

## CORIONCARCINOMA DE CAPSULA PROPIA DEL RIÑÓN

Por el Dr. RAUL E. SANDRO

Dos propósitos primordiales me guían al hacer esta comunicación: por un lado, el relato de esta interesante y rara variedad dentro de los tumores de la cápsula propia del riñón y subsidiariamente el de proponer la ubicación de los mismos dentro de los tumores del riñón.

Una enferma de la clientela privada Sra. X X., de 27 años de edad, presenta el 20 de Noviembre ppdo. pérdidas sanguíneas vaginales con coágulos, con intervalos de 8 días. Consultado un facultativo y como el deseo de dicha enferma era el de concebir un embarazo, éste le propone una insuflación de trompas con el fin de establecer su permeabilidad. Consecuentemente presentó un proceso inflamatorio de sus genitales con temperatura a picos; alarmada por ello recurrió de nuevo a consulta de otro facultativo quién indicó un tratamiento antiinfeccioso que le hicieron desaparecer la temperatura y también, hacia fines del mes de Diciembre, las pérdidas sanguíneas. A los 28 días de ello, presentó de improviso un dolor muy agudo en la fosa ilíaca derecha que siguió exacerbándose y a las 2 horas del mismo aparecieron nuevamente pérdidas sanguíneas vaginales. Se le diagnosticó embarazo tubario y se decidió la intervención. El informe de anatomía patológica da como diagnóstico de esta operación embarazo ectópico tubario-Ovario con gran cuerpo lúteo. Quiste paraovárico. Histológicamente la trompa uterina se halla ampliamente dilatada y sus paredes adelgazadas, se encuentran surcadas por numerosos capilares sanguíneos.

En una amplia zona se observa que los pliegues mucosos desaparecen y que la luz se halla totalmente ocupada por coágulos sanguíneos y restos necrobióticos entre los cuales se pueden reconocer dificultosamente algunas vellosidades coriales. El ovario presenta un cuerpo amarillo de gran tamaño y en relación con él se observa una formación quística tapizada por una hilera de células cúbicas. Informe del Dr. Moisés Polak N° 156.147.121.347. Ficha 4-III-54. A los 10 días de ser intervenida es dada de alta y como continuaba aún con pérdidas sanguíneas vaginales se le indicó un raspado uterino que fué negativo.

Es muy importante hacer notar por la relación que este hecho tendrá posteriormente, que a los 4 días de esta última intervención presentó súbitamente una sensación de hormigueo en el dedo pulgar izquierdo, detalle al que no se le dió importancia aunque volvió el mismo síntoma a hacerse presente al día siguiente, un poco más intenso para desaparecer a las pocas horas. Las calamidades parecieron no estar dispuestas a abandonar a esta enferma ya que casi inmediatamente y precedido de unos días de sensación de molestias dolorosas en la base del hemitórax derecho presenta súbitamente un dolor lancinante en la región lumbar derecha irradiado hacia el hipocóndrio y flanco del mismo lado. Pulso 80, tensión 135 y 90, afebril. La enferma internada es vista por varios facultativos entre ellos por el que habla y se comprueba el siguiente estado actual. A la palpación, la fosa lumbar derecha es depresible y no dolorosa por delante a dos traveses de dedo del reborde costal y hasta las inmediaciones de la línea media se palpa una tumoración redondeada bien delimitada, de superficie lisa y uniforme y regular en su contorno del tamaño de una cabeza de feto no dolorosa, mate a la percusión. A la palpación bimanual —de Guyon— se puede percibir aunque dificultosamente cierto contacto lumbar y se hace presente el signo del peloteo del mismo. La enferma no presenta ningún trastorno, urinario. Sus exámenes de laboratorio son los siguientes: Azohemia 0.40. Glucemia 1.04. Eritrosedimentación: 1ª hora 80 m. m., 2ª hora 110 m. m. Índice de Katz 67.5. Rojos 3.500.000. Blancos 9.000.

Se dispone realizar radiografías simples y urogramas excretorios, radiografías de intestino por ingestión y por enema y posteriormente enfisema peri-renal cuyos resultados son los siguientes:

*Examen radiográfico:* En la radiografía directa aparece como si el riñón estuviese aumentado de tamaño. No se perciben sombras sospechosas de litiasis. Se hace aparente un borramiento del psoas del lado derecho.

