

Serv. de Urología del Hosp. Teodoro Alvarez.
Jefe: Dr. Pedro Wallace

EPITELIOMA PAPILAR QUISTICO PARARENAL

Por los Dres. RODOLFO I. MATHIS y CARMELO CUPRI

La observación de tumores para-renales no es frecuente. Los problemas de orden diagnóstico y terapéutico que cada caso plantea justifica esta presentación. Con los elementos clínicos, biológicos y radiológicos actuales no podemos hoy asegurar sino solamente sospechar el sitio de implantación del tumor y su naturaleza.

Delauney ha dicho: "es un diagnóstico de excepción raramente hecho y cuando así acontece es por el recuerdo de un caso reciente."

Es pues siempre oportuno la publicación de las observaciones.

Se trata de O. G. 38 años, argentino, pintor (brocha gorda), que se interna en la sala VIII del Hospital "Teodoro Alvarez" el 18 de enero del corriente año.

Sin antecedentes familiares de importancia sólo tiene en su pasado una pleuresía sero-fibrinosa derecha a los 26 años de edad, de la que fué dado de alta a los 40 días de tratamiento.

La enfermedad actual comienza en el mes de agosto de 1943 con decaimiento general y anorexia y poco después dolor en región epigástrica de tipo post-prandial, de regular intensidad y que calmaba con el reposo; un mes después el dolor se hace bruscamente muy intenso, irradiándose en esta ocasión a la región lumbar. Concurre entonces al examen médico comprobándose la presencia de un tumor en el hipocondrio izquierdo y se le efectúa el estudio radiológico correspondiente (es dirigido luego a nosotros para completar dicho estudio).

Estado actual: Se trata de un enfermo en mal estado de nutrición con un peso de 56 ks. y una estatura de 1m65. Piel y mucosas pálidas.

El estudio de los aparatos circulatorio y nervioso no revela nada de particular. Pulso 85 por minuto. Presión arterial: Mx. 140. Mn. 70 (baumanómetro).

El abdomen presenta a la inspección un marcado abombamiento en el lado izquierdo, que abarca el hipocondrio y la parte superior del vacío, prolongándose en la base del tórax al que deforma visiblemente. A la palpación se comprueba un vientre blando sin zonas de defensa, indoloro aunque con tensión aumentada en el lado izquierdo. En este lado se aprecia un tumor que alcanza el volumen de una cabeza de niño, levanta las últimas costillas y se

prolonga hasta cerca de la cresta iliaca. Liso, sin lobulaciones, renitente. Es escasamente movable con los movimientos respiratorios y esta movilidad se hace en el sentido longitudinal. Ni con maniobras palpatorias ni con los distintos decúbitos es apenas desplazable. Por debajo de él y a nivel del vacío se percibe una tumoración anexa mucho más pequeña, algo más móvil, de consistencia firme y lisa.

La percusión muestra: espacio de Traube libre. Por delante en la parte abdominal existe una franja lateral francamente timpánica. En el trígulo xifo-costal de Labbé se provoca fácil clapoteo.

El examen del tórax muestra la grosera deformación descrita y la base del pulmón izquierdo se percute a seis centímetros por encima de la del lado derecho. La excursión respiratoria está muy disminuída en este lado.

