

SOBRE UN CASO DE EPITELIOMA PAPILIFERO DE CALIZ SUPERIOR DE RIÑON IZQUIERDO

Por los Dres. G. IACAPRARO, A. GRANARA COSTA y MIGUEL A. AIMO

Este tipo de neoplasma localizado en la pelvis renal es poco frecuente, casi podríamos decir raro, con mayor razón lo es, el que se origina en uno de los cálices; trataremos de remarcar los signos y síntomas que permitan diagnosticarlos con cierta precisión.

La sintomatología es en gran parte análoga a los de la pelvis renal, por eso nuestra descripción resulte quizás un poco esquemática.

El diagnóstico es considerablemente más dificultoso, y los inconvenientes con que a veces se tropieza, pueden ser múltiples.

Por su naturaleza histológica, son tumores fibro-epiteliales, de aspecto papilomatoso, y por lo menos al comienzo de la afección, el mayor porcentaje se inclina hacia los de naturaleza benigna.

Esto no invalida el criterio prudente con que debe considerarse la ausencia de atipia celular; por cuanto, no sólo con cierta frecuencia se aprecian epitelomas papilíferos, sino también, por la posibilidad que estos tumores, después de un período más o menos largo de latencia, bajo el imperio de las circunstancias aun poco conocidas, crezcan ilimitadamente, y adopten características de cáncer papilar.

Aclarado lo que antecede, se comprende claramente, que dada la imposibilidad de efectuar un examen microscópico, y considerando la tendencia no despreciable de los papilomas a evolucionar hacia formas más graves, concluyamos con la necesidad de emplear una terapéutica radical, cuando se ha arribado al diagnóstico de tumor de cáliz, sin pretender perdernos en discriminaciones histopatológicas.

Con respecto a su sintomatología, diremos que en lo que corresponde a los

síntomas reno ureterales, acá también la hematuria es el más importante por su frecuencia, y por su volumen.

En los tumores de localización calicular, es muchas veces el único síntoma, y su intensidad, debido a su localización, es aun mayor que la que desencadenan los tumores no caliculares.

El tumor, prácticamente está ausente, y cuando esta lesión lo determina, se debe a que la masa tumoral ha dejado de ser exclusivamente calicular, para tomar ubicación dentro de la pelvis.

Generalmente, el dolor no existe, pero se ha dado el caso en que este síntoma se producía con más intensidad aun, que en las neoplasias del bacinete.

Su patogenia se puede explicar por la obstrucción que el papiloma produce, trayendo una verdadera hidronefrosis del cáliz afecto, y esta distensión aguda puede llegar a veces, a manifestaciones subjetivas de verdadero dramatismo.

Si la hemorragia es grande, los coágulos al obstruir al ureter, pueden por el mecanismo ya conocido, provocar uronefrosis, o hemouronefrosis agudas.

La exploración del ureter en general, es menos ilustrativa que en las tumoraciones pélvicas, esto quizás, debido a que el tumor hasta este momento, no ha adoptado las características de volumen que condicionan su capacidad de siembra; esto no es absoluto ni mucho menos, y es posible encontrar amplias siembras ureterales, aun cuando el tumor que las origina sea muy pequeño.

Poco podemos decir de los síntomas vesicales, que no lo hayamos aclarado al hablar de siembras ureterales; en la vejiga pasa lo mismo, y en cuanto al examen endoscópico nos permitirá, aparte de la papilomatosis vesical, localizar el ureter que sangra.

El estado general casi siempre está poco alterado, salvo la anemia que se instala como consecuencia de las hematurias, que por lo general es menos intensa de lo que se espera.

El estudio radiológico en ocasiones es capaz de orientarnos correctamente, no siempre es demostrativo; el nefrograma en la mayoría de los casos no modifica su tamaño ni sus contornos.

La urografía excretora puede revelar alteraciones en la estructura pielocalicular, pero es de mucho menos precisión que la que conseguimos por medio de la pielografía o neumo-pielografía.

El uretero-pielo-calicigrama ascendente, hecho de preferencia en forma retrógrada a la manera de Chevassu, nos da una imagen clara de las cavidades. Schiapapietra, en un trabajo publicado en la "Revista de la Sociedad Argentina de Urología" describió una imagen determinada por un cáliz superior deforme, que en su parte alta presentaba una superficie irregular, de aspecto nebuloso, alternando zonas claras con zonas oscuras. En 1935 el profesor Salleras publicó un caso, en que aparte del rechazamiento de las papilas media e inferior hacia

abajo se constataba una masa redondeada que ocupaba el cáliz superior, impregnada por el medio de contraste. En el año 1943 los doctores Dante y Sandro, un enfermo con papiloma de cáliz superior derecho.

