

Hosp. Rawson, Serv. de Urología,
Jefe: Profesor Dr. E. CASTAÑO

Por los Doctores

ENRIQUE CASTAÑO y
ARMANDO TRABUCCO

EPITELIOMA SITUADO ENTRE LA CAPSULA PROPIA RENAL Y EL RIÑON

ENTRE las sorpresas que la cirugía depara, nos hemos visto brindados con una de ellas, que por supuesto redundó en beneficio del enfermo, dándonos a nosotros la oportunidad, tal vez en el más importante estado en que ésta se puede practicar para la curación perseguida de los tumores malignos.

El caso que presentamos corresponde a uno de los tantos episodios que ha sorprendido a un enfermo crónico urinario de esos que se habitúan tanto al servicio hospitalario, que hasta llegan a quedarse de ayudantes enfermeros para estar próximos al centro donde pueden aliviar sus molestias.

Se trata de Sebastián L., que ya en el año 1923 el profesor Maraini le había practicado una intervención quirúrgica a consecuencia de un divertículo vesical infectado. Desde entonces no se ha separado más del servicio de Urología atendiéndosele constantemente por uretritis y cistitis persistentes.

En el año 1932 se le exploró detenidamente la vejiga bajo anestesia raquídea y se descubrió una barra esclerosa de cuello de vejiga que se resecó mejorando notablemente la micción, pero no curándose del todo, persistiendo siempre la piuria.

Demás está decir que de todos los análisis practicados ninguno de ellos ha revelado bacilo de Keck, así como todas las pruebas biológicas han sido negativas a esta bacteria.

En 1935, después de un cuadro agudo grave de infección vesical y peri-vesical le fué resecado un divertículo de este órgano, consiguiéndose con ello un período de calma prolongada.

Pero de todas maneras no puede prescindir de los lavados e instilaciones de vejiga con diversos productos químicos, a fin de vivir más o menos tranquilo.

El año pasado, en junio de 1940, presentó el enfermo dolor renal derecho, palpándose este órgano muy aumentado de tamaño, muy doloroso, con orinas

purulentas. De todos los análisis practicados se sacó en consecuencia de que lo que mantenía esa pielonefritis era un barro calcáreo poco visible a los rayos X, pero que, sin embargo se vislumbraba finamente. Las radiografías por excreción absolutamente negativa y la insuficiencia renal derecha era absoluta.

La práctica del cateterismo de ese lado resultó imposible, de manera que tampoco pudimos hacer pielografías ascendentes.

Siendo el estado de este enfermo sumamente grave, no sólo por su dolor, sino por los fenómenos tóxicos y por la fiebre que se repetía diariamente hasta 39°, se resuelve extirpar el foco, procediéndose a la nefrectomía. Esta intervención practicada por el doctor Castaño y ayudantes doctores Trabucco y Bontá, resultó sumamente dificultosa; pero a pesar de todo se pudo liberar al riñón, encontrándose en el polo inferior borde externo una tumoración de tamaño de una gran nuez, por dentro de la cápsula propia renal, tumoración que daba la apariencia de no estar incluida en el parénquima del órgano, pero a pesar de todo se respeta este hecho y en vista de que el riñón se encontraba en condiciones anatómicas muy malas, se hace la nefrectomía.

El postoperatorio, sin novedad, cerrándose la herida a los 15 días.

Examinado el riñón después de la intervención, no es dable observar que la tumoración que radicaba en polo inferior estaba situada por dentro de la cápsula propia del riñón y que una vez abierta ésta nos permitió observar cómo esta masa tumoral imprimía una marcada muesca en el parénquima renal, pero sin interesarlo íntimamente, estando tan sólo adherida a la cápsula y al parénquima por adherencias que resultaban fáciles de desprender.

El estudio anatomopatológico nos permite ver que la pieza extraída es del tamaño de una nuez grande, de forma redondeada, de superficie lisa, de color blanco rosado y está como abollonada, haciendo pequeñas prominencias redondeadas pero perfectamente cubiertas por un tejido homogéneo y sin solución de continuidad con la substancia contenida en su interior. Por el lado que tomaba contacto con el riñón, hay una especie de pedículo achatado formando a modo de escudete redondeado que sobresale en una hemicircunferencia, nitidamente, del conjunto esferoide que presenta la pieza.

Si bien dijimos que el color de este tumor es blanco rosado, hay zonas limitadas en donde predomina un ligero tinte violáceo probablemente en relación con vasos sanguíneos, hay también otros espacios con ligero tinte amarillento que se transparenta del contenido de este tumor.