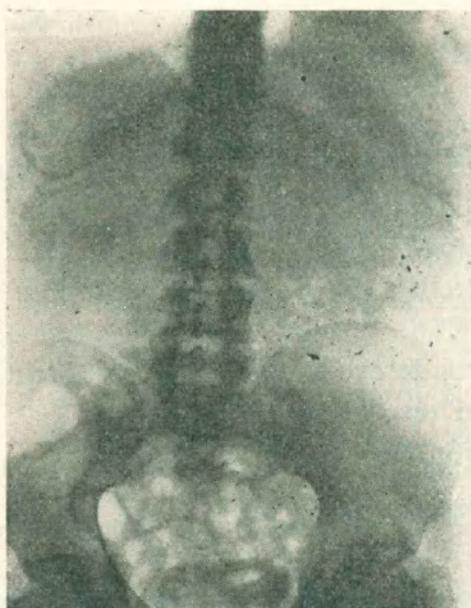


Figura 1

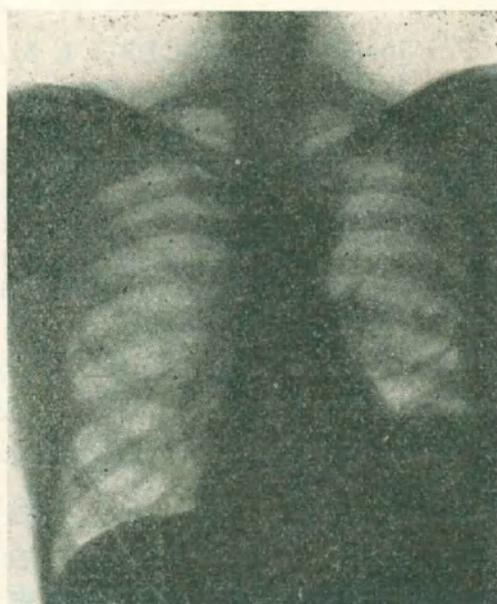


Figura 2

El aparato urinario no revela nada de particular. Las orinas son claras y un examen cistoscópico practicado el 21 de enero demuestra una vejiga sana con meatos ureterales bien implantados de aspecto normal con eyaculaciones rítmicas en ambos lados. Una prueba de índigo-carmin demuestra buena alimentación por los dos uréteres.

Se cateteriza el uréter izquierdo sin dificultad hasta 20 cms., no recogiéndose orina de retención. Se hace pielografía ascendente con ioduro de sodio, comprobándose una cavidad piélica de 7 cms. cúbicos.

El estudio radiológico efectuado con anterioridad demuestra:

1º) Radiografía simple de árbol urinario y urografía excretoria (Fig. Nº 1): Urograma normal en el lado derecho. A la izquierda se observa el límite inferior del gran tumor que forma una suave curva como trazada a compás a dos traveses de dedo por encima de la cresta iliaca. Por debajo de ella e inmediatamente por encima de la cresta, se dibuja muy tenuemente el urograma izquierdo.

2º) Radiografía de tórax (Fig. Nº 2): Puede observarse una base diafragmática normal

a derecha, mientras a izquierda existe un doble arco de diafragma, bien visible; uno inferior sobre el que descansa la sombra cardíaca apenas desplazada, y la otra superior, que es la expresión del rechazo del diafragma correspondiente al mediastino posterior. Creemos un buen signo para asegurar una localización muy posterior, retroperitoneal del tumor que rechaza el diafragma solamente en esta zona (signo del doble diafragma).

3º) Radiografía de estómago de frente: El estómago está rechazado ligeramente a izquierda y como extendido en superficie. Es ésta una deformación que haría pensar en un tumor que asienta en la retrocavidad de los epiplones y que nos hizo dudar sobre su localización en cola o cuerpo de páncreas (Fig. 3).

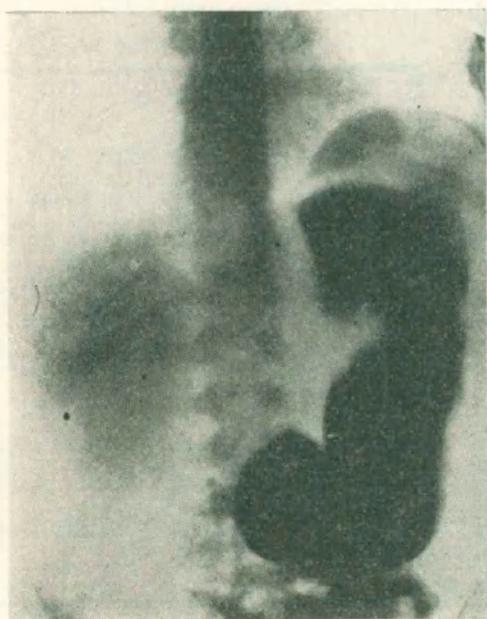


Figura 3



Figura 4

4º) Radiografía de estómago en posición lateral: Se ve nítidamente el rechazo de la cavidad gástrica hacia el plano anterior en su mitad superior. J. Lavisse en un interesante estudio presentado a la Sociedad Argentina de Cirujanos llama la atención sobre este tipo de deformación, dándole importancia si se realiza en la mitad superior del órgano, pues la mitad inferior normalmente contacta con la pared anterior (Fig. 4).

