

## HEMANGIOENDOTELIOMA RENAL

Por los doctores NESTOR JOSE VIGO, FIDEL SCHAPOSNIK  
y RUBEN LAGUENS

El objeto de este trabajo es presentar uno de los tumores conjuntivos del riñón que con menos frecuencia es dable observar.

*Historia clínica:* R. C. de P., de 75 años. Desde hace cuatro meses intensa hematuria, con coágulos moldeados, acompañados con cólicos renales de lado izquierdo con sus características irradiaciones, con gran alteración de su estado general a pesar de la medicación instituida. Algunos días de pirexia. Hipertensa, padeció de varios edemas agudos de pulmón. Hace cuatro años hemiplejía derecha con evolución favorable. Pérdida de peso. Inapetente.

*Estado actual:* Orinas intensamente hematóricas, con dolor lumbar izquierdo, al examen no hay palpación renal, aun con la maniobra de Montenegro, puño percusión positiva.

Cistoscopia, eyaculación por meato ureteral izquierdo intensamente hematórica.

Orina, densidad 1015, vestigios de albúmina, no hay pus, abundantes hematíes y hemoglobina positiva. Urea, 0.36. Recuento y fórmula: Rojos: 3.800.000 (ya se realizaron transfusiones). Blancos: 7.600 N: 62 E: 1. Linfocitos: 29. Eritrosedimentación: 12 y 38. Tensión arterial: 180-112.

Enferma pálida y fibrilada.

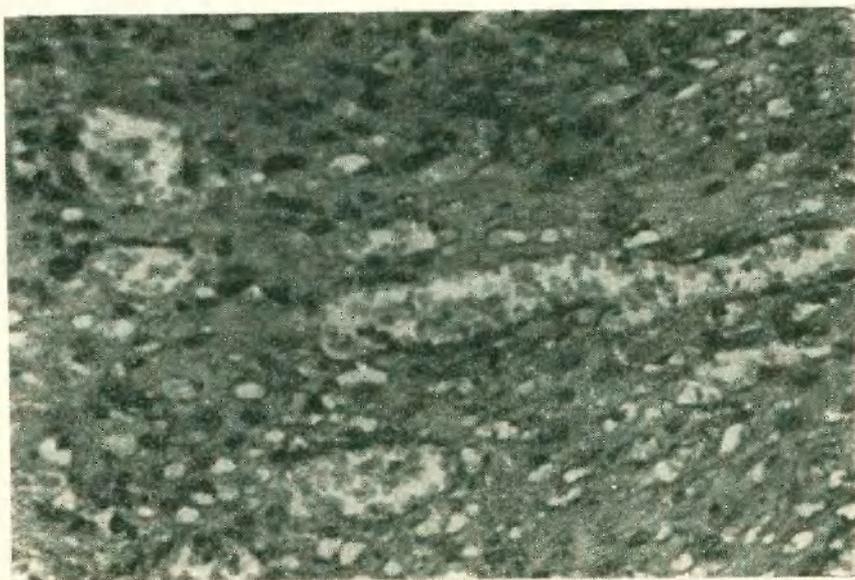


Figura I

*Estudio radiográfico:* Simple de árbol urinario, sin particularidades. Urograma excretor, buena eliminación del lado derecho, no así del lado izquierdo.

Ante este cuadro con hematuria tan intensa y permanente, no cediendo a terapéutica, con desmejoramiento progresivo de la paciente y habiendo documentado el lado sangrante se decide la nefrectomía, realizando previamente la ligadura por separado del pedículo.

La enferma se recuperó de su estado general, evolucionando favorablemente hasta el décimo día post quirúrgico en que sobreviene como complicación una embolia pulmonar

