

Cátedra de Clínica Quirúrgica  
del Prof. Oscar Cames

Por el Doctor  
ADOLFO FORT

## DOBLE TUMOR RENAL MALIGNO EN UN RIÑÓN CON ANOMALIA URETERAL

LA comprobación de dos tumores malignos de estructura e histogénesis distinta y en total independencia uno del otro, desarrollados simultáneamente en un mismo órgano, es un hecho de observación extraordinariamente raro, pocas veces citado en la literatura médica.

El estudio clínico y el examen histopatológico de la pieza operatoria de un enfermo que hemos intervenido el año pasado en el Servicio de Clínica Quirúrgica del Prof. Cames, nos brinda la oportunidad de presentar al seno de esta sociedad la siguiente observación en la cual hemos podido documentar perfectamente esta dualidad tumoral.

La historia clínica de nuestro enfermo es la siguiente:

F. O., 69 años. Ingresó al Servicio de Clínica Quirúrgica, Sala I, del Hospital Centenario.

A. H. — Sin importancia.

A. P. — Ha sido siempre sano; no recuerda enfermedades de importancia hasta hace 3 años en que se le descubre una hipertensión arterial de Mx. 19, Mn. 10. Niega venéreas. Constipado crónico.

*Enfermedad actual.* — Hace aproximadamente un mes y medio comienza a sentir dolor de poca intensidad a nivel de la región renal izquierda persistente, sin irradiación y sin mayores trastornos de la micción. Refiere que sus orinas son de aspecto turbio desde hace ya bastante tiempo. Hace 15 días y coincidiendo con un aumento de la intensidad del dolor nota sus orinas sanguinolentas. Esta hematuria es de tipo total, persistiendo durante 6 días para luego ceder espontáneamente. Hace 4 días tiene fuerte dolor en región renal con las características de un cólico franco que dura varias horas, apareciendo posteriormente hematuria

intensa con abundantes coágulos, razón por la cual nos consulta. Refiere haber perdido 10 kilos de peso en el término de 2 meses.

*Estado actual.* — Enfermo en regular estado de nutrición. Piel y mucosas algo pálidas; lengua húmeda, saburral. Reflejos pupilares conservados. Aparato respiratorio: no se auscultan ruidos sobreagregados. La radiografía demuestra solamente una esclerosis peribrónquica. Aparato circulatorio: pulso regular, rítmico, de buena tensión, 84 al minuto. Presión arterial Mx. 19, Mn. 10; acentuación



Fig. I. — Urograma por excreción.

del 2º tono en foco aórtico. Abdomen: blando, depresible, indoloro. Hígado: se palpa su borde inferior a dos traveses de dedo del reborde costal con sus caracteres normales. Su borde superior se percute en 5º espacio.

Riñón derecho: no se palpa. Riñón izquierdo: se palpa aumentado uniformemente de tamaño, consistencia dura, firme, discreta movilidad, con los movimientos respiratorios, que tiene contacto lumbar y pelotea: palpación dolorosa.

Uretra permeable. Residuo vesical de 80 cms. cúbicos; orinas sanguinolentas. Testículo y epidídimo nada de particular.

Próstata ligeramente aumentada de tamaño, consistencia uniforme, superficie regular, mucosa rectal que desliza bien. Cistoscopia: buena capacidad vesical; mucosa discretamente congestiva. Celdas y columnas. Cuello vesical deformado

por dos lóbulos laterales adenomatosos pequeños. Orificios ureterales bien implantados. Del orificio ureteral izquierdo hay salida de orinas sanguinolentas.

Exámenes de laboratorio: Orina: albúmina vestigios, glucosa no contiene; urea 12.45 por mil. Reacción de Meyer intensamente positiva. Sedimento: abundante sangre y pus.

Examen de sangre: glóbulos rojos 4.100.000. Hemoglobina: 80 por ciento. Glóbulos blancos 9.300. Tiempo de sangría: 3 minutos: coagulación 12.



Fig. 2. — Pielografía ascendente. Uréter bífido, falta de relleno de la pelvis superior con detención neta de la substancia de contraste en el tercio superior del uréter. Dilatación de la pelvis inferior con relleno de menor densidad de algunos cálices.

Urea en suero: 0.42 por mil.

Cromocistoscopia: lado derecho: comienza la eliminación a los 4½ minutos alcanzándose rápidamente el máximo de eliminación del colorante. Lado izquierdo: a los 14 minutos recién aparece muy débilmente en intensidad el colorante manteniéndose en esta forma hasta los 20 minutos que dura la observación.

Radiografía simple del árbol urinario: no se observan imágenes opacas: gran cantidad de gases intestinales.

Urografía por excreción: mala visualización por la presencia de gases intes-

tinales alcanzándose sin embargo a percibir, del lado derecho, un urograma de caracteres normales. Del lado izquierdo no hay eliminación. (Fig. 1).

