

CARCINOMA DE LOS TUBOS DE BELLINI*

Dr. Singer, E. D. - Dr. Barisio**, R. - Dr. Costa, M. A. - Dr. Gallardo, H. - Dr. García Esquerdo, Carlos

Resumen

Se presenta un caso de carcinoma de los tubos de Bellini, describiéndose la evolución clínica y la histopatología correspondiente. Luego se pasa revista a la literatura existente sobre el tema, haciéndose algunas consideraciones anatomoclínicas.

Traemos al seno de esta sociedad este caso de carcinoma de los tubos de Bellini que, por su rareza e interrogante histopatológicos que plantea, creemos de interés hacer conocer.

Observaciones

Historia clínica: Nº 1670. Hospital Interzonal de Agudos "Petrona Villegas de Cordero" de San Fernando (provincia de Buenos Aires). E. L. L., de sexo masculino, edad: 64 años. Estado civil: casado. Profesión: comerciante.

Antecedentes hereditarios y personales

Sin importancia con relación a la enfermedad actual.

Enfermedad actual

El 17/10/79 el paciente concurre a la consulta por presentar hematuria total, sin coágulos, que dura 2 días.

Estado actual

Paciente en buen estado general. Como datos positivos encontramos un adenoma de la próstata grado I.

Análisis de orina: densidad 1010, pH 5, Hb + + +.

Sedimento urinario: campo cubierto de hematíes.

Los análisis del medio interno se presentan dentro de las cifras normales.

Estudio radiográfico

Urograma excretor. Buena eliminación bilateral de la sustancia opaca. Ureteropielograma derecho normal. En el lado izquierdo se observa un estrechamiento del cáliz inferior con caliectasia del sistema que en él desemboca.

Cistoscopia. Uretra permeable; uretra posterior; adenoma de la próstata grado I. Medio vesical claro. Mucosa vesical: sin particu-



Figura 1

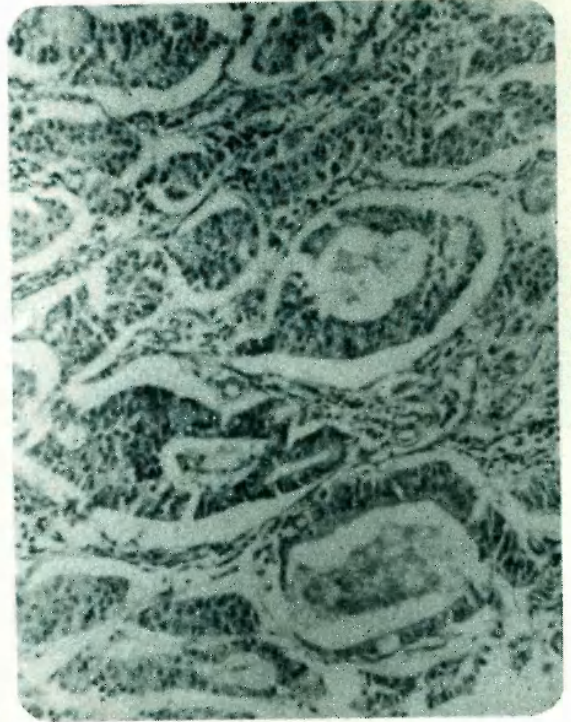


Figura 2

* Trabajo correspondiente al año 1982

** Libertador 1058, San Fernando.

laridades; meatos de configuración normal y eyaculaciones rítmicas de orina clara.

Ante este cuadro se solicita investigación del bacilo de Koch en orina, cuyo resultado fue negativo.

El 14/12/79, ante otro episodio de hematuria, con iguales características a las ya descritas, consulta el paciente nuevamente. El urograma excretor por perfusión, que se practicó en dicha oportunidad, mostró la misma imagen del urograma convencional. Poco tiempo después se realizó una arteriografía renal selectiva izquierda en la que aparece el riñon correspondiente, sin alteraciones patológicas.

En el mes de marzo y ante otra hematuria se decide la internación del paciente y se constata en el estudio endoscópico una eyaculación hematurica del meato ureteral izquierdo. Desaparecida la hemorragia se procedió a realizar un cateterismo ureteral del lado correspondiente y la pielografía ascendente.

En dicho estudio radiológico volvemos, nuevamente, a encontrar la estrechez del cáliz inferior izquierdo, ya presente en los exámenes radiológicos anteriores (urograma convencional y urograma por perfusión).

No obstante haber ejercido cierta presión en la inyección de la sustancia radioopaca, se observa la persistencia de la estrechez antes descrita.

La investigación de células neoplásicas en la orina, obtenida durante el cateterismo del riñon izquierdo, demostró la presencia de escasos colgajos de células epiteliales de tipo transicional con alteraciones autolíticas, algunas sospechosas de neoplasia (Protocolo N° 2619, Hospital de San Fernando.)

