

Crecen lentamente, hay ligero malestar, aumento de tamaño del abdomen, constipación y no hay síntomas urinarios.

Se palpa masa lisa blanda en hemiabdomen no diferenciable del riñón.

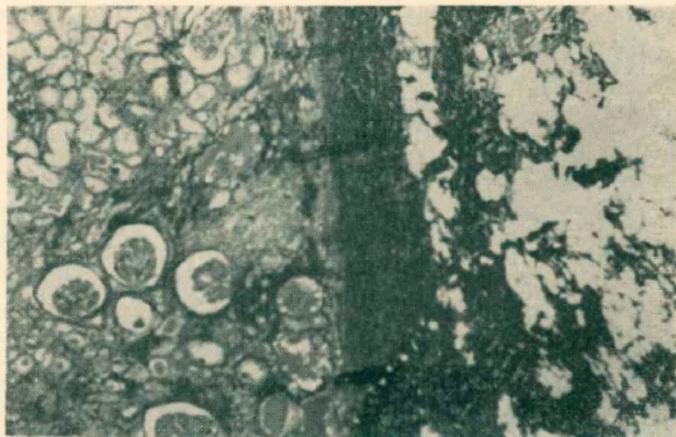


Foto III. — Otra zona del tumor muestra claramente la existencia de una cápsula fibrosa que separa el perenquima del tumor.

#### BIBLIOGRAFIA NACIONAL

1. Dr. Bengolea, A. J.: Sobre un caso de lipoma de riñón. Bol. y Trab. Soc. Cir. Bs. Aires. 4: 133, 1922.
2. Dr. Latienda, Ramón I.: Anales de la Sociedad Arg. de Anat. Normal y Patológica, IV, 31, 1942.
3. Dr. García, Alberto y col.: Revista Argentina de Urología XXIV. Pág. 63-67, 1955.
4. Dr. García José Manuel: Rev. Arg. de Urología. N° 10-12. Pág. 340-342, 1959.

Servicio de Urología  
Instituto Luis Güemes - Haedo  
Jefe Dr. Marco A. Castria

Rev. Arg. Urol. Nefrol. Tomo 42. Año 1973.

### “CARCINOMA EPIDERMOIDE DE PELVIS RENAL”

Dres. M. A. CASTRIA, O. R. BELOSSI, E. A. RAMIREZ y N. S. PIEGARI  
(1) Dr. Belossi O. R., Chacabuco 128, Haedo.

Razones anatómicas, biológicas, histopatológicas y terapéuticas nos obligan a estudiar por separado los tumores parenquimatosos del riñón de los de su vía excretora. Esta por las características histológicas de su epitelio constituye una entidad nosológica con caracteres propios y definidos: los llamados tumores del urotelio.

*Histología normal:* Consideramos indispensable un breve resumen de la histología normal del urotelio. Se trata de un epitelio transicional variedad pavimentoso-estratificado constituido por células planas o cúbicas dispuestas en dos capas, la superficial cuyas células hacen prociencia en la luz y las basales, más pequeñas e interdigitadas entre sí. En realidad es un epitelio de adaptación a las variaciones tensionales intraluminales. Asientan sobre una capa de tejido conectivo no organizado en capas rígidas ya que deben adaptarse al estiramiento. Actualmente se admite que durante la distensión las células no se mueven unas sobre otras sino que se aplanan.

*Anatomía patológica:* Existen dos formas macroscópicas, tumores papilares y no papilares. Los primeros son mayoría, 87 % (Hughes) de carácter multicéntrico y poca tendencia a la infiltración; los segundos 13 % (Hughes) son en cambio unicéntricos, infiltrantes e invasores de gran malignidad.

*Papilomas:* Formaciones pediculadas constituidas por un eje conjuntivo vascular sobre el cual asientan los elementos celulares, que si conservan la estructura histológica del urotelio normal constituye el papiloma benigno. Si por el contrario encontramos desaparición de las papilas por fusión y elementos tisulares indiferenciados con aumento de las mitosis podemos suponer que se trata de un papiloma maligno o carcinoma papilar diferenciado en estadio I. Cuando encontramos, ruptura de la basal, implantación sesil e infiltración muscular se trataría del estadio II. La infiltración peripiélica e intrarenal nos llevaría al estadio III.

