

## TUMOR PAPILAR DEL RIÑON

Por los Dres. ALBERTO E. GARCIA y JOSE L. MONSERRAT

**Historia clínica** Nº 3125. — A. N., de 47 años, casado, español, jornalero, ingresa el 18 de Agosto de 1931; sala IV, cama 109.

**Antecedentes personales.** — No recuerda afección alguna de importancia hasta iniciada su enfermedad actual. Niega sífilis. No es bebedor. Gran fumador.

**Antecedentes hereditarios.** — Sin importancia.

**Antecedentes urinarios.** — Sin antecedentes urinarios.

**Enfermedad actual.** — Refiere el enfermo que hace aproximadamente 7 años, tuvo una hematuria espontánea, indolora y total, que duró 2 días repitiéndose con igual intensidad en todas las micciones (bien coloreadas), y desapareciendo durante la noche del 2º día sin tratamiento. Antes ni después de esta hematuria, no acusó molestia alguna. Dos años más tarde, llevando una vida de intensa actividad, vuelve a tener otra hematuria con idénticos caracteres que la anterior, que dura 4 días, desapareciendo paulatinamente sin medicación alguna. Hace 3 años, nueva hematuria, esta vez más intensa, con emisión de ocágulos que dificultaban la micción, durando 5 días y desapareciendo con reposo y un medicamento por boca que prescribiera un facultativo. Transcurre hasta hace dos meses sin novedad y en esa fecha se hace presente nuevamente la hematuria, espontánea, total, más intensa que nunca, durando 7 días, y apareciendo desde el 2º día, dolores intensos de tipo cólico renal derecho que se repite en varias oportunidades, viéndose obligado el facultativo que lo asiste a recurrir a la morfina. Tiene intensa disuria por eliminación de coágulos, cuyos caracteres no sabe precisar, y después de una

semana de reposo en cama, hielo local y medicación coagulante, desaparece gradualmente. No tuvo fiebre. Desde entonces continúa sintiendo dolores en la zona lumbar derecha Sin crisis de tipo cólico, ni otros fenómenos urinarios.

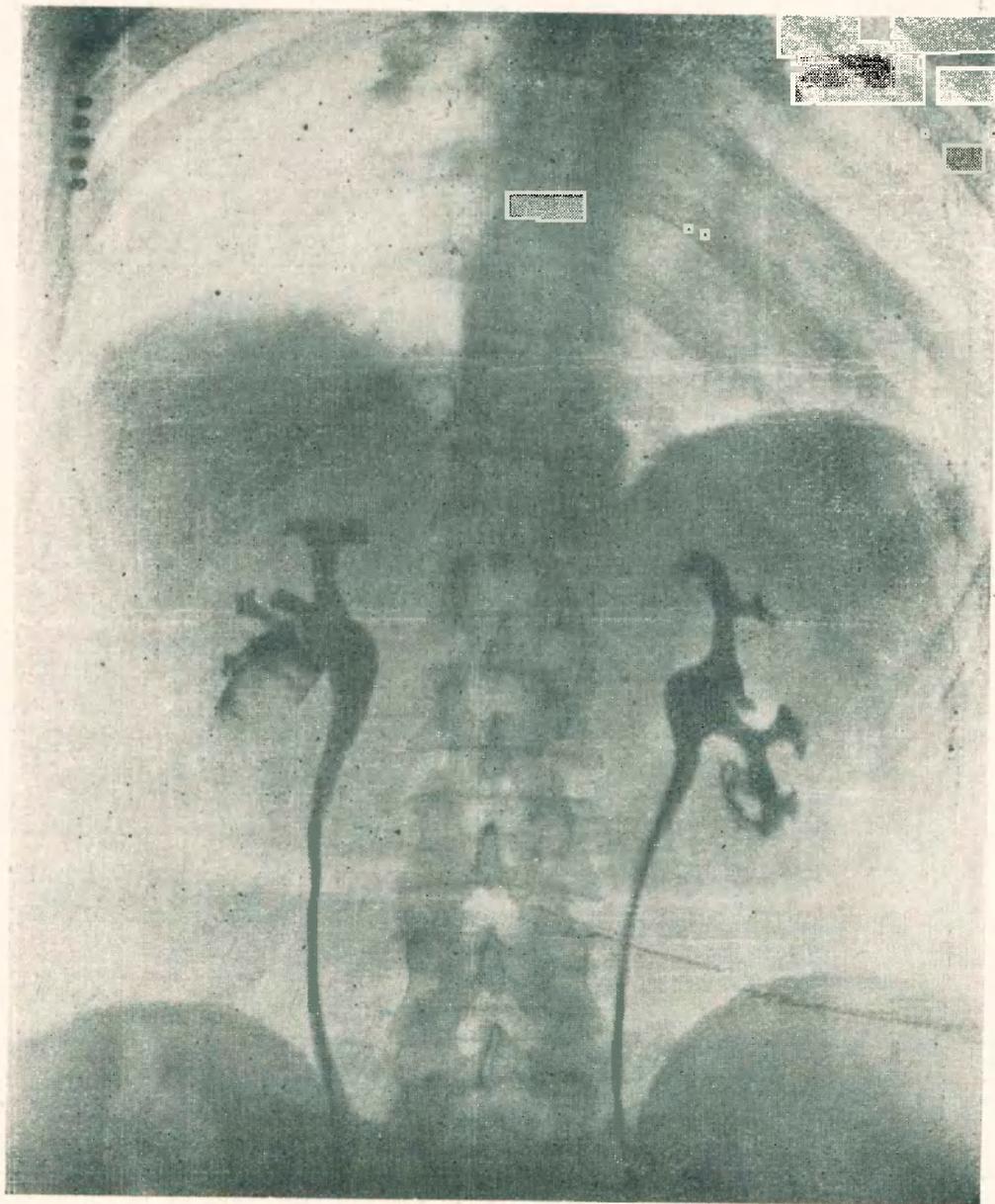


Figura Nº 1

Pielografía ascendente. Amputación del cáliz inferior del riñón derecho.

Ha desmejorado el estado general, perdiendo aproximadamente 5 kilogramos de peso en los 2 últimos meses, con anorexia acentuada y decaimiento general, por lo cual decide ingresar a este servicio.

**Estado actual.** — Sujeto bien constituido, en regular estado general. Apirético. Mucosas rosadas y húmedas. Piel flexible y elástica, de tinte normal.

**Aparato circulatorio.** — Pulso radial: rítmico, de tensión normal, 86 pulsaciones por minuto. Corazón y grandes vasos: 2º tono aórtico reforzado. No se auscultan soplos. Resto normal. Aparato respiratorio: sin particularidad.

**Aparato génitourinario. Riñones.** — No se palpan ni pelotean. La compresión bimanual del riñón derecho ni la presión en los puntos clásicos no despierta dolor.

**Uréteres.** — Puntos ureterales indoloros.

**Vejiga.** — No hay retención. Buena capacidad vesical y buena tolerancia a la distensión.

**Uretra.** — Libre, sin estrechez.

**Próstata.** — De caracteres normales. No se palpan vesículas seminales.

**Testículo y epidídimo.** — Sin particularidad. No hay dilataciones varicosas del cordón espermático.

**Orina.** — Limpia en ambas copas. No hematúrica.

**Micciones.** — Normales.

**Cistoscopia.** — Buena capacidad vesical (250 c. c.). Vejiga de paredes lisas y regulares, sin cuerpos extraños. Mucosa brillante, de coloración y aspecto normal. Orificios ureterales en pico de flauta, no congestivos, eyaculando rítmicamente orina transparente. No se observan lesiones yuxta-ureterales. Relieve y motilidad de cuello normal.

Al tercer día de ingresar al servicio, y sin otra manipulación previa que la cistoscopia practicada 48 horas antes, el enfermo vuelve a tener otra hematuria total, intensa, sin dolores ni fenómenos disúricos, sin emisión de coágulos, sin temperatura ni fenómenos subjetivos.

