

ADENOMA DEL RIÑÓN

Por los Dres. ROBERTO A. RUBI y ALFREDO A. GRIMALDI

La existencia de pequeños adenomas asintomáticos en riñones esclerosados es un hecho común de observación post-mortem. En cambio, cuando aquellos adquieren dimensiones suficientes pueden manifestarse durante la vida, y ofrecer característicos signos clínicos (hematuria, dolor, tumor) y asentar en riñones sin esclerosis. Tanto unos como otros son histológicamente similares y, aunque clasificados como blastomas epiteliales benignos, se les considera potencialmente malignos y hasta como una primera etapa en el desarrollo del adenocarcinoma. La distinción entre adenoma y carcinoma a veces ofrece dificultades o es arbitraria, según Bell quien clasifica como adenomas a todos estos tumores cuando su diámetro no excede de 3 cm. A su vez, Cabot y Middleton (citados por Bell) son más absolutos y atribuyen malignidad a todos los adenomas renales.

El adenoma renal simple que llega a constituir un tumor palpable con dolor y hematuria es rara. Kozoll y Kirchbaum hallaron 33 casos en 25.770 autopsias. Higgins recopiló 29 casos (2 post-mortem) hasta 1944. Jacobs y Salwen presentan otro caso en Marzo de este año y destacan que desde la estadística de Higgins han sido relatados dos casos, en 1945 y Bernardi en 1946 comunican a esta Sociedad sendas observaciones.

La histogénesis de estos tumores es variada. Se acepta que deriven de anomalías congénitas, de restos de tubos renales, de errores en la fusión de los brotes secretor y excretor del riñón embrionario (similitud con el poliquístico) y también de quistes provocados por el proceso arterioesclerótico. Se distinguen tres tipos: a) *Cistoadenoma papilífero*; b) *Adenoma tubular o canalicular* o c) *Adenoma alveolar*.

En cualquiera de los tres tipos pueden producirse necrosis y quistes sanguíneos por rotura de los finos capilares de la trabécula conjuntiva (Albarrán), hecho comprobado en uno de nuestros casos.

RESUMEN DE LAS HISTORIAS CLINICAS

CASO I: C. J. L., 71 años, casado, español, comerciante. Ingresó al sanatorio Bosch el 7/1/1946.

Antecedentes hereditarios y personales: sin importancia.

Enfermedad actual: Desde hace dos días presenta hematuria espontánea, indolora, caprichosa, total, que motiva la consulta, no hay otros síntomas concomitantes.

Estado actual: Buen estado general. Ligera subictericia por discreta insuficiencia hepática. Hipertenso: Mx. 170 y Mn. 110. Se palpa riñón izquierdo, aumentado de volumen, movable e indoloro.

Los exámenes de laboratorio, excepción hecha de una eritrosedimentación de 15 mm. en la primera hora y de una acentuada urobilinuria, no ofrecen anormalidad alguna.

Cistoscopia: Se comprueba el aspecto normal de la mucosa vesical, cuello y meatos uretrales. Intensa hematuria izquierda. El índigo carmín aparece a los 3 minutos del lado derecho.

Examen urográfico: La radiografía simple y la excretoria son negativos. La ureteropielografía izquierda (Fig. 1) permite observar el estrechamiento del cáliz superior y la dilatación



Figura 1

irregular de su vértice, dilatación difusa y total del cáliz inferior e irregularidad del contorno del cáliz medio.

Operación: (10/1/946). La hematuria localizada del lado izquierdo, el tumor palpable y las alteraciones del pielograma nos deciden a intervenir con el diagnóstico de tumor renal.

Anestesia general. Lumbotomía transmuscular izquierda. Nefrectomía con extirpación de la cápsula adiposa y del ureter con su vaina.

Cierre de la pared por planos. Rubber-Dam. Post-operatorio, sin inconvenientes. El enfermo es dado de alta al décimo día y hasta la fecha se halla en perfecto estado de salud.

El riñón se remite para su estudio anatomopatológico al profesor Julio C. Lascano González, cuyo informe es el siguiente:

Examen macroscópico: El riñón que se analiza está cubierto por la cápsula adiposa, más espesada al nivel del hileo, donde llama la atención la infiltración hemática.