En nuestro caso comprobamos, que el cáliz superior estaba sustituido en gran parte por una masa semi-circular o concavidad superior que había tomado el medio de contraste en forma irregular, adoptando una forma lacunar y alternando con zonas claras y oscuras.

Lo que nos orientó hacia un diagnóstico casi de certeza, que rotulamos como papiloma de cáliz superior, fué el hecho de que el nefrograma estaba poco o nada deformado, lo que contrastaba con la grosera modificación calicular, signo que nos permitió excluir un neoplasma de parénquima renal, considerando que en tales condiciones antes de llegar a producir manifestaciones del cáliz tan groseras, la silueta renal hubiera sufrido considerables variaciones de forma y volumen.

Tratamiento.

Teniendo en cuenta la naturaleza y localización del tumor, no cabe duda que después de llegar a un diagnóstico correcto, la única terapéutica que se impone es la quirúrgica, y en lo que respecta a esta solución, creemos desacertado recurrir a la nefrotomía con destrucción del neoplasma por medio del electrocauterio. Las consecuencias de esta intervención, son a veces catastróficas, y lo incierto de su resultado, nos impide considerarla seriamente.

Por otra parte, sabemos que la recidiva es frecuente, y la posibilidad de siembras uretro-vesicales, transforma cualquier intervención, que por su simpleza sea demasiado conservadora, en un procedimiento utópico y poco racional.

El ideal es la nefroureterectomía total, sólo así tendremos la certeza de por lo menos del lado operado, hemos extirpado conjuntamente con el riñón y el ureter, toda repetición tardía: las localizaciones vesicales deben ser tratadas en su oportunidad.

Por múltiples circunstancias, la excéresis completa del ureter conjuntamente con la del riñón debe ser dejada para un segundo tiempo quirúrgico, o sino hacer el tratamiento endoscópico en lo que concierne al cabo residual ureteral; esto se consigue por electrocoagulación, obtenida movilizándolo suavemente el electrodo, en la luz del conducto ureteral desde el cabo superior a meato. (Couvelaire).

Historia clínica. C. G. de E. 55 años. Antecedentes personales y hereditarios: Sin importancia.

Enfermedad actual: En pleno estado de salud y sin ningún fenómeno prodrómico, hematuria total, uniforme, de regular intensidad, y pequeños coágulos alargados, de dos días de duración, tornándose las orinas límpidas en todos los vasos y sin la presencia de filamentos.

Después de un mes, se repite el síndrome con las mismas características y en otras condiciones nos consulta.

Micciones: normales; cada 4 a 5 horas durante el día y ninguna en la noche. Indoloras. No acusa disuria.

Piel y mucosas: aparato digestivo; respiratorio; circulatorio y nervioso; nada digno de mención.

Riñones, uréteres, vejiga, uretra, nada de particular al examen clínico semeológico.

El examen instrumental vesical, muestra el medio hematórico, modificándose rápidamente con el lavaje.

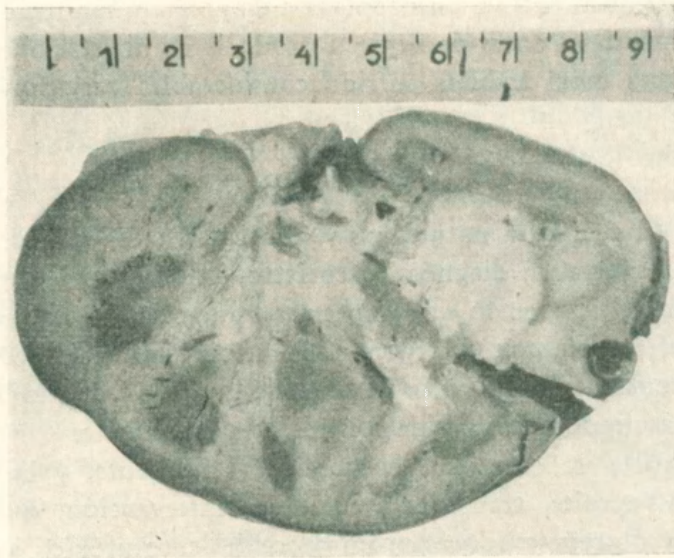


Figura 1

La zona marcada señala la porción del tumor (Epitelioma-Papilífero) localizado en el cáliz superior del riñón izquierdo.

