

HEMANGIOMA DE LA PAPILA RENAL

Por los Dres. JOSE GORODNER y RAIMUNDO J. ROVERE

Desde que Virchow en 1867 estudiara como hallazgo de autopsia una lesión angiomatosa del riñón, se han presentado hasta el año actual unos 50 casos de tal naturaleza. Por consiguiente y dada la enorme cantidad de afecciones renales que trata el cirujano, tan pequeño número, índice de su extrema rareza obliga a publicar todo caso a quien le corresponda en suerte un hallazgo semejante, pues cirujanos de una intensa actividad como Marion confiesan francamente no haber tenido ocasión de observarlos en más de 30 años. Siendo tres las observaciones argentinas anteriores salvo omisión involuntaria, creemos que la que a continuación presentamos constituye la cuarta.

Observación: E. D., 69 años, casado, ingresa al Servicio de Urología del Hospital Pirovano, cama 1, el 27 de febrero de 1950.

Su enfermedad comienza unos cinco meses antes con una hematuria espontánea, intensa, indolora, que dura dos días; desaparece y vuelve a presentarse caprichosamente. Transcurre con alternativas unos dos meses, trasladándose de provincias a ésta. Después de asistirse en varias partes, ingresa al Servicio manifestando que desde hace 15 días la hematuria ha sido continua, en contraposición a las intermitencias anteriores.

Al examen presenta el siguiente *Estado actual*: Gran palidez de la piel y de las mucosas, con signos de debilidad general.

Somáticamente nada de particular. Tensiones arteriales 12 y 7.

Los riñones no se palpan a pesar de la delgadez del paciente y no se halla signos dolorosos reno-ureterales. Próstata con los caracteres de un pequeño adenoma. Micciones con trastornos propios del adenoma en su período inicial. Orinas francamente hematuricas en el primero y segundo vaso, con pequeños y escasos coágulos.

Cistoscopia: Buena capacidad vesical, con excelentes sensibilidad y contractilidad del "viscus". El medio se aclara rápidamente. Mucosa congestionada y abundantes columnas y celdas de mediano tamaño. Cuello deformado en su reborde inferior por un lóbulo mediano. Signo de Marión positivo bilateral. Por el orificio ureteral derecho eyaculaciones rojizas, del lado izquierdo claras.

Laboratorio: Orinas: Densidad 1020. Urea 14.50 grs. ‰. Cloruros 6 grs. ‰. Albúmina 0.50 grs. ‰. Sangre abundante. Sangre: Azoemia 0.40 grs. ‰. Glucemia 0.96 grs. ‰. Hematíes 4.000.000. Hemoglobina 65 ‰.

Evolución y tratamiento: Se le aplica toda clase de hemostáticos sin resultado alguno.

Estudio radiográfico: Radiografía simple, normal. A la urografía excretora con Nitasom se comprueba buena eliminación renal derecha a los 7 minutos, con ligera e inespecífica dila-

tación de los cálices. Lado izquierdo, a pesar de la aerocolia, se ve un nefrograma normal lo mismo que el uréter yuxta-renal y pelviano. A los 15 minutos, idénticas imágenes.

Abril 5 de 1950: Se indica autohemoterapia diaria y se practica una transfusión de sangre que es bien tolerada. Su estado mejora, pero la hematuria continúa intensa.

Urétero-Pielografía ascendente derecha: Con solución de yoduro de sodio al 12%. Al practicarla se comprueba que es siempre el uréter derecho el que da paso a orinas rojas en tanto que del izquierdo salen siempre claras. La imagen obtenida no da idea de lesión alguna y sólo muestra pequeña dilatación de ambos cálices, con uréter normal.

Abril 7 de 1950: A fin de rodearnos de absoluta seguridad en la intervención, practicamos un estudio funcional izquierdo. Se comprueba nuevamente la hematuria como de procedencia derecha. El índigo carmin endovenoso se elimina con intensidad por el lado