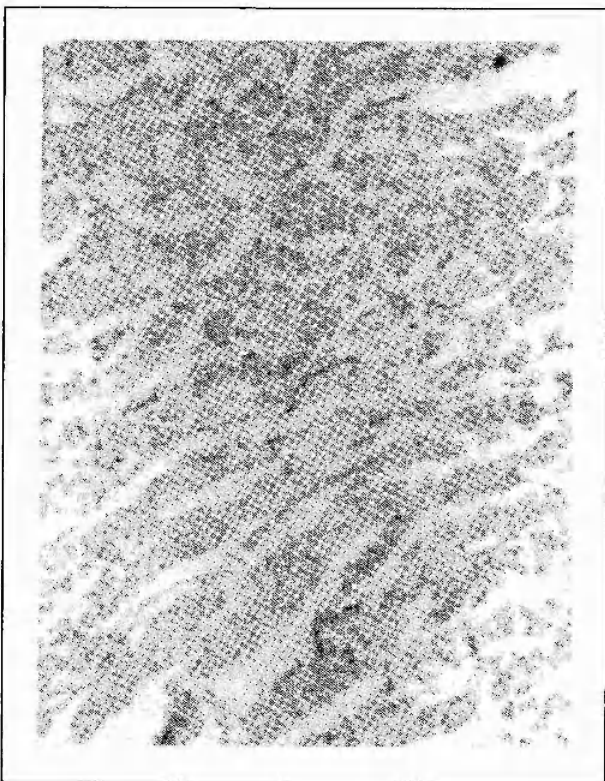


Figura 3

Luego de este último estudio, se propone practicar una lumbotomía exploradora que no es aceptada por el paciente.

A partir de esta fecha y hasta octubre de 1980 se pierde contacto con el mismo, quien concurre, nuevamente, a la consulta por otro episodio similar de hematuria, aceptando, en esta oportunidad, la intervención quirúrgica que se realiza el día 11/10/80.

Protocolo quirúrgico

Lumbotomía izquierda con resección de la duodécima costilla. Nefrectomía izquierda, cierre por planos y drenaje de la celda.

El paciente es dado de alta hospitalaria a los 8 días de la intervención, con buen estado general.

Estudio anatomopatológico

Dr. H. Gallardo - Caso N° 9835

Examen macroscópico: riñon de unos 12 x 6 x 4 cm que al corte presenta relaciones conservadas y un cáliz en vecindad de uno de los polos con contenido hemático y pequeños cálculos.

Examen microscópico: riñon que muestra, en un cáliz, un pequeño cálculo con intenso infiltrado inflamatorio de la papila y parte del parénquima corticomedular vecino. En una de las papilas, además, se observa una proliferación adenocarcinomatosa tubular que compromete la médula y la grasa peripelíca. (figuras 1, 2 y 3).

Diagnóstico

Nefrolitiasis con pielonefritis crónica. Adenocarcinoma de los conductos de Bellini.

Comentario

En el año 1945, los Dres. García y Casal publican, en esta sociedad, el primer caso de un epiteloma de los tubos de Bellini, al que denominaron Bellinoma y lo incluyeron entre los tumores de la vía excretora.

Fruhling y Blum, en 1952, distinguen dentro de los epitelomas de riñon dos grupos que son: el epiteloma del epitelio secretor y el epiteloma de los tubos excretores. Además, proponen el nombre de epiteloma belliniano para este último. Dichos autores, sobre 300 casos de cáncer de riñon por ellos estudiados, encuentran un solo bellinoma.

Truc y colaboradores dan a conocer una observación cuyo diagnóstico histopatológico fue nefrepiteloma de los tubos excretores intraparenquimatosos. Opinan dichos autores que se trata de una forma poco común del nefroepiteloma que se desarrolla, 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.

En 1974, uno de nosotros presenta, en esta sociedad, una nueva observación de este tipo de tumor.

Si bien la escasa casuística existente no permite sacar conclusiones definitivas, existen al respecto dos criterios opuestos en cuanto a su ubicación histopatológica de esta neoplasia.

Mientras Fruhling y Blum, Truc y colaboradores, sostienen que deben ser considerados tumores del parénquima, García y Casal lo ubican entre las neoformaciones de la vía excretora.

Teniendo en cuenta el comun origen embriológico del epitelio de los tubos de Bellini y el del epitelio transicional, además de las estrechas semejanzas en lo que respecta al comportamiento clínico, creemos que los tumores de los tubos de Bellini deben ser incluidos entre los tumores de la vía excretora.

Bibliografía

- Fruhling, L.; Blum, E.: "Classification histologique des cancers du rein. Fréquence respective des différents variétés". J. Urologie, 58, 12 836-841. 1952.
García, A. E.; Casal, J.: "Epiteloma de la vía excretora intraparenquimatosa (tumor de los tubos de Bellini)". Rev. Arg. de Urol., vol. XVI, 7-12 231-242, 1947
Masson, P.: "Tumeurs humaines. Librairie Maloine. París, 1956. Segunda edición

Singer, E.: "Carcinoma de los tubos de Bellini". Rev. Arg. de Urol., vol. XLIV, 10 y 11 3-5, 1975.

Truc, E.; Grasset, D.; Balmes, M.; Lamarque, J. L.; Laurent, J. C.; Bruel, S.: "Formes atypiques du Cancer du rein. A propos de deux observations". J. Urologie, 70, 9 661-663. 1963.