El examen cistoscópico, muestra mucosa y meatos sanos, el izquierdo eyacula francamente en forma hematórica.

Radiografías: Ambas imágenes renales algo bajas, en la radiografía simple, de forma y tamaño normal.

En la urografía se observa buena eliminación de substancia opaca a los 5 minutos; cálices y pelvis renal derecha normales, en el lado izquierdo no se visualiza la pelvis ni los cálices pero sí se visualiza el uréter en toda su extensión. (Rad. Nº 1).

Pielografía ascendente izquierda: El cáliz superior se encuentra deformado y agrandado por una imagen en sus contornos y de aspecto lacunar en su interior. (Rad. Nº 2).

Dosificación de glucosa en sangre: Contiene 1 gr. 10 por mil.

Dosificación de úrea en suero: Contiene 0 gr. 42 por mil.

Tiempo de sangría: Dos minutos.

Tiempo de coagulación: Tres minutos.

Examen completo de orina: Normal.

Cromo-cistoscopia: Eyaculación franca a los 4 minutos en el lado derecho; a los 5, en el lado izquierdo.

12 de mayo 1946: Nefrectomía izquierda. Anestesia general éter. Cirujano: Dr. A.

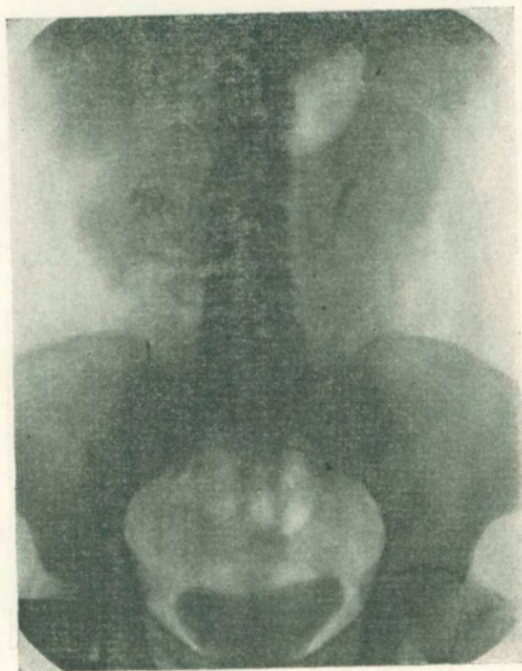


Figura 2
Urografía a los 5'.

Granara Costa; Ayudante Dr. Aimó. Incisión lumbar oblicua de Israel. Además de efectuar la nefrectomía, se extirpa la mayor porción posible del cabo superior ureteral. No se procede a la ureterectomía total por aconsejarlo así el estado de algún shock en que se encontraba la enferma. Drenaje y cierre por planos.

Sueros y tónicos cardíacos corrientes.

Post-operatorio normal, se da de alta a los 12 días de operada.

10 de junio 1946: Cistoscopia Mucosa vesical normal. Se pasa el electrodo en el cabo ureteral residual y se electrocoagula la luz ureteral en toda su extensión.

Informe anátomo-patológico: Prof. Luis Irigoyen.

El examen *macroscópico*, revela la existencia de un neoplasia desarrollada en uno de los cálices (superior), de forma general redondeada, que ha crecido conservando una relativa limitación, aunque no se comprueba una verdadera cápsula envolvente. En partes la neoplasia, que presenta una coloración grisácea, revela un aspecto papilífero. Fot. del Hemi-Riñón.

El examen histopatológico, efectuado, previa inclusión en parafina y sobre cortes micro-

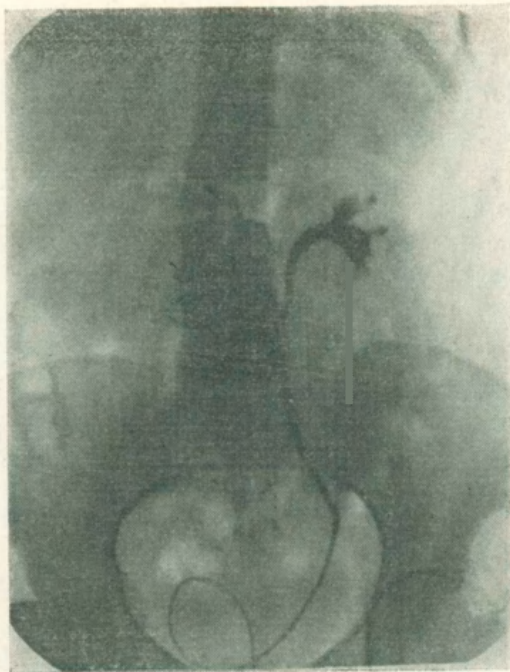


Figura 3
Pielografía izquierda.

tómicos coloreados con Hematoxilina-Eosina y Van Gieson, revela tratarse de un crecimiento neoplásico con los caracteres de un *Epitelioma*.