5º) Radiografía de colon por enema: Con el objeto de estudiar las relaciones de este órgano con el tumor y los distintos desplazamientos a que da lugar, tan bien estudiados por Surraco en lo referente al ángulo izquierdo. Puede verse cómo este ángulo está bien elevado y cómo están acolados en doble caño de fusil las dos ramas en su porción yuxta tumoral, con desplazamiento hacia afuera (Fig. 5).

6º) Pielografía ascendente izquierda (Fig. Nº 6, esquemática): Muestra el gran desplazamiento de las vías excretorias hasta contactar con la cresta iliaca y la rotación del polo

superior hacia afuera con el desplazamiento consiguiente del uréter, sin deformación de la imagen píelo-calicial.

Se efectúan los siguientes análisis: 1º, químico de orina: normal; 2º, úrea en suero: 0.38 ‰; 3º, reacciones de Ghedini y Cassoni: negativas; 4º, eritrosedimentación: primera hora 120 - segunda hora 140 - índice de Katz 95; 5º, análisis de sangre: Wasserman y Kahn negativas; glóbulos rojos 3.670.000; glóbulos blancos 9.600; hemoglobina 60 ‰; fórmula leucocitaria: polinucleares neutrófilos 74 ‰, eosinófilos 2 ‰, basófilos 0.50 ‰, melocitos 1 ‰, monocitos 4 ‰, linfocitos 18 ‰.

Con diagnóstico de tumor retro-peritoneal se interviene el 29 de enero.

Anestesia general; éter. Operador: Dr. Mathis. Ayudantes: Dres. Hourcade y Saubidet.

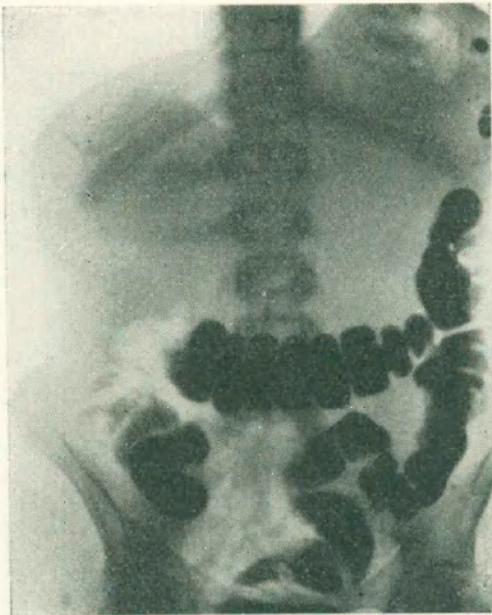


Figura 5

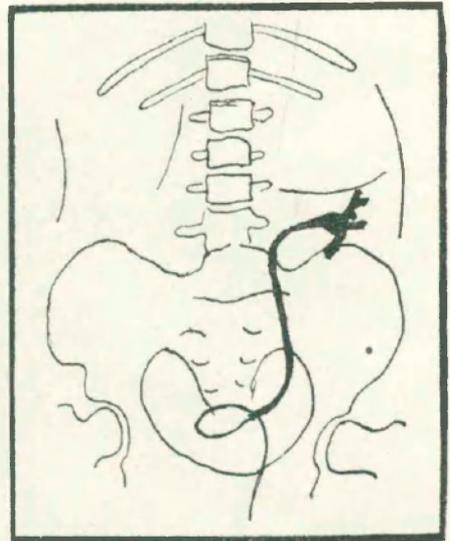


Figura 6

Incisión de Pflaummer con resección de 12ª costilla del lado izquierdo. Se aborda la "loge" renal sin dificultad y se comprueba después de desgarrar la fascia de Zuckerkandl la presencia de un gran tumor que ocupa todo el hipocondrio y parte del flanco, el que se libera sin dificultad por tener un excelente plano de clivaje. No obstante, el tamaño hace que una vez comprobada su naturaleza líquida por punción (líquido hemorrágico) se decide su abertura y vaciamiento previo. Existe una pared muy espesada y gran número de coágulos. La bolsa ha rechazado el riñón hacia abajo, al diafragma hacia arriba y la cápsula suprarrenal hacia adentro y arriba, no teniendo con ellos más que relaciones de contigüidad. El resto de la decorticación se realiza con facilidad, salvo a nivel del polo superior, donde existe un pedículo vascular que es seccionado previa ligadura. Toilet de la "loge". Drenaje con "rubber dan" en la parte posterior: cierre de la pared muscular en dos planos al catgut. Piel con lino. Curación.

