

Hosp. Alvear. Servicio de Urología
Jefe: Prof. Dr. Armando Trabucco.

HEMANGIOMA RENAL

Por el Dr. PEDRO TORRES POSSE

Se trata de una paciente de 32 años, casada, argentina, empleada.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Sarampión a los 5 años, varicela, a los 11 coqueluche, menarquia a los 13 años, con ritmo 30-3. Casada a los 30, esposo sano, hija sana.

Enfermedad actual: Comienza desde hace más de un año con hematurias espontáneas, indoloras, que aumentan con los movimientos. Estas llegaron por su frecuencia a producirle un cuadro de anemia, de la que fué tratada en forma intensa sin haber conseguido gran mejoría. En estas condiciones me es enviada a consulta. Constatóse orinas con franca hematuria macroscópica. Le practiqué de inmediato una cistoscopia, constatándosele mucosa de caracteres normales, uréteres en 4 y 8 horas con eyaculaciones de ritmo y proyección normal, francamente hematóricas del lado derecho.

Punto, costo muscular derecho sensible, se palpa riñón derecho en las inspiraciones. El peloteo de la glándula, doloroso.

Aparato respiratorio: Sonoridad pulmonar conservada, buena excursión de ambas bases, murmullo vesicular normal. No se auscultan ruidos agregados.

Aparato circulatorio: Pulso regular, igual, rítmico. Frecuencia de 78 por minuto y tensión Mx. 14, Mn. 8. Reflejos normales.

Exámenes complementarios: Orina, densidad 1018, ácida. Albúmina, vestigios. Sedimento, abundantes hemáties. Urea, 0.25. Glucemia, 1.20. Recuento: rojos 2.900.000, blancos 6.200. Fórmula normal, rojos anisocromía central, anisocitosis, algunos microcitos.

Radiografía simple: No se constatan sombras de densidad cálcica. Urograma, a los 5', 15' y 45' buena eliminación y franca conformación de cálices y pelvis izquierda, no visualizándose el cáliz inferior derecho, cuyo polo se encuentra ligeramente aumentado con relación al izquierdo.

Habiendo constatado la hematuria del lado derecho, decidí efectuarle una pielografía ascendente que ratificó la amputación del cáliz inferior. En estas condiciones y con diagnóstico de tumor renal, se decide la intervención, previa transfusión.

Se opera el 2 de abril de 1954. Anestesia, gases.

Incisión de Israel, liberación de la glándula, en la cual se constata al tacto una zona de mayor consistencia del tamaño de una nuez, localizada en polo inferior, por lo cual se decide practicar una nefrectomía típica.

Drenaje: cofferdán, cierre de músculos en tres planos y piel.

Postoperatorio: excelente, transfusiones y antibióticos.

Informe anatómopatológico, por el doctor César Lascano González, que transcribo:

Examen macroscópico: La pieza quirúrgica que se estudia corresponde a una nefrectomía, es un riñón relativamente pequeño que no mide más que nueve centímetros de largo, conservando su forma sin alteraciones apreciables, el color es un pardo rosado claro y la consistencia normal; la cápsula es lisa y desprende con facilidad.

Cuando se hace una sección longitudinal por el plano de simetría se encuentra un parénquima pálido cuyas substancias cortical y medular conservan sus proporciones y llama la atención la presencia de una zona hemorrágica en relación con pelvis y las papilas.

Visto en secciones el foco presenta una forma ovalada de unos 2 centímetros de diámetro máximo y se puede comprobar que se trata de una formación esponjosa cuya naturaleza angiomatosa puede reconocerse a simple vista. En el resto del órgano y tejido perirrenal no se observan caracteres patológicos.

Examen microscópico: Para el estudio histológico se incluyen en parafina porciones de diferentes zonas del riñón comprendiendo todo el foco hemorrágico y sus vecindades, haciendo luego cortes que se coloran con hemalumbre de Mayer y eosina.

