

ADENOMA PAPILAR DE RIÑÓN HIPERTENSION RENAL

Por el Dr. JUAN IRAZU

El adenoma papilar de riñón corresponde al grupo de los tumores epiteliales del parénquima renal de evolución benigna.

Por su desarrollo insidioso, estas neoplasias pasan desapercibidas, evidenciándose cuando son de gran tamaño por: tumor, dolor y hematuria.

Krestmer y Doehring (1929), Gordon Taylor (1930), Bailey y Harrison (1937) han relatado casos de adenomas voluminosos del riñón.

Histológicamente están formados por conductos bordeados de células epiteliales donde hacen proyección formaciones papilares de masas epiteliales recubiertas de una sola capa de células y semejantes a los tubos renales.

Como cualquier tumor benigno pueden degenerar y entonces su estructura es semejante a la de los carcinomas.

Si bien no se ha mencionado en los casos ya citados por Lowsley y Kirwin la existencia de hipertensión concomitante, ella pudo ser constatada en nuestro caso, dándole al comienzo la interpretación de una hipertensión renal, lo que es factible si tenemos en cuenta que la misma puede observarse en los tumores y en diversas lesiones del parénquima renal.

Bradley y Pincoffs pudieron demostrar la hipertensión renal de cinco niños con adenomiosarcoma de Wilm's, variedad de tumor, capaz de producirla.

La observación que traemos a la consideración de los distinguidos consocios pertenece a Julio D., de 52 años, sin otro antecedente que una hematuria a repetición e hipertensión arterial de año y medio de evolución.

En esa circunstancia nos consultó el paciente por primera vez el 27 de octubre de 1944 con el siguiente estado actual: buen estado general. Discretas lesiones del aparato cardiovascular. Presión sanguínea: Mx. 200 mm. Mn. 120 mm. Micción normal. Orina: hematuria total. Cistoscopia: se reconoce que la hematuria es del lado izquierdo y por cromocistoscopia el índigo carmín se elimina intensamente a los 4 minutos en ambos lados.

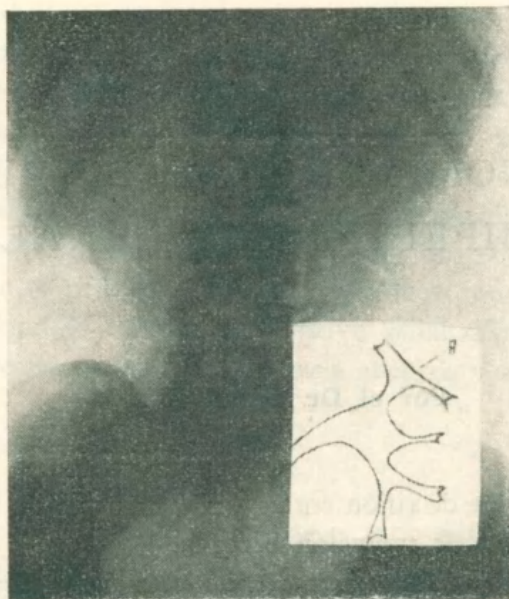


Figura 1
Pielografía descendente.

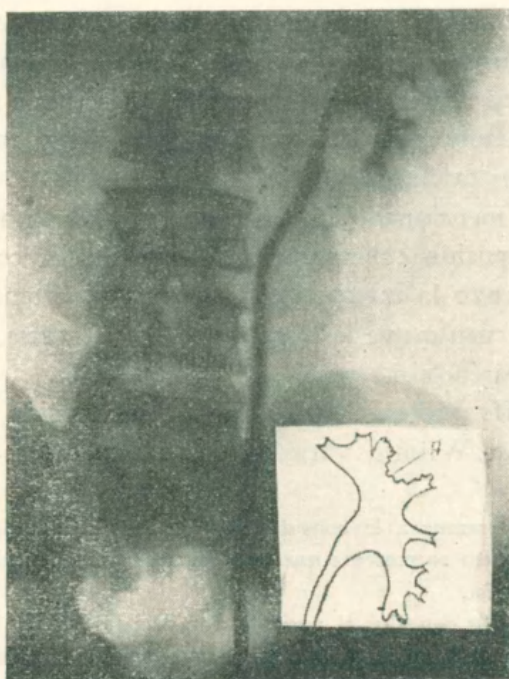


Figura 2
Pielografía ascendente del riñón izquierdo.



