

CARCINOMA PAPILAR DE PELVIS RENAL (APORTACION CASUISTICA DE DOS CASOS)

Por el Dr. OSCAR ARMANDO FONIO

Con el fin de justificar mi participación en estas importantes Jornadas me he permitido contribuir con el aporte a la bibliografía, de dos nuevos casos de carcinoma papilar de pelvis renal por mí constatados, que conceptúo de interés tanto por sus propias características, como por la escasa frecuencia en que es dable observar este tipo de tumores del aparato urinario.

1^º Observación. — Se trata del enfermo A. A., de 49 años, sirio, casado, vendedor ambulante, domiciliado en la ciudad de Tucumán, que en mayo de 1947 se interna por poliuria, disuria y hematuria, constatándose en esa oportunidad a la endoscopia, cistitis incrustada. Posteriormente, refiere haber sufrido cólicos nefríticos del lado izquierdo con hematurias periódicas, y en una oportunidad eliminación de un cálculo.

Estado actual (28 de agosto de 1949): Ingres a nuestro Servicio por hematuria. Sujeto desnutrido, apirético: Tensión: Mx. 102, Mn. 70. Riñones no se palpan ni pelotean; puntos renales izquierdos dolorosos; puño percusión de Murphy dolorosa del mismo lado.

Análisis: Recuento globular: rojos 4.380.000, blancos 5.800; fórmula: N. 44 %, E. 3 %, L. 42 %, M. 11 %; serie roja, leve hipocromemia, escasos hematies policromatófilos, leve anisocitosis. Orina: ácida, densidad 1018, abundante pus, vestigios de sangre, regular mucus, fosfatos triples, células redonda. Urea: 0.37 %. Glicemia: 1 %. Kahn y Wassermann: negativas. Eritrosedimentación: 1^ª h. 19 m.m., 2^ª h. 38 m.m. Tiempo de sangría: 2'30"; de coagulación: 5'.

Radiografías: Al examen de las radiografías realizadas el 27 de setiembre de 1948, se observa: en la directa, imagen renal derecha agrandada, cuyo borde de polo inferior alcanza a 1 cm. por encima de la cresta iliaca y el polo superior a la XII^ª costilla. No se visualiza el contorno del riñón izquierdo por superposición de imágenes de gases intestinales. A la altura de la apófisis transversa izquierda de la 1^ª lumbar, imagen cálcica irregular de 1 1/2 x 2 cms. que impresiona como extrarrenal y por su forma y cambios de posición en las diversas imágenes. Hace suponer que se trate de un ganglio mesentérico calcificado.

En el urograma de excreción tomado a los 10 minutos, se visualiza la orina opaca relleno calices y pelvis del lado derecho sin anormalidades; en el lado izquierdo no se observa eliminación. A los 20 minutos, se aprecia eliminación de orina opaca en lado izquierdo, pero el relleno es parcial, defectuoso, irregular. A los 40 minutos (Fig. 1), relleno de pelvis izquierda dilatada en forma elíptica, con imagen de doble contorno; imágenes de calices superiores y medios irregularmente distribuidas.

El pielograma ascendente (Fig. 2), obtenido previo cateterismo ureteral izquierdo, muestra el relleno de una gran pelvis ampular de contorno superoexterno irregular.

Examen endoscópico: vejiga sin particularidades; capacidad de 250 c.c.; mucosa de aspecto normal, meatos ureterales de forma aspecto y posición normales.

Cromocistoscopia: Se inicia la eliminación del indigocarmín por el meato ureteral derecho a los 2' y 30'', en cambio el izquierdo no elimina el colorante durante una observación de 15 minutos.

Operación (16 de setiembre de 1949): Anestesia raquídea alta (novocaína corbasil



Figura 1



Figura 2

2 c.c.). Transfusión gota a gota de sangre total. 500 c.c. Se practica lumbotomía anatómica con resección de la XII^a costilla: exteriorizado el riñón izquierdo con cierta dificultad por las múltiples adherencias se procede a la nefrectomía con ligadura y sección del uréter lo más bajo que fué posible. Se cierra la pared por planos dejando Rubber-dam en la loge. La



Figura 3



Figura 4

evolución del postoperatorio se prolongó por trayecto fistuloso en la parte mediana de la cicatriz, siendo dado de alta el 21 de enero de 1950.

Al examen macroscópico el riñón extirpado de 9 cms. de largo, 4 cms. de ancho y 5 cms. de espesor era de aspecto atrófico, de superficie abollonada, que muestra algunas cicatrices retráctiles de posibles antiguos infartos, y algunas vesículas quísticas. La pelvis dilatada de unos 5 cms. de ancho, daba al tacto franca sensación de estar ocupada por una masa tumoral. Después de 15 días de fijada la pieza operatoria en solución de formol, procedí a seccionarla desde el borde hasta la pelvis inclusive, observándose, como puede verse en la figura

Nº 3, que la totalidad de la pelvis y los cálices están ocupados por una tumoración de aspecto papilar.

