

Servicio de Urología del Hospital Español.

EPITELIOMA DE LA VIA EXCRETORA INTRAPARENQUIMATOSA (TUMOR DE LOS TUBOS DE BELLINI)

Por los Dres. ALBERTO E. GARCIA y JOSE CASAL

Los blastomas de la vía excretora han dejado de ser una rareza clínica y anatómica para transformarse en una entidad nosológica perfectamente conocida, de diagnóstico realizable y de terapéutica ya establecida.

Nosotros entendemos por tumores de la vía de excreción renal, no sólo a los que toman origen en el epitelio de revestimiento de la pelvis renal y del uréter, sino que creemos que se deben englobar en esta denominación todas las neoplasias de origen wolffiano, es decir, las formaciones anatómicas que tienen el mismo origen embrionario.

Es con este concepto que incluimos el presente caso clínico entre dichos tumores.

A la abundante bibliografía extranjera sobre el tema hay que agregar los excelentes trabajos de la producción nacional de Ercole, Ercole y Cid y Cacciatore y García.

Presentamos en esta comunicación otro caso de blastoma de este tipo a cuyo diagnóstico se llegó con toda precisión, empleando todas las investigaciones utilizables en esta afección, obteniéndose así elementos que nos permitieron no solamente hacer el diagnóstico topográfico exacto sino también la naturaleza histológica de la neoplasia.

Este tipo de neoplasias, fué separado del conglomerado de los tumores renales en 1852, por Rayer y después de una serie de casos de necropsia publicados por diversos autores, Albarrán hace conocer un tumor de esta naturaleza con diagnóstico clínico y confirmación operatoria.

En nuestro país fué Salleras quien hizo la primera comunicación al respecto.

Servicio de Urología del Hospital Español: Hist. Clín. 11.354.

B. F., 41 años de edad, soltero, agricultor.

Ingresa el 8 de marzo de 1946.

Alta: Mayo 15 de 1946.

Antecedentes hereditarios. — No tiene entre ellos ninguno de significación urológica.

Antecedentes personales. — Sarampión y coqueluche. No tiene antecedentes venéreos.

Enfermedad actual. — Hace alrededor de un año, tuvo dolor lumbar derecho, de discreta intensidad, que no llegó a tener los caracteres de un cólico nefrítico, acompañado y seguido de hematuria total con coágulos. Este episodio duró unos cuatro días y el enfermo no le atribuyó mayor importancia, volviendo a sus ocupaciones habituales.

Un mes y medio después se repite otro episodio similar, con hematuria y dolor no repitiéndose la sintomatología hasta hace diez días. En esta oportunidad tiene una hematuria abundante con gran cantidad de coágulos que bloquean la vejiga y dan lugar a episodios de retención completa de orina.

Luego de esta sintomatología ingresa al Servicio.

Estado actual. — Enfermo de estado general conservado. No ha perdido peso. Orinas límpidas en el momento de su ingreso.

El examen físico minucioso de las fosas lumbares y de los trayectos ureterales no acusa nada anormal.

No se palpan ni duelen los riñones; trayectos ureterales indoloros.

Genitales externos normales.

Uretra de calibre conservado.

Próstata sin particularidades a la palpación rectal.

Cromocistoureteroscopia: Vejiga de buena capacidad y buena distensibilidad. Medio vesical límpido; mucosa y paredes normales. No hay cuerpos extraños ni formaciones tumorales. Orificios ureterales de situación y aspecto normales, eyaculando rítmicamente orinas límpidas.

El carmín de indigo se elimina a los 4 minutos por el lado izquierdo y a los 5 minutos por el lado derecho con intensidad, proyección y ritmo normales.

Examen radiográfico: en la radiografía directa no hay nada que llame la atención. Los nefrogramas son de tamaño corriente, no hay sombras opacas en el trayecto pieloureteral.

La urografía excretora da una imagen normal en el lado izquierdo.

En el lado derecho (figura 1) se observa un esbozo de duplicidad piélica, y mientras el sistema excretor inferior es de caracteres normales, el superior señala la existencia de una discreta ectasia calicular, con pérdida de la armonía en la distribución de sus elementos.

