

CARCINOMA RENAL BILATERAL

Por el Dr. MAURICIO FIRSTATER

La poca frecuencia de los neoplasmas renales bilaterales, hace digno de publicación todo nuevo caso. Presentamos una observación de hipernefroma bilateral, diagnosticado en vida, mediante la nefrectomía de un lado y, cuatro años y medio más tarde, por punción biopsia del tumor del otro riñón.

Se trata de A. de V., argentina, de 48 años, que concurre a la consulta en Octubre de 1946 por molestias dolorosas localizadas a su flanco derecho. El dolor era sordo, permanente, con exacerbaciones tipo cólico nefrítico. Simultáneamente, presenta orinas rojizas que a veces contenían coágulos alargados. Esta sintomatología, según la enferma, había comenzado diez días antes.

Por otra parte refiere, que desde hace tres años, nota la existencia en la parte derecha de su vientre de una masa indolora que ha ido aumentando lentamente de tamaño, sin producirle mayores trastornos. Y que en los últimos seis meses ha perdido cuatro kilos de peso.

La paciente se encontraba en regular estado general, con piel y mucosas algo pálidas. Sus aparatos respiratorio y circulatorio eran clínicamente normales. T. A. = 15/8.

La mitad derecha del abdomen se mostraba deformada por una masa tumoral, del tamaño aproximado al de una cabeza de feto. Su superficie era irregular, poco sensible; tenía contacto lumbar, peloteo póstero-anterior y sonoridad anterior. Situado en el flanco e hipocondrio derecho, presentaba franca excursión respiratoria.

Se palpaba polo inferior del riñón izquierdo, aparentemente algo aumentado de tamaño. Hígado y bazo en límites normales.

Los análisis de laboratorio mostraban: Sangre: citológico: G.R., 4.300.000, G.B., 7.200, Hb., 74, V.G., 0.85; urea 0.56; W. y K., negativas; glucosa 1.05 por mil; eritrosedimentación: Índice de Katz: 31.

Orina: densidad 1.020; abundantes hematíes.

Estudio radiológico: La radiografía directa mostraba una sombra renal derecha francamente aumentada de tamaño; imagen tumoral. El riñón izquierdo se veía discretamente agrandado, especialmente en su diámetro longitudinal.

El urograma de excreción muestra, a los 10 minutos, una buena eliminación izquierda, pero llama la atención la separación que existe entre los cálices superior y medio, y el alargamiento del cáliz inferior. No se observa medio de contraste en el lado derecho (Fig. 1).

En la placa a los 30 minutos, Fig. 2, la imagen pielocalicilar izquierda se presenta con los mismos caracteres, mientras que en el lado derecho, en la parte central de la imagen tumoral, hay una mancha opaca que parece corresponder a la pelvis renal.

Cistoscopia: Buena capacidad vesical. Mucosa pálida. No existen neoformaciones. Meaños de apariencia normal. Cateterismo ureteral bilateral.

Pielografía ascendente: Lado derecho: Imagen tumoral típica.

Lado izquierdo: Pelvis dilatada; cálices superior e inferior alargados, con discreta separación de los mismos (Fig. 3).

Con el diagnóstico de tumor renal derecho, se practica a la enferma, el 10-X-46, una nefrectomía sin ninguna dificultad.

El tumor extirpado era de tamaño algo menor al de una cabeza de feto, y estaba formado a expensas de la porción media e inferior del riñón (Fig. 4).

El examen histopatológico mostró tratarse de un carcinoma indiferenciado a células claras (Fig. 5).

Post-operatorio normal. La herida cura por primera intención, y la enferma es dada de alta en excelentes condiciones.

En abril de 1951, cuatro años y medio después de la intervención, la paciente es traída nuevamente a la consulta. Se nos informa entonces que al poco tiempo de ser dada de alta, notó un "abultamiento" en la parte izquierda del abdomen, que fué aumentando progresiva-

