

BIBLIOGRAFIA

- Campbell M.: citado por Herbut.
 Herbut P. A.: Patología Urológica Salvat Ed. Barcelona 1959.
 Finochietto R.: Cirugía Básica López Libreros Ed. Bs. As. 1962.
 Mishalany H. G.: Ann Surgery 157: 473 - 1963.

Hospital Español
 Servicio de Urología.

Rev. Arg. Urol. Nefrol.
 Tomo 41 - Año 1972

LITIASIS, QUISTES MULTIPLES Y CARCINOMA A CELULAS CLARAS, EN UN MISMO RIÑON

Por los Drs. JORGE TORO, ANGEL LARCO, FRANCISCO FRANCO y
 JOSE CHOCRON.

En el riñón la presencia de asociaciones patológicas de distinta naturaleza, suele plantear difíciles problemas diagnósticos e interrogantes a veces imposibles de aclarar en lo que respecta a su correlación etiopatogénica.

En el Servicio donde actuamos hemos asistido un paciente que presentaba en el mismo riñón: litiasis, quistosis y carcinoma renal, motivo de esta comunicación.

En la revisión bibliográfica no hallamos referencia alguna de la asociación de estas tres patologías; en cambio son numerosas las comunicaciones que tratan la simultaneidad de dos de las mismas: litiasis o quistosis y tumor renal. Las primeras publicaciones extranjeras se remontan al año 1937, William F. Johnson efectuó una primera recopilación hasta el año 1953, elevando a 9 los casos de carcinoma en riñón poliquístico (Melicow y Gile, Bobbitt y Hayward).

La estadística de la Clínica Mayo nos indica que la coexistencia de quiste solitario y cáncer renal es de un 4,5 % (24 casos de quiste solitario hallados en 545 casos de neoplasia renal).

Brannan señala que la incidencia de cáncer renal en riñones quísticos es de un 2,9 % (3 casos de cáncer renal sobre 104 casos de quistosis renal). Según otros autores este porcentaje oscila entre el 3 y el 5 %. Es mucho más raro aún la presencia del cáncer renal dentro de un quiste, según la estadística de la citada Clínica Mayo, asciende a un 0,4 % (1 caso de cáncer renal sobre 216 casos de quiste).

Varios autores nacionales se han ocupado del tema Quistosis y Cáncer renal, entre otros: Trabucco, Bottini y Borzone. Vicchi y Vargas. De la asociación de Litiasis y Cáncer renal: Grimaldi, Godaracena y Monserrat; Castaño, Surra Canard y Ortiz.

Caso

Paciente R. P. Matr. N° 498.375, de 82 años de edad que ingresa al servicio por presentar desde hace dos años: disuria, polaquiuria, nicturia y hematuria total, intermitente e indolora.

Como antecedente de importancia desde el punto de vista urológico refiere ser portador de una litiasis renal derecha desde hace cinco años.

Buen estado general, examen cardio-respiratorio normal en relación a la edad.

Examen urológico: riñón derecho palpable e indoloro, de superficie re-

gular y redondeada, el tacto rectal demuestra la presencia de un adenoma de próstata. Cistoscopia, sin particularidad.

El estudio urográfico indica en la placa directa la presencia de litiasis derecha (localizada en el cáliz inferior) y litiasis vesicular. El resto del estudio contrastado muestra los cálices derechos alargados y separados entre sí.

En la pielografía ascendente derecha se observa una imagen con las mismas características, notándose un desplazamiento del cáliz superior hacia abajo y una franca amputación del cáliz inferior con separación y dilatación del mismo que permite formular el diagnóstico presuntivo de neoplasia polar inferior (masa ocupante parenquimatosa).

No se realiza la arteriografía renal selectiva por razones económicas.

El paciente es operado con el diagnóstico de litiasis renal derecha, quistosis múltiple y probable neoplasia polar inferior. Se practica lumbotomía derecha con incisión de Pflaumer, se explora el riñón hallando varios quistes que hacen prominencia sobre la superficie de ambas caras renales.

Se practica pielotomía extrayéndose el cálculo alojado en el cáliz inferior. Al palparse una zona indurada, sospechosa de neoplasia, en el polo inferior, se decide practicar la nefrectomía.

Buena evolución posoperatoria. Alta a los diez días. Cobaltoterapia. El estudio histopatológico N° 65.948 (Prof. Dr. Lascano González) refiere: Riñón que mide 10 cm x 4 x 5, que presenta próximo a la pelvis renal dos quistes de contenido seroso que no muestran macroscópicamente comunicarse con la misma y otro más pequeño vecino al pedículo renal.

En el polo inferior se observa una *tumoración* de color amarillento con focos hemorrágicos, dura, de 2,5 cms de diámetro. La relación córtico-medular está disminuida debido al adelgazamiento de ambas capas con una moderada congestión a nivel de la médular.

Miscroscopia: Riñón con un cáncer renal a células claras e intensa esclerosis intersticial especialmente en la medular.

Comentario

La aparición simultánea de la *litiasis*, *quiste* y *carcinoma renal* en un mismo órgano crea dificultades diagnósticas y de explicación etio-patogénica, existiendo la posibilidad de que todo se deba a un hecho casual.