En la fotografía Nº 4, para la que previamente hemos levantado el tumor, se visualiza la cavidad piélica.

Examen histológico (gentileza del Dr. Miguel Conejos): Se observan numerosas papilas recubiertas por epitelio de transición muy atípico y con numerosas figuras de carioquinesis. Diagnóstico anatomopatológico: carcinoma papilífero. La Fig. 5 reproduce una microfotografía al pequeño aumento (50 diámetros), del tumor descrito.

Periódicamente hemos tenido oportunidad de observar al enfermo, cuyo estado general ha sido siempre muy bueno, pero que hemos debido tratarlo varias veces por un pequeño trayecto fistuloso superficial que debimos reseca y que finalmente cerró en forma definitiva con baños de sol y rayos ultravioleta. Hace pocos días lo hemos visto en perfecto estado y con 10 kilos de aumento de peso.



Figura 5



Figura 6

2ª Observación. — H. T., de 59 años, turco, casado, comerciante, domiciliado en la localidad de Yerba Buena, Dto. de Tafi, Pcia. de Tucumán.

Antecedentes familiares: Padre fallecido a los 51 años durante un combate en la guerra europea de 1914/18. Madre vive sana. Han sido 5 hermanos uno de los cuales murió como el padre herido en combate durante la misma guerra; los otros viven sanos.

Antecedentes personales: Viruela a los 2 años. Erisipela en 1927. En Setiembre de 1945, en circunstancias que cosechaba naranjas trepado a una escalera, ésta se rompió y al caer sufrió un fuerte trauma en cadera y región lumbar del lado derecho, con gran equimosis pero sin hematuria. Con motivo del traumatismo referido hubo de guardar cama durante 20 días e imposibilitado para el trabajo durante 6 meses. Neumonía en 1949. Fumador y bebedor moderado. Casado con mujer sana con la que ha tenido 11 hijos (la menor de 13 meses), todos vivos y sanos.

Antecedentes de la enfermedad actual: En marzo de 1950, acusó dolor intenso en flanco derecho e hipogastrio, de un día de duración. A los tres meses se repite el episodio doloroso que cedió con inyección analgésica. Hace tres meses hematuria discreta sin dolor, hematuria que se repitió cada ocho o diez días cada vez con mayor intensidad, pero siempre sin sintomatología subjetiva. Acusa pérdida de 15 kilos de peso en el término de un año.

Estado actual: El 5 de mayo del año en curso, el enfermo solicitó por primera vez mi asistencia en su domicilio, por retención completa de orina. Gran globo vesical. Uretra permeable. Al evacuar la vejiga se extrajeron gran cantidad de coágulos mediante grandes lavados con sonda metálica y aspiración. A la palpación abdominal se constata tumoración en flanco derecho, que excursiona y pelotea.

Examen cistoscópico: cuello normal; mucosa de aspecto normal; a la observación del meato nureteral derecho se constata que de este mana sangre como babeando sin movimientos eyaculatorios; el uréter izquierdo eyacula orina con movimientos de ritmo acelerado.

Exploración radiográfica: En las radiografías que se le practicaron el 25 de julio de 1950, por indicación del colega que lo asistió con motivo de las crisis dolorosas referidas en los antecedentes, en la directa se observa la silueta renal izquierda agrandada, no se visualiza la del riñón derecho; en los urogramas de excreción tomados a los 5', 15' y 30', eliminación de orina opaca en forma normal en lado izquierdo, visualizándose sin alteraciones las imágenes de cálices, pelvis y uréter; ausencia de eliminación de orina opaca en lado derecho.

El 12 de mayo ppdo. repetimos el estudio radiográfico, practicándose urogramas de excreción a los 5', 15', 30', y 45', con resultado idéntico anterior. En la pielografía por relleno, que practicamos instilando por el cateter colocado en uréter derecho, 50 c.c. de solución de yoduro de sodio al 15 %, se observa (fig. 6), que a la altura de la 5ª lumbar, la porción



Figura 7



Figura 8

superior del uréter derecho, describe una curva en gran arco de concavidad inferoexterna y su extremo se continúa con la imagen del cono ureteropielico dirigido oblicuamente hacia arriba y adentro, con imágenes lacunares y el contorno superior irregular, como deflecado; en la parte superior de la misma pielografía a la altura de la XIIª costilla, se aprecia una gran cavidad con relleno opaco irregularmente redondeado.

