

IMAGEN ATÍPICA DE CÁNCER DE RIÑÓN

Por los Dres. HECTOR BERRI, LEON ARRUES y NATALIO CARTELLI

Corresponde al caso la siguiente historia clínica:

F. B., 65 años, argentino, casado.

Antecedentes hereditarios y personales. — Padre y madre fallecidos de procesos cardíacos. Tres hermanos, dos viven y son sanos. Uno falleció de afección pulmonar. Tres hijos sanos. Niega venéreas; excepto algunas gripes y bronquitis pasajeras, nunca ha guardado cama por afecciones de otro orden. Nunca ha sido bebedor ni fumador.

Enfermedad actual. — Hace 6 meses, espontáneamente, después de hallarse durante algunas horas de pie, observa que sus orinas se hallan intensamente teñidas de rojo caoba. Esto se repite en las micciones siguientes y dura casi 48 horas; las micciones se efectúan sin dificultad, no hay polaquiuria, tenesmo ni ardores, por lo cual no da importancia al síntoma que desaparece luego haciéndose sus orinas limpiadas.

Pasa cuatro meses en perfectas condiciones y en esta oportunidad, por la mañana, después del reposo observa nuevamente sus orinas teñidas, por lo cual es observado por uno de nosotros, quien lo encuentra en las siguientes condiciones:

Estado actual. — Buen estado de nutrición, dice haber adelgazado sólo 1 kilo de peso desde el año anterior; mucosas húmedas pero algo pálidas.

Aparato pulmonar. — Normal.

Corazón. — A la auscultación reforzamiento de segundo tono. Pulso regular, tenso, rítmico con algunas extrasístoles.

Presión arterial. — Mx. 18, Mn. 10.

Aparato urinario. — *Abdomen:* Riñón derecho: se palpa aumentado de volumen, dando la impresión que su polo inferior se halla deformado y es de superficie ligeramente irregular. Como tiene paredes flácidas se puede efectuar la palpación bimanual en posición de pie acusando dolor más acentuado en las grandes inspiraciones. *Puñopercusión de Murphy* sensible en fosa lumbodorsal. Puntos costomuscular y vertebral derechos dolorosos.

Próstata. — Al tacto ligeramente aumentada de volumen, blanda, no dolorosa.

Uretra. — Buen calibre, pasa fácil un explorador N° 24.

Orinas. — Hematúricas en ambos vasos.

El examen da el siguiente resultado: Reacción: ácida; densidad: 1.018; urea: 23 por mil; cloruros: 9 por mil; fosfatos: 2.7 por mil; albúmina: vestigios; sangre: contiene.

El sedimento muestra abundante hematíes, algunos leucocitos, células epiteliales planas y cristales de oxalato de calcio. Filamentos de mucus.

Examen de sangre. — Wassermann. Kahn Standard y Khan presuntiva. *negativa*. Glucemia: 1.15 por mil, azohemia: 0.42 por mil.

Cistoscopia. — Vejiga de aspecto normal. Ambos meatos en las 4 y 8 horas respectivamente.

Cromo-citoscopia. — Se inyectan 4 cc de solución saturada de índigo carmin, comenzando la eliminación en el lado izquierdo a los 3 minutos; eyaculaciones rítmicas, intensamente coloreadas; a los 30 minutos no se observa eliminación en el lado derecho.

Exámenes radiográficos. *Radiografía directa.* — No se percibe ninguna sombra anormal. Contornos renales enmascarados por las sombras de gases cólicos. En ambos lados de contorno vesical se proyectan sombras de flebolitos.



Radiografía 1

Imagen obtenida por pielografía de relleno
inyectando 20 cc de yoduro de sodio por
el cateter.

Urografía de excreción. — A los 7 minutos se observa eliminación del lado izquierdo; vías excretoras de aspecto normal. En el lado derecho no se visualizan las vías excretoras a los 7, 20 y 60 minutos.

El nefrograma se percibe con más precisión y muestra el riñón derecho aumentando de volumen y deformado a expensas sobre todo del polo inferior, tomando aspecto piriforme.

Pielografía ascendente. — El cateterismo derecho se efectúa sin dificultad; la sonda penetra casi 25 cc. Se inyectan 20 cc de solución de yoduro de sodio al 15 % que despierta ligera sensación dolorosa y se obtienen dos negativos.

Radiografía N° 1. — Inmediatamente después de la inyección opaca.

Se observa el cáliz superior, medio e inferior muy dilatados. El inferior da la impresión de hallarse comprimido y alargado hacia abajo sobre todo a nivel de su extremo papilar (fig. 1). La acodadura del ureter corresponde a una falsa imagen producida por la impulsión del cateter hacia arriba.