El urograma excretorio muestra eliminación de sustancias de contraste en ambos riñones a los 5 minutos. En el lado derecho se puede observar que, aunque con integridad anatómica pielocalicial, la pelvis y calices se hallan orientados de modo de tomar una posición horizontal. El urograma excretorio a los 15 minutos simultáneamente con la radiografía de colon por enema hace parecer más nítidos los caracteres anteriormente señalados, además observamos que el uréter derecho se encuentra desplazado hacia la línea de las apófisis

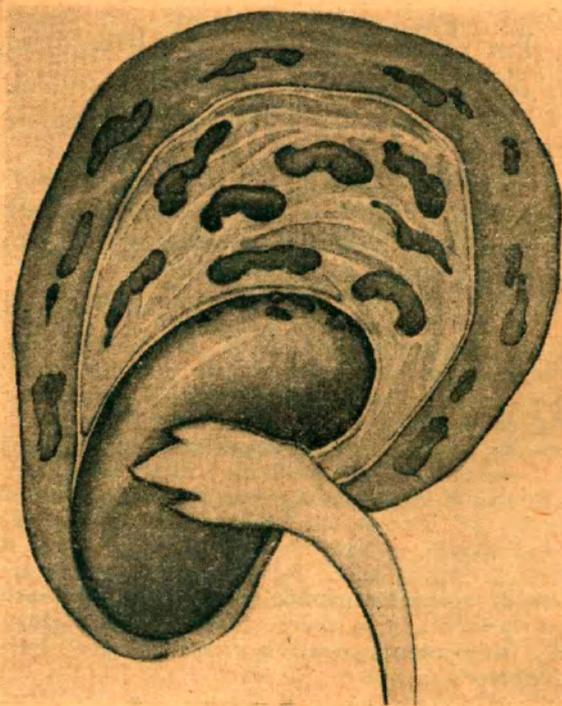


Figura 1  
Esquema mostrando la relación del tumor con el riñón.

espinosas, tal como es dable observar en algunos tumores renales. El colon transverso y el angulo hepático del mismo se encuentran descendidos y rechazados hacia la izquierda.

El enfisema perirenal que se intentó no se logró realizar debido a que la enferma presentó una marcada lipotimia en los primeros centímetros de gas.

Con el diagnóstico de tumoración retroperitoneal se indica la operación que se realiza el día 28 de Julio de 1954. Anestesia general por ciclopropane. Incisión lumbar de Guyon amplia. Incisión de los planos musculares sin dificultad, resección de la duodécima costilla. Llegando a la atmósfera peri-renal vemos que la misma ha desaparecido a ese nivel dejándonos ver más bien por transparencia, una gran tumoración de aspecto violáceo. Es con dificultad que podemos llegar a un plano de clivaje que nos permite contornear el riñón en su polo inferior, no así en el superior donde nos encontramos con un gran proceso tumoral que lo recubre; ante la imposibilidad de poderlo extraer íntegro por su gran tamaño se le incinde dando abundante cantidad de coágulos negruzcos y restos nectobióticos. La pared de esta tumoración perfectamente encapsulada con un espesor de 3 ó 4 ctms., es de coloración violácea y de aspecto placentoides. Ya drenada esta masa tumoral me fué fácil llegar al pedículo renal y hacer una ligadura aislada de uréter y pedículo vascular. Cierre de la pared pos planos dejando dos amplios tubos de drenaje en la loge renal. Post operatorio normal.

El examen histopatológico realizado por el Dr. Amadeo Marano produce el siguiente informe:

*Técnica histológica:* Se hizo un estudio completo de la pieza remitida, obteniéndose material de las zonas capsulares, del material aislado y del tejido que fué remitido en un tubo de ensayo.

