

Hosp. Alvear. Sala VI. Servicio de Vías
Urinarias. Jefe: Dr. Gerardo Vilar.

PAPILOMAS DE PELVIS RENAL EN DOS HERMANOS

Por los Dres. GERARDO VILAR y LEON D. ARRUES

En el año 1939 —sesión del 28 de setiembre— presentábamos a esta Sociedad con el Dr. A. Bianchi un enfermo con una papilomatosis de pelvis diagnosticada y confirmada por la intervención. En el año 1942 se presenta al hospital un hermano de aquel paciente y observado por uno de nosotros presenta el cuadro que se detalla en la historia clínica siguiente:

C. T., 65 años, español, viudo, jornalero. Ingresa al Servicio el 28/8/42 y es dado de alta el 26/11/42.

Enfermedad actual. — En perfecto estado de salud, sin pródromos, le sorprende una micción sanguinolenta que poco a poco va en aumento, pues no guarda reposo. Dura 4 días y desaparece hasta hace 15 días: en esta oportunidad persiste casi una semana, por lo cual se decide a consultarnos.

Estado actual. — Buen estado general a pesar que dice haber rebajado casi 23 kilos de peso en un año. Polaquiuria diurna y nocturna (5 ó 6 veces) que el enfermo refiere desde mucho tiempo atrás.

Abdomen: Riñones no se palpan. No hay puntos dolorosos.

Orinas: Límpidas en ambos vasos (la última micción sanguinolenta hace 7 días).

Uretra: Buen calibre.

Vejiga: Retención 150 c.c. Capacidad 200 c.c. *Citoscopia:* Gran cantidad de celdas y columnas; pequeñas sufusiones en techo de vejiga. Cuello deformado por dos grandes lóbulos prostáticos. Marión positivo lo mismo que el signo de cortina. Ambos meatos con eyaculaciones rítmicas de orinas claras.

Próstata: Al tacto dos grandes lóbulos, blandos, en conjunto del tamaño de un huevo de paloma, de bordes regulares, no dolorosos a la presión.

Examen radiográfico: *Radiografía directa,* no se visualizan claramente los contornos renales. En el lado derecho proyectadas por arriba de contorno vesical se observan algunas sombras con los caracteres de flebolitos.

Urografía de excreción: A los 5 minutos apenas se esbozan las vías excretoras. Se advierte sin embargo el levantamiento del borde inferior de la vejiga producido por el adenoma.

A los 20 minutos: Lado derecho vías excretoras de aspecto normal. Lado izquierdo pelvis globulosa; en el centro de la misma se observan algunas alternativas en su opacidad como si el líquido de eliminación circunscribiera dos sombras lacunares. El cáliz medio en proyección anterior ligeramente dilatado.

Pielografía ascendente: Se efectúa solamente del lado izquierdo. Se repite la imagen anterior observándose con más claridad la falta de relleno de la pelvis a nivel del cuello del cáliz medio e inferior.

Cromocitoscopia: Lado derecho comienza a eliminar a los 4 minutos. Lado izquierdo a los 3 minutos. De ambos lados eyaculaciones rítmicas, de buena tensión y de orinas claras.



Figura 1

Pielografía ascendente. Se observa la falta de relleno en pelvis renal por debajo del cuello del cáliz superior.

Orina: Reacción alcalina franca; densidad 1021; urea 17,45; cloruros 6,95; albúmina contiene; glucosa no contiene. Sedimentos: cristales fosfatoamónico magnésido; glóbulos de pus, hematíes, microorganismos.

Azohemia: 0,30 grs. por mil; glucemia: 0,80 por mil.

En dos o tres oportunidades se efectuaron observaciones endoscópicas de la vejiga, pero la hematuria abundante que se presentó como síntoma inicial no volvió a repetirse. El enfermo fué dado de alta durante algunos días para que volviera a la vida activa y a pesar de las rudas labores a que se dedicaba, en el término de dos meses sólo observamos hematuria microscópica.

Tratamiento: 6/11/42. Operación. Anestesia general. Eter al Ombredanne.

Cirujano: Dr. Arrues; Ayudante: Dr. Berri. Lumbotomía clásica. Incisión de Israel. Se

llega a la loge y el riñón es fácilmente liberado. Se palpa pelvis renal, advirtiéndose la presencia de dos pequeños cuerpos esféricos, blandos que deslizan bajo las paredes; se hace pielotomía y se observan algunos papilomas. Confirmada la presunción diagnóstica, se resuelve la nefrectomía, tratando de efectuar la resección del uréter lo más baja posible. Sutura de la pared en dos planos y drenaje de la loge.