El tamaño y la consistencia en general del órgano están aumentados. La cápsula fibrosa adhiere firmemente al parénquima. En el polo superior —y localizado en la corteza— se encuentra un pequeño adenoma esférico, del tamaño de una arveja pequeña, perfectamente encapsulado. Los vasos arteriales se destacan muy bien, sobresalen ligeramente de la superficie de sección y se mantienen abiertos con todos los caracteres de la arterioesclerosis.

Examen microscópico: (figuras 2 y 3), permite confirmar el diagnóstico de: *Adenoma*



Figura 2

Fotografía a pequeño aumento que muestra el *adenoma* renal a células acidófilas perfectamente encapsulado en la cortical, el espesamiento de la cápsula propia del órgano y algunos infiltrados linfocitarios.

Colorac.: Hemalumbre-eosina. Zeiss, Planar 100 mm., aumento 12x.



Figura 3

Zona cortical del riñón con el espesamiento y adherencia de la cápsula acompañados de una esclerosis difusa.

Coloración: Hemalumbre-eosina. Zeiss, obj. aa (sin ocular), aumento 41x.

cortical, papilífero, de células acidófilas; nefroarterioesclerosis con hemorragia de la cápsula adiposa.

CASO II: C. R. 39 años, casado, argentino, chófer. Ingresa al Servicio de Urología del Hospital Piñero, Sala II, cama 34, el 23/X/48.

Antecedentes hereditarios y personales: Sin importancia.

Enfermedad actual: Hace tres meses hematuria total, que al ceder termina con un cólico renal derecho. Días después se repite el cólico y la hematuria y se le informa a raíz de un examen endoscópico que ésta proviene del riñón derecho. Hace once días se repitió la hematuria.



Figura 4

Estado actual: Buen estado general, orina clara, no se palpan riñones ni existen particularidades al examen somático, general y urogenital; presión al Baumanómetro: 120 y 65.

Los exámenes de laboratorio (inclusive la investigación del Bacilo de Koch) y las pruebas funcionales no aportan ningún elemento de valor.

Cistoscopia: Hallándose el enfermo internado sobrevino la hematuria en cuatro oportunidades, una de ellas con bloqueo de la vejiga.

En tres de estos episodios se comprobó endoscópicamente el aspecto normal de la mucosa vesical, cuello y meatos y la *eyaculación francamente hematúrica del meato ureteral derecho*. El índigo carmín se elimina a los 4 minutos de la izquierda y a los 8 minutos a la derecha, con irregularidad y débil concentración de este lado.

Examen urográfico: Radiografía simple: Negativa. Urografía escretoria: llama la atención la imagen lacunar marginal de la pelvis renal derecha y el aspecto cavitario de la sombra correspondiente al vértice del cáliz medio, lo que se repite en la pielografía ascendente (Fig. 4).

Operación: (30/XI/48). Las hematurias derechas recidivantes y el examen urográfico deciden nuestra conducta operatoria con el diagnóstico de probable tumor papilar de la pelvis renal derecha. Bajo anestesia raquídea se practica la lumbotomía derecha transmuscular. Se efectúa la nefrectomía al comprobarse en la cara anterior del órgano una tumoración quística color vinoso,

del tamaño de una nuez grande. Se remite la pieza para su estudio al Dr. Julio C. Lascano González, cuyo informe anatomopatológico es el siguiente:

Examen macroscópico: El riñón, ligeramente aumentado de tamaño, presenta una superficie lobulada y de aspecto polimorfo con muchas pequeñas zonas de color rojo que corresponden a focos congestivos o hemorrágicos.

En una de sus caras se encuentra una cavidad esférica de tamaño algo mayor que una nuez y rodeada por una cascara fibrosa bien desarrollada (Fig. 5), el contenido es una masa disgregable de aspecto necrótico y de color amarillo.

La mencionada cavidad esta en una zona deprimida en la que predomina el color rojo:



Figura 5

Fotografía del riñón en la que se ve la cavidad resultante de la necrosis de la zona adenomatosa.

cuando se hacen varias secciones de la pared se observan en ella nódulos de aspecto parenquimatoso con los caracteres de los adenomas corticales que se encuentran en algunos riñones.