Orientada la investigación diagnóstica a establecer el posible asiento de la lesión del enfermo a ese nivel, se lleva a cabo un pielograma ascendente del lado derecho y empleamos para ello la técnica aconsejada por Cacciatore y García de rellenar progresivamente las cavidades renales, que dichos autores denominan "*pielografía dinámica con relleno progresivo*".

La figura número 2 sólo rellena el sistema inferior, y apenas hace un esbozo del superior. En la siguiente figura, en que el relleno se ha hecho con mayor cantidad de sustancia de contraste (5 cc. en la primera y 8 cc. en la segunda), se confirma la duplicidad piélica y es posible comprobar que la repleción del sistema superior se hace con dificultad habiendo una imagen lacunar a ese nivel. Inyectando a mayor tensión y más cantidad (20 cc.) se llega casi a ocultar la formación ubicada en el sistema superior: (fig. 4) aquí se ve con toda nitidez el sistema doble

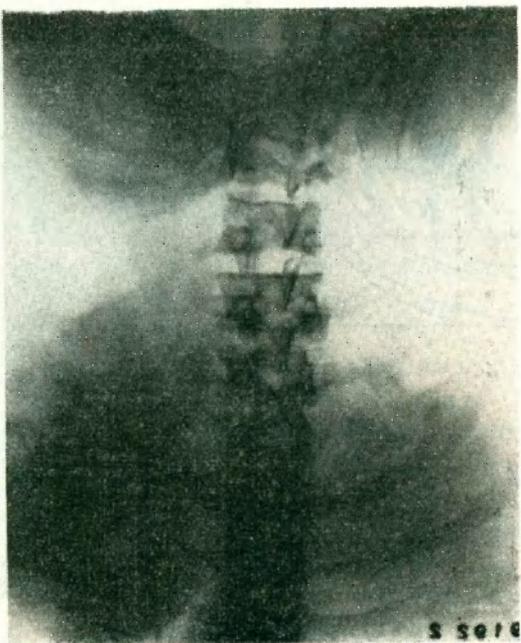


Figura 1

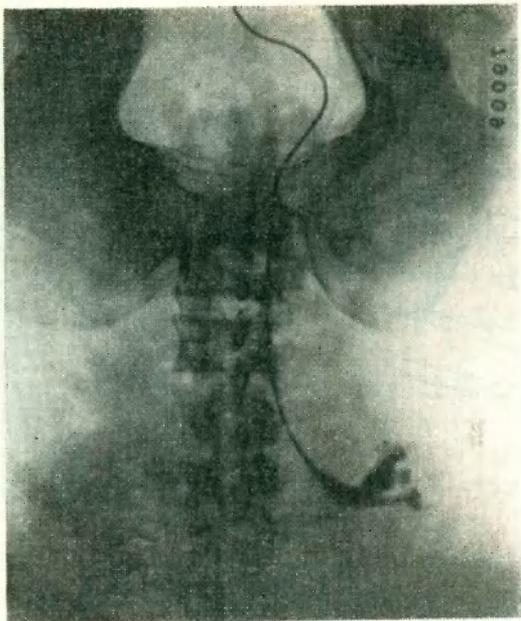
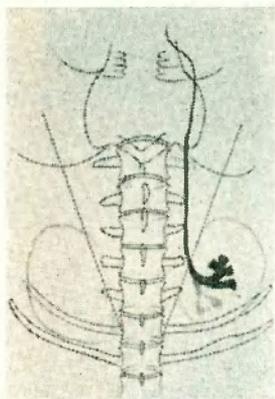
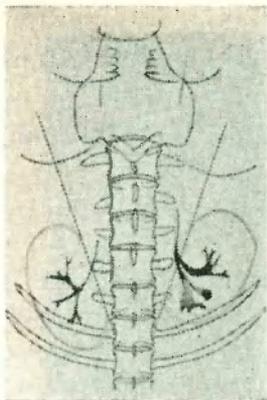