Trazada una incisión por la parte de mayor diámetro nos es dable ver una pieza tumoral bordeada por una cápsula conjuntiva de pocos milímetros de espesor, pero irregular en cuanto a tamaño, puesto que el espesor de 3 a 4 milímetros en un sitio se reduce a menos de uno en otros.

El contenido de este tumor está formado por una trama conjuntiva brillante, más espesada en la parte media superior de donde parten casi en forma radial tramas que se dirigen hacia afuera hasta unirse con la cápsula que hemos descrito más arriba.

Entre estas zonas de tejido compacto y brillante existen otras formadas por una substancia amarillenta, perforada en múltiples partes por zonas vacías

de distinto diámetro y tamaño, al parecer verdaderas cavidades quísticas, algunas conteniendo tejidos en necrosis y coágulos sanguíneos.

Otras zonas de esta misma substancia en lugar de encontrarse quísticas, por el contrario, se muestran en forma maciza, existiendo entre éstas y las anteriores todas las variedades desde la muy cribosa hasta la prácticamente sin ninguna cavidad.

Examinado el tumor macroscópicamente, preparamos dos trozos de tejidos para seguir con los procedimientos histológicos habituales; fijación durante 48 horas en líquido picroacético de Bouin, deshidratación, aclaramiento e inclusión en parafina y coloración con hematoxilina-eosina.

Observando a pequeño aumento con el objetivo N^o 1 ocular 12 de Letiz, nos es dable observar que dicho tumor está compuesto por un borde externo a

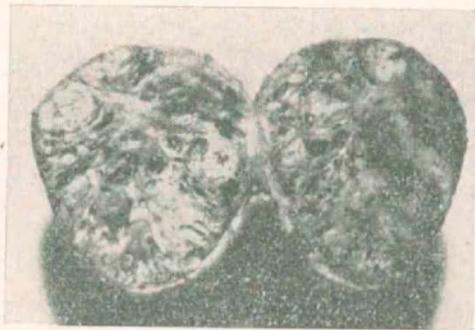


Figura 1. — El tumor extraído abierto según su eje mayor.
Tamaño natural.

manera de cápsula, cuyas fibras se orientan paralelamente, observándose en algunas zonas una franca tendencia a la hialinización de su protoplasma.

Los núcleos de esta célula son pequeños, alargados, fusiformes, que se colorean intensamente con la eosina.

Entre los haces conjuntivos pueden observarse espacios lacunares así como capilares y vasos sanguíneos. De esta cápsula cuyo espesor en algunas zonas es considerable, parten hacia el centro numerosas estrias de tejido conjuntivo que dividen a la masa tumoral en distintas secciones todas éstas de forma irregular, dibujando imágenes caprichosas.

En algunas partes y visto siempre a pequeño aumento pueden verse cavidades de regular tamaño bordeadas por un epitelio cilíndrico cuyo contenido está formado por una substancia sin caracteres específicos que la puedan diferenciar; otras veces se presentan formaciones papiliformes y en otras zonas en cambio hay masas celulares bien rellenas de elementos.

Visto a mayor aumento puede observarse que en estas últimas zonas y en contacto inmediato con la cápsula acúmulos de células que no guardan ninguna disposición particular y que se disponen caprichosamente formados por ele-

mentos de protoplasma claro a grandes vacuolas y de núcleos irregulares predominando en ellos la hipercromía y desigualdad de forma y tamaño. Estas

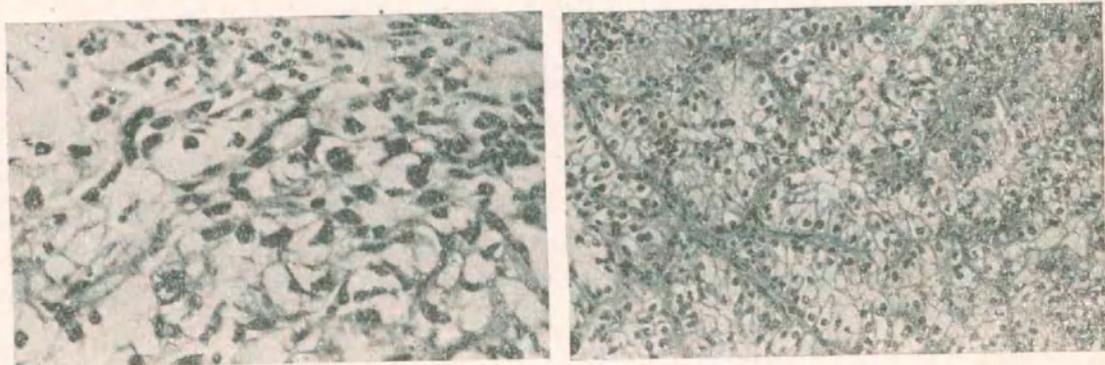


Figura 2. — 1 x 600. Coloración hematoxilina-cosina. Macizo de células tumorales a disposición anárquica y atípica.