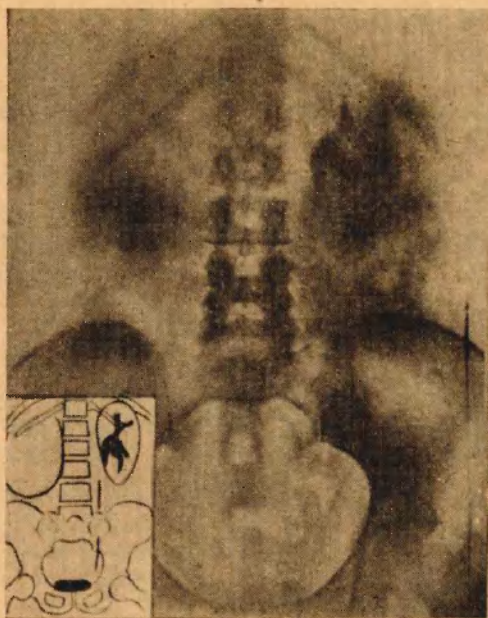


Fig. 1

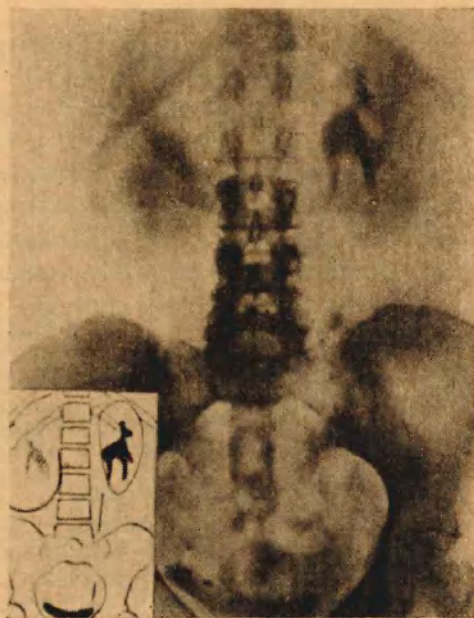


Fig. 2

mente de tamaño, en forma idéntica a lo que le había ocurrido, años anteriores, en el lado derecho. Y que desde hace tres meses, solamente, presenta progresiva pérdida de peso y fuerzas, con episodios de hematuria, algunos particularmente intensos.

Examinamos una enferma en mal estado general, con piel y mucosas intensamente pálidas, comprobando en su hipocondrio izquierdo una masa del tamaño de un pomelo grande, con los caracteres semiológicos de un tumor de riñón.

El dosaje de urea en sangre dió una cifra de 1.51 grs. por mil. La eritrosedimentación mostraba un índice de Katz de 90, y los glóbulos rojos eran 2.500.000.

Se somete a la paciente a un intenso tratamiento a base de sueros, coagulantes y transfusiones sanguíneas. Y se realiza una pielografía ascendente izquierda, figura 6, que confirma el diagnóstico clínico de tumor de riñón.

La enferma desmejora en forma rápida, con uremia progresiva, por lo que los familiares resuelven retirarla del hospital. Pero antes conseguimos practicarle una punción biopsia del tumor, por vía lumbar, en busca de una ratificación diagnóstica. El estudio prolijo del material obtenido, en su mayor parte constituido por sangre, descubrió grupos celulares con los mismos caracteres que los que se encuentran en los tumores renales a células claras, figura 7.