En esas condiciones se le practica inmediatamente una nueva **cistoscopia**, lográndose buena capacidad y visibilidad. El aspecto de la vejiga es el mismo que el de la observación anterior, pero las eyaculaciones del uréter derecho son francamente hematúricas, enturbiando rápidamente el medio.

Se prescribe reposo en cama, coagulantes, y la hematuria desaparece completamente a las 48 horas, no registrándose nada de particular en el intervalo de duración.

**El examen de la orina** (practicado antes de la hematuria) no revela nada anormal. (Protocolo 4588).

Color, ámbar; aspecto, limpio; sedimento, escaso; reacción, ácida; densidad, 1,022 (15º); M. orgánicas, 51,26; urea, 25,62 o|oo; fofsfatos, 2,30 o|oo; cloruros, 8,00 o|oo.

Albúmina, peptona, glucosa, ácido acetil-acético, acetona, pigmentos biliares, urobilina, indican, hemoglobina, pus: **No tiene.**

**Sedimento:** Células y leucocitos en cantidad y aspecto normal. No se observan elementos patológicos.

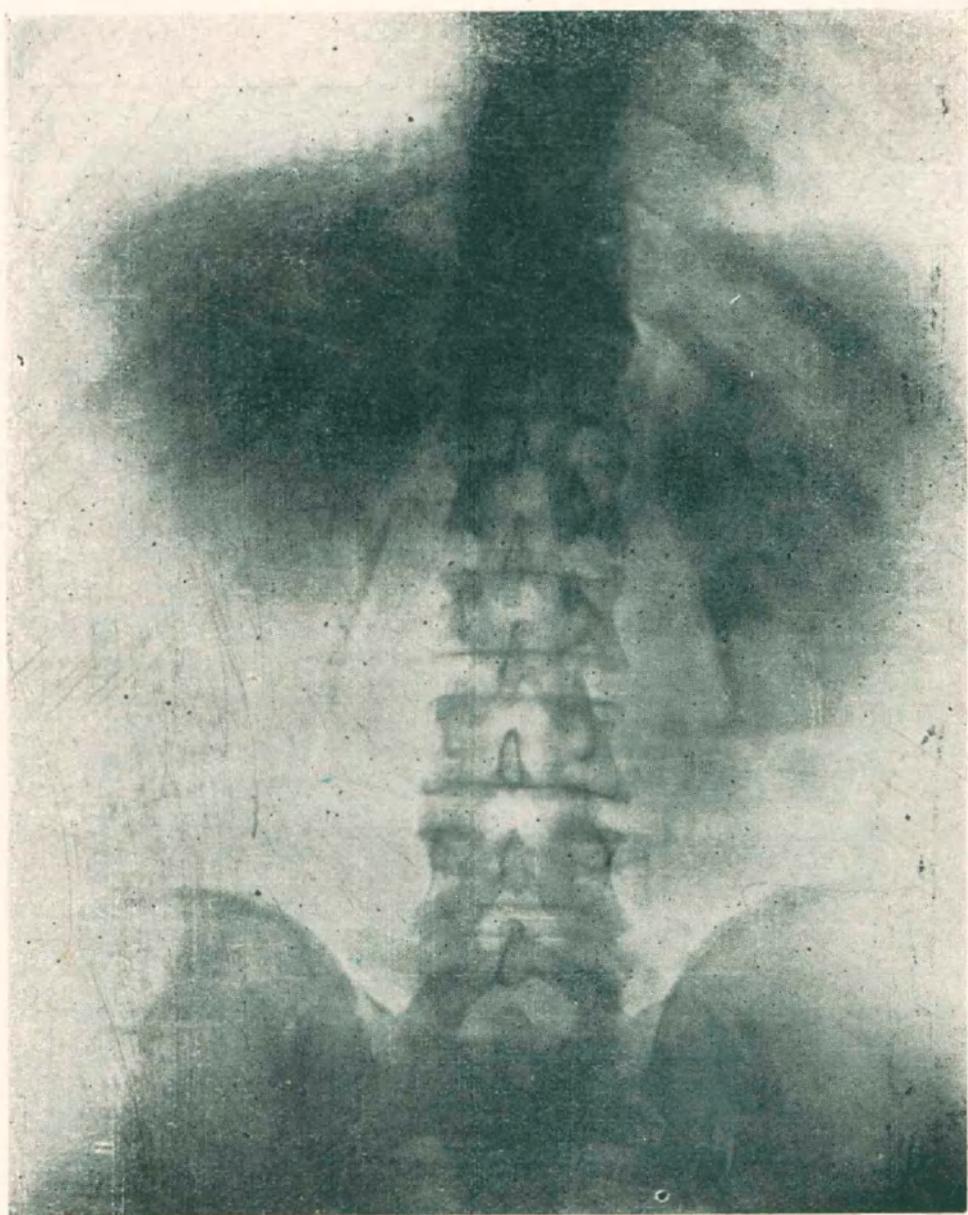


Figura Nº 2  
Pielografía endovenosa (abrodil).

**Radiografía simple de ambos riñones y uréteres (Nº 33610).** — Riñones de tamaño y posición normal. No se observan sombras patológicas.

**Pielografía doble** (Nº 33696). — Se inyectan 10 c. c. de solución de yoduro de sodio al 25 % en cada lado: Riñón derecho de tamaño normal, pero el relleno del cáliz inferior se hace en forma incompleta, como si estuviera ocupado por un proceso proliferativo. Imagen lacunar periférica. Amputación parcial del cáliz inferior (figura Nº 1).

