

en los sanos. Se sospecha que esta sustancia de formación intrarrenal descendería por los túbulos hasta la pelvis, lo cual sería posible por las lesiones papilares de la pielonefritis concomitante y de esta forma darían origen a estas formaciones blandas que sólo secundariamente se clasificarían con fosfatos cálcicos o amónico-magnésicos.

BIBLIOGRAFIA

1. *Campbell, M. F.*: Clinical Pediatric Urology. Philadelphia. Saunders, 1951.
2. *Gage, A. and Real, H. W.*: Fibrinous calculi in the Kidney. Am. Surg. 1908, 48, 378-387.
3. *Kuss, R., Denis, M., Dinopolus, C.*: Les calculs "mous" de l'appareil urinaire chez l'adulte. J. de Urol. T. 75.
4. *Williams, D. I.*: Matrix calculi. Brit. J. Urol. 1963, n° 34-35: 415.
5. *Sáenz, Carlos A. y Rodolfo Sccolovsky*: Cálculos blandos. Rev. Arg. de Urología. Mayo del 1970 n° 1, pág. 6.

Hospital Municipal Ramos Mejía
Servicio de Urología

Sociedad Argentina de Urología 22-4-71
Rev. Arg. Urol. Nefrol. Tomo 40. Año 1971

FIBROMA DEL RIÑÓN

Por los Dres. B. SATORRE, C. CAMBRIGLIA, E. J. ROCHMAN y J. C. CIPITRIA

Los tumores de riñón benignos constituyen una rareza. Estos incluyen: lipomas, adenomas, hemangiomas, fibromas, miomas y neurofibromas. Cuando son pequeños son generalmente asintomáticos y su hallazgo es casual, ya sea radiológicamente o durante la necropsia.

La existencia de tumores benignos de gran tamaño son acompañados de una signología y sintomatología a veces imposible de diferenciar de un adenocarcinoma por ser el más frecuente, o de otros tumores malignos.

Los fibromas pueden tener como punto de partida la zona cortical y capsular del riñón o la zona medular. En el primero de los casos son siempre benignos, mientras que en el segundo, pueden ser tanto benignos como malignos (fibrosarcomas). Estos últimos deben distinguirse de los hamartomas, cuya constitución histológica generalmente es mixta, de ahí las distintas nomenclaturas, por ejemplo: angiofibromiolipoma. Para otros autores el fibroma sería una variedad histológica pura del hamartoma. Albrecht dice que los hamartomas son producto de una diferenciación de un territorio del blastema renal primitivo, estableciendo tres características: a) son formaciones embriónicas tumorales; b) histológicamente derivan de los componentes normales del órgano; c) los tejidos presentan distintos grados de maduración.

Presentamos a continuación nuestro caso.

M. E. S. de R., 50 años, argentina, viuda.

Enfermedad actual: Hace 5 meses nota en hipocondrio izquierdo y flanco correspondiente un "bulto" que fue aumentando de tamaño, sin dolor, no agregando ninguna otra sintomatología.

Consulta a un facultativo quien la medicó con antibióticos y antiinflamatorios sin obtener resultado alguno.

El aumento progresivo del tumor motiva su derivación a esta Capital, siendo internada en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Ramos Mejía, donde con el diagnóstico presuntivo de tumor renal pasa al Servicio de Urología.

Antecedentes personales: Nacida en la Provincia del Chaco, donde vive en la actualidad.

Enfermedades comunes de la infancia: Dispepsia hiposténica desde hace 5 años.

Antecedentes heredofamiliares: Sin importancia.

Estado actual: Se consignan sólo los datos positivos: T. A. 180/100. Abdomen: En el flanco e hipocondrio izquierdo se observa abovedamiento que tiene movilidad respiratoria. Asimétrico a expensas de flanco e hipocondrio izquierdo. Palpación superficial indolora, con aumento de la tensión en la misma zona.

Percusión mate en flanco e hipocondrio izquierdo. Se palpa hígado a través de dedo debajo del reborde costal, excursión, indoloro liso. Se palpa tumor en zona espleno renal palpable en hipocondrio, 2/3 superiores de flanco izquierdo y zona lumbar correspondiente, duro leñoso de bordes y superficie lisa, redondeado, de 20 cm de diámetro, aproximadamente, móvil a la respiración. Peloteo positivo. Sin adherencias a los planos profundos.

Análisis: Normales. Casoni y gota gruesa negativas.

Radiología: En la placa simple se observa: zonas de calcificaciones sobre el área renal izquierda.

En el urograma se observa: a los 5 minutos, buena eliminación del contraste por el riñón derecho visualizándose un doble sistema superior en el mismo lado. El riñón izquierdo presenta un silencio total que se prolonga en las placas retardadas.

Pielografía ascendente: Introducido el catéter asciende sin dificultad observándose la presencia de imágenes en bolas, en la zona correspondiente al polo superior.

Arteriografía renal selectiva. Arteria renal izquierda de aspecto normal. Se observa vascularización del polo superior y parte media del riñón correspondiente, la zona que corresponde al polo inferior aparece avascular. En el tiempo nefrográfico del angiograma se delimitan claramente 2 áreas, la correspondiente al polo superior bien opacificada y delimitable, en tanto que la inferior ostenta una débil opacificación con marcado agrandamiento del polo inferior que se proyecta hasta la cresta iliaca.

Colón por enema: Desplazamiento colónico por tumoración retroperitoneal.

Centellograma renal: R.D. nefromegalia, bordes nitidos, buena concentración R.I. Ausencia.

De acuerdo a los exámenes que anteceden se decide su exploración quirúrgica.

Operación: 21/1/70. Cirujano: Dr. Satorre.

Lumbotomía izquierda a lo Bazy. Diéresis de la pared hasta la grasa perirrenal. Con disección roma se libera el polo superior disecándose hasta el pedículo. Se efectúa igual procedimiento con el polo inferior donde se halla localizada una gran tumoración. Nefrectomía según técnica no palpándose adenopatías. Cierre de pared por planos.

Anatomía patológica. Inclusión nº 68.580.

La histología del tumor consiste en tejido fibroso con alguna tendencia a la fasciculación con gran proporción de componente hialino, calcificación y algunos sectores de celularidad. Citológicamente no se observa atipias, no habiendo evidencias de malignidad.

El límite entre el tumor y el riñón es neto, existiendo compresión en este último y ocasional incorporación de algún glomérulo por aquel intersticio renal con extensa e intensa movilización leucocitaria, incluyendo cilindros leucocitarios y áreas de infiltración linfoplasmocitaria.