Fig. 3

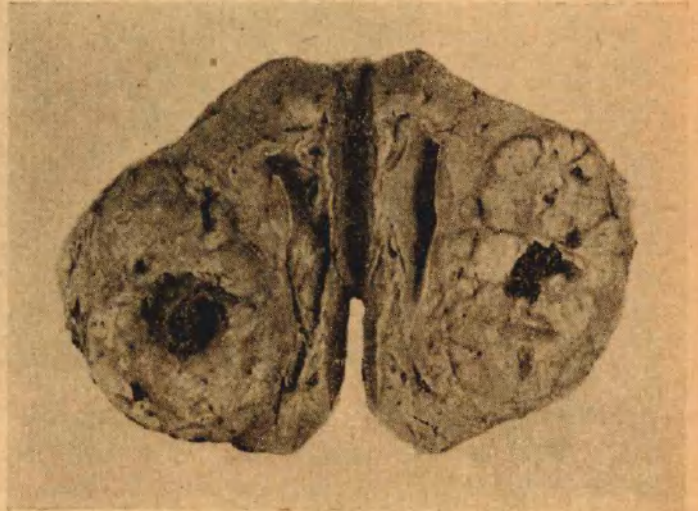


Fig. 4



Fig. 5

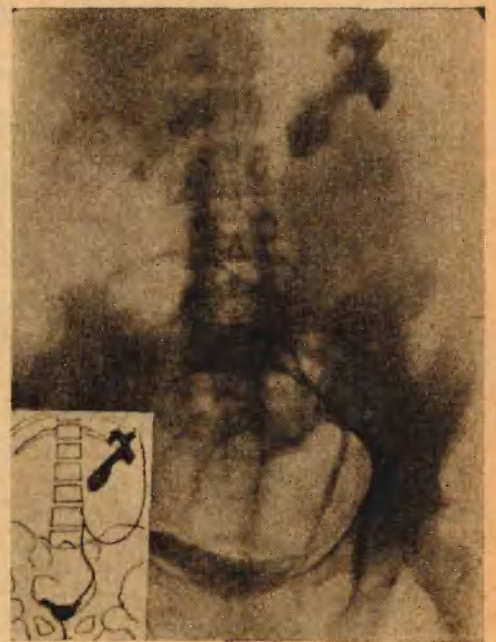


Figura 6

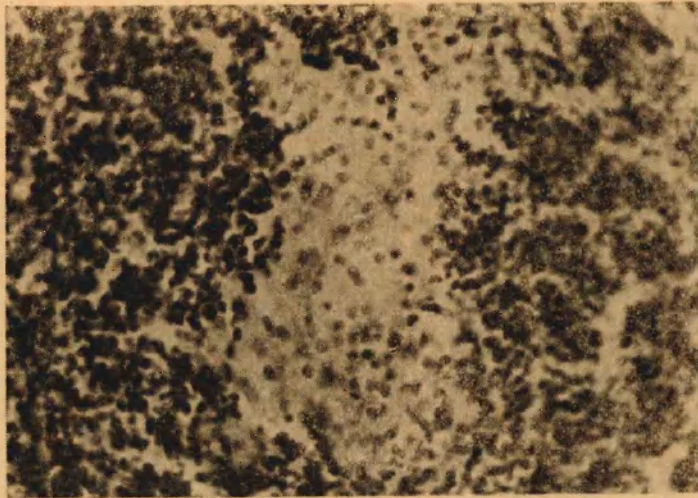


Figura 7

AUTOR	SEXO	EDAD	SINTOMAS INICIALES	TRATAMIENTO	DURACION ANTES DE LA REPETICION DE LOS SINTOMAS	SINTOMAS SECUNDARIOS	TRATAMIENTO	DIAGNOSTICO FINAL
BEILINY NEIMAN	M	50	HEMATURIA	NEFRECTOMIA IZQUIERDA	5 1/2 AÑOS	HEMATURIA	DE SOSTEN	HIPERNEFROMA BILATERAL, METASTASIS NO COMPROBADAS, NO HAY AUTOPSIA
OMUTE	M	62	12 AÑOS DISURIA Y HEMATURIA	LAPAROTOMIA	MUERTE EN 5 DIAS			HIPERNEFROMA BILATERAL METASTASIS EN VEJIGA E INTESTINOS, NO HAY AUTOPSIA
FORSYTHE	M	62	3 AÑOS DE HEMATURIA INDOLORA	CISTOSTOMIA, NEFRECTOMIA DERECHA	MUERTE			HIPERNEFROMA BILATERAL TROMBOSIS TUMORAL DEL PEDICULO Y DE LA VENA CAVA, AUTOPSIA
HUNT	M	65	10 MESES DE HEMATURIA	NEFRECTOMIA IZQ MOSTRO HI PERINEFROMA	MUERTE EN 5 DIAS			HIPERNEFROMA DERECHO, AUTOPSIA
MALLORY	M	59	NEFRECTOMIA IZQ 13 AÑOS DOLOR LUMBOSABO 5 MESES	EXPLORATORIO DE FARRAS BOIDES	MUERTE EN 5 DIAS			HIPERNEFROMA IZQ. RECURRENTE, HIPERNEFROMA DERECHO METASTASIS EN PULMONES Y HUESOS, AUTOPSIA
SANFORD	M	56	2 MESES HEMATURIA	NEFRECTOMIA DERECHA MOSTRO CARCINOMA DE CELULAS TRANSICIONALES	MUERTE EN 3 MESES			CARCINOMA IZQ DE CELULAS TRANSICIONALES NO HAY AUTOPSIA
SPRENGER Y BONARD	M	71	HEMATURIA 3 AÑOS	CISTOSTOMIA	MUERTE EN 8 DIAS			HIPERNEFROMA BILATERAL AUTOPSIA
IDEM	M	?	PERDIDA DE PESO	CONSERVADOR	MUERTE			HIPERNEFROMA BILATERAL, METASTASIS EN HIGADO, PULMONES Y PANCREAS, AUTOPSIA
WEBER	M	49	COMA UREMICO	CONSERVADOR	MUERTE EN 3 DIAS			HIPERNEFROMA BILATERAL METASTASIS EN HIGADO Y PULMONES, AUTOPSIA
SENGER BOTTONE Y MURRAY	F	27	HEMATURIA 8 AÑOS MAS TABE RAMBUMBAR	NEFRECTOMIA IZQ DESPUES DE LA APALICION DEL TUMOR	20 MESES	HEMATURIA	BIOPSIA Y RADICALION	HIPERNEFROMA BILATERAL, METASTASIS EN LA TIROIDES PACIENTE VIVA EN 1947
BAYLEY Y POWERS, BLOD	M	59	HEMATURIA Y COLICO RENALES	NEFRECTOMIA IZQUIERDA	13 AÑOS	HEMATURIA Y COLICO DERECHO	DE SOSTEN	HIPERNEFROMA RENAL BILATERAL
LEWIS Y KIMBROUGH	M	39	CEFALEAS Y MALESTAR GENERAL	NEFRECTOMIA DERECHA	3 AÑOS		LUMBOTOMIA IZQUIERDA BIOPSIA	HIPERNEFROMA BILATERAL ASOCIADO A SÍNDROM POLIQUÍSTICO
WIMMELHARTZ	F	36	HEMATURIA	CONSERVADOR	MUERTE			HIPERNEFROMA BILATERAL NO METASTASIS, AUTOPSIA