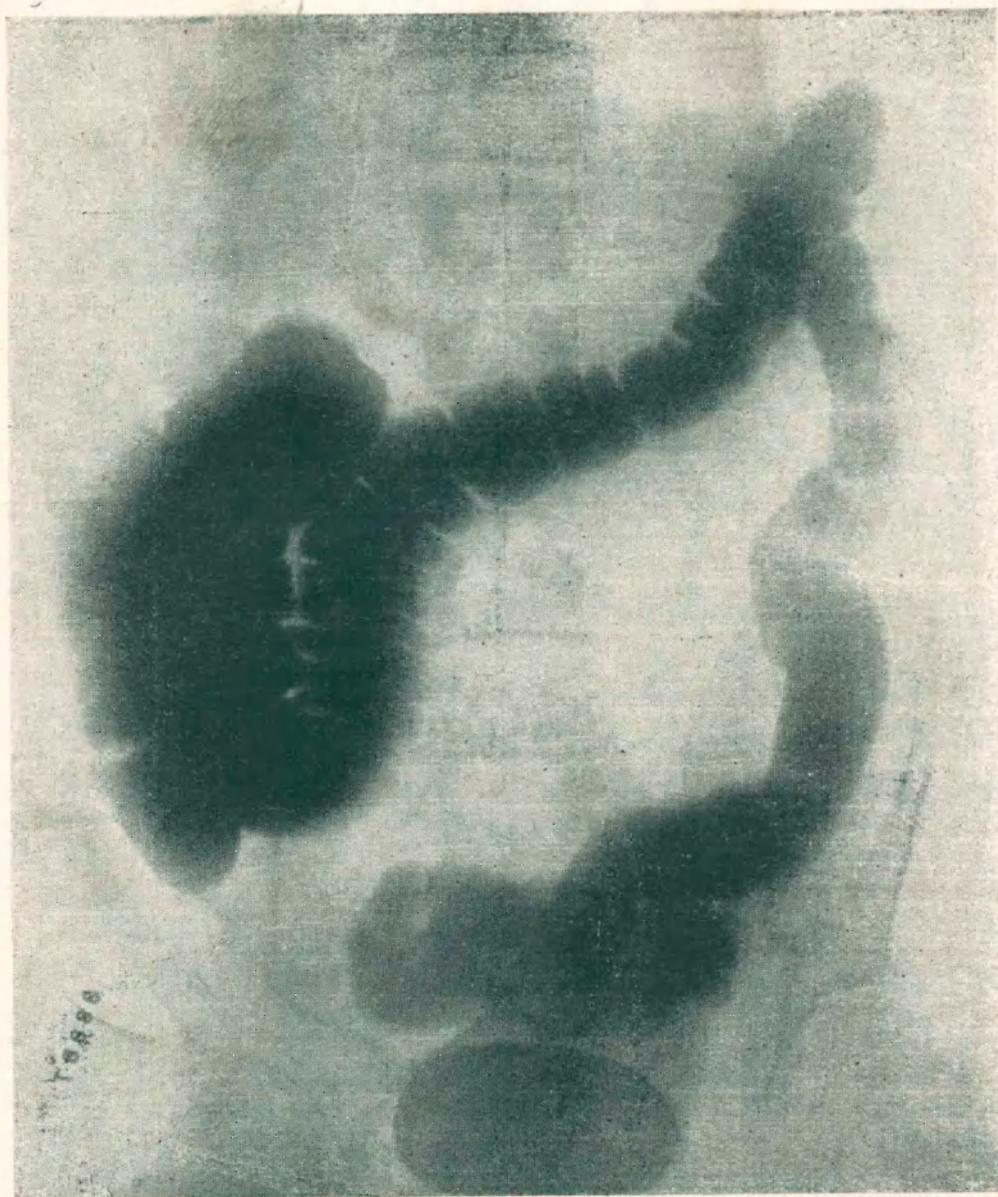


Figura Nº 3

Radiografía de colon por enema. En el ángulo cólico derecho, se ve la "impresión" de la masa tumoral, que hace gran relieve sobre la superficie del polo inferior del riñón.

**Pielografía endovenosa. Abrodil (Nº 33988).** — La pielografía endovenosa fracasa, al no revelar netamente las deformaciones observadas con la pielografía ascendente (figura Nº 2).

**Separación de orina.** — Se cateteriza sin dificultad ambos ureteres, y se recoge la orina de cada riñón durante 1 hora 10 minutos. A continuación se inyectan 0,006 grs. de P. S. P. para el valor funcional comparativo.

	R. Derecho	R. Izquierdo
Cantidad .....	35 c.c.	105 c.c.
Densidad (15º) .....	1.010	1.013
Reacción .....	Acida	Acida
Urea por mil .....	8,96	11,53
Urea eliminada .....	0,313	1,210
Cloruros por mil .....	9,30	8,10
Cloruros eliminados .....	0,325	0,850
Albúmina .....	0,25 o oo	0,05 o oo
Sulfofenoltaleína: Eliminación inicial	Eliminación inicial	
R. D. 3'20"	R. I. 2'10"	
Eliminación a los 70'	Eliminación a los 70'	
25 %	37 %	

**Sedimento.** — Riñón derecho: No hay pus. Abundantes hematíes. No observamos elementos celulares de morfología característica. Cúmulos de lipoides birrefringentes y escasas cruces de malta típicas al examen con luz polarizada. Riñón izquierdo: Regular cantidad de hematíes. Células y leucocitos de aspecto normal.

Interpretamos la pequeña albuminuria y la presencia de hematíes en el sedimento del riñón izquierdo, como debidos al traumatismo, del cateterismo.

**Constante de Ambard.** — Concentración 7,68 o|oo; débito, 28,56; azotemia, 0,40 o|oo; peso, 64 kilogramos; K: 0,096.

**Examen de sangre.** — Recuento globular: Hematíes, 5.000.000; leucocitos, 7.600; hemoglobina (Sahli), 90 %; valor globular, 1x658.

Equilibrio leucocitario. — Polinucleares neutrófilos, 70 %; linfocitos, 23 %; mononucleares grandes, 4 %; polinucleares eosinófilos, 3 %.

Se decide practicar una nefrectomía derecha.

**Pre-operatorio.** — Digitalina. Vacuna de Weill y Dufourt. Suero glucosado. Purgante.

**Tratamiento.** — Septiembre 16. Operación. Nefrectomía derecha.

Drs. Serantes y García. Anestesia general mixta.

Lumbotomía derecha tipo Israel. Seccionados los planos musculares, se llega a la celda adiposa perirrenal; se abre en ella una brecha y se llega al riñón palpándose de inmediato una tumoración en polo inferior se inicia el desprendimiento del órgano y se secciona involuntariamente una arteria polar su-

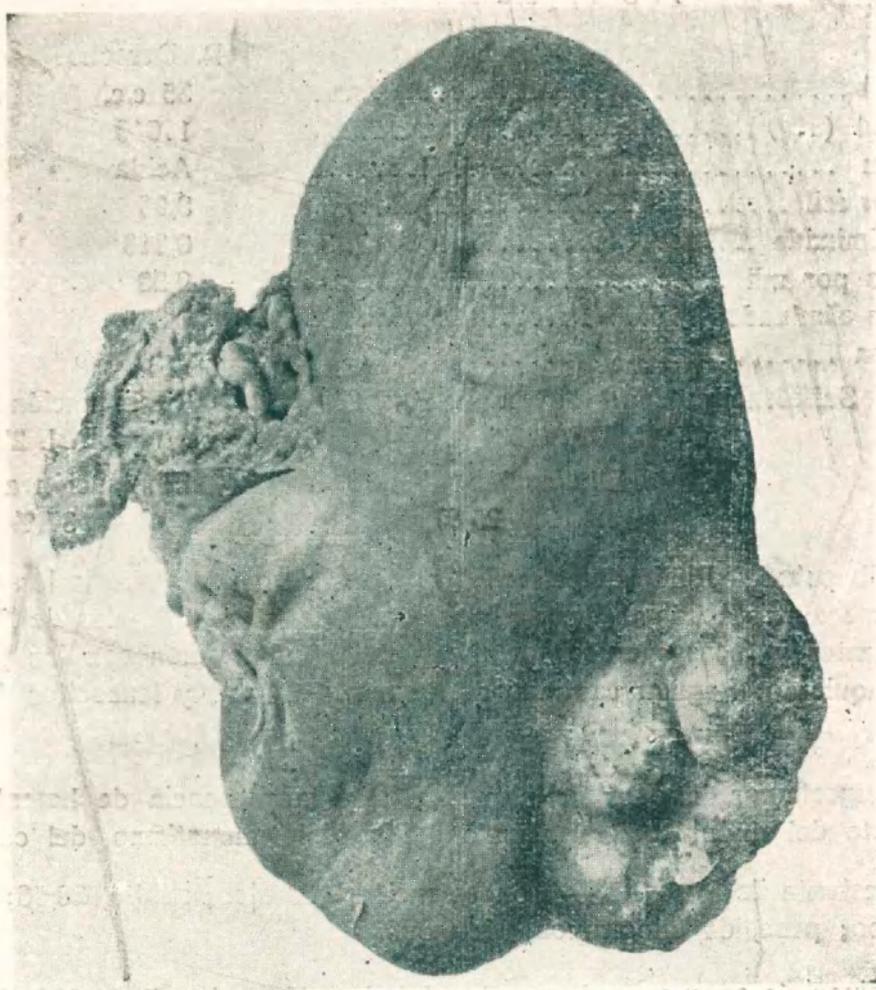


Figura No 4

La pieza operatoria. Obsérvese el crecimiento excéntrico, con gran relieve, de la masa tumoral. La cápsula está conservada.

perior, lo que da origen a una hemorragia abundante, lográndose, no obstante, después de varias maniobras, pinzar el vaso y asegurar la hemostasia. Se continúa el desprendimiento sin dificultad, se exterioriza el órgano, se liga y se secciona el uréter por separado, se liga el hilio previa colocación de un clamp y se lo secciona con hemostasia perfecta. Sutura de la pared por planos. Drenaje de la celda.