Examen microscópico: El órgano en su conjunto presenta lesiones de glomerulonefritis crónica en focos y numerosas zonas congestivo-hemorrágicas pero lo más interesante desde el punto de vista histológico está en la cavidad ya mencionada, cuya pared fibrosa denota una formación preexistente y que contiene varios nódulos adenomatosos como el que se ve en la figura 6, cuya estructura es papilífera y constituidos por células epiteliales cilíndricas.

En el estroma de las papilas se encuentran células de tipo xantelásmico que no son sino histiocitos lipófagos (figura 7).

Sintetizando las lesiones encontradas puede decirse que se trata de un riñón que tenía varios adenomas de la cortical como formación probablemente congénita y que han sido asiento posteriormente de una glomerulonefritis en focos y de lesiones embólicas que han determinado un foco de necrosis o infarto precisamente en una región ocupada por los adenomas.

Diagnóstico: Glomerulonefritis embólica en focos y adenomas de la cortical

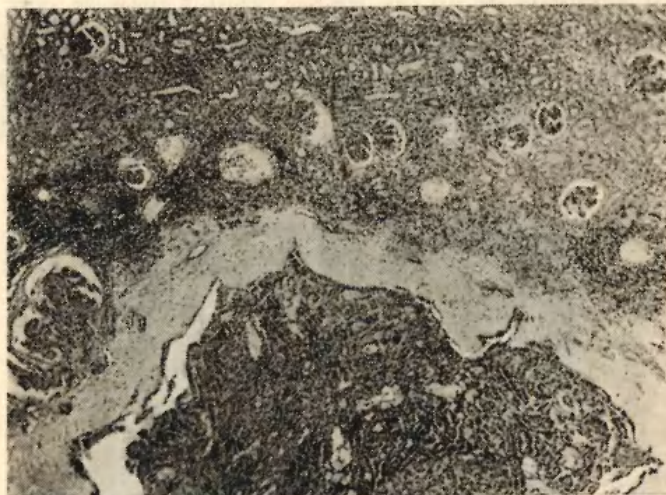


Figura 6

Parénquima renal con lesiones de glomerulonefritis crónica, un pequeño nódulo adenomatoso y parte de otro mayor rodeado por una cápsula fibrosa.

Coloración: Hemalumbre-eosina. Zeiss, obj. aa (sin ocular), aumento 37x.

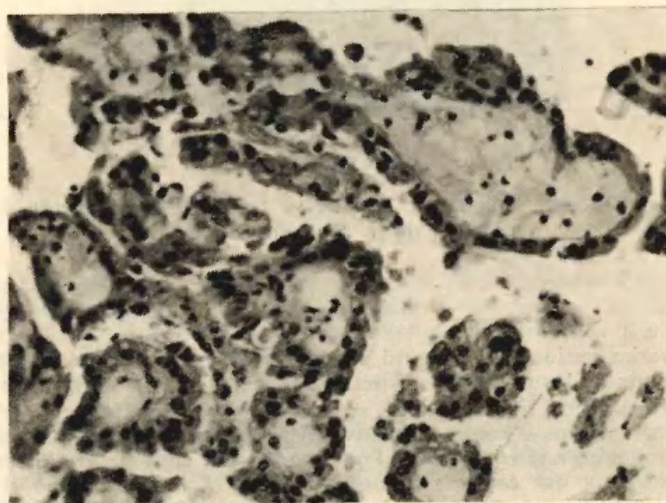


Figura 7

Vegetaciones papilomatosas en uno de los adenomas y estroma rico en histiocitos lipofágicos.

Coloración: Hemalumbre-eosina. Zeiss, obj. 20x apocr. oc. 6x peripl., aumento 275x.

COMENTARIOS

Presentamos dos casos de adenomas del riñón intervenidos quirúrgicamente (nefrectomía) en 1946 y 1948, respectivamente.

Ninguno de los dos encuadra (por su volumen) dentro del gran blastoma sintomático sino de los pequeños adenomas que suelen constituir una etapa silenciosa de la patología renal, por lo que es raro que se llegue a la extirpación quirúrgica de estos órganos.

En ambas observaciones la hematuria dominó el cuadro clínico y los exámenes complementarios suministraron los elementos que decidieron la operación con el diagnóstico de probable tumor renal.

Practicada la nefrectomía nos llamó la atención las características y el reducido tamaño de las lesiones (5 mm. y 3 cm. de diámetro, respectivamente) localizadas en la cortical. El estudio histopatológico reveló su naturaleza adenomatosa y lesiones de arterioesclerosis en la observación primera y glomerulonefriticas en la otra.

