

LIPOMA INTRARRENAL

Por los Dres. Prof. ALBERTO E. GARCIA, JOSE CASAL y
G. GONZALEZ MARTIN

Los lipomas intrarrenales propiamente dichos son tumores de una rareza extraordinaria, debiendo ser diferenciados de la lipomatosis secundaria, de los tumores lipomatosos o fibrolipomatosos de la cápsula renal y de los de la atmósfera de Gerota.

Más raros aún, son los lipomas intrarrenales que lleguen a provocar síntomas que obliguen la intervención del cirujano.

White y Cambridge, dicen que un lipoma del riñón, debe ser definido como un tumor aislado, circunscripto, encapsulado y los lipomas verdaderos se presentan en glándulas de tejido por lo demás normal.

En la revisión de la literatura hecha por Beadles y Urich, sólo encontraron dieciocho casos auténticos.

En cuanto a la nomenclatura, varía según los autores; son comunes las denominaciones de fibrolipoma, mixofibrolipoma, liposarcoma, etc. Se los considera en general como tumores mixtos.

Hunt y Simon dividen los tumores grasos en dos tipos:

- a) Perirrenales
 - b) Intrarrenales
- | | |
|---|---------------|
| } | corticales |
| | subcorticales |
| | peripélvicos |

El volumen puede variar entre el de un guisante y el de una cabeza de feto.

Su origen ofrece cierto interés por cuanto el riñón normal no contiene tejido adiposo y hay dos teorías que tratan de explicar su desarrollo; una de ellas lo atribuye a inclusiones embrionarias, mientras que otros autores creen que su crecimiento es debido a la metaplasia del tejido conjuntivo peritubular y perivascular.

Para considerar que un lipoma es verdaderamente intrarrenal, debe estar rodeada por la cápsula propia del riñón y no presentar plano de despegamiento entre la glándula y el blastoma.

Se presentan en la edad media de la vida y sobre todo llama la atención de que sean mucho más frecuentes en mujeres y es relativamente común que estén asociados a otros lipomas en el mismo organismo.

La sintomatología depende en gran parte del volumen de la tumoración; los de pequeño tamaño pasan inadvertidos y son hallazgos de autopsia como

el caso de Latienda. Los de gran volumen, pueden dar sintomatología por compresión o rechazamiento de las vísceras adyacentes, trastornos digestivos, sensación de peso lumbar, tumoración abdominal palpable.

Otras veces, como en el caso aquí descrito, la sintomatología es aguda debido a hemorragias intra o peritumorales. La hematuria es rara.

Desde el punto de vista urográfico muestran, cuando han adquirido suficiente volumen, la deformación de la silueta renal y los cambios pielográficos de los tumores de la glándula.

Beadles y Urich, llaman la atención sobre la gran transparencia radiológica de los lipomas y le atribuyen cierta importancia para el diagnóstico, que raramente puede hacerse antes del minucioso estudio histológico.

Las confusiones con carcinomas del riñón, quistes serosos y aún con neoformaciones retroperitoneales ajenas a la glándula, son la regla.

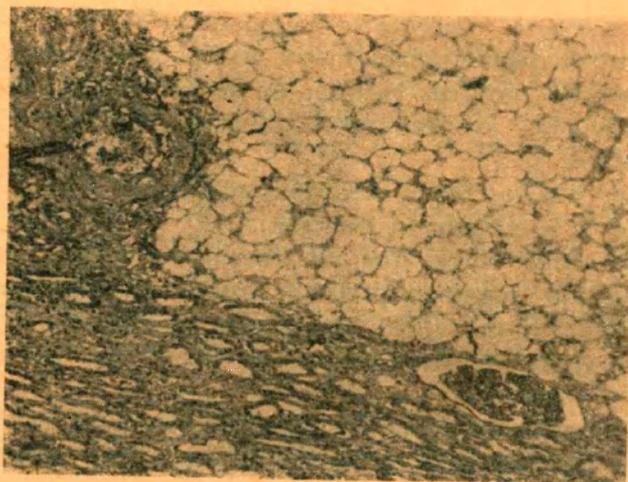


FIG. 1
Corte histológico mostrando tejido adiposo
adulto, y compresión del tejido glandular.

La anatomía patológica no ofrece ninguna particularidad en lo que se refiere a su estructura. En el examen microscópico se observa tejido adiposo adulto con un estroma fibroso, de ahí la denominación de fibrolipomas (fig. 1).

Suelen presentar zonas de hemorragia y pigmento hemático diseminado en el tumor.

Los cortes microscópicos hechos en tejido cercano al de la glándula, no permiten señalar cápsula entre el tumor y el tejido secretor (fig. 1 y 5) continuándose ambos en forma directa.

En el caso de sufrir la transformación sarcomatosa, se observa una mayor actividad mitótica, mayor afinidad nuclear por los colorantes y monstruosidades celulares.

El tratamiento es la nefrectomía cuando hay manifestaciones clínicas. En lo que al pronóstico se refiere, es benigno en los lipomas puros, aun cuando tienen cierta tendencia a recidivar "in situ"; pronóstico que se modifica en los liposarcomas, que sin embargo dan metástasis más tardías que en otros tipos de sarcoma.

El caso relatado por nosotros, cuya estructura histológica fué estudiada por el Prof. J. L. Monserrat, es un lipoma sin transformación maligna.