*Estudio macroscópico:* Riñón ligeramente aumentado de tamaño, mostrando por su cara externa la presencia de tres pequeñas zonas hemorrágicas del tamaño de un poroto, rodeadas de parénquima renal de color rojo-vinoso. Al corte del riñón se observa la cortical y la medular con sus relaciones normales. En su parte superior se observa un nódulo del tamaño de un grano de arroz de color blanco grisáceo y que corresponde a un Fibroma cortical. La cápsula se halla desprendida y se presenta de color rojo azulado por la presencia de espacios cavernosos. Al corte se observan tabiques blanquecinos de naturaleza fibrosa que delimitan espacios vasculares, zonas adiposas de color rojo por inhibición hemorrágica.

*Examen microscópico:* Se hicieron secciones de distintas zonas obteniéndose material que muestran numerosos elementos vasculares, con grandes espacios sanguíneos, rodeados de



Fig. 2. — Colon por enema.



Fig. 3. — Sonda opaca y urograma colon enema opaco.

zonas hemorrágicas, en medio de numerosas células llamativas de citoplasma claro, con una disposición de tendencia vellosa; alternando con masas de aspecto sincicial multinucleadas.

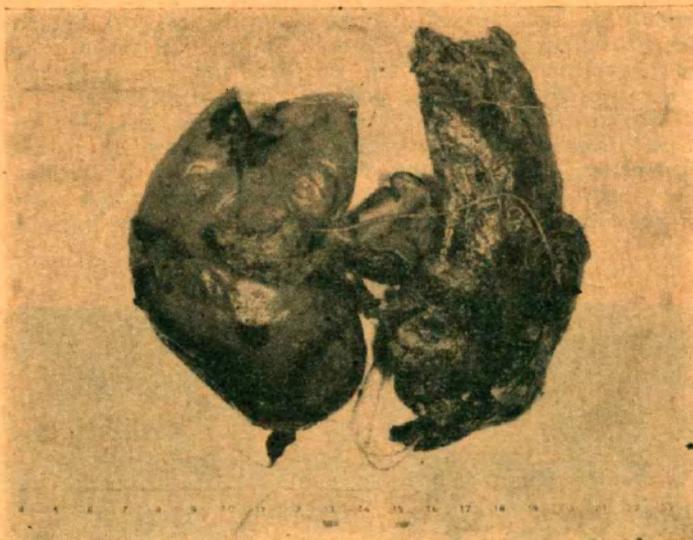
En las zonas celulares, el aspecto descripto anteriormente se repite con moderadas modificaciones: alternando estas zonas con otras de grandes hemorragias. Los caracteres nucleares y citoplasmáticos de las células muestran que las masas o conglomerados de células de Langhans se presentan con ATIPIAS marcadas; predominando estas células sobre los plasmoidios o masas plasmoidiales.

Estos elementos celulares, alternan con zonas necrosadas por la acción histolítica, angioclástica, y anticoagulante acompañados de zonas de destrucción extensa, hemorragias y necrobiosis; y en escasas áreas muestran formaciones vellosas, con proliferación exagerada del epitelio corional con agrupaciones de células claras de Langhans.

Histopatológicamente se trata de una localización metastásica en cápsula renal de un *corion carcinoma* con los caracteres de malignidad tumoral conformados por: a) ausencia de vellosidades corionales, sobre todo jóvenes, bien conservadas, b) proliferaciones exageradas de epitelio corional con conglomerados de células de Langhans y masas plasmoidiales.

A los 8 días del acto quirúrgico presenta, precedido por una sensación de hormigueo en el dedo pulgar izquierdo que le recordaba el mismo episodio anterior al decir de la

enferma, una serie de convulsiones clónicas a nivel del miembro superior izquierdo y en la cara. Requerida la opinión del neurólogo Dr. Insausti, hace diagnóstico de una típica manifestación comicial Jacksoniana. Se le indica electroencefalografía y arteriografía que confirma



Fotografía N° 1: Corresponde al aspecto macroscópico del riñón y al lado 'el mismo la correspondiente al tumor.