Podrá discutirse la interpretación de los síntomas y signos observados y nuestra conducta. Consideramos, sin embargo, que, obedezcan aquéllos al tumor benigno en sí, o a las lesiones que le acompañaban, el diagnóstico de probable tumor renal era lógico. La terapéutica radical, conocidas las consideraciones sobre la relativa benignidad de estos procesos debe ser aceptada. Por otra parte en el acto operatorio no cabían otras determinaciones.

BIBLIOGRAFIA

- Bell E. T. — Enfermedades renales 1948, pág. 463.
 Lowsley and Kirwin. — Clinical Urology, 1944, pág. 1566.
 Rolnick H. C. — The practice of Urology, 1949, pág. 832.
 Marion G. — Traite d'Urologie, 1935, pág. 390.
 Albarran e Imbert. — Les tumeurs du rein, 1903, pág. 5 y 17.
 Leguen F. — Tratado médico quirúrgico en las vías urinarias 1927, II, pág. 180.
 Gordon B. S. — Tubule Adenoma of the Kidney. J. of Urol. 59-1948, pág. 1019.
 Strauss A. — Renal adenoma, J. of Urol. 54-1945, pág. 221.
 Jacobs F. M. and Salwen R. — Benigne renal adenoma requiring surgical intervention. J. of Urol 63-1950, pág. 459.
 Ercole R. — Cistoadenoma papilífero del riñón. Revista Arg. de Urol. 1945, pág. 409.
 Bernardi R. — Adenoma del riñón. Rev. Arg. de Urol. 1946, pág. 369.

DISCUSIÓN

Dr. Irazu. — El doctor Grimaldi ha omitido, involuntariamente, un caso de adenoma de riñón que he presentado a esta Sociedad.

Se trataba de un órgano que no daba en el pielograma ningún signo característico, por lo menos, de tumor renal. La sintomatología era la hematuria, que la tenía desde hacia dos años. Posiblemente, por la falta de signos, no se habían atrevido a intervenirlo. En ese entonces, se le practicó una exploración, verificándose en ella que en la superficie del riñón había una saliencia tumoral.

Deseo destacar dos hechos: en primer lugar, que estos tumores, a mi entender, dan hematurias muy profusas, y en segundo término, que son tumores que por su volumen pequeño no dan síntomas pielográficos al comienzo. Por ello, es menester prevenir cuando se ha de practicar una intervención en donde se supone la existencia de un tumor maligno o benigno. Debe irse preparado como para ejecutar una intervención conservadora.

Señalo esto, porque en el caso presentado por los doctores Rubí y Grimaldi, quizá exis-

tía la posibilidad de extirpar el tumor y hacer una intervención conservadora. Asimismo debe tenerse en cuenta la evolución de los adenomas que generalmente, degeneran en hipernefomas.

El doctor Grimaldi, que conoce la evolución de su enfermo, podría decirnos si ha notado alguna complicación postoperatoria que signifique la metástasis de un tumor que él suponía benigno y ya estaba secundariamente degenerado.

El tumor que nosotros extirpamos era benigno, pero existían algunas células que hacían pensar en una potencialidad hacia la malignidad.

Dr. Grimaldi. — Desde luego, que la omisión en que he incurrido al no citar el trabajo del doctor Irazu, ha sido involuntaria.

En uno de nuestros casos, la imagen, aparentemente, pudo ofrecer la posibilidad de una heminefrectomía, porque entendemos que no se puede hacer en el acto quirúrgico una exploración minuciosa y estar seguros de que hay un solo adenoma. El adenoma que se pudo visualizar tenía unos 3 mm., pero había otros más pequeños. Si consideramos el carácter potencialmente maligno, sería una responsabilidad grande ir a una operación conservadora. En principio, sería lo ideal, pero nos quedaría siempre esa duda.

En cuanto a la evolución de nuestros pacientes, diré que uno de ellos es el padre de un médico, está bien, y al otro lo vimos hace poco, encontrándose también en buen estado, ya que lleva dos años de operado y no tiene manifestación alguna. La descripción anatomopatológica del doctor Lezcano es amplia y no se ha podido encontrar ninguna manifestación histológica de malignidad o de evolución en ese sentido.