Figura 3. — 1 x 400. Coloración hematoxilina-eusina. Disposición alveolar maciza a células claras.

masas de células son zurcidas por un estroma conjuntivo que parte de la cápsula tumoral, estroma que lleva vasos sanguíneos algunas veces de regular calibre.

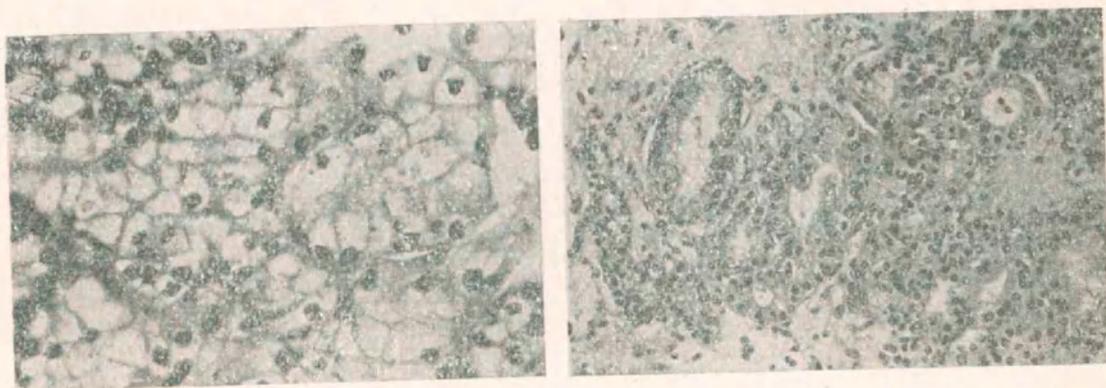


Figura 4. — 1 x 600. Coloración hematoxilina-eosina. Capilar sinusoide con glóbulos rojos en contacto con formaciones en empalizada. Células con los mismos caracteres que las anteriores.

Figura 5. — 1 x 400. Configuración tubular simulando tubos renales.

Fuera de estas zonas realmente macizas existen otras en donde la proliferación celular se hace o bien del tipo papiloide o bien del tipo glandular.

En estas formaciones pseudoglandulares puede verse una membrana basal intacta en muchas partes, pero que se confunde también con las células atípicas

ambientes en otras. Estas células de tipo glandular son cilíndricas, altas, de protoplasma claro no pudiéndose ver prácticamente estructura alguna; los núcleos basales también son irregulares, la cromatina de ellos no se presenta uniformemente dispuesta, habiendo algunos hipercromáticos y en cambio otros claros con cromatina polvorienta. En el interior de estos acinis tumorales hay una substancia amorfa con células desprendidas en su interior.

- Sin embargo, el gran predominio de elementos neoplásicos adopta la forma pseudopapilífera. Sostenidos por una red vascular y conjuntiva, parten del estroma de sustentación hacia el interior de algunas cavidades masas de células que se sitúan alrededor de un pequeño eje conjuntivo, adoptando en algunas partes el tipo de proliferación arborescente y en otras el tipo digiforme. Las células que

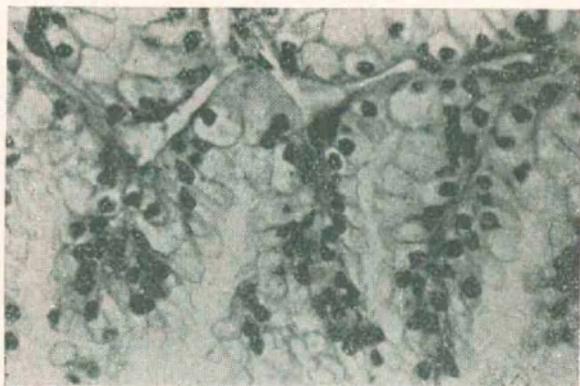


Figura 6. — 1 x 600. Coloración hematoxilina-eosina. Proliferaciones papiloides con eje conjuntivo vascular que sostiene a elementos formados por células claras.

tapizan estas neoformaciones son semejantes a las que se encuentran en las masas tumorales macizas y en las del tipo adenoideo.