Pielografía ascendente: lado izquierdo: la sonda ureteral sólo se introduce 12 cms. encontrando a este nivel un obstáculo que impide su mayor ascenso. Se observa un uréter bifido con desdoblamiento del mismo a nivel de la articulación



Fig. 3. — Fotografía de un corte mediano de la pieza operatoria. Obsérvese el tumor que llena totalmente las vías excretoras superiores y la invasión del mismo hacia el parénquima.

sacro-iliaca. Ambos uréteres dilatados. La pelvis inferior se presenta dilatada y algo rechazada hacia abajo con algunos cálices incompletamente rellenos. La pelvis superior no se ha relleno habiendo una detención franca de la substancia de contraste en la porción más superior del uréter con reflujo de la misma cuando se inyecta mayor cantidad. (Fig. 2).

En estas condiciones y con el diagnóstico clínico de tumor de vías excretoras operamos al enfermo.

*Operación.* — Anestesia con ciclopropane. Lumbotomía anatómica con re-



Fig. 5. — Microfotografía panorámica a poco aumento, donde se pueden apreciar los dos tejidos tumorales.

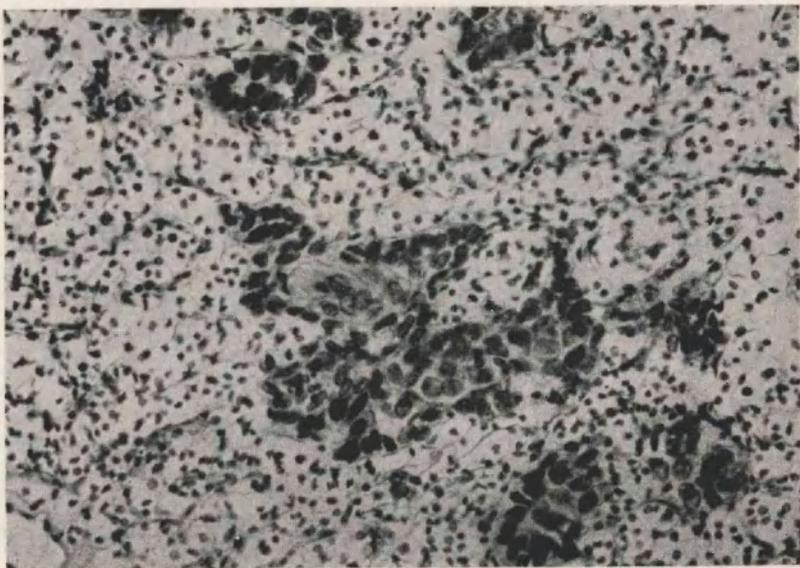


Fig. 6. — Tejido hipernefroide del epiteloma renal con algunas metástasis del epiteloma pavimentoso excretor.

*Examen macroscópico.* — El riñón está ligeramente agrandado en totalidad conservando su forma. Se reconoce que el tercio inferior no está modificado. En los

dos tercios restantes la superficie está enmascarada por esclero-lipomatosis con cápsula adherente al órgano. Se reconocen dos pelvis. En la cara anterior se descubre la suprarrenal estrecha y vertical, adherente a la grasa subyacente. En un corte mediano se descubre la independencia de las dos pelvis. El parénquima está en las dos terceras partes de su superficie reemplazado por un proceso tumoral que infiltra la cápsula y aún la sobrepasa sin que se pierda el contorno del órgano. El infiltrado adquiere aspecto lardáceo con un punteado más blanquecino.

La pelvis superior está parcialmente obstruida por tejido tumoral que avanza adherente a sus paredes. La cavidad es aún permeable, pero existe dilatación retrógrada de las cavidades. La otra pelvis y cálices están bastante dilatados. (Fig. 3).

En un corte paramediano del riñón se descubre la existencia de un nódulo compacto de color amarillo naranjado de unos 3 cms. de diámetro, rodeado por el tejido neoplásico ya descrito. Este nódulo llega a ponerse en contacto con la cápsula que a este nivel es lisa, no adherente y sin lipomatosis. Si no se hubiera hecho este corte lateral con el objeto de facilitar la buena fijación del tumor, pudo pasar desapercibido este nódulo. En la parte inferior, hay un quiste coloideo. (Fig. 4).

*Examen microscópico.* — Al examen microscópico de preparados tomados de diversos puntos se descubre la existencia de dos tipos tumorales distintos: (Fig. 5)

a) Es un epiteloma pavimentoso originado en las vías excretoras. Este tejido se infiltra por todas partes reemplazando al tejido renal del que quedan escasos glomérulos comprimidos. Invade del mismo modo la cápsula del órgano y el tejido adiposo vecino. Alrededor de los lóbulos tumorales existe marcada esclerosis; las células son grandes y no presentan evolución córnea. Exhibe marcados fenómenos necróticos.

b) Se trata de un típico epiteloma renal a células claras de pequeños cordones con escasos sinusoides entreabiertos. Las células son totalmente vacías. El nódulo está formado por una cápsula fibrosa bien desarrollada. En el límite entre los dos tejidos tumorales se ve que el epiteloma pavimentoso invade la cápsula y penetra en el nódulo hipernefroide. A mayor distancia el epiteloma a células claras exhibe igualmente metastasis, éstas se hacen siguiendo vías sanguíneas. (Fig. 6).

