

## LIPOSARCOMA DE LA CÁPSULA RENAL

Por los Dres. T. SCHIAPPAPIETRA y YACUBSOHN

Repetiremos lo dicho con motivo de nuestra primera casuística de tumor de la "cápsula fibrosa del riñón" (1) que, de acuerdo con los Dres. J. Salleras y L. Monserrat (2), la denominación de tumores de la cápsula renal, contribuye a la buena nomenclatura y debe estar reservada para aquellos tumores pararenales cuyo punto de partida tenga lugar indudable en los elementos fibrosos o adiposos de la cápsula renal.

En ambos casos el estudio histológico nos ha demostrado la implantación del tumor en la cápsula del riñón con invasión al parénquima.

La ficha clínica pertenece a una enferma de 45 años, que ingresó al Instituto de Perfeccionamiento Médico Quirúrgico del Hospital Durand, bajo el número 42.430, el 25 de noviembre de 1943.

Refiere sus primeras manifestaciones a 3 años antes de su ingreso, bajo formas de episodios dolorosos a localización lumbar de lado izquierdo, hipocondrio y flanco del mismo lado, sin irradiaciones; dolores que la enferma relacionaba a su constipación intestinal. A perdido 7 kilos de peso en el plazo de seis meses.

Al levantar su estado actual fué confirmado un avanzado grado de desnutrición, en relación a la pérdida de peso, denunciada. Facies y mucosas anémicas. En el abdomen globuloso y asimétrico con abultamiento del cuadrante superior izquierdo, se palpaba un tumor que desde bajo de la parrilla costal se continuaba hasta la fosa iliaca a la altura de la línea biiliaca, y por dentro sobreparaba la línea mediana.

De consistencia dura, con escotadura en su borde interno y especialmente redondeado en su polo inferior. Franco contacto lumbar, interponiéndose el colon en marco anteroexterno, disposición que se observaba confirmada en la imagen radiográfica con enema opaco del colon.

---

(1) Sarcoma fibroblástico de la cápsula renal, Dres. L. E. Pagliere, T. Schiappapietra y R. I. Latienda. Rev. Argentina de Urología Nos. 3 y 4 de 1942, pág. 87.

(2) Sarcoma fibroblástico de la cápsula renal, J. Salleras y L. I. Monserrat. Rev. Arg. de Urología Nos. 1 y 2, pág. 63.

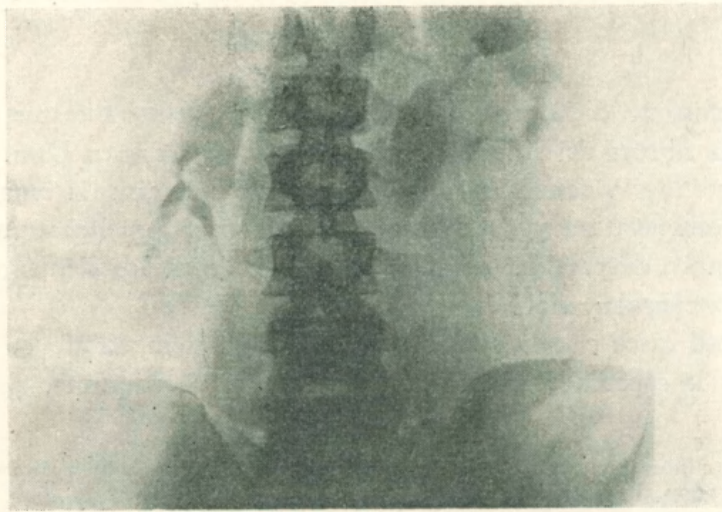
Orinas vesicales lípidas. Su examen clínico y microscópico sin particularidades. De las determinaciones sobre sangre, lo único de mención se relaciona al recuento globular: Serie roja 3.872.000 por  $m^3$ .: hemoglobina 65%.

Serie leucocitaria 13.:200 por  $m^3$ .

Fórmula leucocitaria	}	granulocitos	}	neutrófilos 76%
				eosinófilos 1%
		linfocitos 20%		

Se observó: metamielocito 1%.

*Cromosístocopia*: Marcado reposo de orificio ureteral izquierdo. El índigo carmín in-



Radiografía 1

Urograma a los 30 minutos de la inyección de nitasom.

yectado endovenoso se eliminó a los 3 minutos a través del orificio ureteral derecho; a los doce minutos en forma casi imperceptible del O. U. I.

En la radiografía directa se observa a izquierda el borramiento del borde de psoas y una sombra tumoral donde está bien señalada la silueta de su borde externo y polo inferior, el cual sobrepasa la cresta ilíaca correspondiente. Del lado derecho el riñón de tamaño y forma normal en posición baja, proyectándose entre el borde superior del cuerpo de la primera a la cuarta lumbar. El tercer urograma (radiografía 1) a los 30 minutos de la inyección de nitasom muestra un nítido nefrograma del lado derecho con la característica disposición de las vías escretoras superiores influenciada por la ptosis renal. Del lado izquierdo se observa una imagen manifiestamente incompleta con gran dilatación del bacinete, dilatación de cálices superior y mediano con alargamiento de los cuellos correspondientes.

La pielografía ascendente completa la imagen de las vías excretoras: rechazamiento del ureter hacia la línea media perfilando la forma y el tamaño del tumor, gran dilatación del bacinete apareciendo otros cálices que no eran visibles en los urogramas con imágenes de extraordinario alargamiento.

Previa atención de su estado anémico con transfusiones, el 25 de noviembre de 1943, bajo anestesia raquídea con novocaína, se procedió quirúrgicamente con una amplia lumbo-



Radiografía 2  
Pielografía ascendente.

tomía. La existencia de verdaderos plexos venosos peritumoral hacían muy hemorrágica las maniobras de desprendimiento y luxación del tumor que ocupaba gran parte del hemiabdomen izquierdo. Desde la cúpula diafragmática, donde se reconocía rechazada la única porción visible de parénquima renal, hasta la fosa ilíaca donde se alojaba el polo visible de este gran tumor. Tratando en todo momento de no abrir la cápsula tumoral se llegó al pedículo vascular después de haber incidido un denso y grueso manto fibroso previo reconocimiento y sección del ureter; procediendo en esa porción interna a la manera de una nefrectomía intracapsular, lo que permitió no lesionar al peritoneo en ningún momento; en forma distinta,

arrastrando con el tumor vaina y músculo del psoas se procedió a la nefrectomía. Cierre por planos por drenaje y músculo de la fosa renal.

Post-operatorio próximo normal. alta a los 20 días de la operación. Desde entonces es examinada periódicamente. A los tres meses de operada había aumentado 18 kilos de peso y un año después completó 24 kilos de aumento que conserva en la actualidad, aprovechando la oportunidad para su presentación.