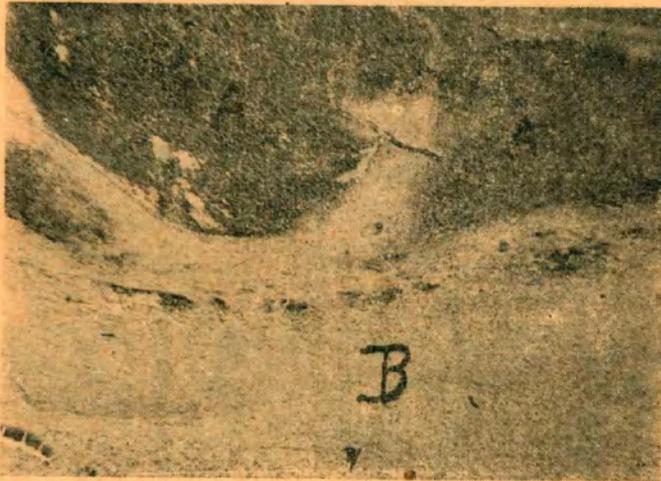
el diagnóstico de un tumor cerebral situado en la zona parietal derecha. Es intervenida hábilmente por el neurocirujano Dr. Matera quién extirpa un tumor cerebral de lóbulo parietal, redondeado, irregular, de unos 7 cms. en su eje mayor y cuyo histopatológico macro



Fotografía N° 2: Corresponde a una sección transversal del tumor hemorrágico con zonas grisáceas con un espesor de 3 cms. con superficies lisas y de aspecto placentario.

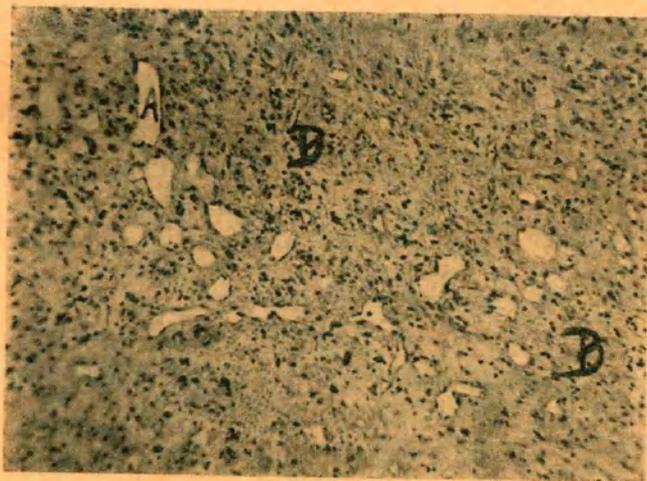
y microscópico realizado por el Dr. Prado confirma tratarse de un coriocarcinoma metastásico, cuya microfotografía adjuntamos en el trabajo. Post operatorio sin incidentes siendo dada de alta a los 8 días.

En el momento de este relato se encuentra en una recuperación funcional del miembro superior, aunque ahora aparecen algunos trastornos pul-



Microfotografía N° 3: a) Grandes zonas hemorrágicas, con vasos, capilares y b) zonas de histólisis.

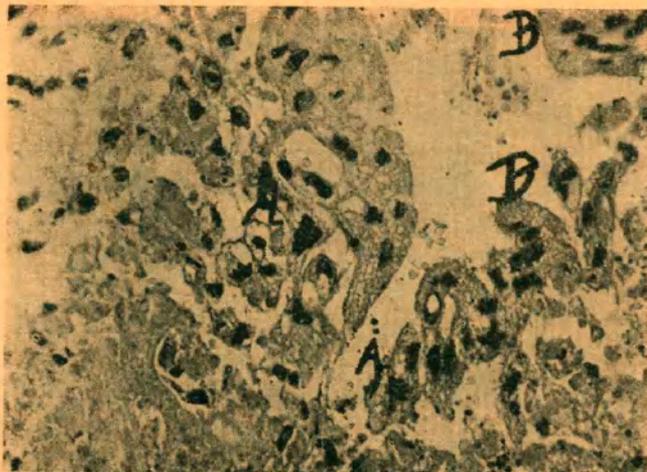
monares, expectoración hemóptica, etc., que como Uds. podrán suponer nos hacen aceptar que su "vía crucis" no ha terminado aún.



Microfotografías N° 4: a) Capilares en medio de zonas celulares formadas por b) células de citoplasma claro, con las características de las células de Langhans.

Este largo relato de sus padecimientos y su analogía patogénica nos hacen —a priori— admitir en esta rapidez cronológica de los hechos, una sola unidad etiológica en marcha, y ella es el corioncarcinoma.