El riñón, así como el tejido grasoso perirrenal son invadidos por las vías sanguíneas.

#### COMENTARIOS

De la lectura de esta historia clínica y de las descripciones anatómopatológicas queremos destacar los siguientes hechos que en cierta manera singularizan nuestra observación:

- 1º) Coexistencia de tumor de vías excretoras y anomalía ureteral.

- 2°) Presencia de dos blastomas de tipo histológicos distintos.
- 3°) Metastasis de un tumor en otro.

Por lo que se refiere a la primera particularidad, es poco común encontrar asociado un tumor a un riñón con bifidez o duplicidad ureteral. Ockerblad y Carlson en el año 1938, al comentar un caso personal recopila las observaciones publicadas hasta esa fecha encontrando solamente 6 anteriores a la de ellos, haciendo notar a continuación que todos eran epitelomas a células claras y subrayan además que no creen que la anomalía ureteral sea un factor predisponente al desarrollo tumoral teniendo en cuenta los pocos casos de blastomas observados en estos riñones anómalos en relación con los riñones con uréteres bífidos o dobles, cuya proporción, como sabemos, es del 1 al 4 por ciento. Posteriormente Patoir agrega en el año 1939 un caso más y recientemente hemos conocido una observación nacional de Brandan comentada en el libro de Mirizzi sobre tumores abdominales. No hemos podido encontrar sin embargo, en la bibliografía a nuestro alcance, ningún caso de bifidez ureteral y epiteloma de las vías excretoras.

En cuanto a la coexistencia de dos tumores de naturaleza maligna en un mismo riñón, son hasta hoy contadas las publicaciones que hemos podido hallar donde esté documentada esta asociación tan particular.

En el año 1921 Graves y Templeton hacen conocer dos casos de tumores distintos en un mismo riñón. Uno de ellos era un carcinoma papilar de vías excretoras asociado a un epiteloma a células claras. En el otro estaban asociados dos tumores benignos: un papiloma de pelvis y un cistoadenoma papilar. Patch y Rhea's en el año 1924 publican otra observación de doble tumor: cistoadenoma y papiloma de pelvis.

Balch en el año 1935 relata un epiteloma a células claras asociado a un carcinoma papilar de pelvis y por último Walters y Mayo refieren un caso de un epiteloma papilar de pelvis asociado a un adenoma papilar de corteza. Es decir, que hasta la fecha existen descriptas solamente dos observaciones de doble tumor maligno en un

mismo riñón, 2 observaciones de tumores benignos y uno de tumor maligno de vías excretoras coexistiendo con un tumor benigno de parénquima.

En todos ellos, como es fácil presumir, el hallazgo de las neoplasias sólo fué hecho al efectuar el examen de la pieza operatoria habiendo sido todos ellos operados con el diagnóstico clínico y radiográfico de tumor de vías excretoras, análogamente a lo que nos ocurrió a nosotros, que de no haber sido que practicamos un corte paramediano a los efectos de obtener una mejor fijación, nos hubiera pasado desapercibida la existencia del nódulo tumoral del epitelio a células claras.

Y por último no queremos dejar de hacer notar lo que ya hemos detallado en las descripciones histopatológicas, de la presencia de metastasis intratumorales del epitelio a células claras en el nódulo hipernefroide que no hace sino confirmar la extremada y habitual malignidad de los epitelios no papilares que en nuestro caso, aparte de invadir el riñón, como es común observar en estos tumores, ha hecho una siembra intratumoral, probablemente por vía sanguínea.

#### BIBLIOGRAFIA

- Balch J.* — Papillary carcinoma and hypernephroma occurring in the same kidney. — *The Journal of Urology*, XXXIII, pág. 138, 1935.
- Graves R. C. and Templeton E. R.* — Combined tumors of the kidney. — *The Journal of Urology*, V, pág. 517, 1921.
- Mirizzi P.* — Diagnóstico de los tumores abdominales. — Ed. El Ateneo, T. II, pág. 993, 1942.
- Ockerblad N. y Carlson H.* — Hypernephroma in a double kidney. — *The British Journal of Urology*, X, pág. 259, 1939.
- Patch y Rhea L.* — Papillary cyst-adenoma of the kidney associated with papillomatous growths in the pelvis, ureter and bladder. — *The Journal of Urology*, XII, pág. 671, 1924.
- Patoie G.* — Hypernephrome développé sur un rein anormal. — *Journal d'Urologie*, XLVII, pág. 322, 1939.
- Walter's y Mayo.* — Papillary squamous cells epithelioma of pelvis and papillary adenoma of cortex. Case. — *Proc. Staff. Meet. Mayo Clinic*, XII, pág. 107, 1937.

DISCUSION

Dr. Schiappapietra. — *Para contribuir a este tema, quiero recordar que hace dos años traje a esta Sociedad, al tópico de los tumores de vías de excreción, un caso en que con doble vía superior tenía una lesión degenerativa de tipo adenomatoso.*

Dr. Fort. — *Lamento no haber encontrado la ficha, pero agregaré el caso.*

---