Figura 3
Foto macroscópica. Aspecto externo del riñón. En A, tumor.

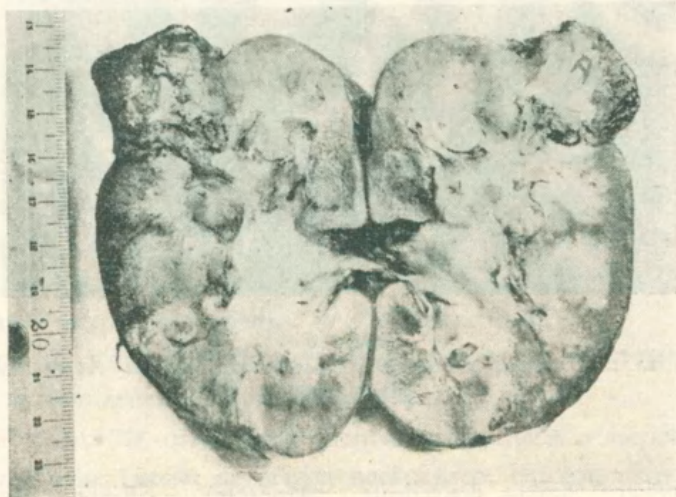


Figura 4
Aspecto de un corte sagital mostrando en A, el tumor.

Exámenes de laboratorio. — Orina con abundantes hematíes y rastros de albúmina; no se hallan células neoplásicas. Sangre: urea 0.40 %, glucemia, recuento globular, tiempo de coagulación y sangría, eritrosedimentación normales. Wassermann negativa.

