

# GRAN PAPILOEPITELIOMA DEL RIÑÓN

Por los Dres. R. DE SURRA CANARD, H. BERRI y R. PICO DUNI

La comunicación que presentamos a esta Sociedad de Urología, muestra algunas particularidades que la separa de las observadas en la práctica diaria.

En primer término la papilomatosis difusa del tipo epiteliomatoso, que ocupa casi toda la superficie del riñón con destrucción del mismo.

En segundo término la sintomatología paradójal que acusó el enfermo, que obligó a extremar los exámenes a fin de comprobar el lado afectado.

*Historia clínica:* A. C., 47 años, casado, argentino.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Ha sido siempre sano, no recuerda haber presentado enfermedad de importancia. No ha tenido venérea. No es bebedor.

*Enfermedad actual:* Manifiesta que desde hace varios meses acusa dolor de gran intensidad en la región renal izquierda, sin irradiación y sin trastornos de micciones, acompañado de la presencia de orina sanguinolenta del tipo total, que se aclaran en intervalos de tiempo para volver a colorearse nuevamente, aumentando la abundancia de sangre a medida que se repite su aparición.

Refiere que ha perdido varios kilos de peso.

*Estado actual:* Enfermo en regular estado de nutrición. Mucosas húmedas y papilas. Reflejos papilares normales.

*Aparato circulatorio:* Corazón normal. Pulso regular, rítmico 90'. Mx.: 12 1/2. Mn.: 9.

*Aparato respiratorio y digestivo:* Normales.

*Aparato urogenital:* Riñón izquierdo, se palpa el polo inferior en los movimientos respiratorios. Puño percusión y puntos para umbilical y cesto muscular positivas. Riñón derecho nada de particular.

Uretra permeable al N° 23. Tacto uretral: Próstata normal.

*Examen endoscópico:* Se efectúa con 200 c.c. Buena capacidad. Mucosa vesical normal. Orificios uretrales bien implantados. El derecho eyacula sangre. El izquierdo da orinas limpiadas. Testículos y epidídimos normales.

*Exámenes de laboratorio:* Orina: color amarillo. Aspecto algo turbio. Consistencia flúida, espuma blanca. Sedimento regular. Densidad, 1019. Reacción ácida: urea, 2140. Cloruros, 670. Fosfato, 140. Sulfato, 170. Acido úrico, 0.38. Albúmina, 0.75. Ausencia de elementos anormales, sólo abundante cantidad de hemoglobina y vestigios de pus.

El examen microscópico muestra gran cantidad de hematias, algunos leucocitos granulados y cilindros de fibrina.

Examen de sangre: Glóbulos rojos, 3.800.000. Hemoglobina, 75 %. Glóbulos blancos, 9.000. Tiempo de coagulación, 12'. Tiempo de sangría, 3'. Azohemia, 0.80 que cede al tratamiento instituido, descendiendo a 0.30. Glucemia, 0.90.

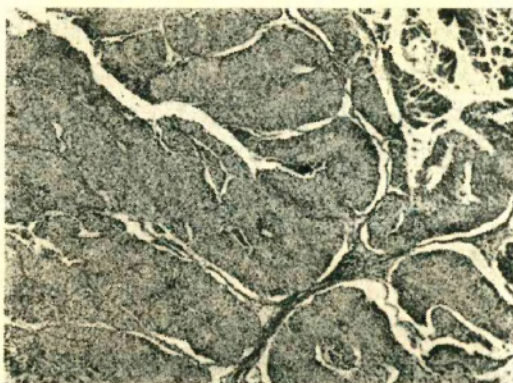
*Examen radiográfico:* Simple N° 1. No se observan sombras anormales.

Urograma de excreción: A los 10' y 30'. Nros. 2 y 3. Falta absoluta de función del lado derecho. Buena función izquierda.

Vista la disparidad entre los datos obtenidos, por la sintomatología subjetiva y el examen clínico y los aportados por la endoscopia y el urograma de excreción, se resuelve efectuar una pielografía ascendente derecha.

Yoduro de sodio al 30 %, que se inyecta 20 c.c., despertando dolor en el lado izquierdo que hizo pensar que el cateterismo ureteral se hubiera efectuado en ese lado, pero el estudio de la película mostró que el lado derecho era el cateterizado.

La pielografía ascendente muestra la dilatación de las vías de excreción, principalmente



Microfotografía 1

del cáliz superior, con bordes irregulares, dentellados, flou que se continúa con el uréter hasta el catéter.

*Diagnóstico:* Tumor de riñón derecho.