Figura 2



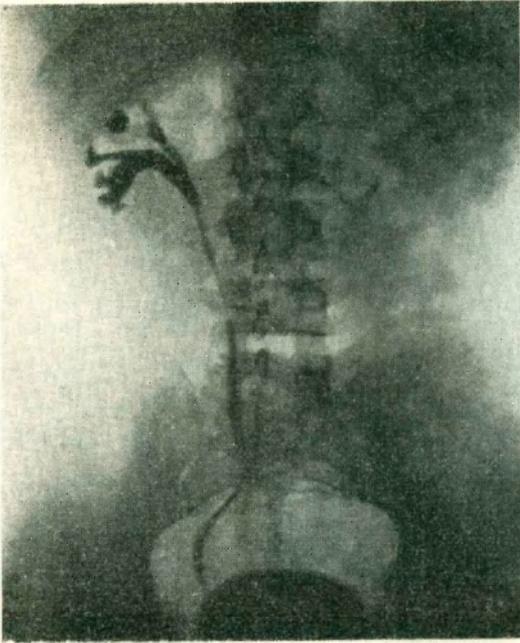


Figura 3

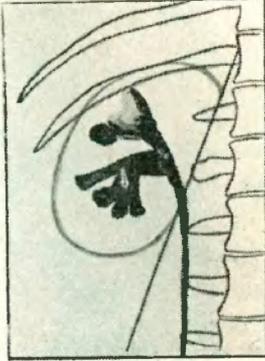


Figura 4

con una discreta ectasia del segmento superior, siendo dable observar el límite neto de los contornos papilares, obtenidos en esta proyección.

Simultáneamente con esta exploración, extraemos orina del riñón, encargando al Prof. Monserrat el estudio histológico del sedimento.

La microfotografía que ilustra la figura 5, muestra compactos conglomerados celulares en colgajos, con elementos de núcleos de gran tamaño, formas atípicas, abundantes mitosis. En definitiva elementos típicamente neoplásicos.

Comprobamos con este hallazgo, la existencia de una neoplasia del riñón derecho con asiento en el sistema pielocalicilar, comprobación que confirma los datos obtenidos con el pielograma dinámico de relleno progresivo.

Se hace el resto del estudio del enfermo, que arroja los siguientes datos:

Orina: Albúmina 0.05 g. por mil.

Azochemia: 0.25‰.

Glucemia: 0.92‰.

Hemograma normal.

Wassermann y Kahn negativas.

Tensión arterial: Mx. 14, Mn. 8 (Baunmanómetro).

El resto del examen de su organismo no revela ninguna anormalidad.

Siguiendo el consejo de la mayoría de los autores que se han ocupado del tema, y convencidos de la existencia de una neoplasia de la vía excretora del riñón derecho, con invasión de la cavidad píelica, se efectuó la nefroureterectomía en un tiempo con extirpación del meato ureteral. La técnica operatoria que empleamos en estos casos es la que sigue:

Anestesia epidural de Pagés, entre 11ª y 12ª vértebras.

Incisión sobre la duodécima costilla, que se reseca en una extensión aproximada de 5 centímetros. Liberación del segmento costal a extraer e investigación del ligamento iliolumbocostal de Henle, el que se secciona. Ampliamente abierta la brecha con valvas, se cae sobre la cápsula de Zuckerkändl, que es incidida a tijera.

A través de la brecha de la cápsula, hace hernia la grasa perirrenal. Se amplía la incisión y se libera la glándula, lo que habitualmente se hace con suma facilidad.

Ligadura del pedículo vascular en masa y se deja el riñón unido al uréter.

Introduciendo la mano en la lumbotomía y siguiendo el trayecto del uréter, se libera de las adherencias laxas que lo rodean, pudiendo llegarse habitualmente hasta la línea innominada, favorecidos en gran parte por la relajación que proporciona la anestesia epidural. A ese nivel se deja una gasa como elemento de reparo.

A continuación, y siempre si haber seccionado el uréter, se procede a la reparación parietal drenando la celda renal reconstituída al practicar la sutura de la cápsula de Zuckerkandl.

Se coloca entonces al enfermo en posición de Trendelenburg, haciéndose una laparatomía media transrectal infraumbilical. Despegando el peritoneo, se investiga el uréter a nivel de los vasos ilíacos, continuándose su liberación hasta el nivel donde se había dejado la gasa como punto de reparo. En este instante se extrae dicha gasa.