GIRONCOLI	M	57	COLICOS RENALES	LUMBOTOMIA BIOPSIA LA DO IZQUIERDO	MUERTE			CARCINOMA INDEFERENCIADO BILATERAL METASTASIS NO COMPROBADAS NO SE HIZO AUTOPSIA
FIRSTATER	F	48	TUMOR	NEFRECTOMIA DERECHA	4 AÑOS 7/8	TUMOR HEMATURIA	DE SOSTEN BIOPSIA	HIPERNEFROMA BILATERAL (EPITELIOMA INDEFERENCIADO A CELULAS CLARAS)

Figura 8

CONSIDERACIONES

Albarrán e Imbert sostienen en su obra "Tumores del Riñón", 1902, que el epiteloma primitivo bilateral no existe prácticamente, y que cuando el cáncer se encuentra en los dos riñones es, en uno de ellos, secundario a la generalización del otro.

Si bien este concepto se basa en los casos de observación que se mencionan (de Walshe, Roberts, Quillets y Kelynack), la experiencia acumulada desde entonces hasta ahora, ha mostrado la posibilidad del desarrollo tumoral maligno simultáneo o sucesivo en ambos riñones, e independiente de siembras metastásicas.

No existe sin embargo un criterio absolutamente demostrativo que evidencie científicamente el desarrollo tumoral independiente en ambos riñones. Para aceptar esa posibilidad, se han debido soslayar exigencias tales como los postulados de Billroth: 1º) diversidad histológica en los tumores; 2º) diferencia en el punto de origen, y 3º) que cada tumor produjera su propia metástasis típica.

La primera exigencia vale cuando es positiva (adenocarcinoma en un riñón y carcinoma indiferenciado en el otro), pero la presencia de lesiones tumorales similares no excluye la posibilidad doctrinaria de su desarrollo independiente, como acontece en la piel, ovarios, mamas, etc., de producciones tumorales multicéntricas, dependientes de un mismo influjo carcinogénico. Por otra parte, no debemos olvidar que en un tumor de riñón unilateral pueden observarse estructuras histológicas diferentes.

No cabe aceptar como lógica la segunda condición de Billroth, desde que resulta totalmente arbitraria para órganos de igual estructura histológica, y donde resulta a veces más que imposible, producido el desarrollo tumoral, establecer exactamente el punto de origen de cada tumor. Tampoco es admisible el tercer postulado, desde que se reconoce la eventualidad del desarrollo tumoral sin metástasis.