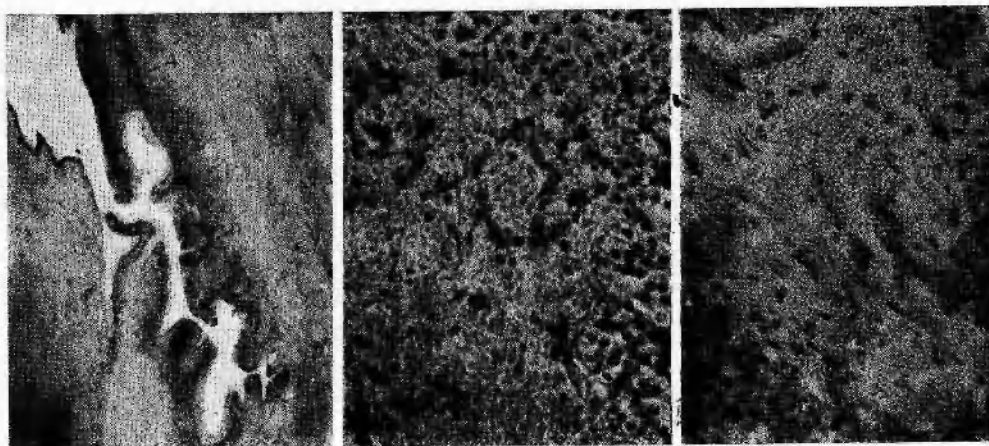


Figura 1

Figura 2

Figura 3

Foto-micrografía N° 1.—Corte por inclusión en parafina, coloración Panóptico de Pappenheinn, neutro. Obj. planar, foto-ocular 5x, long. de cámara 50 cm. Detalle en conjunto. "A" Zona de hemorragia.

Foto-micrografía N° 2.—Corte por inclusión en parafina, coloración pemalumbre de Mayer-eosina. Obj. apocromático 40; foto-ocular 5x, long. de cám. 45 cm. Zona angiomatosa limitada por el epitelio, se observa las asas juxta-epiteliales "A".

Foto-micrografía N° 3.—Corte por inclusión en parafina, coloración hemalumbre de Mayer-eosina. Obj. apocromático 40; foto-ocular 5x, long. de cámara 35 cm. Zona lacunaria en una región papilomatosa, con limite juxta-epitelial. "A" un capilar cerrado, con pared propia.

izquierdo a los 6½ minutos. Se cateteriza este lado recogiendo orinas de dos horas. En total 55 cc. cuyo examen da 13 grs. ‰ de urea, siendo la cantidad real eliminada de 0.80 grs. Con tal resultado nos disponemos a proceder activamente. Se da otra transfusión (la tercera) de 500 cc. de sangre. La hematuria persiste total e intensa, resolviéndose intervenir con el diagnóstico de pequeño papiloma o hemangioma renal derecho descartando la nefritis hematurica por la falta de alteraciones en la orina, la intensidad de la hematuria, su continuidad, la unilateralidad bien comprobada, la existencia de coágulos y la edad del enfermo.

Abril 11 de 1950: Operación: Anestesia raquídea en el espacio 12 D - 1 L. Incisión clásica lumbar derecha de unos 13 cms. de largo. Se llega al órgano, se le exterioriza, siendo bien aparentes su normal forma, tamaño y superficie. Incisión de la pelvis cuya mucosa

se presenta normal: ante esto se explora el uréter y todos los cálices con una bujía metálica, observándose que es el cáliz superior el único que sangra, habiéndose producido antes una hemostasia refleja temporaria durante las maniobras quirúrgicas. Por consiguiente se aplica una doble ligadura sobre el pedículo arterio-venoso que se secciona, terminándose la intervención extirpando con el órgano un fragmento de uréter de unos 15 cms. de longitud, es decir una nefro-ureterectomía, como medida precaucional. Cierre en tres planos previo drenaje (rubberdam).

Post-operatorio sin incidentes. Las orinas se vuelven claras la misma tarde. A los 8 días se extraen los puntos de sutura. Herida cerrada "per primam".

Examen Histo-Pathológico de la pieza extirpada: Riñón de forma y volumen aparentemente normales, con pelvis armónicamente implantada, ligeramente dilatada, continuándose con el uréter no modificado. Pedículo típicamente situado.

El corte sagital muestra la relación córtico-medular normal, parénquima sin lesiones macroscópicas visibles; cápsula renal se desprende dejando una superficie lisa y homogénea.

Repitiendo un corte para-sagital-proximal que descubre las apilas en un plano más próximo a la superficie renal, se observa en la papila del cáliz superior, en la región juxta-calicial una pequeña zona rugosa y hemorrágica de dudoso diagnóstico macroscópico. Se toma toda la región en "un taco", se incluye en parafina y se efectúa cortes seriados paralelos al plano sagital. Se colora con los métodos de hemalumbre-eosina de Mayer, panóptico de Pappenheim y de Wilder para retículo.