Estas formaciones papiliformes llegan a ser tan numerosas que se apilotan sobre sí mismas, llenando en ciertas circunstancias grandes cavidades.

La mayor parte de estas células parecen ser secretoras del tipo exocrino, salvo en otras zonas en donde justamente en el centro de confluencia de un macizo celular pueden observarse sinusoides cargados con glóbulos rojos adoptando entonces lo que se podría considerar como una variedad endocrina de epiteloma secretante, por otra parte, muy frecuente en las imágenes tumorales de esta zona.

Con los datos recogidos de la relación macroscópica de la pieza que como vemos se situaba por dentro de la cápsula propia del riñón y por fuera del parénquima formando en él una muestra profunda pero sin solución de continuidad con el resto del órgano hacemos el diagnóstico de tumor intercápsulo-renal, diagnóstico de situación exclusivamente.

El diagnóstico microscópico nos revela un tumor a células evidente y fácilmente visible en las microfotografías adjuntas; tumor a células claras que adop-

ta distintos modos de agrupación pudiéndose hallar la neoplasia maciza, la neoplasia papiloforme rodeando cavidades huecas probablemente rellenas con sustancia de secreción externa, y también zonas en donde al lado de un conjunto de células al parecer en empalizada, en la unión de sus bordes libres se dibuja una cavidad cuyo contenido está compuesto por hematíes conservados, produciendo de esta manera la variedad de tumor a células claras con secreción aparentemente endocrina.

El enfermo poseedor de este tumor después de un año de operado todavía vive y se encuentra en perfecta salud; unido a esto, la poca cantidad de mitosis tumorales nos atrevemos a hacer un buen pronóstico, por haberse extirpado esta tumoración en un estado sumamente precoz, perfectamente encapsulada y que probablemente no ha tenido tiempo de invadir el sistema circulatorio para establecer metastasis a distancia.

Como hemos visto por la descripción del caso clínico y por la descripción anatómica de la pieza, tratase de un raro tumor desarrollado en un espacio tan limitado que prácticamente se pudiera considerar como exento de formaciones neoplásicas. El origen de este tumor creemos que se debe buscar en alguna forma aberrante cortical que se halla separada de por sí del resto de la blastema y unida tan solo a tejido conjuntivo que le llevaba la nutrición suficiente.

El momento del desarrollo tumoral hacia la malignidad prácticamente nos es desconocido. Creemos sin embargo que se trata de origen renal, probablemente disembrionario por la variabilidad de imágenes histogénicas donde en tan pequeño espacio nos es dable ver, aunque siempre bajo el sello de células claras distintas disposiciones como ser la papiliforme, la tubular, la de secreción endócrina y la irregular en forma de masas tubulares sin orientación estructural típica.

El hecho de su pequeñez, de su limitación tan categórica y de su poca adherencia al riñón y cápsula que ha permitido extraerlo con suma facilidad y sobre todo la evolución postoperatoria de este enfermo tan satisfactoria nos inducen a hacer un pronóstico bueno y esperar que con la eliminación de este cuerpo la curación pueda hacerse definitiva.

DISCUSION

Dr. Monserrat. — *Lo único que quiero decir, es insistir en el título del trabajo. Me parece que se debía decir simplemente "tumor del riñón". En estos mismos caracteres nos apoyamos con el doctor*

Elizalde para demostrar la naturaleza renal de estos tumores. Estos tumores a forma de cuña se ven habitualmente. El mismo doctor Trabucco puede ver muchas veces en que se ve el tumor metido como una cuña.

Por eso, me parecería más correcto decir sencillamente "tumor del riñón". En todo lo demás, acompaño al Dr. Trabucco.

Dr. Trabucco. — Conozco indudablemente la opinión de los Dres. Monerrat y Elizalde respecto a tumores del riñón, pero quería hacer resaltar con el título no mi discrepancia de que sea tumor de riñón o no, sino la situación tan curiosa en el sentido de no tener adherencias al riñón, nada más que adherencias laxas, no así a la cuña que penetraba dentro del parénquima y que tomaba contacto frecuente con el parénquima renal, sino que estaba su-
mamente en el aire. Tenía más contacto nutritivo con la cápsula renal que con el parénquima. Daba la impresión de un tumorcito colocado en ese sitio de origen renal embrionario, pero no adherido íntimamente con el riñón.