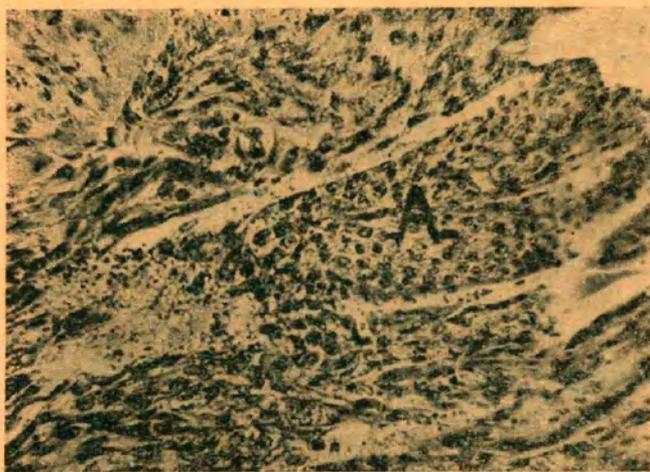
Es verosímil admitir aunque el resultado de la biopsia de los productos del raspado fué negativo, el tumor originario ha estado situado en el útero.



Microfotografía N° 5: a) Grandes masas celulares, claras con núcleos atípicos y plasmodios (b).

punto de partida de las embolizaciones posteriores, trompa uterina, cápsula renal, cerebro, pulmón y . . .

Ya William Boyd hace notar que, a veces, el tumor es tan pequeño que permanece oculto y su estructura puede ser oscurecida por la hemorragia, pu-



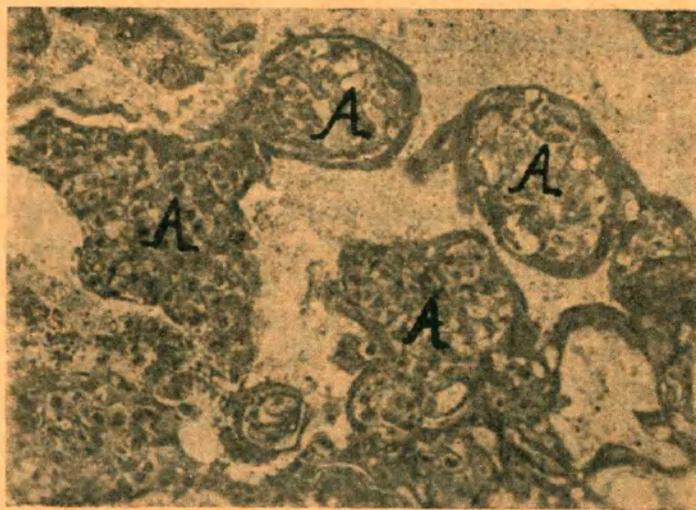
Microfotografía N° 6: a) Formaciones vellosas con proliferación exagerada de las células corionales. Son esbozo de estroma central.

diendo hasta pasar desaparcibido. El tumor primitivo puede tener algunos milímetros no así los secundarios que a veces forman grandes tumores.

Retenemos para nuestra exposición el tumor de cápsula renal que es el que corresponde al tema de la comunicación.

Los tumores de la cápsula fibrosa, ya de antiguo descriptos, pertenecen a un grupo de tumores cuya rareza es evidente y ella es más, si se piensa que además de su difícil diagnóstico, nos encontramos al hacer su estadística, con la anarquía más manifiesta. Es así cómo a veces la bibliografía los engloba en unos casos en tumores pararenales —otros perinefríticos— otros retroperitoneales y otros, por fin, en tumores de la cápsula renal y dentro de estos últimos distinguen los de la cápsula adiposa y los de la cápsula fibrosa.

Parece ser, dice Arthur C. Allen que los tejidos que rodean al riñón tienen mayor tendencia al desarrollo de neoplasias que otros tejidos viscerales, con la posible excepción de los del pulmón. Y es así que, como los tejidos perirenales que están constituidos en condiciones normales por elementos adiposos, fibrosos, vasculares, musculares y nerviosos reproducen los tumores corres-



Microfotografía N° 7: a) masas vellosas en localización cerebral, mostrando un franco carácter de vellosidades con proliferación atípicas de las células corionales.

pondientes a dichos tejidos a saber-lipomas-fibromas-mixomas-angiomas-linfangiosmas y tumores mixtos como angioliipomas-fibriliipomas-mixoliipomas y sus correspondientes sarcomas.

