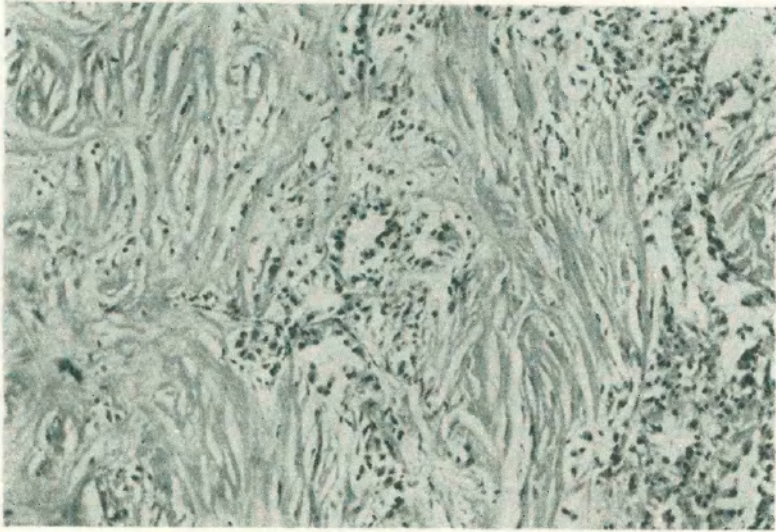


Figura 10  
Degeneración hialina del estroma del epiteloma.

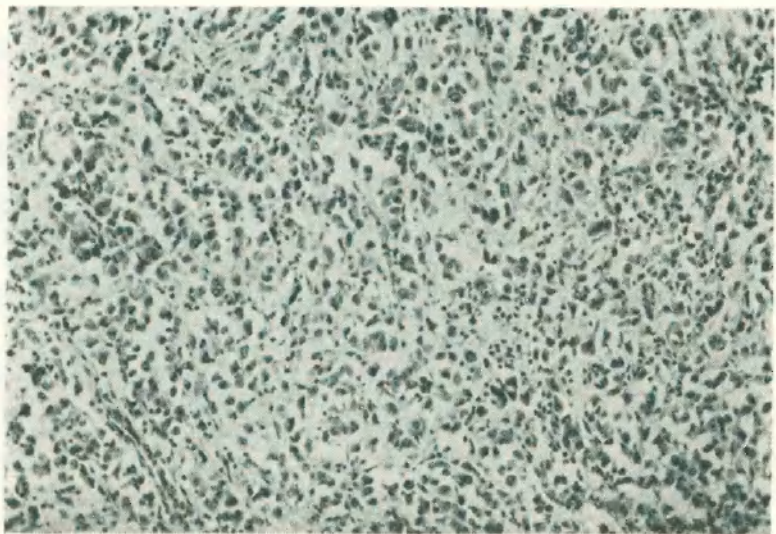


Figura 11  
Tejido tumoral.

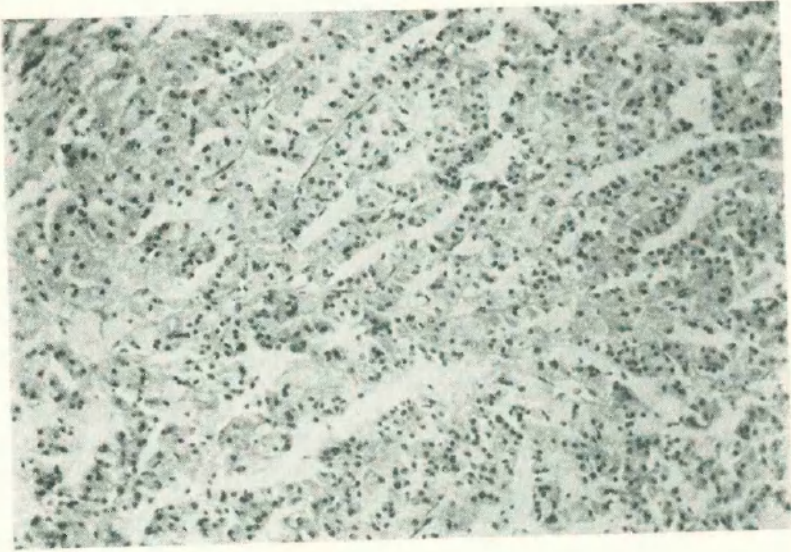


Figura 12  
Tejido tumoral.

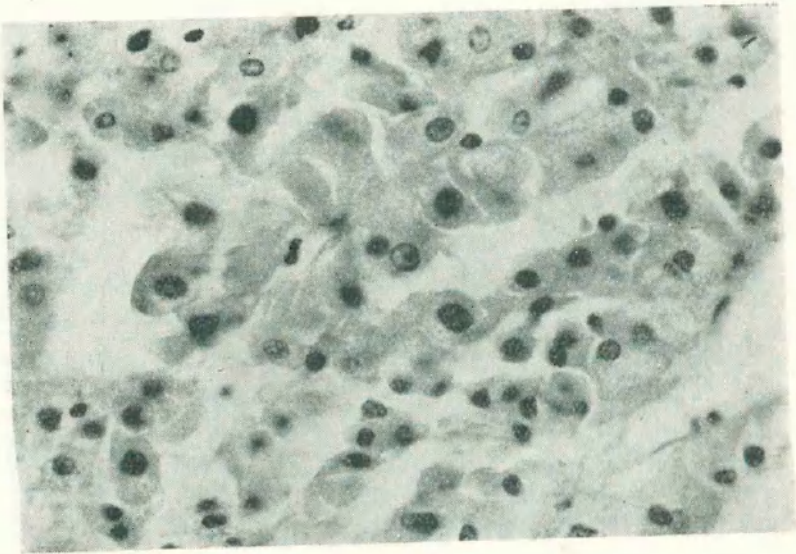


Figura 13  
Protoplasma abundante y acidófilo. Núcleos en la región apical.