La estructura general del tumor, muestra una disposición papilífera, comprobándose que en las partes periféricas, la infiltración del parénquima renal vecino, aunque existe, es relativamente moderada. Este hecho, sumado a la elevada diferenciación que en algunas partes alcanzan las células neoplásicas, así como la cantidad no muy abundantes de mitosis, permiten, naturalmente que con las reservas lógicas por tratarse de un epitelioma, sentar un pronóstico de relativa benignidad.

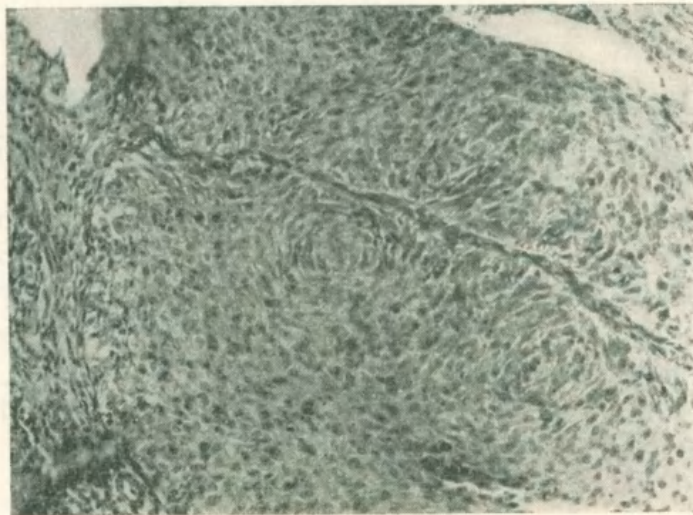


Figura 4

Aspecto de la neoplasia en la que se aprecia la actividad nuclear de sus células, la tendencia a la formación de globos córneos y la disposición de los elementos alrededor de un eje vascular.

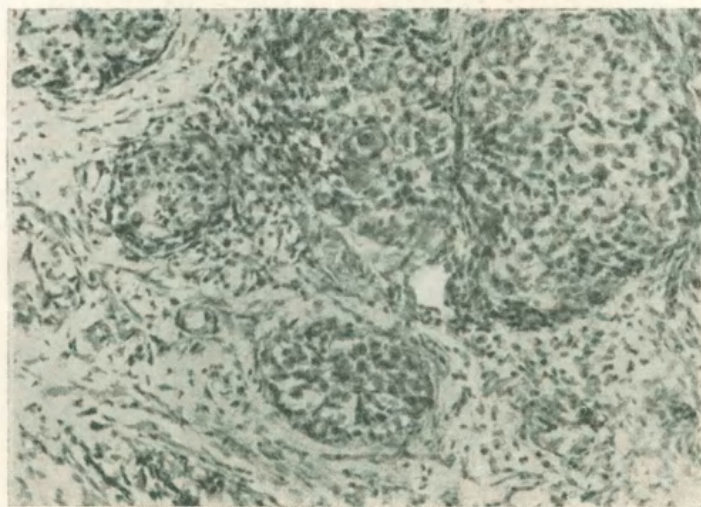


Figura 5

Microfotografía de las partes periféricas de la neoplasia. Nótese la existencia de cordones neoplásicos infiltrando el tejido conjuntivo.

En resumen se trata de una epiteloma desarrollado en uno de los cálices, de estructura papilífera y de moderada tendencia infiltrante.

RESUMEN

Se trata de un tumor (epiteloma papilífero) en cáliz superior de riñón izquierdo, que por su localización y características anátomo patológicas es de gran rareza; existen pues pocos casos conocidos.

Como única fenomenología la enferma presentaba el síndrome hematórico, y el diagnóstico preoperatorio fué hecho en base al examen radiográfico, en especial de pielografía, único medio por el cual es factible hacerlo.

El tratamiento aconsejado es la nefrectomía, acompañada de la urecterotomía total por la posibilidad de siembra frecuente en los tumores papilíferos; si por cualquier motivo esta última no se realiza se puede recurrir al pasaje de una corriente de alta frecuencia, en el cabo restante.