A pesar de la hemorragia considerable de la arteria anormal, el estado del enfermo es bueno al terminar la intervención.

El **post-operatorio** inmediato es bueno. Diuresis mayor de 1 litro. Buen estado circulatorio. El drenaje no da sangre. Azotemia: 0,65 o/oo. Se administran cardiotónicos. Suero glucosado, Murphy, y el 2º día del postoperatorio transcurre normalmente.

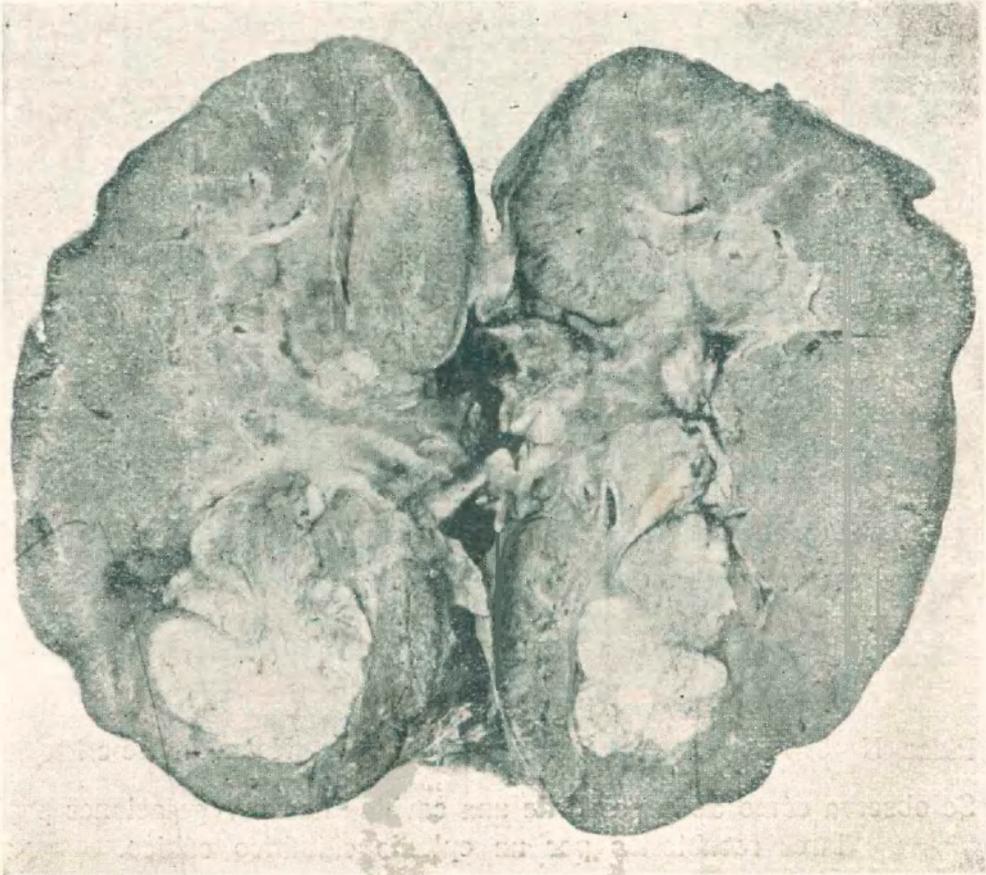


Figura No 5

El riñón seccionado en el plano medio. Se observa la masa tumoral blanquecina que ocupa toda la pirámide de Malpighio e invade el cáliz inferior, "rellenándolo". Está perfectamente limitada del resto del parénquima.

Al tercer día, el enfermo presenta un cuadro agudo pulmonar de tipo neumónico, con elevación brusca de la temperatura, disnea muy acentuada, etc., y fallece al cuarto día, pese a la medicación instituida.

## DESCRIPCION MACROSCOPICA DE LA PIEZA OPERATORIA

Riñón de tamaño sensiblemente normal. A nivel del polo inferior, cara posterior, se observa un nódulo irregular, abollonado, que hace marcada saliencia sobre la superficie del órgano (fotografía Nº 4). Consistencia ligeramente aumentada, algo más blanda a nivel del nódulo descripto.

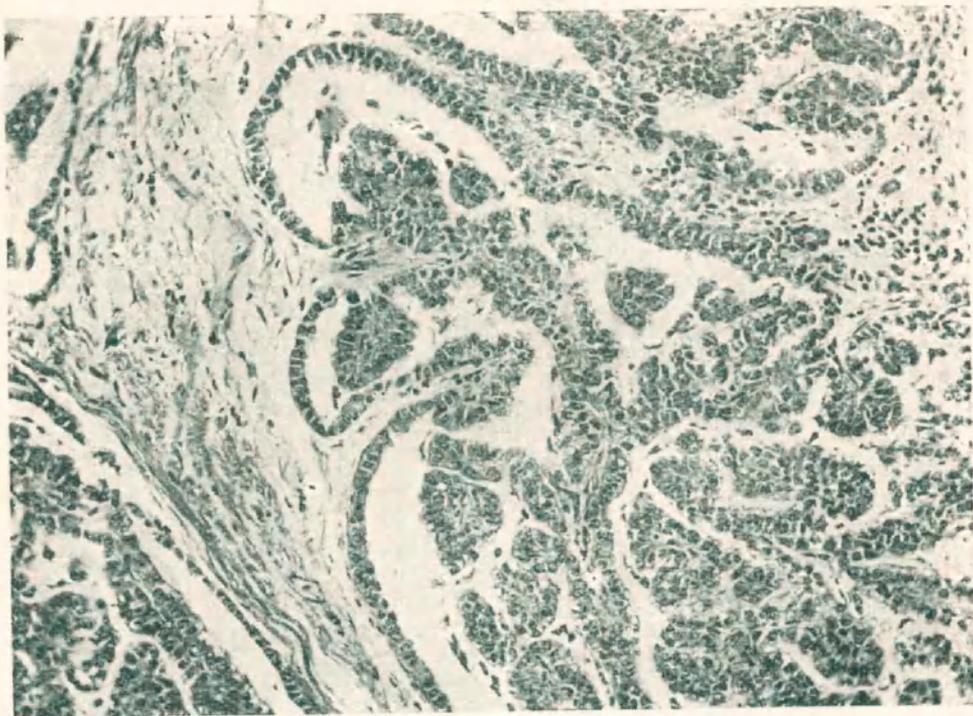


Figura Nº 6

Placa Nº 876

Hemalumbre-eritrosina

Se observa cómo de la pared de una cavidad nacen vegetaciones papilares recubiertas por un epitelio cilíndrico cúbico.

Practicado un corte mediano, obsérvase el parénquima renal con la zona cortical disminuída en relación con la medular, con tubos hinchados y blanquecinos. La cápsula, a su vez, está algo espesada. El corte nos muestra la desaparición del cáliz inferior, reemplazado por tejido blanquecino mate y friable. Este tejido ocupa exactamente el territorio de la pirámide de Malpighio, rechazando por compresión excéntrica la columna de Bertin.

Observando con detención la masa tumoral, podemos ver en la periferia de la misma, una tenue banda de tejido formado por restos de la pirámide de Malpighio.

En relación con la zona cortical, existe un rechazamiento de la misma por compresión excéntrica, quedando reducida en algunos puntos a una tenue banda que hacen que el tumor sea casi subcapsular.