Exámenes de Laboratorio: Recuento globulos (7-V-951): rojos 4.380.000, blancos, 8.100; fórmula: N° 78 %, E. 2 %, L. 17 % M. 3 %; valor globular: 0.90 (20-V-951), rojos: 4.010.000; blancos: 8.500; hemoglobina: 70 %; valor glob. 0.87; fórmula: N. 64 % E. 3 %, L. 25 % M. 8 %, gránulos gruesos en neutrófilos. Eritrosedimentación: 1ª h. 28mm., 2ª h. 58 mm. (7-V-951); Orina: normal fuera de la presencia de sangre; Uremia: 0.51 % (17-V-951 y 0.41 % (21-V-951).

Operación: (28-V-951). Cirujano, Dr. O. A. Fonio; 1er. ayud. Dr. R. Maldonado; Anestésista, Dr. E. E. Fonio; transfusor, Dr. C. Guerra. Anestesia general con ciclopropane. Se practica lumbotomía por el método clasico. Se exterioriza el riñón con dificultad por su volumen; se practica nefrectomía; el uréter se secciona previa ligadura y luego se extirpa la mayor parte que fué posible del uréter. Se procede al cierre de la pared por planos, dejando drenaje de celofán. El riñón extirpado medía 15 cms. de largo, 7 cms. de ancho y 6 cms. de grueso.

El postoperatorio fué normal, siendo dado de alta de su internación del Sanatorio a los 15 días de la operación. A los 45 días de la intervención había aumentado seis kilos de peso.

Examen de la pieza operatoria: Después del tiempo prudencial de fijación en solución de formol, practiqué la hemisección del riñón en el sentido de borde, comprobando la existencia de una hematonefrosis; eliminados los coágulos por abundante lavado, se constató gran

dilatación de pelvis y cálices y en el cono pieloureteral la presencia de una tumoración papilomatosa en forma de cono irregular de 3 x 4 cms., que prácticamente ocluía la salida ureteral (fotografía N° 7).

En la fotografía N° 8, se puede apreciar el tumor a mayor aumento.

El fragmento de uréter extirpado no presentaba anormalidades.

Examen histopatológico: (Gentileza del Dr. Miguel Conejos). Al examen microscópico, se observan numerosas formaciones papilares, constituidas por epitelio de transición (cúbico poliestratificado), como se ve en la microfotografía N° 9, atípicas (Microfotografía N° 10, en la que a gran aumento con objetivo de inmersión se puede ver en el centro una mitosis tripolar).

Diagnóstico anatomopatológico: Carcinoma papilífero.

El 24 de Setiembre ppdo. nuestro enfermo concurrió a mi consultorio privado, por intensos dolores en región sacroiliaca derecha, con irradiaciones a región inguinal y muslo del



Figura 9



Figura 10

mismo lado. Pensando en la posibilidad de una metástasis, solicitamos radiografía de columna lumbo sacra, no observándose imágenes sospechosas, en cambio se constata una escoliosis lateral derecha, vértebras grandes con deformación en diábolo y tendencia a la espondilosis; proceso de hiperostosis en todas las articulaciones interapofisiarias, en especial entre la 1^a, 4^a y 5^a lumbares del lado derecho, por lo que derivamos el tratamiento a cargo de un distinguido traumatólogo, que le practica inyecciones epidurales. Hace pocos días hemos tenido oportunidad de ver nuevamente al enfermo que aunque algo mejorado de su sintomatología dolorosa, se encuentra inapetente y ha perdido de peso varios kilos. Hemos practicado nuevamente cistoscopia, sin constatar ninguna anormalidad en la vejiga.

COMENTARIOS

Con la presente comunicación, hemos agregado dos casos que creemos interesantes, de tumores papilares de pelvis renal, a las aportaciones de Ercole (1941), Vilar y Arrúes (1945), Iacapraro-Granara Costa-Aimó (1946), Comotto y Fernández Luna (1946), García y Casal (1947), y las recientemente publicadas en el N° 1-4 de la Revista Argentina de Urología, por Trabucco y Comotto ("Epitelioma de la pelvis renal"), Rubí, Grimaldi y Eraso ("Epitelioma de la pelvis renal") y Ercole ("La nefro-ureterectomía total

en el tratamiento de los tumores papilares de la pelvis renal"), enriqueciendo así un poco más la bibliografía nacional sobre el tema.

No es nuestro propósito considerar el temperamento a adoptar en el tratamiento de los tumores papilares de pelvis renal (Nefro-ureterectomía total o parcial), ya que nuestra limitada experiencia al respecto, no nos autoriza a emitir opinión personal. Sólo diremos que por lo menos el primero de los casos por nosotros tratados, a dos años de la intervención subtotal, en perfectas condiciones del estado general y sin el menorsigno de injertos en el uréter residual, ni en la vejiga, permite concluir que ha sido suficiente la nefro-ureterectomía parcial.