Contribuye más a esta confusión, dicen Monserrat y Saleras citando en su interesante trabajo "Tumor maligno de la cápsula renal", la definición de Lecene en su relato al Congreso Francés de Cirugía en el año 1919 donde dice: "Bajo el nombre de tumor paranefrítico es necesario describir las neoplasias retroperitoneales que presentan con el riñón —por otra parte intacto— relaciones anatómicas íntimas, y que parecen desarrollados a expensas sea de la cápsula fibrosa, sea de las envolturas célula adiposas del riñón".

Esbozado así suscintamente el problema, y teniendo en cuenta que la gran mayoría de los autores al desarrollar el tema tumor de riñón desisten sistemáticamente de describir los tumores de la cápsula renal, y teniendo en cuenta que la misma —la cápsula— forma parte del órgano sino en la parte secretora o excretora, aunque en ocasiones la influenciaría, el describir los tumores del riñón, subdividirlo en tumores del parénquima y en tumores de la cápsula. Ello redundaría en un mayor beneficio para el estudio estadístico y

bibliográfico además de contribuir al mejor conocimiento clínico, diagnóstico y terapéutico de estos procesos.

Esto que parecería en principio no tener una importancia capital, la tiene y mucha cuando pensamos que en la mayor parte de comunicaciones, tertias de Congreŝos y estadísticas, excluyen casi siempre de tratar estos tumores, que por no tener hasta el presente una denominación ajustada a su situación, gozan el privilegio de que se los ignore en las descripciones.

Pasamos a la descripción del corioncarcinoma de la cápsula fibrosa del riñón, y para ello será necesario que fijemos algunos conceptos sobre este extraordinario tumor.

El corioncarcinoma, según los estudios bibliográficos fué primeramente descrito por Netze en el año 1872 y comunicado a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Leipzig por Sanger. Posteriormente Gottschalk supuso el origen fetal y no materno.

Ha sido objeto de múltiples estudios tanto que en la Fundación Albert Mathew, y actualmente en nuestra Facultad de Medicina, existen para él centros de investigación.

"Es un tumor de implante que regala el hijo a la madre" (Chevalier). Esta afección es consecutiva a una mola, parto normal, o gesticación ectópica.

Dice Dietrich que la frecuencia de los coriocarcinomas consecutivos a un embarazo tubario podrían ser mucho mayor si muchos embarazos ectópicos fueran estudiados histológicamente, pues ya demostrarían tratarse de corioncarcinomas iniciales.

Ha sido Robert Mayer el que incluyó al corioncarcinoma dentro de los tumores con diagnóstico hormonal.

No he hallado hasta el presente en las estadísticas buscadas y aún en la exhaustiva de Park y Lees que reunió 493 casos de la literatura universal una metástasis de este tipo. Por ello creo se trataría éste del primer caso.

Park y Lees citado por Ahumada en el Cáncer Ginecológico, da el siguiente resumen: 493 casos de la literatura universal se comprobó a 295 la existencia de metástasis y de estos últimos 263 fallecieron y 32 curaron, encontrándose en los primeros los siguientes focos metastásicos:

Pulmón	158
Vagina	105
Cerebro	46
Hígado	43
Riñón	34
Pared uterina	28
Bazo	24
Intestino	24
Ligamento ancho	19
Ovario	16
Ganglios linfáticos	16
Pelvis (sin especificar)	15
Cuello del útero	11
Páncreas	5
Piel y tejido celular	4
Tiroides	4
Corazón	4

Trompa, suprarrenal, vejiga, gran epiplón, diafragma, médula ósea: 3 en cada una.

Médula espinal, pared abdominal, mama, mesenterio, mediastino, costilla, fémur: 1 cada una.