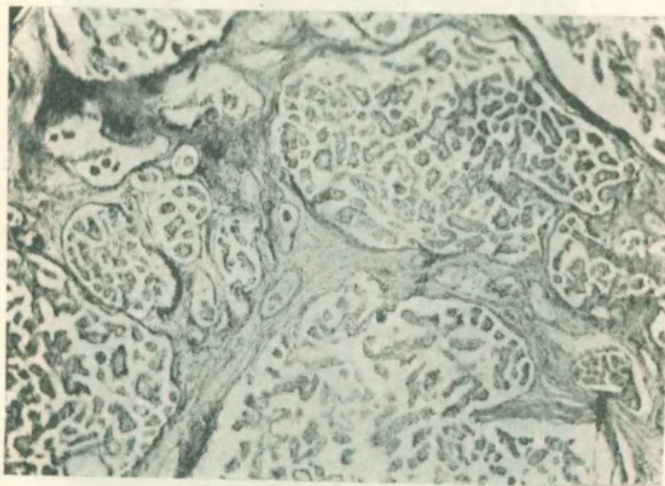


Figura 5

100 D. Alvéolos llenos de vegetaciones papilares. Se ven también algunos canaliculos.

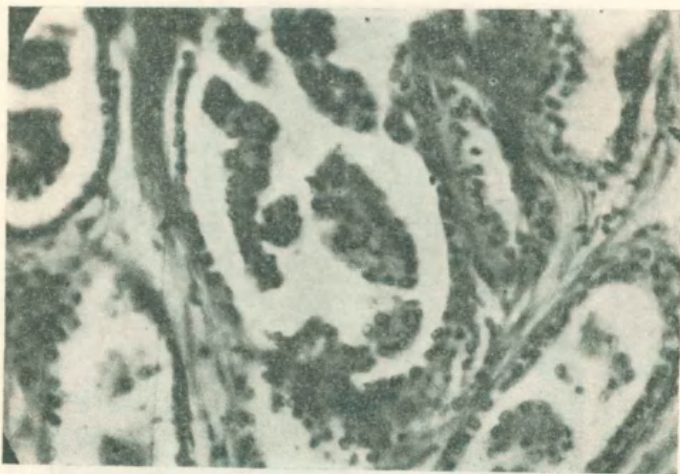


Figura 6

500 D. Característica morfológica de las células que tapizan las vegetaciones y las paredes alveolares.

Examen radiológico (directo, descendente y ascendente). — Riñones bien situados, el derecho de conformación normal, el izquierdo ligeramente aumentado de tamaño y de contorno irregular. La eliminación de la sustancia de contraste se hizo normalmente en el lado derecho.

siendo el urograma menos nítido en el lado izquierdo, de relleno pielo-calicial incompleto y con borramiento de algunos cálices secundarios superiores. En la pielografía por cateterismo de este lado se nota la falta de lesiones evidentes pero existe ensanchamiento irregular de uno de sus cálices superiores, lo que corroborado con la pieza anatómo-patológica era debido a la proyección tumoral a través de la papila renal hacia el interior del cáliz (ver radiografía y diagramas figs. 1 y 2).

Con diagnóstico presuntivo de una nefritis hematórica en un hipertenso, nos proponemos realizar una decapsulación renal, ya que todos los tratamientos hemostáticos se habían agotado.

Operación (3-I-45). — Anestesia con pentobarbital sódico con perfecta tolerancia. Lumbotomía clásica que permite liberar un riñón ligeramente adherente a la cápsula perirrenal. La glándula aumentada de tamaño presenta una tumoración de 3 cm de diámetro íntimamente adherente al parénquima y situada en el borde externo de la glándula cerca del polo superior.

A pesar de no constatarse adenopatías neoplásicas y por carecer del examen anatómo-patológico inmediato, se practica una nefrectomía total, la que evolucionó rápidamente a la curación.

La presión sanguínea descendió en el post-operatorio de inmediato a 140 mm.

Examen histopatológico. — Practicado por el Dr. Colillas, a quien agradecemos su gentileza, dice: El riñón presenta en uno de sus polos una neoformación esférica de unos 3 cm de diámetro que hace una ligera proyección sobre la superficie del riñón; en parte existe plano de clivaje y en parte el tumor está íntimamente engranado al parénquima renal (figs. 3 y 4).

Histológicamente está constituido por conglomerados de delicadas salidas papilares contenidas en amplios alvéolos cuyas paredes están formadas por haces conjuntivos fibrosos dispuestos muy densamente; las papilas están formadas por delgados ejes conjuntivos vasculares tapizados por una o varias hileras de células cúbicas o cilíndricas; las paredes de los alvéolos están revestidas por células del mismo tipo; el núcleo celular es esférico e igual en todos los elementos, observándose muy pocas kariokinesis; se observan también algunas formaciones canaliculares sobre todo en los espesos tabiques conjuntivos que separan un alvéolo de otro. Los límites con el parénquima renal son en parte poco netos; una de las características de esta neoplasia es que no presentando caracteres citológicos de malignidad tiene una cierta tendencia invasora (figs. 5 y 6).

Diagnóstico. — Adenoma papilar de riñón.

COMENTARIOS

El adenoma papilar del riñón es una variedad de tumor renal poco frecuente en el vivo, siendo más bien un hallazgo de autopsias.

En los casos citados en la bibliografía se trataban de grandes tumores diagnosticados por el examen clínico; en nuestro caso sólo existía la posibilidad de una presunción diagnóstica dada la pobreza de los signos radiológicos y el carácter neoplásico no patognomónico de sus hematurias.

Por tratarse de un hipertenso era dado pensar en la posibilidad de que fuese una nefritis hematórica sin signos francos.

La falta absoluta de otros antecedentes sanguíneos o hepáticos, descartaban que sus hematurias fuesen de origen hemofílico, leucémico o por hipotrombinemia.

Ante un paciente que deambulaba hacía año y medio en esas condiciones

era necesario practicarle por lo menos una lumbotomía exploradora: nuestro propósito fué realizar una decapsulación renal.