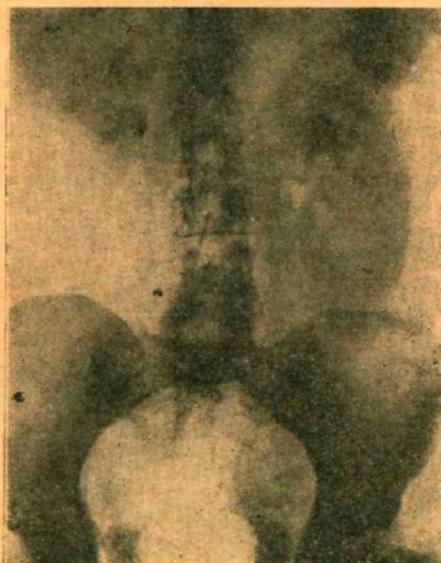


FIG. 2

Historia clínica. — N. N., 55 años, casada, argentina.

Diez días antes de su ingreso, estando en perfecta salud, presenta dolor agudo en hipocondrio y región lumbar izquierda, de gran intensidad y acompañado de un cuadro de colapso periférico.



FIG. 3



FIG. 4

Examinada por un facultativo, se hizo diagnóstico de hemorragia gastroduodenal, a pesar de la falta de hematocmesis y melenas. Con el tratamiento efectuado en ese momento, mejoró su cuadro agudo, sin desaparecer totalmente el dolor lumbar, y presentó temperatura subfebril.

El examen físico practicado una vez internada, pone en evidencia una enferma con buen estado general, subfebril, con piel y mucosas bien coloreadas. Como único dato positivo, se palpa una tumoración en flanco e hipocondrio izquierdos con franco contacto lumbar, poco doloroso, móvil, sin edema parietal y sin resistencia muscular.

El resto del examen físico es normal, así como el estudio del medio interno.

La urografía por excreción (fig. 2), señala un tumor que ocupa el polo inferior del riñón izquierdo, con rechazo del sistema pielocalicilar, hacia el polo superior.

Es intervenida con diagnóstico de carcinoma renal a través de una lumbotomía con resección de la XII costilla izquierda. Se cae en un hematoma perirrenal en vías de reabsorción, de contenido oscuro, riruposo, que separa el polo inferior de la glándula de la grasa perirrenal. Hay gruesos vasos venosos rodeando la tumoración, el polo superior del riñón es normal. El desprendimiento del tumor no ofrece ninguna dificultad, lo mismo que la ligadura del pedículo que no está comprendido en el hematoma.

Post-operatorio sin complicaciones.

El estudio de la pieza anatómica, muestra un tumor redondeado, rodeado de un hematoma en vías de organización que ocupa el polo inferior del riñón izquierdo, recubierto por

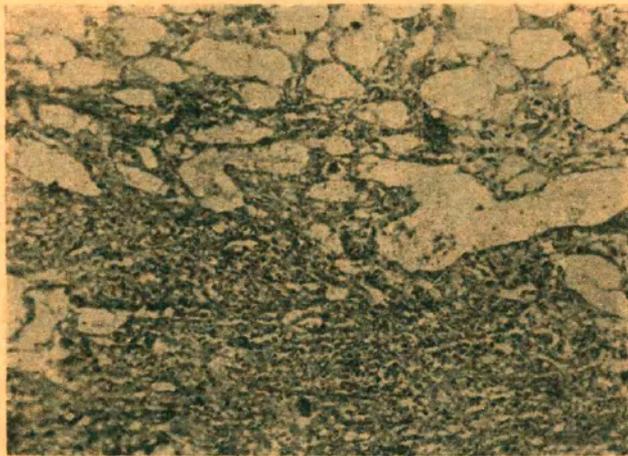


FIG. 5
Corte histológico con mayor aumento mostrando tejido adiposo adulto, sin caracteres malignos.

la cápsula renal como se puede observar nitidamente en las figs. 3 y 4. El resto del parénquima renal presenta en el examen macroscópico un aspecto absolutamente normal.

Microscópicamente (fig. 5), el tejido graso, de tipo adulto, se continúa sin solución con el parénquima del riñón que no presenta otras alteraciones que las de compresión por el tumor. En ninguno de los cortes microscópicos efectuados se puede ver un plano de separación neto entre el blastoma y el tejido glandular.

COMENTARIOS

La escasez de comunicaciones en la literatura médica tanto nacional como extranjera, de este tipo de tumores renales, nos induce a presentar este caso, como contribución a la casuística.

En la revisión de la literatura argentina a nuestro alcance sólo hemos podido encontrar dos casos de lipomas del riñón con caracteres semejantes al aquí descripto.

Son los casos de Latienda y Bengolea. El primero se trata de un lipoma renal encontrado en una necropsia, ubicado en el polo superior del riñón derecho, del diámetro de una moneda de cinco centavos. El caso de Bengolea correspondió a una mujer de 42 años, que desde un mes antes tenía dolores epigástricos. El examen de la enferma pone en evidencia un tumor renal dere-

cho y el examen histopatológico hecho por el Dr. Colillas encuentra en el tercio superior de la cara anterior de la pieza operatoria un blastoma sesil del tamaño de una naranja recubierto por una cápsula fibroelástica que corresponde a la del riñón. No presentaba ningún plano de separación con el parénquima renal.

RESUMEN

Se presenta un caso de lipoma intrarrenal, de sintomatología aguda, se hace una revisión de la patología y sintomatología de la afección y se exponen los casos hallados en la literatura médica argentina.

BIBLIOGRAFIA

1. *Latienda, R.* — *Lipoma del Riñón.* Arch. Soc. Anat. Nor. y Pat. 4:31, 1942.
2. *Bengolea, A. J.* — Sobre un caso de lipoma del riñón. Bol. y Trab. Soc. Cir. B. Aires 4:133, 1922
3. *Beadles, R. O. y Urich, R. W.* — Intrarrenal lipoma. J. Urol. 67:460, 1952.
4. *Spillane, R. J., Singiser, J. A. y Prather, G. C.* — Fibromyxolipoma of Kidney. J. Urol. 68:811, 1952.