Debo anotar, desde ya, que me refiero al gestocorioncarcinoma llamado así por Klasten que sobreviene como consecuencia de un embarazo molar o no y no al corioncarcinoma terectomoso de Pick que puede hallarse tanto en el ovario como en el testículo y que se origina en gérmenes celulares disem-brioplásicos.

Se trata de una proliferación trofoblástica atípica desarrollada consecutivamente a un embarazo molar, o no y que presenta las propiedades histolíticas, angioclásticas y anticoagulantes del trofoblasto primitivo. Esto explica su fácil embolización ya que destruyendo las paredes de los vasos, penetra en los mismos y da origen a las más variadas y graves metástasis.

Ewing, clasifica a los corioepiteliomas en: El *corioncarcinoma* (el más común 70 y 80 %) grave. *Coricadenoma destruens* (o mola invasora y también maligna y el *sincicioma* más benigno, un raspado uterino puede curarlos. Se trataría esta de una endometritis sincicional.

El corioncarcinoma que puede desarrollarse en un 50 % de un embarazo molar y en un 50 % a expensas de un embarazo normal, es tanto más grave cuando deriva de un epitelio corial que no corresponde a un embarazo molar.

Clínicamente esta localización del tumor en la cápsula renal es de muy difícil diagnóstico. Debemos pensar en él cuando, en los casos en que evoluciona un corioncarcinoma primitivo o secundario, nos encontramos con una tumoración retroperitoneal que toma contacto lumbar con o sin manifestaciones renales clínicas o radiológicas: y digo pensar en él ya que es muy difícil llegar a un diagnóstico terminante, pues este podrá únicamente hacerse por exclusión o por síntomas negativos de tumor de parénquima renal. Habla en favor de tumor de cápsula, la tumoración renal que toma contacto lumbar, que puede dar la sensación de peloteo renal de Guyon, con síntomas como dije, renales negativos.

Nos acercará más al mismo el dosaje de la gonadotrofina en sueros para eliminar mejor el factor renal, según lo aconsejan Brindeau y Ginglais, que se mostrarán en gran aumento 50 a 60.000 unidades, y sobre todo su curva de eliminación.

Pero aún así iremos al abordaje quirúrgico del riñón sin un diagnóstico terminante.

En casos similares habrá por lo menos que pensar en esta variedad de tumor, ya que ello nos determinará la conducta quirúrgica a seguir y a la vía de acceso que de paso anotamos la lumbar como una de las mejores.

En cuanto a su histología patológica también estos tumores son de difícil diagnóstico, hay que ser minuciosos y muy expertos en la búsqueda para encontrar los 3 elementos básicos que lo confirman: grandes masas de células o conglomerados de células de Langhans, de citoplasma claro: masas plasmoidales de núcleo hiper cromático y células dispersas. Pero como expresáramos anteriormente es necesario la presencia de un anatómo patológico especializado y experimentado para el examen, a punto que han hecho decir a F. Hitschmann citado por Ahumada en su último libro Cáncer Ginecológico el diagnóstico microscópico del corionepitelioma maligno exige gran práctica y ex-

perencia por parte del investigador y mejor sería que fuera abandonado por los menos experimentados. Pero también el más experimentado encuentra casos en que la investigación microscópica deja inseguridad y dudas. "O. Frnankl (1937), por su parte, dice: "Aunque muchas veces llegué al diagnóstico correcto por el estudio microscópico del material obtenido por raspado, estoy muy lejos de afirmar la posibilidad de hacerlo con exactitud en todos los casos en base al examen histológico".

En la actualidad, sin embargo, gracias al empleo combinado y juicioso de las reacciones biológicas, el punto de vista sustentado otrora por Mengue de que en el caso de sospecha clínica fundada sin resultado histológico seguro a cargo de un patólogo experimentado, sería preferible sacrificar algún útero sano que dejar pasar en una observación prolongada la oportunidad más favorable para practicar la operación, ha perdido parte de su valor, ya que mediante el estudio combinado de los antecedentes clínicos y el resultado del examen ginecológico junto con el del estudio microscópico del material de raspado y de las reacciones biológicas es posible en gran mayoría de los casos ajustar el diagnóstico definitivo del caso clínico en cuestión.