*Tratamiento quirúrgico:* Anestesia raquídea, 0.12 de novocaina. Incisión de Israel María, con resección de la XII costilla. Se llega al riñón, se libera ésta y se investiga el uréter que se liga lo más bajo posible, se liga pedículo, extirpando el órgano. Drenaje de la loge. Sutura por planos.

*Post-operatorio:* Al 2º día proceso neumónico que cede al tratamiento penicilínico. A los 7 días se retiran los puntos y a los 12 se da de alta al enfermo.

*Examen anátomo-patológico:* Efectuado por el doctor Pico Duni. Nros. 5 y 6: Riñón aumentado de tamaño 14 x 8 cm. de forma conservada. La superficie externa presenta algunas saliencias hemisféricas del tamaño de una nuez. La cápsula se desprende fácilmente. A la sección el parénquima renal ha sido sustituido por una masa tumoral vegetante, con aspecto de coliflor, de consistencia friable y coloración blanco amarillento.

La masa neoplásica se extiende desde la pelvis renal, invadiendo la medular del riñón que destruye casi totalmente, respetando sólo parte de la cortical y algunos cálices dilatados. Al nivel de los restos de la cortical se aprecian algunos focos hemorrágicos congestivos.

Figura 2  
Urograma de excreción 10'

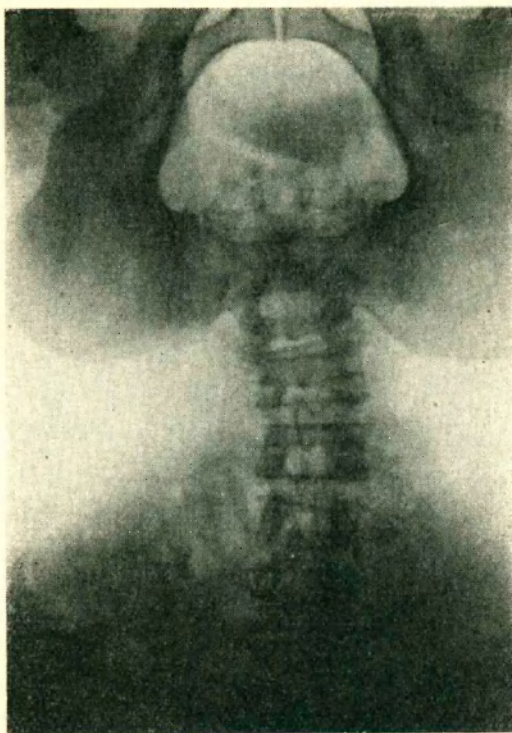
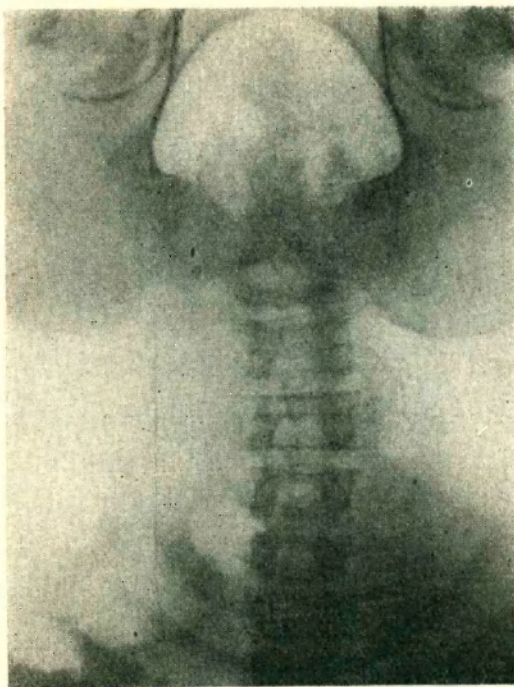


Figura 1  
Radiografía simple.





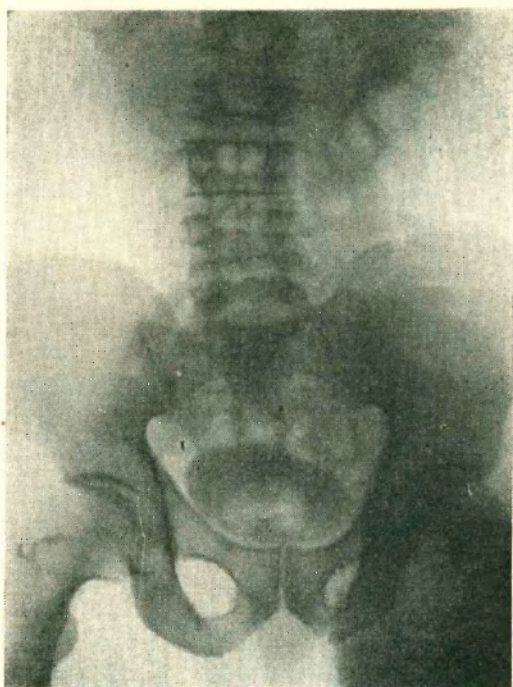


Figura 3  
Urograma de excreción 20'.