Examen microscópico: La región rugosa está formada por un estado micropapilar múltiple, tapizada por epitelio estratificado armónico de tipo intermedio y con ejes conjuntivo-vasculares acentuadamente modificados en su sistema vascular. Estas alteraciones abarcan el dermis proximal y el profundo. Esta formación vascular cubre todo el ángulo papilo-calicial hasta el área recibosa, la invade y alcanza algunos tubos colectores cerca de su techo terminal, redondeando un diámetro de tres milímetros medido en el corte ya incluido.

El tejido en sí está formado por numerosos capilares hemáticos de luz de muy diversos diámetros que se tocan endotelio con endotelio, en muchos puntos sin limitante conjuntiva apreciable dando el aspecto de sinusoides múltiples o más gráficamente de una red en cuyas mallas circulan los elementos sanguíneos: llegan al límite del epitelio tocando directamente la basal epitelial, sin limitante visible, se insinúan entre los epitelios en forma de pequeñas asas con contenido de hematíes; hacia el corion profundo presentan la misma particularidad, creciendo en forma de pivotes que disocian los haces conjuntivos, dando límites muy abigarrados y confusos.

El estudio de la zona en su conjunto abarca en forma continua toda la región correspondiente al dermis proximal o sub-epitelial en forma de una franja dando la impresión de tratarse de un defecto del sistema circulatorio regional y no de un verdadero angioma local en el sentido histo-patológico. En el angioma tipo los capilares presentan generalmente un endotelio continuo casi siempre acompañado por una fina lámina de conectivo, haciéndose muy desarrollada en los angiomas tuberosos. En nuestro caso todo indica tratarse de un fino reticulado endotelial muy parecido al de la médula hematopoyética que deja amplios espacios llenos de hematíes y sólo entre los endotelios próximos se vislumbra algunas fibras de reticulina; además en el límite epitelial tampoco se observa una pared continua y en la profundidad ya hemos hecho notar sus conexiones mal limitadas con el conectivo colágeno.

Creemos que la hemorragia se produce por zonas de atrofia epitelial con "efracción" de la región, provocada por el crecimiento de los capilares que se comportarían como los capilares en la reparación granulomatosa simple. En la micro-fotografía N° 1 se observa zonas de tal naturaleza.

De la lectura de algunos de los casos de hemangioma con localizaciones similares tenemos la impresión de que no se trataba de verdaderos angiomas sino de casos similares al nuestro que clasificamos como *angiomatosis regional no limitada, con reacción papilar secundaria*, pero que en conjunto se han presentado clínicamente como los angiomas bien determinados.

CONSIDERACIONES

¿Cómo llegar al diagnóstico preoperatorio exacto? En primer término la rareza de su existencia hace que se olvide esta afección, por lo cual deberá tenerse en cuenta ante una hematuria que estaríamos tentados de calificar como esencial. En muchos casos este es el único síntoma presente y cotejando las diferentes observaciones, entre ellas las de Ceballos y Trabucco, la nuestra y la

de Williams, la hematuria es persistente, copiosa, mayor que en las nefritis hematóricas y siempre unilateral como se comprueba por las cistoscopias reiteradas. La hematuria a veces intermitente, con intervalos de años (caso de Maraini), se presenta con muy escasos coágulos o sin ellos, en idéntica forma de la nefritis hematórica (caso de R. Gayet).

Pocas veces existe dolor pero en ocasiones, como en el paciente de H. Gile éste fué brusco, agudo como un cólico nefrítico. Los enfermos de Mackenzie y Hawthorne también sufrían de cólicos por el pasaje de coágulos.

No existe en general elementos anormales en la orina pero contra la opinión de Chauvin que cree éste un signo diferencial con la nefritis hematórica, apoyamos la de Jeanbrau que en varios casos de esta última enfermedad no ha encontrado elementos anormales del tipo de cilindros. No obstante, la presencia de tales cilindros predispondrá al diagnóstico de la nefritis hematórica.

Estudio radiográfico: Sabemos que los angiomas pueden ser corticales, como los descritos entre nosotros por Cid y Ercole y por consiguiente no traducirse en formación alguna pielocalicial. En cambio los angiomas papilares que constituyen la mayoría que llega al cirujano pueden presentar diferentes imágenes radiográficas, ninguna de ellas característica.