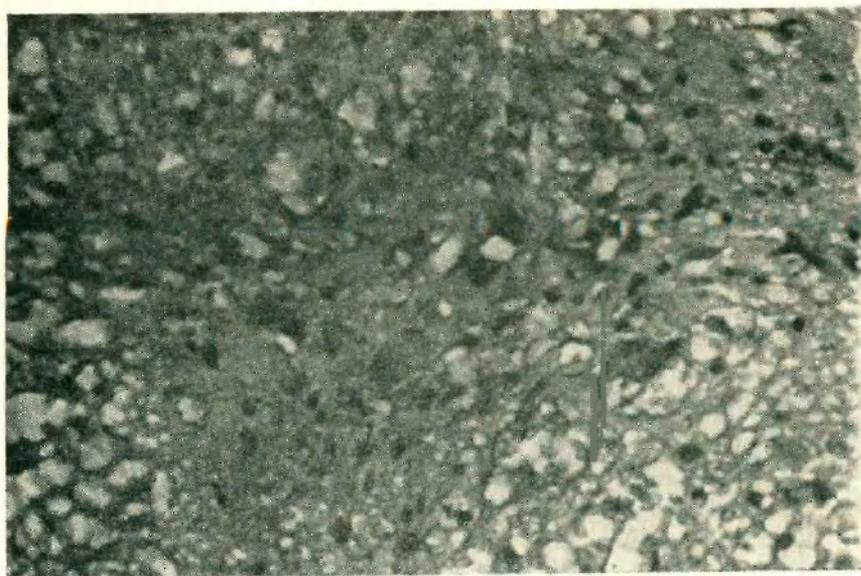


Figura 2

que a pesar del tratamiento sintomático instituído repercute sobre su estado cardiovascular y fallece al mes de operada por un infarto de miocardio diagnosticado clínica y electrocardiográficamente.



Figura 3

*Informe Anatomía Patológica:* En riñón hay lesiones mesenquimatosas del tipo coristomas o hemartomas que a veces pueden degenerar en tumores del tipo angiomiolipomas (específicos de riñón) y a veces angiomiosarcomas.

Diapositivo Nº 1. — Se observan lagunas vasculares y capilares de tipo embrionario bordeados por células angiomasos y cordones celulares con francos signos de atipia.

Diapositivo Nº 2. — Sectores angiomasos con áreas de colágeno donde se observan capilares cuyo endotelio está formado por células neoplásicas.

Diapositivo Nº 3. — Porción sólida del tumor donde se observan numerosas células con monstruosidades nucleares y capilares neoplásicos de neoformación.

Sinonimia: Angiosarcoma, sarcoma angioblástico, angioendotelioma.

### CONSIDERACIONES

Tumor conjuntivo de riñón de extrema rareza.

Muchas hematurias llamadas esenciales pueden obedecer a esta etiopatogenia. Síntoma dominante la hematuria. Radiológicamente el urograma excretor y la pielografía ascendente pueden ser normales. Se pueden presentar en forma de cavernas, a veces imposible de diferenciar con hipernefomas o en forma de imágenes lacunares que pueden hacerlo confundir con litiasis transparentes o tumores de vías excretoras, a pesar que pueden localizarse en el urotelio de pelvis renal o de uréter.

Por su localización pueden ser corticales, medulares o difusos, los corticales pueden dar lugar a hematomas perirrenales pulsátiles.

Algunos autores insisten en la posibilidad de lesión bilateral.

Como tratamiento cuando es unilateral la nefrectomía y radioterapia o cobaltoterapia cuando se sospecha la bilateralidad de la lesión.

### DISCUSION

*Dr. Trabucco:* ¿El doctor Vigo expresó que al fallecimiento de la enferma tuvieron ocasión de practicarle la autopsia?

Las imágenes radiográficas parecen tratarse de un angiosarcoma de Kaposi, que es múltiple.

*Dr. Vigo:* No había ninguna sintomatología que hiciera pensar en nódulos de la enfermedad de Kaposi.

*Dr. Bernardi:* Esta es la oportunidad para insistir en la vía abdominal que preconizamos desde hace tiempo en esta Sociedad, ya que en este tipo de tumor se hubiera justificado ir directamente al pedículo por vía abdominal para evitar las metástasis pulmonares y trombosos que causaron la muerte del paciente. El tipo histológico de las tumoraciones muestra la afección de tipo vascular.

Queremos insistir en esa vía para evitar fenómenos de tipo metastásico. De todos modos, felicitó a los comunicantes por su interesante trabajo.

*Dr. Vigo:* Agradezco la colaboración del profesor Bernardi, a quien puedo decirle que antes de practicar la liberación de la parte parenquimatosa fuimos directamente al pedículo, ligamos la vena y luego la arteria.

*Dr. Bernardi:* Todos los que tenemos experiencia en vía lumbar sabemos que en la neoplasia primero llegamos a la parte cortical y con dificultad a la zona pedicular. Nuestro deseo es llegar rápidamente a esa zona, pero siempre lo hacemos a través de un largo paseo que expone a las metástasis.