Se continúa la disección del uréter hacia su extremo vesical y traccionando de él, se proyecta el cono vesical, tal como lo aconseja Kirwin, haciéndose la meatectomía a electrobisturí.

Cumplido este tiempo, se tracciona desde el riñón que había quedado exteriorizado extrayéndose la glándula y el uréter por la brecha del drenaje lumbar.

Se procede entonces a la reparación de la vejiga con aguja atraumática en dos planos y se reconstituye la pared abdominal dejando un drenaje laminar paravesical.

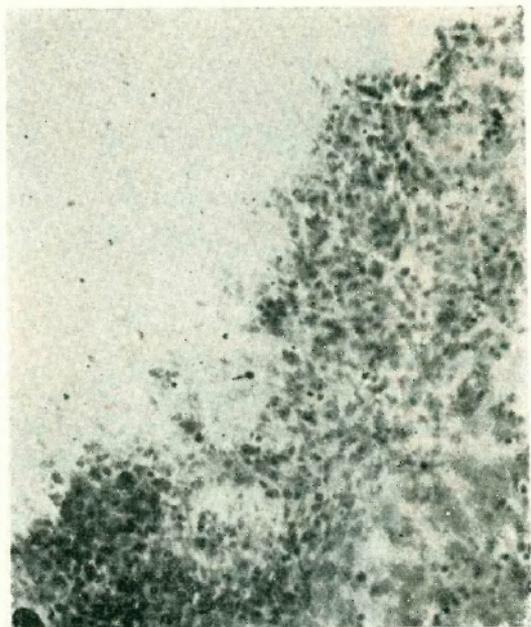


Figura 5

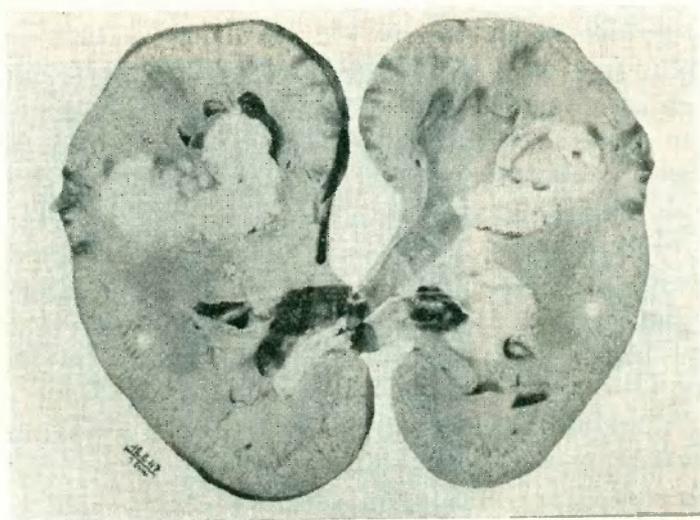


Figura 5

Dejamos la sonda uretral permanente durante una semana con el objeto de poner la vejiga en reposo y favorecer la consolidación de su pared.