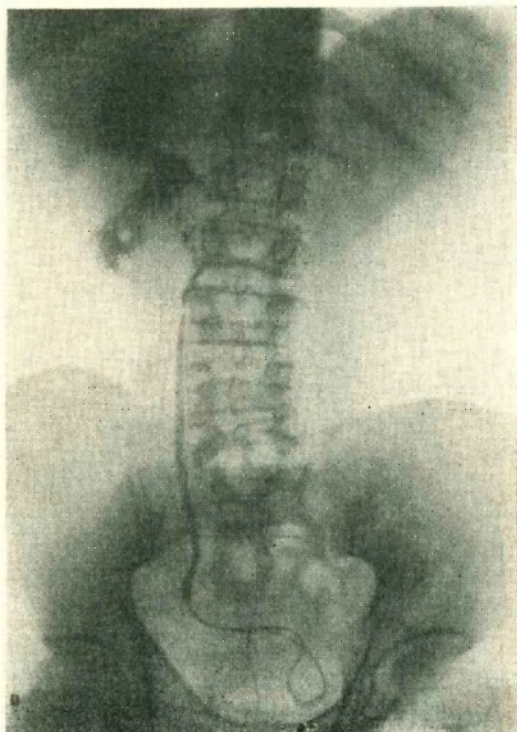


Figura 4  
Pielografía ascendente.

Figura 6  
Riñon seccionado en el borde convexo.



Figura 5  
Riñon extripado.



Diagnóstico macroscópico: Epitelioma papilífero de pelvis renal.

Examen microscópico: Microfotografía N° 1: Masa tumoral constituida por múltiples vegetaciones, una maciza y otra centrada por un eje conjuntivo vascular. Microfotografía N° 2: A gran aumento se aprecia su naturaleza epitelial (capas celulares, forma de células cilíndricas, cúbicas y poliédricas) y maligna (monstruosidades celulares y nucleares), mitosis atípicas

#### CONSIDERACIONES

Dentro de la sintomatología y evolución del proceso que acabamos de realizar, nos parece útil e interesante hacer mención de ciertos aspectos que conviene analizar.

El dolor paradójico observado en nuestro enfermo nos hizo pensar en un principio en un proceso renal izquierdo, corroborado esto por el examen clínico y más tarde por el dolor despertado en ese lado al efectuar la pielografía ascendente derecha.

La cistoscopia y la urografía excretiva aclararon el lado afectado y la pielografía ascendente nos hizo resaltar una vez más la importancia que tiene en el diagnóstico de los tumores renales.

El proceso degenerativo observado cuya frecuencia es de un 7 a 10% de los tumores renales, según Albarran e Imbert y de un 20% según Ercole y otros urólogos, da con suma frecuencia y en un 75% de los casos recidivas según las estadísticas de Ewift Joly.

De ahí la necesidad de haber efectuado una ureterectomía total con extirpación de la porción intramural o la destrucción por electrocoagulación; pero, como este tipo de intervención da, de acuerdo a los trabajos de Van Der Benden, un 20% de mortalidad, y en nuestro enfermo, por su estado, no era aconsejable efectuarlo, adoptamos una ureterectomía parcial.

Se le aconsejó al paciente una segunda intervención a fin de extirpar el resto del uréter, pensando abordarlo por una incisión mediana infraumbilical, que permitiría un acceso más fácil.

De no aceptar este temperamento se le indicó la conveniencia de efectuar aplicaciones de radioterapia profunda en la zona de los ganglios lumbo aórticos y a exámenes periódicos endoscópicos de control.

#### DISCUSION

Dr. Bernardi. — *Desearía saber si no hay un error en el título de este trabajo. ¿Se trata de un epitelioma gigante pielouretérico o de un papiloma pielouretetal? Entiendo que por el tamaño es una tumoración de tipo maligno. Si el título está mal, está demás mi observación. De lo contrario, dejo presente este concepto.*

Dr. Berri. — *El verdadero título es "Gran papilo-epitelioma del riñón". He modificado el título del trabajo.*