El estudio histológico de la pieza realizado por el Dr. Amadeo Marano, dice: Técnica histológica: fijación en formol al 10 %; inclusión en parafina; coloración hematoxilina-eosina. (Inclusión Nº 5169.)

Informe histológico: Una vista de conjunto muestra un contenido hemorrágico necrótico el cual se dispone en capas estratificadas.

La pared de esta formación quística muestra en ciertas zonas tubos y conductos con tendencia tubuliforme que se ponen en contacto con el contenido necro-hemorrágico del quiste. Entre estas formaciones tubuliformes se observa un estroma ligeramente denso. Estas cavidades están revestidas por unas células de tipo cilíndrico a núcleo basal, en otros tubos están aplastados, mostrando la luz de esta formación.

En otras zonas de la pared es franca la disposición papilar de éstas, mostrando sus tallos conjuntivos ramificados bordeados de células, papilas anfractuosas excavadas en tubos festoneados y bordeados por células cilíndricas cúbicas.

No se observan en los múltiples preparados restos de tejido nefrógeno.

Diagnóstico histológico: Disembrioma pararenal con tendencia al epiteloma papilar.

La presunción diagnóstica del estudio anátomo-patológico fué corroborada por la evolución. En efecto, después de una semana de un post-operatorio excelente, a nivel del drenaje comienza a salir un líquido sanguinolento en jugo de carne y 15 días después aparecen verdaderos brotes carnosos que sangran abundantemente, necesitando en repetidas ocasiones cauterizarlas a termo-cauterio para yugular la hemorragia.

El estado general se afecta progresivamente hasta la caquexia, falleciendo el enfermo a los dos meses de operado.

El diagnóstico de estos tumores es siempre difícil y nunca seguro. Con los elementos que hemos pasado en revista subsistieron nuestras dudas.

¿Se trata de un tumor renal con gran desplazamiento de la glándula por su asiento en polo superior? ¿O bien asentaba en la cola del páncreas dado el rechazo del estómago?. El asiento para-renal o quizás suprarrenal aún cuando no había sintomatología clínica de afección de esta glándula eran también muy posibles. Nuestros medios no nos permitían mayor aclaración.

Sin embargo, contábamos todavía con tres medios complementarios de valor:

- 1º Enfisema perirrenal de Carelli.
- 2º Pneumo peritoneo.
- 3º La arterio-grafía de Reinaldo dos Santos.

El enfisema perirrenal nos hubiera enseñado quizás su independencia del riñón, siempre que hubiera un plano de incidencia de rayos bien dirigido y nítido.

El Pneumo-peritoneo puede ser de absoluta seguridad para el distingo entre los tumores retro-peritoneales y los de gran actividad por medio

del artificio de Lavisse, que nos enseñara el Prof. Niseggi, y que hemos aplicado en dos casos posteriores, en los que permitió hacer un diagnóstico de seguridad. Se trata de lo que el autor llama el "plano gaseoso posterior". Veamos cómo lo describe: "Consiste en colocar al paciente insuflado, en decúbito ventral, apoyado en su pared abdominal anterior, y examinarlo con rayos horizontales. En esta forma se nos presenta en la pantalla la imagen de la pared abdominal posterior y sus tumores, cuya característica esencial es formar cuerpo con dicha pared. En cambio los tumores intraperitoneales quedan rodeados en su límite posterior por gas.

Hemos querido recalcar la importancia de este procedimiento que no conocíamos cuando examinamos a nuestro enfermo pero que nuestra experiencia posterior nos ha permitido darle todo su valor como medio de excepción.

Nos queda la arterio-grafía, sobre la que carecemos en absoluto de experiencia.