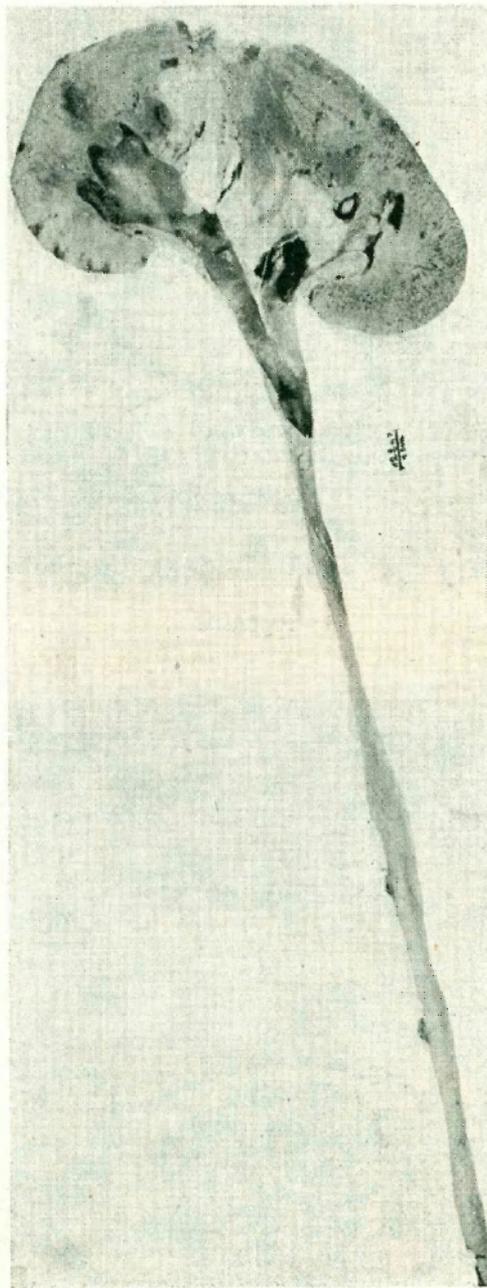


Figura 7

De manera que con dos pequeñas incisiones llevamos a cabo la nefroureterectomía en un tiempo con la mínima sección de planos.