Como tratamiento diremos que el único aconsejable es el quirúrgico y que el test de curación estará dado por el control periódico de las gonadotrofinas, ya que eliminado por histerectomía total el foco inicial y las metástasis secundarias al mantenerse la curva de la gonadotrofina nos indicarán que aún habrá que ir a buscar en alguna parte del organismo alguna metástasis oculta.

Y debemos agregar que pese a la gravedad de los corioncarcinomas es ésta una tumoración que tiene el privilegio de que algunas veces a pesar de estar en metástasis en distintos órganos regresa espontáneamente dando curaciones inesperadas, no se sabe si por vacunación del organismo, pérdida de la capacidad de crecimiento del tumor o por autodestrucción producidas por hemorragias extensas intratumorales y necrosis que destruirían al tejido maligno.

Para terminar diremos que me siento halagado de haber podido traer este caso para su discusión en el seno de esta Sociedad, entidad nosológica que si bien es cierto es rarísima, no dejará de hacernos pensar alguna vez en ello cuando la sintomatología del enfermo nos lleve a apreciar un caso análogo y además de darle a toda la variedad de los tumores de la cápsula renal, la jerarquía que les corresponde —estimo definitivamente— entre los tumores del riñón.

#### BIBLIOGRAFIA NACIONAL Y EXTRANJERA

- Ewing J. Neoplastic Diseases, 625, 1941.  
 Novak E. y Akkoff. Am. J. Obst. Gynec. 20: 153, 1933.  
 Novak E. Am. J. Obst. y Gynec. 59: 13155-1950.  
 Acosta Sisons H. Trans. of Inter and 4<sup>o</sup> am. Cong. Obst. Gyn. 507-1951.  
 Acosta Sisons H. Am. J. Obst. and Gynec. 58: 125, 1949.  
 Arendt J. Am. J. Of. R., 47: 591-1942.  
 Arthur C. Allen del Memorial Hospital. Enfermedades del riñón.  
 Simard-Amer J. Cáncer 1937-30-298.  
 Guiroy Molahidatiforme. Bol. Soc. Obst. y Gin. 1952.  
 Salleras y Monserat. Tumor maligno de la cápsula renal. Pág. 63, Rev. Arg. Urol. 1933.  
 Le Fur París, Chirurgical Bull. et Mem. de la Soc. des Chirurg. 1930.  
 Le Fur París, Chirurgical 1912.  
 Ahumada Juan Carlos. El Cáncer Ginecológico. 1954.  
 Miola y Mannello. Arch. Italiano di Urolog. 25: 1951/52.  
 Sammartino Rodolfo. Bol. Soc. Gin. y Obst. 1952.

- Legueu.* Trat. Méd. Quir. Vías urinarias.  
*Maisonet.* Pat. Quirúrgica.  
*Chevalier, Raúl.* Diag. clin. y evol. del corioncarcinoma. Bol. Soc. Gin. y Obst. .  
*Hueck, W. W. Bungeler.* Patología Morfológica, 1944.  
*William Boyd.* Trat. pat. Gral. y An. Pat. 1952.  
*Roussy, Le Roux y Oberling.* Précis d'An. Pat.  
*Thevenard.* Bull. et Mem. Soc. du Chir. de París, 1930.  
*Lino,* Arch. Ital. di Chirurg. 1928.  
*Finzi,* Minerva med. 1922.  
*Jura,* Policlin. Soc. Chir. 1923.  
*Dodson.* Urological Surgery, 1944.  
*Guiteras.* Urology 1911.  
*Kelly.* Diseases Of. The Kidneys, ur. and Blad. 1922.  
*Illyes Surgycal.* Urology 1942.  
*Wharton.* Gynecology Female Urology, 1943.  
*Winsbory, White.* Texbook of Genito Urin. Surgery, 1948.  
*Miola, Mannelli.* Su di un caso di corionepitelioma del rene. Archivo Italiano di Urología,  
T. 25, 1951/52.  
*Pestalozza.* Atti Soc. Itali. Ostet. Gin. Vol. XVIII, 1913.  
*Rondoni.* Il Cancro, Milano 1946.  
*Fornero.* Atti. Soc. Ital. Ostet. e Ginec. 1938.
-