Es de hacer notar que cualquiera sea el tipo histológico de estos tumores, una característica común a todos ellos es la capacidad de reproducirse en otros lugares de la vía excretora (uréter y vejiga). Se interpreta esto ya como un implante de células de arrastre o directamente al carácter multicéntrico del tumor.

*Tumor no papilares:* Este tipo tumoral unicéntrico infiltrante e invasor toma por lo general la forma de carcinoma pavimentoso o epidermoideo, aunque se han descrito también la forma adenomarcinomatosa, la alveolar e indiferenciada. Se trata de un epitelio malpighiano que no reproduce el epitelio transicional de la pelvis, crece en superficie y profundidad invadiendo el parenquima intrarrenal y tejido peripiélico. En su evolución puede ulcerarse, infectarse o recibir el depósito de sales. Su origen puede estar ya sea en la persistencia de restos ectodérmicos del ductus wolffiano o en una metaplasia pavimentosa. Su diseminación no es canalicular como los papilomas sino linfática y venosa y sus metástasis se localizan en ganglios abdominales, pulmón, hígado y esqueleto.

*Clinica de los tumores de vía excretora:* Como síntoma capital, por su constancia, debemos destacar la hematuria, precoz en los tumores papilares y tardía en los no papilares. El dolor puede ser cólico (por coágulos) o de tipo lumbalgia. En general y en contraposición a los tumores parenquimatosos la palpación suele ser negativa, salvo cuando la obstrucción canalicular origina una dilatación de la vía excretora, no es raro encontrar una hematonefrosis.

En la radiografía contrastada se manifiesta como una imagen lacunar de la vía excretora. Debemos efectuar el correspondiente diagnóstico diferencial con litiasis y coágulos.

*Historia clínica:* N° 254.785. Instituto de Cirugía de Haedo. 30/5/72. M. R. D. Español de 60 años de edad. Casado. Jubilado.

*Antecedentes:* Hematuria hace tres años. No se trató. Hace siete meses repite el cuadro en dos oportunidades.

*Enfermedad actual:* Comienza hace siete días con hematuria, con coágulos, indolora sin trastornos miccionales.

*Estado actual:* Regular estado general. Riñones no se palpan. Genitales externos: s/p. Uretra permeable.

*Urograma excretor:* Existe una imagen lacunar en pelvis renal derecha y dilatación de los cálices superiores.

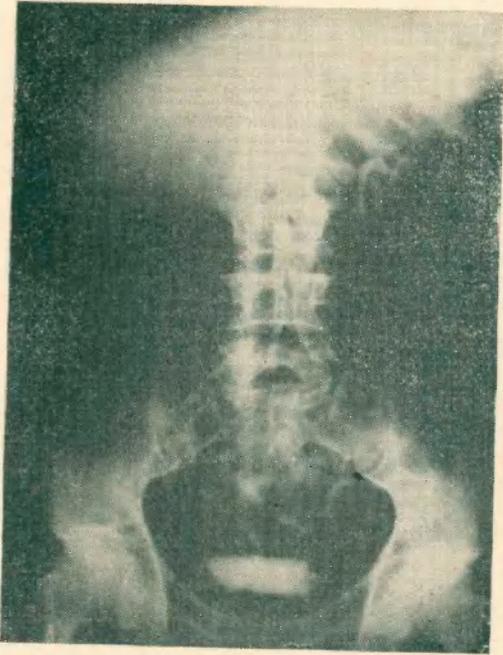
*Arteriografía:* Normal.

*Examen de laboratorio:* Como dato positivo, Eritro 126/134. Katz 96,5. Resto: s/p.

*Operación:* Se efectúa el 23/6/72, nefroureterectomía, y biopsia de lesiones nodulares múltiples hepáticas.

*Evolución:* A los siete días se instala un cuadro de insuficiencia circulatoria periférica, falleciendo.

*Anatomía patológica:* Carcinoma epidermoide maduro de pelvis renal. Tumor infiltra parenquima renal, hay émbolos neoplásicos en los vasos linfáticos. Nódulos de carcinoma



Urografía excretoria. Falta de relleno de pelvis renal D.



Pelvis renal deformada por proceso neoplásico.



Pelvis renal y parénquima comprometidos por proceso infiltrante.



Histopatología. Imágenes correspondientes a carcinoma epidermoide de pelvis renal.