La operación nos demostró el origen neoplásico de la hematuria que nosotros atribuíamos a la hipertensión. Faltaba después saber si dicha hipertensión renal, era debida al tumor.

Parece ya demostrado por trabajos recientes experimentales y clínicos que las nefropatías unilaterales son capaces de producir hipertensión renal.

Entre las lesiones probables de producirla estarían las glomerulonefritis, riñón poliquístico, litiasis, hidronefrosis y tumores.

En este último tipo de lesiones citaremos las mencionadas observaciones de Bradley y Pincoffs quienes demostraron hipertensión renal en 5 niños con adenocarcinoma de Wilm's.

De haber existido en los casos ya citados de adenomas papilares e hipertensión renal, daría la solución para explicar la etiología de nuestra observación.

¿Por qué mecanismo se produce esa hipertensión? Se acepta en principio que en ciertas lesiones renales se produce una vasoconstricción arterial. Esta a su vez daría lugar como consecuencia a la isquemia renal capaz de producir a nivel de la corteza de la glándula una sustancia presora que se la denominó "renina".

Dicha sustancia pasa al torrente circulatorio y se la encuentra en la vena renal, no habiendo sido posible aislarla en la sangre humana.

Lo cierto es que en muchos casos de hipertensión renal por lesión unilateral, la nefrectomía descende dicha tensión.

Así lo hemos observado en nuestro caso donde la tensión descendió a 140 mm. a los 8 días de la nefrectomía y esa cifra se mantiene en la actualidad.

El tratamiento seguido en este caso nos pareció mutilante pues carecíamos de examen anatómico-patológico inmediato. El examen histo-patológico justifica la nefrectomía, pues la neoplasia era de tendencia invasora por su malignidad en potencia.

Su pronóstico podemos considerarlo bueno por tratarse de un tumor sin propagación: la observación ulterior del paciente nos dirá lo cierto.

DISCUSIÓN

Dr. Trabucco. — *Quisiera aprovechar la oportunidad de que el doctor Irazu presenta un caso de hipertensión renal unilateral, para rendir homenaje a la escuela argentina de Houssay, que fué la que descubrió y puso en evidencia el fenómeno de la hipertensión. Braum Menéndez que fué, en realidad, el que ideó el procedimiento para descubrir la hipertensión renal unilateral, ha en-*

contrado que el riñón produce una sustancia que llamó hipertensina y eso lo ha hallado en el hombre como en los animales.

Tiempo después, en los Estados Unidos, se hizo el mismo descubrimiento, confirmandose lo de Braum Menéndez y Houssay, pero en lugar de llamarse hipertensina a esa sustancia, se la llamó angiotomina.

Quisiera preguntarle al doctor Irazu, cuánto tiempo le duró la baja de presión después de sacar el riñón y si ha aumentado o se mantiene aun en la presión normal.

Dr. Irazu. — El enfermo aun se mantiene con la presión.

Dr. Trabucco. — ¿Desde cuánto tiempo?

Dr. Irazu. — Desde hace 6 meses.

Dr. Trabucco. — Nosotros tuvimos una enferma, que era una litiásica, con hipertensión de 22, que bajó a 14 inmediatamente después de la intervención; se mantuvo así, seis meses y después, recuperó la hipertensión hasta llegar a 20 ó 22.

Dr. Surra Canard. — No quiero sino recordar el trabajo que presentáramos el año pasado a esta Sociedad, en una enferma que tenía una hipertensión de 21/23, la que se redujo después a 13 de máxima y 8 de mínima, que tuvo así hasta su muerte.

Sr. Secretario Dr. Bernardi. — A propósito de la hipertensión por el fenómeno de Goldblatt, se está perdiendo un poco de entusiasmo en los Estados Unidos. Antes, frente a cualquier anomalía renal, con hipertensión, se hablaba de nefrectomía. Ahora, parece que han entrado en reconsideración ciertos casos y están sacando menos riñones.