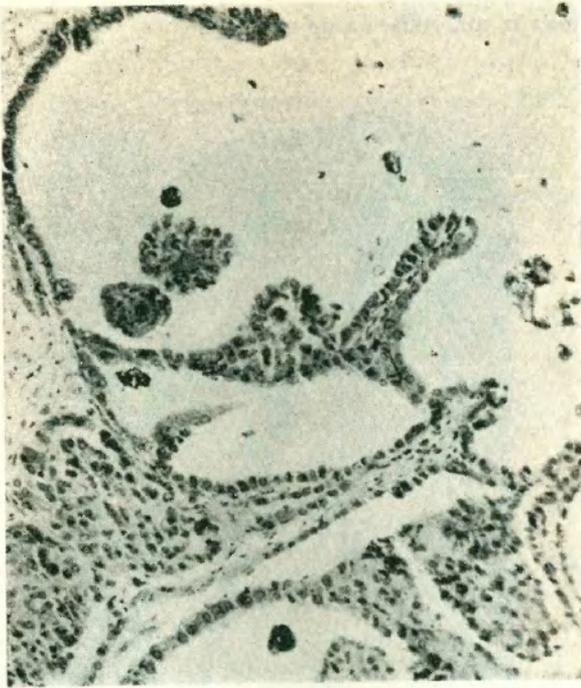


Figura 8

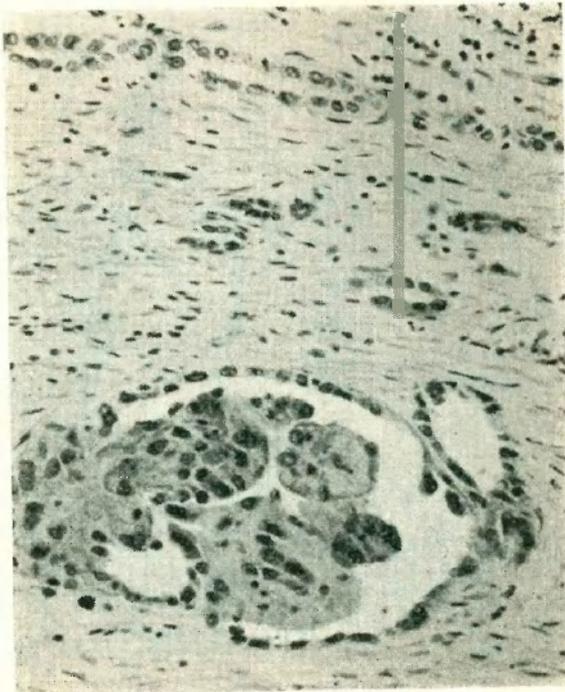


Figura 9



Figura 10

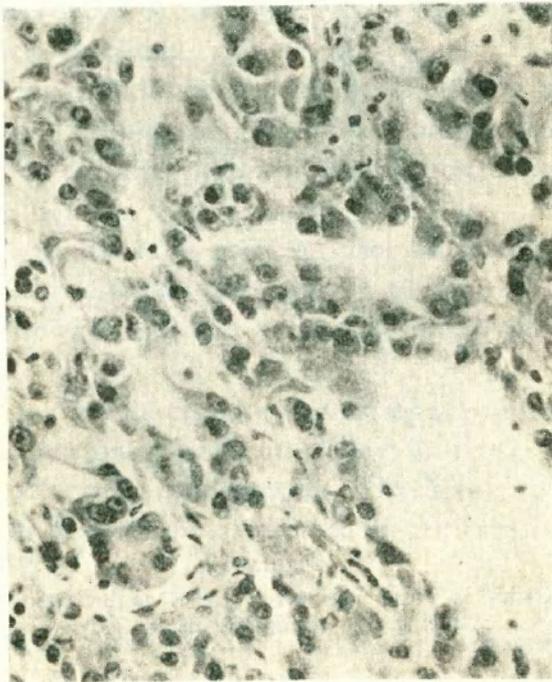


Figura 11

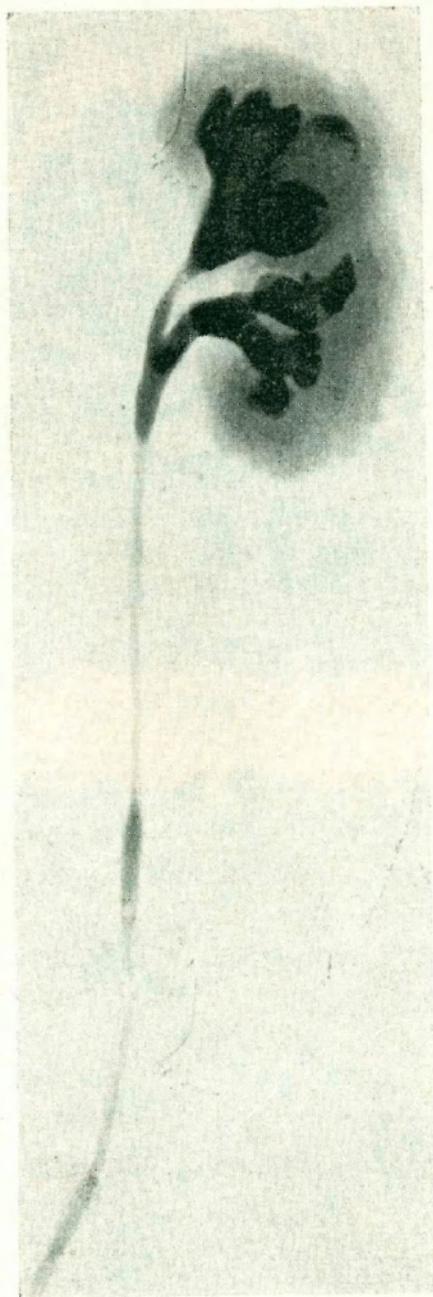


Figura 12

Radiografía de la pieza operatoria que es en un todo superponible al pielograma retrógrado de la figura 3.

En nuestro enfermo la evolución fué extraordinariamente favorable. Se retiraron los drenajes a las 72 horas y a los ocho días fué levantado el enfermo.

Hemos seguido a nuestro paciente hasta ahora. Goza de perfecta salud, aumentó 10 kilos de peso y se dedica a faenas rurales.

ANATOMIA PATOLOGICA

La figura 6, muestra un corte sagital del riñón con una formación tumoral en su tercio superior que destruye una pirámide de Malpighi y hace irrupción en el sistema excretor pielocalicilar adoptando una forma papilar. La coloración es blanco grisácea y la consistencia es muy friable.

Se puede ver muy bien el resto de la pirámide de Malpighi afectada, comprimida y rechazada excéntricamente.

En el corte siguiente, figura 7, que toma el total de la pieza operatoria, tomando otro diámetro del riñón, se observa que la tumoración tiene en todas partes caracteres semejantes, señalando siempre la invasión de la luz pielocalicilar.