Radiografía N° 2. — Teniendo en cuenta que la radiografía anterior es poco demostrativa se obtiene un nuevo negativo a los 12 minutos con el fin de observar si al distenderse menos las cavidades superiores se logra una imagen que aporte más datos. En efecto, al evacuarse el excedente del líquido se ve con más precisión el alargamiento del cáliz inferior y el superior formando una sombra lacunal.

Operación. — Incisión de Israel. Se llega a la glándula y se exterioriza observándose una marcada deformación en su cara posterior de aspecto tumoral.



Radiografía 2

Imagen obtenida 10 minutos después de la anterior, habiéndose evacuado el exceso de líquido opaco que distendía las vías excretoras superiores, dando una falsa imagen.

Se liga pedículo renal y ureter por separado y luego algunos vasos de la loge que dan hemorragia en napa. Drenaje y cierre en dos planos previa pulverización con sulfamida.

Postoperatorio. — Se da de alta al paciente a los 13 días, aconsejándole radioterapia profunda.

Examen macroscópico de la pieza (Dr. Andrés Bianchi). — El material enviado consistió en un riñón que medía 10,5 x 5,5 y en cuya cara posterior se encontraba una masa ovalada de 7,5 x 6 cc, fuertemente lobulada, de color blanquecino en su superficie, la que vino incindida en su eje mayor.

El examen del riñón practicado en un corte paralelo a su eje mayor mostró: que la pelvis renal en su mitad anterior se encuentra fuertemente comprimida por el desarrollo de tres nodulos, los que están situados, uno en el polo superior, otro en el inferior y el último equi-

distante de ambos. El primero mide 8 x 9 mm, el segundo 15 x 7 mm y el último 20 x 5 mm, siendo todos ellos de color amarillo azufre, interrumpidas por zonas y vetas rojo vivas de aspecto hemorrágico. El examen de la mitad posterior mostró que la tumoración anteriormente descrita tiene 5 cc de profundidad y que sus partes superficiales son de color blanquecino, mientras que las profundas son amarillas con zonas hemorrágicas. Fuera de la invasión pelviana ya descrita, no se vieron otros crecimientos blastomatosos, especialmente dentro de las venas.

Su examen histo-patológico practicado después de fijación en líquido de Bouin, cortes y coloración demostró que la neoformación estaba constituida por células epiteliales grandes, de protoplasma casi vacío debido a la disolución durante las maniobras técnicas del glucógeno y los lípidos encerrados en las mismas, y que estas células se disponen en delgados cordones, separados unos de otros por amplios capilares de pared delgadísima, casi siempre vacuos y sólo

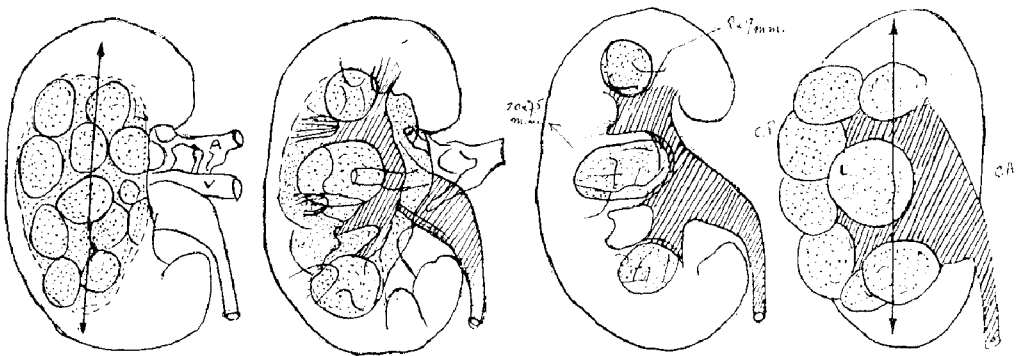


Figura 1

Figura 2

Figura 3

Figura 4

algunas veces ampliamente dilatados por gran cantidad de hematies y a veces transformados en zonas hemorrágicas.

Entre la neoformación indicada y el parénquima renal, no se vió ninguna cápsula fibrosa, siendo íntima la relación entre el parénquima renal y la neoformación indicada, la que a nivel de la pelvis, forma los tres crecimientos invasores descritos, que lindan con el plano de sección quirúrgica.

Diagnóstico: *Carcinoma endocrinoide* (de células claras) con desarrollo invasor de la pelvis renal.