Por el pequeño tamaño frecuente en ellos nos hallamos con urografías excretoras o retrógradas normales, como en los casos de Ceballos y Trabucco, Williams, etc. Pequeñas dilataciones de los cálices sin significación alguna como en nuestro caso. Imágenes con defecto de relleno calicial como en los pacientes de Maraini, Türkkel, Gayet, Gabrielle y Martin o lacunar como en el de Robert Gayet. Pero estas últimas imágenes es comprensible que también sean ostentadas por los tumores benignos pielocaliciales.

En algunos casos se observa lo que Jacobs y Rosenberg describieron con el nombre de "mottled pyelogram" es decir, pielograma jaspeado o veteado en un cáliz, despertando tal imagen la idea de la sustancia de contraste insinuándose en forma de canalículos que se labran trayecto en medio de un tejido blando. Esta imagen la encontraron Jenkins y Drennan y la presentan bien claramente observando con detención, las figuras de Cheery y Benson y las dos de Lownes, Baron y Lipshutz. Sin embargo tal aspecto dista de ser patognomónico, pues en un enfermo estudiado en conjunto con el Dr. Iacapraro, la encontramos bien típica y se trataba de un hermoso papiloma del cáliz superior.

De todos los síntomas y signos descritos deducimos que en propiedad absoluta, ninguno pertenece al hemangioma de la papila renal.

¿Cuál es la conducta a seguir al encontrarnos con un paciente portador de tales síntomas? En algunos casos, repitiéndose las hematurias a largos intervalos, hicieron posponer la intervención; en otros como en el de Chenery y Benson y el de Swann, las pérdidas sanguíneas fueron tan intensas que debió intervenir de una manera precoz.

La terapéutica consiste en la nefrectomía del órgano sangrante, una vez comprobada la capacidad funcional del riñón adelfo y así procedimos.

Tratándose en general de una lesión de volumen ínfimo que como en el caso de Ceballos y Trabucco era como una cabeza de alfiler y en el nuestro como una lentejuela, parecería esta medida enormemente desproporcionada a

la causa, inclinando el ánimo a medidas conservadoras como la heminefrectomía o la resección de la papila que realizó Hamm con éxito según dice en 1946, o la nefrostomía y decapsulación sin resultados como les ocurrió a Meckenzie y Hawthorne, pero nos oponemos a tal proceder cuando se ha verificado la buena capacidad del riñón opuesto. En efecto para encontrar la lesión que muchas veces con la pieza en la mano presenta dificultades al patólogo, imaginemos qué ocurriría en el acto operatorio. En la descripción anatómica de nuestro caso hemos referido que en el corte sagital no se observó lesión alguna y es recién en un corte para-sagital más próximo a la superficie del riñón que se encontró la zona afectada. Se comprende que en el vivo no es posible practicar estas secciones y luego pretender reconstituir el órgano.

Solamente la maniobra que realizamos con el estilete y el explorador, al encontrar un punto localizado que sangraba nos permitió con el riñón a la vista descartar la nefritis hematúrica pero no el papiloma, por lo cual efectuamos también la ureterectomía. Además, en enfermos de edad avanzada y debilitados como el nuestro y otros, sólo la nefrectomía es la operación radical que trae con absoluta seguridad la curación del paciente y con este claro criterio se procedió en los casos aquí operados y así lo hicieron la abrumadora mayoría de los demás cirujanos.

BIBLIOGRAFIA

1. *Maraini, B.* — "Angiomatosis del riñón". *Re. Arg. de Urol.* Sptbre 1930, pág. 5.
2. *Ceballos, A. y Trabucco, A.* — "Angioma de papila renal". *Prensa Médica Arg.*, 1936, T. XXIII, pág. 1517.
3. *Gavet, Gabrielle y Martin.* — "L'angiome du rein". *Journ. d'Urologie*", 1934, 1^o. 37.
4. *Cid, J. M. y Ercole, R.* — "Angiomas corticales del riñón". *Rev. Arg. de Urol.* Novbre. de 1939. Año VIII, N^o 1 y 2.
5. *Gayet, R.* — "Un cas d'angiome du rein". *Journ. d'Urol.*, 1939, T. 47, pág. 347.
6. *Chenery, A. J. y Benson, A. B.* — "Cavernous hemangioma of Kidney". *The Journ. of Urology.* February 1948, pág. 164.
7. *Tückel, E. F.* — "Hemangioma of kidney". *The Journ. of Urol.* May 1948, p. 802.
8. *Williams, E. C.* — "Hemangioma of renal papilla". *The Journ. of Urology.* October 1949, pág. 436.