Sprenger y Bohrod sostienen que tal vez el mejor criterio para aceptar la simultánea bilateralidad de un tumor renal, es la presencia de una variabilidad estructural en ambos tumores, así como también su encapsulación parcial y la presencia de un solo tumor en cada riñón. Agregamos, por nuestra parte, ausencia de metástasis iniciales. Desde Kuester se acepta que las metástasis de las lesiones renales malignas tienen lugar en el siguiente orden de frecuencia: pulmones, hígado, glándulas, huesos y, mucho menos a menudo, en el otro riñón. De ahí que, comprobar una malignidad renal bilateral sin metástasis en otros órganos, es un elemento que está a favor de su desarrollo tumoral independiente.

La existencia de tumores renales primitivos bilaterales debe aceptarse, porque lo contrario sería negar lo que en la actualidad está bien establecido para las otras malignidades múltiples primarias, y que según Mayor pueden originarse bajo alguna de las siguientes formas:

Tumores idénticos múltiples en el mismo órgano, o en el mismo sistema de órganos, y

Diferentes tipos de tumores en el mismo sistema de órganos o en varios órganos.

En contra de la opinión de que el segundo tumor renal es casi siempre de origen metastásico, se pronuncia también Wooley, quien cree en el desa-

rollo independiente de neoformaciones de caracteres histológicos parecidos, en puntos separados, bajo la influencia de un estímulo común o semejante. De igual manera piensa Ewing, quien ve en la presencia de dos o más tumores en diferentes o similares órganos de un mismo paciente, una accidental coincidencia de los mismos, con idénticos factores carcinogénicos. E igualmente razona Pühr, para quien esta contingencia depende de una verdadera diátesis tumoral del enfermo.

El número de tumores renales bilaterales es poco elevado. Kretschmer reúne, en 1946, 77 casos registrados en la literatura. Posteriormente, en 1947 y 1950, se relatan dos nuevas observaciones, que harían un total de 79 casos, pero en este número se engloban todos los tipos de malignidades sin discriminación de tipos histológicos. Es decir, incluyendo sarcomas, nefromas y carcinomas.

De este conjunto, separamos los carcinomas renales primarios bilaterales, que son los menos frecuentes y que de acuerdo a Siebke se encuentran en menos del 1 por 10.000 de todas las autopsias. Senger, Bottone y Murray, en 1947, después de una búsqueda exhaustiva en la literatura médica, encuentran 16 casos aparentemente auténticos de carcinomas renales primarios bilaterales, agregando a su vez un caso personal.

En 1950, Bayley y Youngblood, refiriéndose específicamente al hipernefoma renal bilateral, solamente pueden reunir 11 casos, sumando 12 con el que ellos aportan.

Por nuestra parte, hemos reunido 14 casos y 15 con el nuestro, de hipernefomas renales bilaterales, figura 8.

COMENTARIO

La documentación de nuestra enferma evidencia de que ella era portadora de un hipernefoma bilateral, de modalidad evolutiva lenta, y sin tendencia a invadir los tejidos vecinos ni dar metástasis. Pero sólo diagnosticamos tumor renal unilateral, sometiéndola a la nefrectomía derecha. Recién a su reingreso, cuatro y medio años más tarde, al encontrarnos con un riñón izquierdo tumoral, y revisar el estudio practicado en la primera oportunidad, comprobamos nuestra errónea interpretación inicial. En realidad, en ese entonces, habían ya modificaciones pielográficas, alargamiento y desplazamiento de los cálices, que unidas al hallazgo clínico de un riñón grande, debieron hacer sospechar la existencia de un tumor de riñón también en ese lado. Sólo pensamos en una hipertrofia renal compensadora, y dimos de alta a la enferma sin preocuparnos de la vigilancia de ese riñón.

Y sucede que, en su evolución post-operatoria, se repite silenciosa y lentamente en el riñón izquierdo lo acontecido en el derecho: gran desarrollo tumoral, con hematurias tardías.

Fué de nuestro mayor interés realizar la necropsia de este caso, pero ello no fué posible. La confirmación diagnóstica la tuvimos en cambio por la punción biopsia, que en este caso fué de inestimable valor.

RESUMEN

Presentamos un caso de hiperneftoma bilateral. El estudio de la bibliografía a nuestro alcance, lo muestra como el segundo en una mujer, el tercero