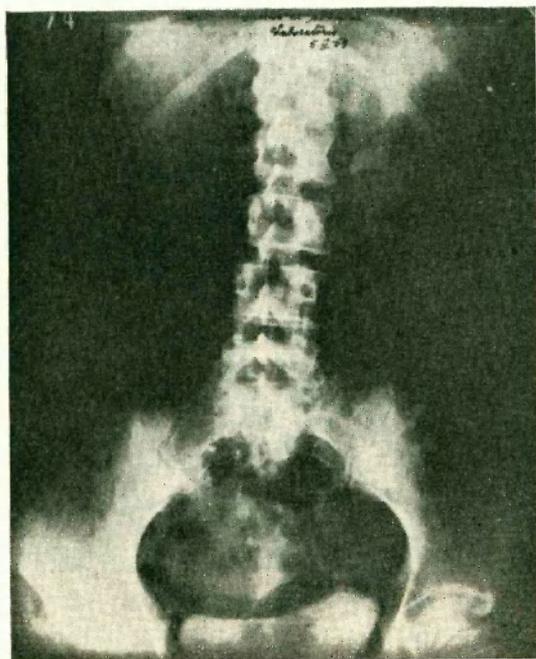


Figura 1

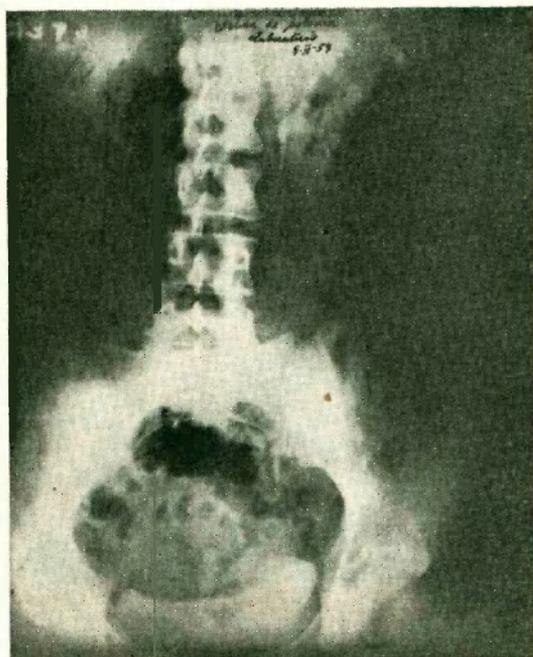


Figura 2

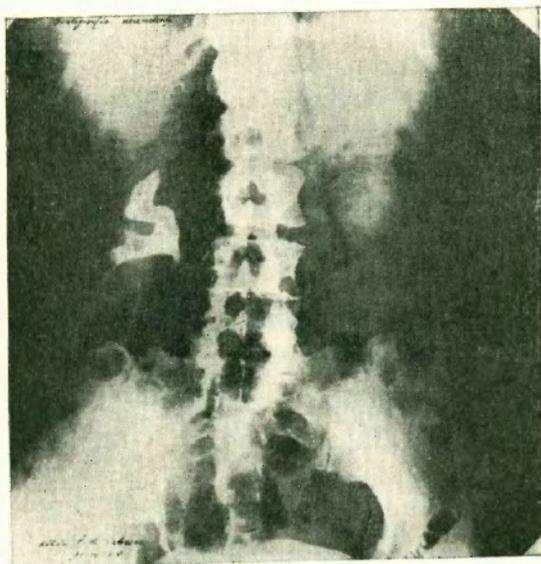
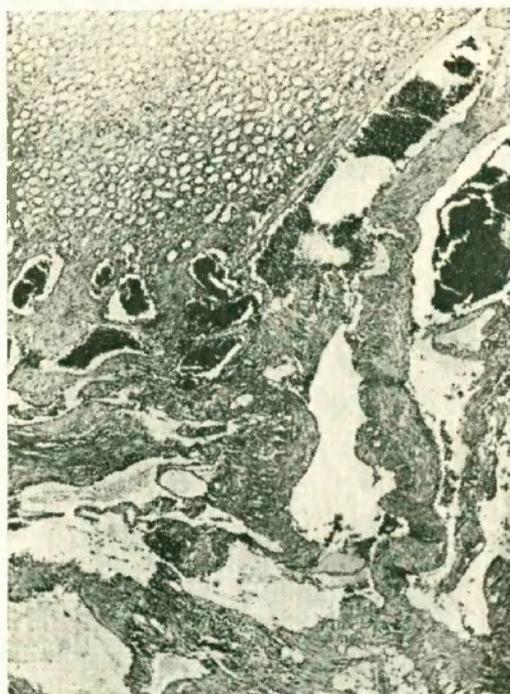


Figura 3



Campo que muestra parte de una papila continuándose con la formación angiomasica que presenta vasos de diferentes tamaños y varios ocupados por sangre. Coloración: Hemalumbre eosina. Zeiss. obj. aa (sin ocular), aumento 41x.

En las zonas alejadas de la lesión, la estructura del parénquima renal está conservada, sus glomérulos y tubos son normales; la cápsula también es normal y lo mismo puede decirse del tejido perirrenal.

Cuando se examina los preparados correspondientes a la parte hemorrágica, se comprueba que la gran cantidad de sangre observada no forma en realidad un foco hemorrágico, sino que se trata de un proceso neofornativo vascular con cavidades de diferentes tamaños y estructuras desde la capilar hasta los verdaderos quistes hemáticos con pared endotelial reforzada por tejido conjuntivo fibroso.

Estos caracteres corresponden a un tumor vascular sanguíneo (hemangioma) cuya ubicación en la pelvis y en relación con las papilas de la sustancia medular ha determinado la producción de hematurias cuya intensidad habrá variado de acuerdo con las circunstancias agregadas.

Diagnóstico: Hemangioma predominantemente cavernoso del riñón sin caracteres histológicos atípicos.

CONSIDERACIONES

Es escaso el número de casos presentados desde que esta identidad fuera descubierta por Virchow, en necropsias. Hasta el momento actual sólo he podido comprobar, en nuestro país, los trabajos del doctor Maráini B. 1932; de los doctores Alejandro Cevallos y Armando Trabucco en el año 1936, de M. Cid y R. Ercole (1939) el de Bernardi en el 46, y el último de Gorodner y Provere en el año 1950. En la literatura mundial he podido catalogar 77 casos en total hasta el momento actual.

El hecho de tratarse de una localización de poca frecuencia, en riñón, justifica la presentación de este caso.

No hay signos que por su especificidad puedan hacer llegar al diagnóstico. El único constatante es la hemorragia, perirrenal solamente en el caso de Cid y Ercole en forma de hematuria. Por su intensidad, esto obliga al tratamiento radical, cuya pieza revela esta afección tan poco común en su localización renal.