**Diagnóstico macroscópico.** — Tumor nodular desarrollado en la papila renal.

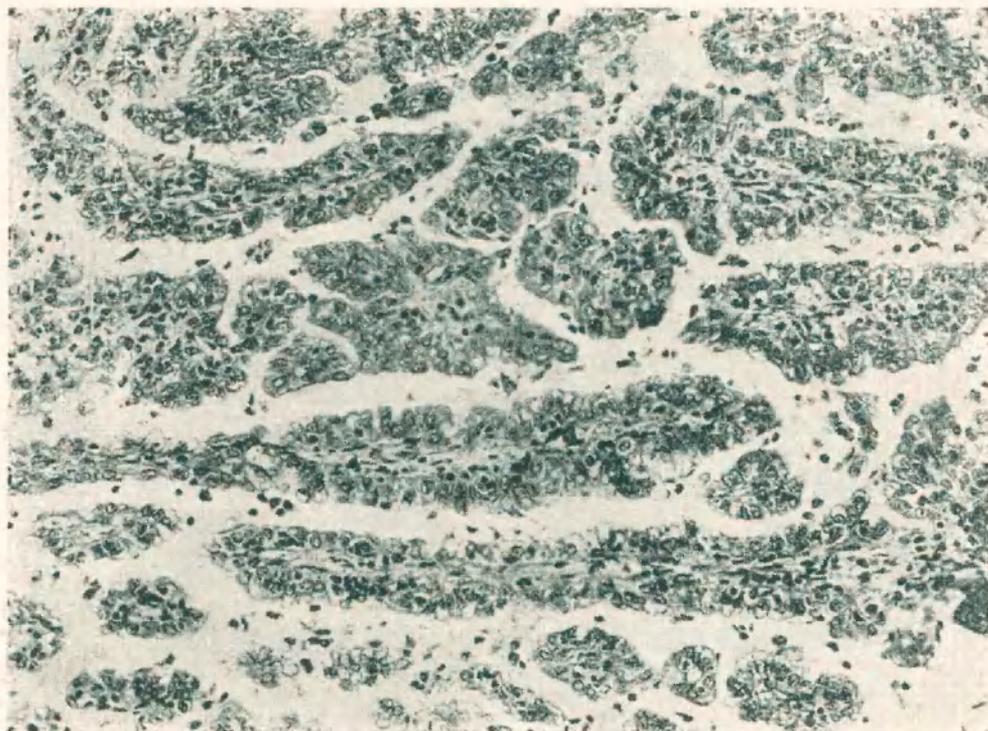


Figura Nº 7

Placa Nº 875

Hemalumbre-eritrosina

El crecimiento papilar origina una serie de vellosidades con un eje conjuntivo vascular, recubierto por células con núcleo basal y cuyo vértice se aclara

**Estudio histológico** (folios 1308 y 2106). — Topográficamente, el tumor rechaza al tejido renal en la zona cortical, estando separado de él por una condensación de tejido conjuntivo, que forma en algunos puntos una especie de cápsula.

Al aproximarse a la zona medular, pueden verse los tubos colectores comprimidos y rechazados, y en algunas zonas es posible observar el epitelio que recubre a la papila, limitando perfectamente al tumor, y frente a él, el epitelio del cáliz, identificados ambos por conservar su estructura característica. (Figura Nº 8).

El tumor en sí, está formado por un conglomerado de células epiteliales dispuestas en cordones, con un eje conjuntivo vascular al cual rodean elementos celulares de forma cilindro-cúbica y con núcleo basal. (Figura Nº 7). Estos elementos, estructuralmente, son en un todo semejantes al epitelio normal de los tubos colectores.

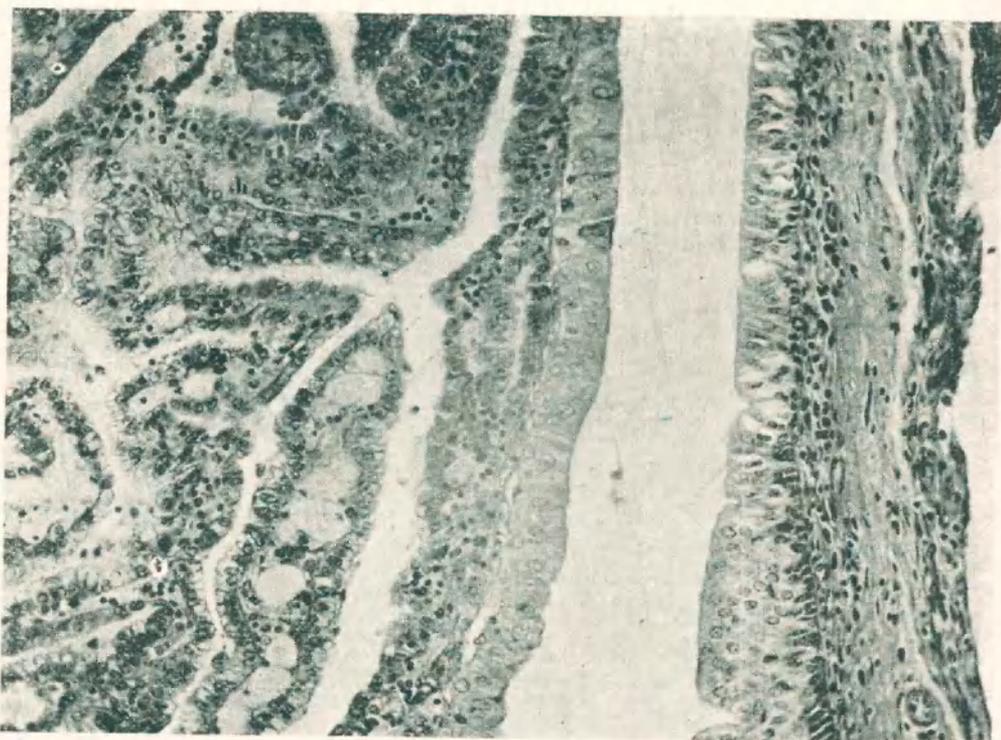


Figura Nº 8

Placa Nº 878

Hemalumbre-eritrosina

De un lado mucosa de cáliz identificable por la estratificación del epitelio, del otro mucosa papilar, por dentro papilas o vellosidades con el epitelio revestido por células epiteliales con los caracteres descriptos. En el centro conjuntivo-vascular aparecen grandes células claras finamente vacuoladas.

El crecimiento de estos cordones se hace en forma irregular, con aspecto dentrítico, confiriendo así un carácter estructural especial al tumor. (Figuras Nos. 6 y 7).

Estudiando los elementos celulares podemos señalar algunos aspectos interesantes de los mismos. El protoplasma, acidófilo y obscuro en general, comienza a aclarar hacia la zona apical y ese aspecto se extiende en los elementos vecinos, hasta comprender toda la célula (células claras). (Figura Nº 7).

Otra característica digna de señalar, es la presencia, dentro de los ejes conjuntivovasculares descritos, de elementos celulares con protoplasma claro, finamente granuloso y con núcleo pequeño y cromático. (Figura Nº 8). Estos elementos, escasos en algunas zonas, permiten, por esta circunstancia, precisar su estrecha relación con el eje conjuntivo vascular, a expensas del cual parecen formadas, y evidenciar el contraste con las células epiteliales anteriormente descritas, que los rodean como en manguito.