Gráficos. — Los gráficos adjuntos muestran en la figura 1 la cara posterior del riñón con las tumoraciones, la 2 después de un corte longitudinal mediano mostró la cara posterior con sus núcleos tumorales en ambos polos y en la parte media, la 3 que es la cara anterior vista por el corte mostró los tres núcleos: uno mediano de 20 x 7.5 mm y los polares, el superior de 8 x 9 mm y el inferior de 15 x 7 mm.

La figura 4 muestra la invasión progresiva que hace el proceso tumoral de la cara posterior a la anterior, comprimiendo el bacinete y los cálices.

COMENTARIOS

Si en el estudio radiográfico de las lesiones del aparato urinario algunas imágenes tienen gran variabilidad ellas son las que corresponden a los tumores

de la glándula propiamente dicha. En efecto, tanto en la urografía de excreción como en la pielografía ascendente la irregularidad del contorno renal como la deformación de las vías excretoras depende de la situación del tumor, de su tamaño, de su crecimiento centrípeto o centrífugo o de si se halla encapsulado o es más o menos invasor.

En la *radiografía directa*, si el enfermo se halla bien preparado y la tumoración alcanza cierto volumen puede advertirse la deformación del contorno renal y el aumento de volumen a expensas del polo superior, inferior o parte media de la glándula tomando a veces el conjunto un aspecto irregular.

La *urografía de excreción* es demostrativa cuando se halla respetada parte del parénquima y existe suficiente eliminación; no así en cambio cuando el crecimiento del tumor ha determinado la anulación o disminución marcada de la función renal. Puede, no obstante, lograrse imágenes provechosas mediante ciertas maniobras que retarden la excreción tal como llenar la vejiga al máximo o efectuar compresión suprapúbica obteniendo radiografías hasta dos horas después de la inyección de la substancia a eliminarse.

La *pielografía ascendente* es por cierto la que aporta datos de más interés, pues el relleno artificial muestra con claridad y precisión las deformaciones que produce la tumoración al incidir sobre las vías de excreción: cálices, pelvis renal y ureter. Sobre los primeros amputaciones parciales o totales, sombras lacunares cuando la invasión separa o aísla la parte que corresponde a la región papilar y alargamientos y deformaciones cuando el cáliz elongándose acompaña a la tumoración en su crecimiento.

La pelvis renal puede hallarse comprimida y en ciertos casos desaparecer para formar una línea incurvada a concavidad externa de calibre apenas perceptible. También el ureter puede dibujar el contorno tumoral sobre todo cuando éste asienta en el polo inferior y alcanza cierto volumen.

Existe, no obstante, gran variabilidad en todas estas imágenes a tal punto, sobre todo cuando el estudio y la observación clínica lo indican, que deben repetirse los exámenes tomando a veces radiografías con distintas incidencias, e inyectando líquido de contraste en cantidades variables.

En el caso que motiva esta comunicación el estudio clínico efectuado hacía presumir la existencia de un tumor de riñón izquierdo. La urografía de excreción era muda a pesar de haber obtenido la última imagen a los 60 minutos y comprimiendo en forma permanente la región vesical: sólo logramos hacer más evidente el nefrograma que mostraba una marcada deformación a nivel del polo inferior.

La *pielografía de relleno* fué en cambio más demostrativa: la primera imagen obtenida después de inyectar 20 cc. de substancia de contraste acusando

el enfermo una ligera reacción dolorosa, mostraba gran dilatación de los cálices y la pelvis renal (Fig. 1); el negativo obtenido 10 minutos después, era en cambio mucho más ilustrativo ya que aclaraba la falsa imagen anterior obtenida por la exagerada cantidad de líquido que borraba las deformaciones producidas por el tumor. En ella podemos advertir una sombra lacunar que corresponde al caliz superior aislado y un gran alargamiento del inferior a nivel de su extremo papilar.

El estudio anátomo-patológico de la pieza obtenida y su comparación con la imagen radiográfica confirmó el valor del último negativo logrado 10 minutos después que el primero. El gran nódulo tumoral desarrollado en la parte media de la glándula comprimía la pelvis renal disminuyendo ostensiblemente la luz de la misma, y desplazaba hacia adentro y abajo el cáliz inferior.

CONCLUSIONES

Estimamos por lo ya manifestado que es muy conveniente cuando se sospecha un proceso tumoral y el examen radiográfico (U. de excreción en este caso) no ha sido lo suficientemente concluyente, de efectuar pielografías ascendentes inyectando líquido en cantidades variables, lo que nos permitirá obtener imágenes diversas, algunas más demostrativas sobre la naturaleza de la afección.