Es de hacer notar en este corte la duplicidad piélica y la ectasia del sistema superior, elementos todos que se habían señalado en las radiografías que acompañan a esta comunicación.

La histología de esta neoplasia, nos enseña que se trata de un blastoma epitelial que ha tenido su origen en los tubos colectores de Bellini en su porción intrapapilar.

Con el concepto embriológico del origen wolffiano de estos tubos y basados en que desde del punto de vista funcional desempeñan una función eminentemente vectora del producto de secreción renal, clasificamos a esta neoplasia entre los tumores de la vía excretora.

La figura 8, muestra las características del tumor el que predominan las formaciones tubulares y quísticas, con crecimiento de tipo papilomatoso y un revestimiento epitelial cilindro cúbico de filiación estructural idéntica a la de los tubos colectores de Bellini.

La figura 9, hace ver en la parte superior un colector normal y en la porción inferior, un tubo dilatado que tiene en su interior un brote epitelial que continúa su revestimiento epitelial y hacia la izquierda se ve la invasión del tejido adyacente.

La figura 10 es otro colector con formaciones papilomatosas en su interior.

Por último la microfotografía que ilustra la figura 11, muestra una zona de mayor atipia celular y de condensación blastomatosa con invasión del parénquima por células de origen tubular todavía identificables como cilindro cúbicas.

COMENTARIOS

Desde la celebración del Quinto Congreso Internacional de Urología, donde los trabajos de Swift-Joly, Pascual y Van den Branden pusieron el tema al día, se han publicado numerosas observaciones de neoplasias de la vía excretora, y su divulgación es muy grande.

Las líneas generales de la terapéutica permanecen firmes y la gran mayoría de los autores tiene tendencia a aconsejar sistemáticamente la nefroureterectomía en uno o dos tiempos, según el estado general del enfermo.

Hay publicaciones aisladas de casos en los que se ha podido hacer terapéutica conservadora (Cacciatore y García, Connell, etc.), pero el concepto general tiende a la exéresis radical del riñón, el uréter y la porción vesical correspondiente al meato.

El hecho de que sea necesario dicho tipo de intervención, hace aconsejable el agudizar el diagnóstico para hacerlo lo más exacto posible.

Tiene la particularidad este grupo de tumores de dar hematurias abundantes, quizás de mayor intensidad que las provocadas por los tumores del parénquima. Además las imágenes radiológicas tienen ciertas características: amputación de calices, imágenes lacunares en la pelvis, hidronefrosis y estenosis ureterales.

Pero indudablemente la certeza en el diagnóstico la realiza el hallazgo de células blastomatosas en el sedimento de la orina de la glándula asiento de la lesión.

La revisión minuciosa de la literatura nacional, sólo habla de ello en un trabajo de uno de nosotros (García) en el que se refiere al hallazgo de células cargadas de lipoides birrefringentes en los casos de tumores parenquimatosos.

Ya Albarrán a comienzos de este siglo, insistió sobre este tipo de investigación, pero es Kirwin, que en 1941 hace hincapié sobre "el diagnóstico por aspiración" atribuyendo la originalidad a Caulk y Archer.

Dice textualmente: "que el examen microscópico de pequeñas porciones de tejido obtenidas por aspiración de orina o líquido de lavado de la pelvis renal, puede demostrar la existencia de células tumorales, lo que será de gran utilidad" y señala que en uno de sus casos obtuvo el diagnóstico de esta manera.

Creemos nosotros que esta exploración es muy importante y la practicamos sistemáticamente en el Servicio de Urología del Hospital Español, en colaboración con el Profesor Monserrat.

Presentamos en resumen, un caso de tumor epitelial originado en el epitelio de revestimiento de los tubos de Bellini, con invasión de la pelvis, la que por razones embriológicas, anatómicas y terapéuticas incluimos entre los blastomas de la vía excretora.

Insistimos además en la importancia que tiene el estudio histológico del sedimento urinario para el correcto diagnóstico de este tipo de lesiones.

Aconsejamos en definitiva la nefroureterectomía en un tiempo con doble incisión, que ahorra, las enormes secciones de planos, con la consiguiente seguridad para los enfermos.