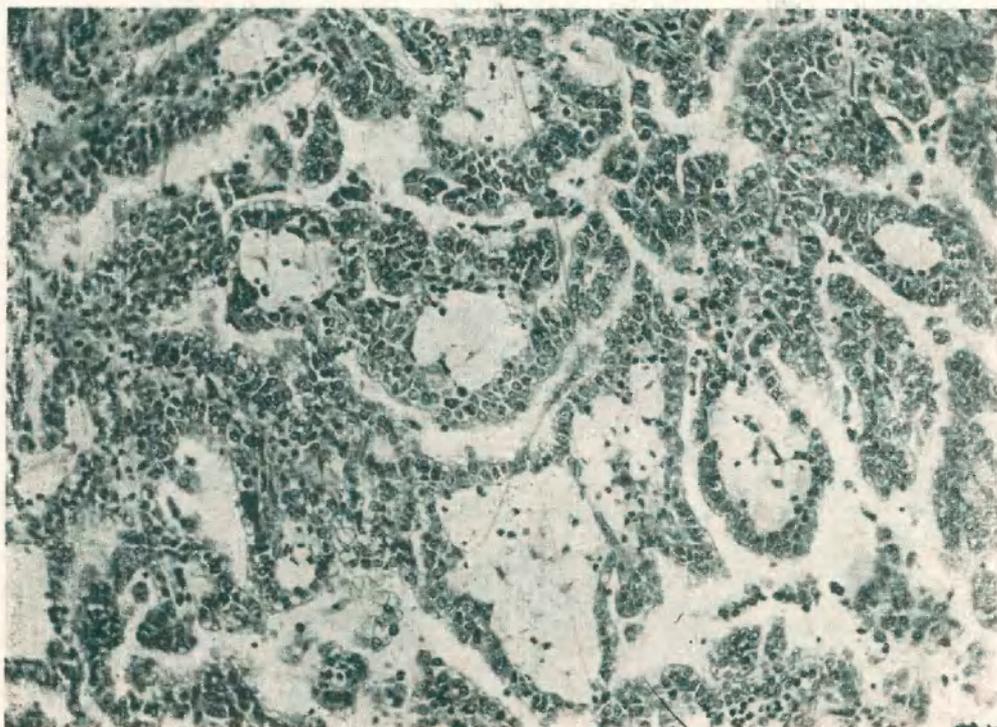


Figura Nº 9

Placa Nº 879

Hemalumbre-eosina

El aumento de las células claras del eje conjuntivo-vascular se acentúa notablemente, llegando a formar verdaderos cúmulos celulares.

Al multiplicarse, en otras zonas, estos elementos celulares, confieren al tumor un aspecto distinto, que lo aproxima al tipo clásico de los epitelomas con células claras. (Figura Nº 9).

Estudiados con luz polarizada, nos muestran los preparados una riqueza extraordinaria de grasas birrefringentes destacándose cruces de malta típicas.

Los preparados teñidos con Soudan III y rojo escarlata, también nos muestran la notable riqueza en grasa de este tumor. (Figura Nº 10).

El estudio del parénquima en las zonas próximas y alejadas del tumor, muestra en los tubos lesiones degenerativas de tipo albuminoideo, presentándose las células tumefactas, con el protoplasma granuloso y acidófilo, el núcleo pequeño cromático y poco visible. En algunas zonas se observan dilataciones quísticas con epitelio aplanado y contenido albuminoso, formadas a expensas de los tubos.

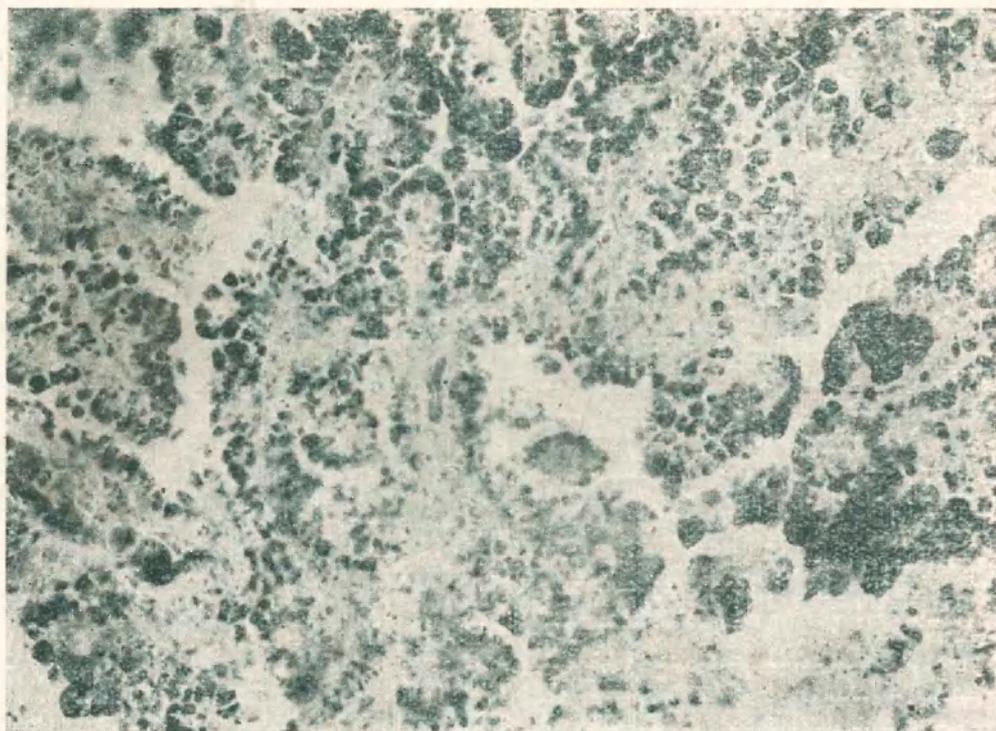


Figura Nº 10

Placa Nº 880

Hemalumbre-Soudan III

En negro se destacan las gotas grasas teñidas por el Soudan III.

Los glomérulos se presentan con aspectos diversos; en algunos puntos con el aspecto clásico de la oblea, expresión de su esclerosis total, y en otras zonas glomérulos indemnes o poco afectados.

Estas lesiones del parénquima no tumoral, aunque difusas en mayor o menor grado, adquieren en ciertas zonas mayor intensidad, lo que hace se aproximen al tipo de lesiones con predominio focal. (Figura Nº 11).

**Diagnóstico.** — Epitelioma papilar de riñón. Glomerulonefritis crónica con predominio focal.

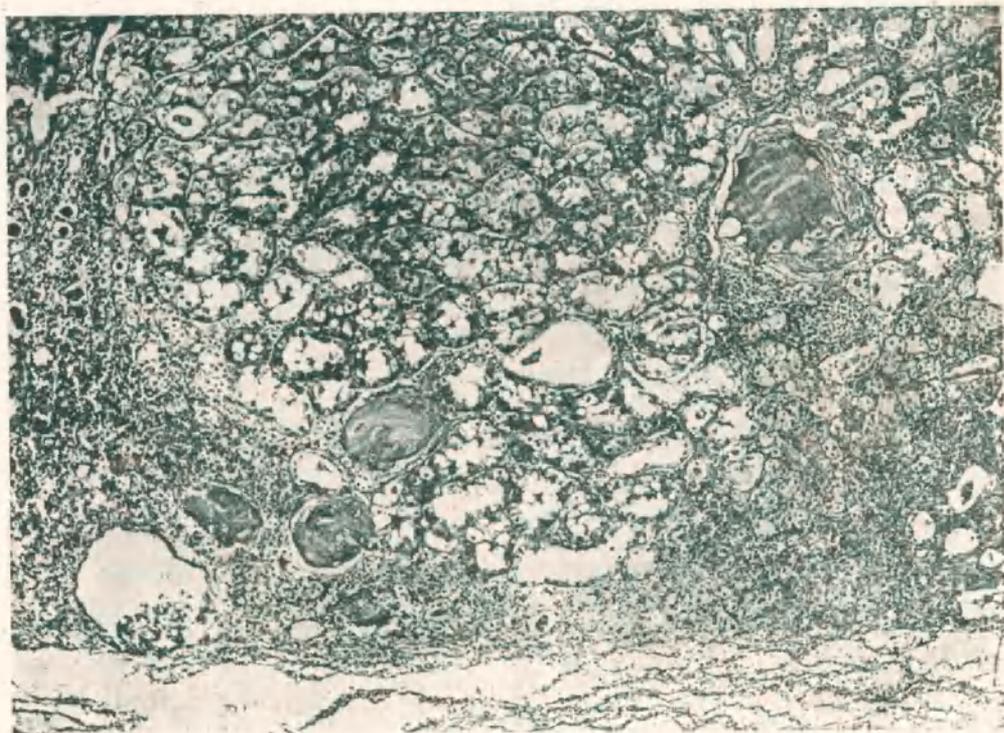


Figura Nº 11

Placa Nº 877

Hemalumbre-eritrosina

Las lesiones del parénquima renal lejos del tumor, son evidentes: esclerosis glomerular, degeneración tubular, infiltración intersticial, así como su carácter focal.

