

CARCINOMA DE LOS TUBOS DE BELLINI

Dr. Eduardo D. Síngrer

Presentamos un caso de carcinoma de los tubos de Bellini, afección que por su rareza así como por los interrogantes que plantea su ubicación anátomo clínica, creemos de interés hacer conocer.

OBSERVACION

Historia clínica 52.348 (Clínica Modelo de Morón)

R.F.C. de sexo masculino. Edad, 63 años.

Estado civil: casado. Profesión: empleado.

Ingresó: 26-9-72

Alta: 20-10-72

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: sarampión en la primera infancia. Fiebre reumática a los 16 años, padece de gota. Desde hace 10 años cardiopatía arterioesclerótica e insuficiencia cardíaca compensada.

Niega venéreas.

ENFERMEDAD ACTUAL

Concurre a la consulta por presentar desde hace 20 días dolor en fosa lumbar derecha con propagación al flanco correspondiente y con los caracteres del cólico nefrítico. No presentó hematuria. Con esta sintomatología se decide su internación.

Estado actual

Paciente en buen estado general.

Riñones: no se palpan.

Vejiga: no se palpa globo vesical.

Genitales externos: sin particularidades.

Tacto rectal: ampolla rectal libre. Moderada hipertrofia de la próstata con los caracteres de un adenoma.

Análisis de orina: abundante hematíes. El resto normal.

Eritrosedimentación: 1a. hora: 52, 2a. hora: 90.

Hemograma: normal.

ESTUDIO RADIOGRAFICO

En la radiografía directa del árbol urinario no hay nada que llame la atención. La urografía de excreción da una imagen normal del lado izquierdo. En el lado derecho no se visualiza el cáliz superior derecho ni la pelvis correspondiente.

Cistograma: normal.

Diez días después y ante la persistencia del cuadro doloroso decidimos efectuar un cateterismo ascendente derecho. Previo examen vesical se realiza el cateterismo del uréter derecho sin ninguna dificultad. Se rellena progresivamente las cavidades renales. En la primera placa se logra rellenar la pelvis renal observándose imágenes lacunares en la misma. El cáliz superior derecho se rellena defectuosamente. Además los cálices menores correspondientes a este sistema

presentan contornos irregulares y deformación en su arquitectura. La segunda placa que se realiza inyectando más cantidad y a mayor presión no logra mayores modificaciones a lo ya descrito.

Arteriografía: normal.

Ante la presencia de dichas imágenes, el antecedente de hematuria y el desmejoramiento progresivo que presenta el paciente se decide la **lumbotomía exploradora**.

Protocolo operatorio. 7-10-72.

Anestesia: general con intubación traqueal. **Lumbotomía** derecha con resección de la XII costilla. Se llega al riñón que se presenta muy adherido a la grasa perirrenal. Se libera y exterioriza. En el borde interno y cerca del seno se palpa una zona aumentada de consistencia que se extiende hasta el polo superior. Se decide **nefrectomía**. Cierre parietal en un plano. Post operatorio sin incidentes. El paciente fallece 4 meses después al parecer por un cuadro de caquexia cancerosa.

ANATOMIA PATOLOGICA

Aspecto macroscópico.

Riñón de forma conservada. En zona media y en polo superior muestra dos tumoraciones separadas, blanquecinas, de límites difusos y muy duras a la palpación. Las lesiones están localizadas fundamentalmente en la zona calicial y medular, aunque en algunos sectores se observa la infiltración de la cortical. El resto del riñón es de características normales, salvo por la presencia de un foco hemorrágico córtico medular de polo superior. La vena renal normal. No se palpan ganglios regionales.

Aspecto microscópico.

Se observa proliferación de células de citoplasma claro, núcleos vesiculosos, algunos de ellos con moderadas atipías. Estas células se disponen formando regueros, cordones o bien acúmulos redondeados sólidos o bien esbozando la formación de conductos tipo colector. La proliferación infiltra la pared de la pelvis, destruye la medular y en sectores invade la cortical.

Diagnóstico: Carcinoma de los tubos de Bellini.

Dres. Polak y Feola (Protocolo 108.138).

*

COMENTARIO

La primera mención que encontramos de este tipo de tumor es en una publicación de García y Casal. En 1945 presentan un caso de epiteloma de los Tubos de Bellini (Bellinoma) y sostienen que debe ser incluido entre los tumores de la vía excretora. Fruhling y Blum (1952) en un trabajo sobre clasificación histológica de los tumores de riñón dicen que conviene distinguir entre los epitelomas de riñón el epiteloma del epitelio secretor y el de los tubos excretores. Además proponen el nombre de Epiteloma Belliniano para este último. En este estudio sobre 300 tumores de riñón encuentran uno solo de Tubos de Bellini.

Truc y colaboradores en una comunicación sobre formas atípicas del cáncer de riñón mencionan una observación cuyo diagnóstico histopatológico es Nefroepitelioma de los tubos excretores intraparenquimatosos. Más adelante dicen textualmente: "Se trata de una forma inhabitual de nefroepitelioma que contrariamente a los clásicos hipernefomas de Grawitz se desarrollan inicialmente en la zona medular a expensas de los canales excretores intraparenquimatosos."

Masson en su libro sobre tumores humanos lo menciona con el nombre de Epiteloma

Belliniano, dando una descripción del mismo. Como se puede observar de la escasa casuística existente son dos los criterios con respecto a la ubicación anatómico clínic de este tipo de neoplasia. Mientras Fruhlin y Blum, Leduc y colaboradores lo incluyen entre los tumores de parénquima, García y Casal sostienen la tesis opuesta, es decir que debe ser ubicado entre los tumores de la vía excretora.

Pensamos que este carcinoma debe ser considerado un tumor de la vía excretora ya que el epitelio de los tubos de Bellini y el de la pelvis y uréter tienen un común origen embriológico (derivados Wolfianos) a pesar de presentar una textura histológica distinta. Por otra parte presenta semejanzas clínicas muy estrechas con los carcinomas de la vía excretora extraparenquimatosa. Tanto es así que tres de los casos publicados fueron intervenidos quirúrgicamente con el diagnóstico presuntivo de carcinoma de la pelvis renal.

*

R E S U M E N

Se presenta un caso de carcinoma de los Tubos de Bellini, describiéndose la evolución clínic y la histopatología correspondiente.

Luego se pasó revista a la literatura existente sobre el tema haciéndose algunas consideraciones anatómico clínicas.

Como conclusión se ubica a este tipo de neoplasia entre los tumores de la vía excretora del riñón, ya que los tubos de Bellini son de origen wolfiano, al igual que el epitelio de la pelvis y uréter, aunque su textura histológica es distinta.

Por otra parte el comportamiento clínic es muy semejante al de los carcinomas de la vía de excreción renal extraparenquimatosa.

*

B I B L I O G R A F I A

1. Fruhling, L. y Blum, E.. Classification histologique des cancers du rein. Frequence respectue des defferentes varietes. J. Urologie: 1952;58, No. 12, pag. 836-841.
2. García, A. y Casal, J.. Epitelioma de la vía excretora intraparenquimatosa (tumor de los tubos de Bellini). Rev. Arg. de Urol. Año XVI, Números 7-12, pag. 231-242, 1947.
3. Masson, P.. Tumeurs humaines. Paris. Libaririe Maloine 1956. Deuxieme edición.