atentamente esta microfotografía hecha de un corte de parénquima renal, se ven cuatro glomérulos de Malpighi, que no conservan su disposición como normalmente acontece, sin mostrar lesiones patológicas. Entre ellos se dispone un tejido neofornativo, caracterizado por una desarmónica estructural absoluta, que corresponde a la infiltración del tumor epiteliomatoso.

*Microfotografía Nº 2* (fig. 9). -- Pequeño aumento. En la parte superior y en las mallas de una delicada red, se observa pigmento sanguíneo, siguiéndole una zona de células caracterizadas por una tumefacción sin núcleo, pareciendo fibrina coagulada que corresponde a la degeneración fibrinoidea o necrosis de coagulación (zona superior y media): En la parte inferior se ven elementos celulares que modifican notablemente su estructura: bien teñidos, sin orden, corresponden a una zona tumoral epiteliomatosa.

Se trata de un hematoma de mucho tiempo que se ha producido por la rotura de los vasos del pedículo de la papila, cayendo la sangre en la cavidad y constituyendo el quiste hemorrágico, que a medida que el tiempo transcurre, la sangre coagulada rojiza se licúa sucediendo fenómenos regresivos de degeneración pigmentaria y de necrobiosis.

*Microfotografía Nº 3* (fig. 10). --- En ella se observan una intrincada textura formada por numerosas células polimorfas con todos los caracteres de ser neoplásicas (núcleos hiperclerómáticos en actividad mitótica, atipia, altura desigual y se engranan unas con otras).

*Microfotografía Nos. 4 y 5* (figs. 11 y 12). --- Ambas microfotografías corresponden a una zona de tejido tumoral. Se observan alteraciones estructurales de sus elementos, activa proliferación de los mismos y una invasión destructiva e ilimitada. El núcleo es variado en su forma y tamaño, con la cromatina dispuesta en gruesas masas irregulares y abundantes figuras de mitosis (pluripolares, irregulares, etc.).

*Microfotografía Nº 6* (fig. 13). --- Con gran aumento. En ella se observan los caracteres de las células neoplásicas. Células atípicas, voluminosas, de citoplasma abundante y fuertemente acidófilo, ocupando algunos núcleos la región apical de la célula.

#### COMENTARIO

Como se desprende de la lectura del caso "sub-judice", la hemorragia intratumoral revistió caracteres particulares como fueron, la indoloridad, la falta de comunicación con la vía excretora y la no repercusión en la fórmula hematológica. Estos caracteres explican la desorientación en la interpretación del cuadro clínico: es decir, de una *tumoración pseudo-quística, como único síntoma*.

Sin descartar la posibilidad de una neofornación maligna intervinimos la enferma con el diagnóstico presuntivo de *quiste seroso solitario* ya que es de observación frecuente en esta afección: la indoloridad de desarrollo, la regularidad de contorno —como trazada a compás—, la renitencia y la rareza de las hematurias.

En el acto quirúrgico nos encontramos con un caso en cierto modo híbrido, pues el tumor maligno con su quiste hemático intratumoral daba pie a los confusos caracteres clínicos citados.

En este caso no cabía otra conducta terapéutica que la nefrectomía, exéresis

que hubiera estado indicada aún en el caso de un quiste seroso dada la magnitud de su desarrollo y el escaso parénquima subsistente.

## DISCUSIÓN

Sr. Secretario Dr. Mathis. — *Prometo traer para la discusión de los trabajos de esta reunión que se realizará en la próxima, un caso, podríamos decir calcado del que han presentado los doctores Rubí y Méndez en esta sesión con la diferencia del tamaño. Se trataba de un tumor también del lado izquierdo, mucho más pequeño, del tamaño de un puño, caso en el que la imagen radiográfica nos indujo en el error de operar al enfermo con el diagnóstico de quiste seroso hemático.*

*En el acto quirúrgico, nos encontramos con un tumor sumamente adherente al colon, al punto de que fué imposible practicar la nefrectomía. Hallamos un gran quiste hemático; un trozo sacado para su estudio anatomopatológico nos reveló que se trataba de un epiteloma papilífero del riñón.*

*Estamos esperando la evolución de ese enfermo, que actualmente anda relativamente bien. La tendencia de estos tumores suele ser relativamente benigna en cuanto al tiempo de evolución y permiten una sobrevivida a veces bastante larga.*

*Como decía al principio, traeré este caso en la próxima reunión como contribución a la interesante comunicación de los doctores Rubí y Méndez.*