### COMENTARIOS

Dentro de la sintomatología y evolución del cuadro clínico que acabamos de relatar, nos parece útil e interesante hacer mención de ciertos aspectos que conviene analizar.

En primer lugar nos llama la atención, entre los antecedentes del enfermo, la larga **evolución** de la neoplasia, ya que es lógico considerar su primer síntoma, la hematuria aparecida 7 años atrás, que se repite en varias oportunidades, la última de las cuales podemos observar y precisar su punto de partida, siendo lógico atribuir las todas al mismo origen, en ausencia de otras lesiones que las justifiquen.

La hematuria, el síntoma más constante de los tumores del riñón, aunque no es considerada un fenómeno inicial de la enfermedad, como en la tuberculosis, es lo cierto que en ocasiones precede en mucho a la instalación del complejo sintomático que acompaña al cuadro clínico. Así, **Tuffier**, en un trabajo de conjunto sobre 36 casos, encuentra que en 6 de los mismos, la hematuria precede en más de 2 años al tumor. **Lecène** anota el mismo hecho 4 veces en 12 observaciones, y en una de ellas la hematuria precede en 12 años a los otros síntomas. **Krönlein** cita otro caso de 8 años.

Considerada, pues, la hematuria como el primer síntoma revelador de la enfermedad, se admite la evolución lenta de algunas neoplasias renales (**Israel**: 8 años, **Loumeau**: 15 años, **Carlier** 8 años, **Herczel**: 12 años). Nuestra observación, de 7 años, podría contarse entre ellas, y el concepto de la lentitud de evolución lleva aparejado el de cierta benignidad, circunstancia que si bien es innegable en el terreno clínico, no lo es en el anatómico, pues histológicamente todas estas neoplasias, son de un elevado índice de malignidad, y aun en los casos en que la intervención se lleva a cabo en el período de latencia, llamémosle así, no ha sido posible descubrir ese estadio de tumor benigno, que admiten algunos autores para justificar la larga evolución.

No creemos, ni mucho menos, que en materia de tumores de riñón se haya dicho la última palabra, y en cuanto a sus variedades anatómicas, consideramos que ellas deben ser motivo de una prolija revisión, asociada al estudio del cuadro clínico, y quizás en detalles de histología fina, se encuentre la justificación de las modalidades evolutivas, y el término de apreciación de su verdadero índice de malignidad.

En lo que respecta a la **sintomatología** del caso que relatamos, ella se reduce exclusivamente a la hematuria, ya que el dolor, que coincidió en una oportunidad con la aparición de la sangre, fué del tipo cólico, debido probablemente al pasaje de algún coágulo por el uréter, no adquiriendo por tanto mayor significación. Podemos decir pues que nuestro enfermo no acusaba dolores, no se palpaba en él ninguna tumoración, no existía varicocele ni los otros

síntomas clásicos de la afección. El cuadro era monosintomático, modalidad frecuente en los casos de neoplasias con poco desarrollo.

En esas condiciones, el diagnóstico de certeza es difícil de lograr, y hoy día estamos habituados a ello en la mayoría de los casos antes de resolver una intervención.

La **Pielografía ascendente**, que ustedes acaban de observar, es magnífica y concluyente en ese sentido. No solamente nos confirmó la naturaleza y el lado de la afección sino que también nos dió ideas precisas sobre la localización y extensión de la neoplasia dentro del órgano. En esta oportunidad queremos tan sólo recordar la importancia de la pielografía en el diagnóstico de los tumores del riñón, tema sobre el cual nos ocupamos extensamente en un trabajo de conjunto sobre 20 observaciones que presentáramos con anterioridad a esta Sociedad.

La **Pielografía endovenosa**, decimos también hoy como entonces, no tiene su indicación precisa en los tumores del riñón. Sus resultados son inciertos, siempre muy inferiores a la pielografía ascendente, y el caso en estudio es una prueba de ello.

**El examen de la orina global**, practicado en el intervalo de las hematurias, fué en nuestro caso absolutamente normal. Ningún elemento patológico revelaba la grave afección de que era asiento la glándula. Ello tiene, a nuestro juicio, un gran alcance y una importante deducción práctica, ya que a priori haría desechar toda lesión del órgano, y en manos de espíritus poco curiosos, a negarla rotundamente, atribuyéndole a la hematuria, quizás remota una de las explicaciones fáciles que abundan, y que hacen que nunca se investigue demasiado sobre ellas.

**El examen de la crina por cateterismo**, de cada riñón, fué en cambio en nuestro caso de gran valor. Nos acusó un franco déficit funcional del lado afectado, sobre cuya importancia y significación nos ocupamos también en otro trabajo de conjunto presentado a esta Sociedad, habiendo hecho lo mismo el Dr. Astraldi en otra interesante comunicación.

Nos ha llamado la atención en el presente caso, la desproporción entre el marcado déficit funcional, y el escaso desarrollo de la neoplasia, que respeta gran cantidad de parénquima, aparentemente sano. La histología nos ha dado la justificación de esta anulación funcional, al revelarnos múltiples esclerosis glomerulares, expresión anatómica de viejos procesos de glomerulonefritis en foco, y en otras zonas, lesiones de nefrosis, que explican esta inhibición. En las próximas sesiones nos ocuparemos extensamente en un trabajo de conjunto, sobre las lesiones no tumorales del riñón canceroso, la mal llamada "nefritis cancerosa", por lo cual no queremos entrar en detalles sobre su patogenia y significación.

**El estudio del sedimento urinario** de cada riñón por separado, nos reveló también detalles muy interesantes. En el sedimento del riñón afectado, hemos podido observar, en bastante cantidad, lipoides birrefringentes con su clásica imagen de cruz de Malta con la luz polarizada. Esta misma observación la hemos comprobado en otros casos de tumores de riñón y creemos que tiene importancia. Es sabido que las neoplasias renales, sin entrar a especificar variedades, hacen con frecuencia una verdadera degeneración grasa de sus elementos; las células, con predilección hacia las partes centrales del tumor, y probablemente por una alteración de su metabolismo, se cargan de grasa, hasta darles el aspecto de "células claras" que se observan en las preparaciones, a veces en abundancia tal que ha servido para rotular muchos epitelomas renales.

Estas grasas contienen abundantes lipoides birrefringentes, y en las preparaciones no coloreadas de los epitelomas a células claras, se observan magníficas imágenes de cruces de Malta con el polarizador.

En el sedimento urinario se observan cruces de Malta en las nefrosis, especialmente en la lipóidica, y por excepción y en muy escasa cantidad, en algunas glomerulonefritis.

En nuestro caso, pues, la comprobación de lipoides birrefringentes adquiere una significación importante. No puede tratarse de una nefrosis, pues ellas nunca son hematóricas, se acompañan de

intensa albuminuria y son procesos hematógenos bilaterales. No es una nefritis por el cuadro general y porque también son procesos bilaterales, y hay la comprobación de un examen de orina normal practicado 8 días antes. Además, ya dijimos que su observación es excepcional en este último proceso.

Por las razones anotadas, y por la circunstancia especial de la unilateralidad de la observación en el lado afectado, creemos más lógico atribuir el hallazgo de lipoides birrefringentes en el sedimento urinario, a la eliminación de detritos celulares de la masa tumoral, en la cual son abundantes, y pueden encontrar fácil vehiculización en la orina, en neoplasias como la presente que asienta sobre la papila, en contacto casi directo con la vía excretora.