No se puede precisar con certeza cuál de las tres afecciones es la más antigua y de qué forma actúa favoreciendo el desarrollo de las restantes. Al respecto se han emitido diversas hipótesis; según el trabajo experimental de Hepler, la acción mecánica obstructiva y de alteración circulatoria producida por una masa ocupante permitiría la formación quística en una zona vecina al tumor, afectada por la isquemia. El o los quistes alejados del tumor estarían justificados de acuerdo a la teoría disembrigénica, siendo su etiología independiente del tumor (nuestro caso).

Con respecto a la litiasis, algunos autores sostienen que el tumor al provocar la compresión y dilatación de las cavidades renales con la consiguiente ectasia, facilitaría la precipitación y concreción de sales calcáreas y uráticas. Otros opinan que la litiasis actuaría como factor irritativo provocando la neoformación en especial sobre las vías excretorias.

Resumen

Se presenta un caso que consideramos de interés clínico y estadístico, por asociar tres entidades patológicas diferentes. Dado la infrecuencia de esta simultaneidad, lo incierto de su diagnóstico y pronóstico y la escasa casuística hallada en la revisión bibliográfica nos motivó a esta presentación.

BIBLIOGRAFIA

- Castaño, Surra, Canard y Ortiz*: Cáncer del Riñón y Litiasis Renal Asociada. Sociedad Arg. de Urología, 1941.
- A. Trabucco*: Litiasis, Epitelioma e Hidronefrosis en un solo riñón. Sociedad Arg. de Urología, 1947.
- L. D. Arrues*: Riñón poliúístico y Litiasis unilateral. Sociedad Arg. de Urología, 1947.
- Trabucco, Bottini y Borzone*: Sobre un caso de litiasis, hidronefrosis y neoplasia de un riñón. Sociedad Arg. de Urología, 1949.
- Grimaldi, Goldaracena, Monserrat*: Tumor renal infiltrante difusa y esclerosispóst-litiásica. Sociedad de Urología 1958.
- Casal y Solari*: Tumor renal y litiasis. Sociedad Arg. de Urología, 1959.
- M. Vicchi y M. Vargas*: Riñón poliúístico y carcinoma papilífero. Sociedad de Urología 1959.
- Masri Maruffo y H. Pagliere*: Riñón multicístico unilateral con litiasis. Sociedad de Urología, 1963.
- J. J. Solari*: Tumores del riñón y litiasis renal. Sociedad de Urología. 1966.
- M. Zwillinger*: Cáncer y litiasis renal. *Journal D'Urologie*, T. 47, N° 3.
- Hans, Triska*: Quiste solitario y papiloma renal. T. 58, pág. 419.
- W. J. Johnson*: Carcinoma in a Polycystic Kindney. *Journal of Urology*. Vol. 69, Jan. 1963.
- R. Rhem, W. Taylor, J. Taylor*: Renal cyst associated with carcinoma. *Journal of urology*, Vol. 86, Sept. 1961.

DISCUSION

Dr. Steinberg. — Realmente se trata de un caso muy interesante el que traen los comunicantes. Quisiera saber por qué vía proceden al abordaje de un riñón en esas condiciones.

Dr. Scorticati. — La macroscopía revela, aparentemente, que es un tumor pequeño, de uno o dos centímetros.

¿Qué razones valieron para denominar a esa tumoración como carcinoma renal? El tumor renal tiene un diámetro menor de 3 cms. La histología muestra una organización tubular bastante clara y típica. No sé si podría clasificarse como adenoma o como adenocarcinoma.

Dr. Sáenz. — Quisiera preguntar a los comunicantes si habitualmente hacen radioterapia en el adenocarcinoma de riñón y qué resultados han observado.

El Comunicante (Dr. Chocrón). — Al primer interrogante, diré que cuando estamos seguros de la presencia de un cáncer renal lo abordamos por vía anterior, lo que nos permite llegar mejor al pedículo y luego, practicamos la nefrectomía.

Existía una masa ocupante, sin saber si se trataba en realidad de un quiste o no. Tampoco pudimos comprobar qué circulación tenía esa masa ocupante.

Al doctor Scorticati deseo manifestarle que ninguno de nosotros es anatomopatólogo y que relatamos simplemente lo que nos ha informado el doctor Lazcano González. Su inquietud motivará que hable con él y en otra reunión de esta Sociedad podré contestarle con mayor certeza.

Con respecto a lo que pregunta el doctor Sáenz, deseo expresar que todos nuestros enfermos caratulados como cancerosos los enviamos al equipo de médicos radioterapeutas del hospital, quienes se ocupan del tratamiento con cobalto. Yo no puedo aclararle en este momento cuáles son los resultados obtenidos.

Dr. Sáenz. — Mi pregunta está motivada en el hecho de que en la Revista Cáncer, en el mes de febrero de 1970 se dio a conocer una estadística de tratamiento radiante de carcinomas del riñón por un equipo de Suecia, con lo cual se venía a demostrar la radiosensibilidad de los tumores, pero examinando mejor las cifras, ellas no eran muy significativas en cuanto a los resultados obtenidos. Por ello, pienso que la cobaltoterapia no tendría mayor indicación en estos casos.

Dr. Rivarola. — Quiero aclarar que en el Hospital Italiano realizamos un trabajo sobre 49 enfermos portadores de cáncer renal, que fueron operados. A 7 de ellos se les hizo cobaltoterapia posteriormente al acto quirúrgico y los resultados observados en realidad fueron poco significativos. Eso fue sobre un período de tres años.