Post-operatorio: Normal. Afebril.

Es dado de alta a los 20 días en perfectas condiciones.

El enfermo continúa su asistencia en el Inst. Mun. de Rad., efectuando radioterapia.

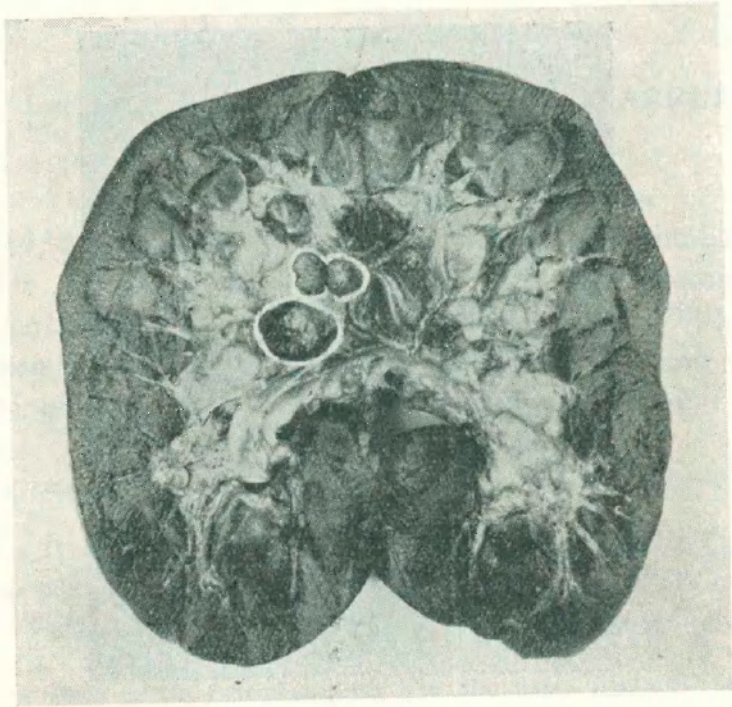


Figura 2
Contorneadas por una línea blanca se observan las vegetaciones papilomatosas.

Examen anatomopatológico: La pieza obtenida corresponde a una glándula exteriormente de aspecto normal en lo que se refiere a su forma, tamaño, aspecto y color. Incindida en su parte media, permite observar tres papilomas en pelvis renal que obstruyen parcialmente el cuello del cáliz medio e inferior. El examen microscópico efectuado por el Dr. A. Bianchi dió el siguiente resultado: En la pelvis renal del caso estudiado se implanta una formación constituida por pliegues epiteliales multiestratificados, formados por células en reposo, sin atipias, las que se disponen alrededor de ejes conjuntivos vasculares, asiento de fuerte infiltración linfocitaria.

Diagnóstico: Papilomatosis de pelvis renal.

CONSIDERACIONES

El caso que presentamos interesa desde distintos puntos de vista:

1º) *el tumor en sí* por lo poco frecuente, como lo atestiguan las estadísticas consignadas en el Quinto Congreso Internacional de Urología: entre los tumores renales del 7 al 9 %;

2º) la circunstancia de haberlo encontrado en dos miembros de una misma familia (2 hermanos) lo cual trae nuevamente a colación el tan discutido problema de los *tumores familiares y la herencia*;

3º) la dificultad del diagnóstico diferencial que debió hacerse recurriendo sobre todo a los *antecedentes*, estudio radiográfico y evolución; en efecto, fácil hubiera sido interpretar los únicos síntomas (dísuria y hematuria), como obedeciendo a congestiones periódicas de su adenoma de próstata que por cierto había alcanzado un discreto desarrollo y se acompañaba además de una retención bastante marcada (200 c. c.). Una vez más se actualizan los conceptos vertidos por von Lichtemberg en su interesante trabajo sobre la Patología del sistema en Clínica Urológica;

y 4º) la oportunidad de haber podido observar a nuestro operado anterior, que se encontraba en perfectas condiciones transcurridos casi 5 años de su intervención, sin haber notado ninguna anormalidad. Insistimos en este hecho por lo frecuente que son las lesiones de contigüidad o metastásicas en los nefrectomizados por papilomas de pelvis renal.