Sin pretender crear con ello un signo patognomónico de los tumores epiteliales del riñón, creemos que la observación de lipoides birrefringentes en el sedimento urinario, cuando es unilateral y en condiciones semejantes a las anotadas, adquiere un valor diagnóstico digno de tenerse en cuenta.

**El valor funcional global**, revelado por la Constande de Ambar: 0,096, puede decirse que está poco alterado, como ocurre habitualmente en casos semejantes, y más aun en el presente, en que una larga evolución puede justificar una hipertrofia compensadora suficiente del riñón adelfo.

**El examen de la sangre** no revela ninguna alteración característica. En la serie de tumores que venimos estudiando, fuera de la anemia, no hemos observado sino en algunos casos una discreta mononucleosis y eosinofilia, a las cuales no podemos asignarles un alcance determinado. En un caso febril, con infección agregada, hiperleucocitosis con predominio polinuclear.

**Anatómicamente**, el tumor objeto de este estudio tiene también, a nuestro juicio, detalles muy interesanes.

En primer lugar, diremos que el diagnóstico de epelioma papilar, o epitelioma dentrítico o adenoideo, como también suelen llamárseles, lo hacemos basados en el aspecto microscópico des-

cripto, y por sus caracteres citológicos podríamos encuadrarlo dentro del grupo más amplio aún de los epitelomas a células oscuras.

El origen de estas células claras, como lo describimos en detalle en el estudio histológico, pudimos seguirlos desde las células oscuras indiscutiblemente renales, pero señalamos también la presencia de células claras, espumosas en el eje conjuntivo vascular de las papilas y cómo esta proliferación desplazaba primero a las células epiteliales y las sustituía luego en muchas zonas, haciendo difícil, si no imposible, señalar cuando una célula clara es de origen epitelial o cuando del eje conjuntivo-vascular.

**Masson** ya ha descrito, para algunos adenomas papilares, a estas células, como resultantes de una imperfección de la circulación sanguínea, y las describe como "células finas y regularmente esponjosas, rellenas de gotitas de grasas, éteres de colessterina y a veces pigmentos".

Las considera funcionalmente como lipófagas y critica el concepto de **Ribbert** que denomina a estos tumores lipoadenomas, por considerarlas como células adiposas imperfectamente diferenciadas.

Esta variedad de tumores es considerada por todos los autores, como de origen propio del riñón, pero en nuestro caso, la observación de células claras le confiere caracteres que lo aproximan al complejo grupo de los "epitelomas a células claras", de histogenia tan discutida.

Justamente esta dualidad estructural es la que confiere un interés particular a esta observación desde el punto de vista oncológico, limitándonos tan sólo por ahora a dejar constancia de los hechos, y a plantear el problema de patogenia que ellos implican, que trataremos de resolver en estudios de conjunto posteriores.

Queremos también anotar, aún a título de premisa, que los epitelomas papilares, dentrícos e adénoides, adquieren en otros órganos como en tíroides o mama un carácter de malignidad relativa, traducida por una larga evolución clínica, tal cual ha ocurrido en nuestro caso tratándose del riñón.

Esta correlación entre estructura histológica y evolución clínica, creemos que debe confirmarse con nuevas observaciones, que hagan del sustratum anatómico, el índice pronóstico más fiel en la evolución de los tumores renales.

**La intervención quirúrgica**, también nos dejó una enseñanza, que por cierto tenemos que lamentar.

La ruptura de un vaso polar superior en las maniobras de desprendimiento, produjo una hemorragia considerable que dificultó y prolongó la intervención, y que seguramente repercutió sobre el estado general, disminuyendo las defensas orgánicas para la lucha contra el proceso pulmonar, que apareció al 4º día e hizo crisis a las pocas horas.

Las anomalías numéricas de la arteria renal son muy frecuentes, citando **Brewer** en 300 observaciones, un 20 % de malformaciones de esta naturaleza.

**Papin** dice que dentro de estas anomalías numéricas, las arterias polares superiores son de las más frecuentes, siendo ellas las que interesan especialmente desde el punto de vista operatorio.

La herida de una arteria polar es un accidente operatorio grave y desagradable, y si es superior, la hemostasia resulta muy dificultosa. La rápida extirpación del órgano, creemos que es la única maniobra que la facilita.

## DISCUSION

### **Salleras J.:**

*Sostiene que la pielografía es el único procedimiento para hacer diagnóstico precoz de tumor renal, cuando sólo hay hematuria. Para darle valor absoluto a la pielografía hay que hacerla con toda técnica, rellenando bien todas las vías excretoras repitiéndola si es necesario y aun recurriendo a la descendente cuando existe la menor duda sobre su interpretación existiendo imágenes lacunares con defectos de relleno de calcio, que se repite en dos pielografías sacadas con intervalos de días se puede concluir en tumor renal.*

**Montenegro A.:**

*Cuando lei las primeras observaciones sobre pielografía en los tumores de riñón, especialmente lo escrito por Young, y la interpretación y el significado de la amputación de los cálices, falta de relleno de la pelvis renal, irregularidades de la imagen de la misma, etc., etc., y más aún cuando yo mismo practiqué la pielografía y diagnosticué con ella neoplasmas de riñón, llegué a creer que era típica y patognomónica de neoplásica, pero no es así; recientemente, en dos casos que presentan síntomas de neoplasia renal, una vez obtenido el pielograma típico y dándole una importancia preponderante, senté el diagnóstico de cáncer de riñón, en cuyo diagnóstico también me acompañó el prof. Maraini.*

*La intervención quirúrgica nos demostró el error en que habíamos incurrido, porque en el primer caso se trataba de un macroquiste del riñón derecho, y en el segundo, de un quiste hemático también del polo inferior, lleno de coágulos.*

*He querido citar esto sin más objeto que moderar posibles entusiasmos juveniles por la pielografía en las neoplasias de riñón, y para que no se dé al signo más importancia de la que en realidad tiene.*

**García A. E.:**

*Coincidimos con el Dr. Salleras en la importancia de la pielografía en el diagnóstico precoz de los tumores del riñón, y en la necesidad de llevarla a cabo con una técnica rigurosa, y controlando sus resultados en pruebas ulteriores se pudiera haber lugar a interpretaciones equívocas. Es nuestro hábito, y así lo sostuvimos y documentamos en un trabajo de conjunto que sobre el tema presentamos a esta sociedad.*

*En cuanto a la observación del Dr. Montenegro, creemos que cabe un aclaración. La pielografía que hace el diagnóstico de tumor de riñón, sin especificar su naturaleza en la mayoría de los casos. Tan sólo nos indica la existencia de una "tumoración" que amputa, desplaza o deforma los cálices o la pelvis, y desde luego que como "tumoración" puede comportarse tanto un quiste hemático de riñón como una neoplasia encapsulada. Pero en algunos casos, el "relleno tumor-*

ral", llamémosle así, de la vía excretora, acusa ciertos detalles, especialmente en el estudio de sus contornos, que ayudan poderosamente a precisar el diagnóstico, y el "flou" de los mismos es quizás el dato de mayor significación. En el pielograma que presentamos, la existencia de una tumoración de crecimiento irregular, como si fuera abollonada, que amputa parcialmente el cáliz inferior sin modificar sus relaciones y sin alterar la forma y tamaño del órgano, creemos que debe sugerir la idea de una neoplasia desarrollada en íntimo contacto con la papila, y ese diagnóstico lo conceptuamos humanamente categórico.

Por otra parte, si el Dr. Montenegro conociera nuestro trabajo de conjunto sobre el tema, basado en el estudio de más de 20 tumores del riñón, quizás pudiera justificar un "entusiasmo juvenil".