

FIBROLIPOSARCOMA DE LOS TEJIDOS PERIRRENALES QUE INTERESA AL RIÑÓN

Presentación de un caso y Revisión de la literatura

Por los Dres. J. SYDNEY RITTER, M. D. y HENRY RITTER (h.) M. D.
(de Nueva York)

Relator: Dr. A. GRANARA COSTA

El más temprano reconocimiento de un tumor adiposo perirrenal se atribuye a Morgagni en 1760.¹ Desde entonces se han descrito pocos lipomas malignos en esa zona. Presentamos aquí un interesante caso de una revista de la literatura.

PRESENTACION DEL CASO

L. K., de 33 años, casada, blanca, unigrávida y primipara, con un parto normal espontáneo, se internó en el hospital quejándose de un dolor leve, recurrente, en región lumbar. Como su padre murió hace poco de cáncer de vías biliares y en vista de la actual publicidad sobre cáncer, la paciente se ha sometido a un examen clínico de rutina en otra institución para disipar sus temores. En esa oportunidad, se le dijo que su riñón izquierdo estaba "caído". Su historia pasada y el examen de sus sistemas fueron negativos.

Al examen físico, observamos una mujer blanca, alta, algo delgada, aprensiva, aparentemente sin trastornos. Su presión sanguínea era: sistólica 130 y diastólica 90. El resto de su examen físico fué esencialmente negativo excepto el estado local. La palpación revelaba una masa redondeada, no dolorosa, que ocupaba la mitad izquierda del abdomen, cuyo polo inferior estaba a nivel del borde pelviano. Esta masa era móvil hacia abajo pero no hacia arriba. El polo inferior del riñón derecho era palpable y normal.

Los estudios completos de sangre y orina y las radiografías de tórax fueron negativos. El enema baritado no mostró evidencia de falta de relleno o masa anormal en el colon. La urografía excretora reveló un contorno defectuoso de la pelvis renal izquierda. A la cistoscopia se notó una vejiga esencialmente normal con buena excreción bilateral de indigo carmín. Había gran movilidad así como ptosis del riñón izquierdo durante este examen. Las pielografías retrógradas demostraron mala delimitación de los cálices inferior y medio del riñón izquierdo (Fig. 1). Se consideró el defecto en el pielograma como debido a compresión extrínseca. Para asociar definitivamente la masa tumoral con el riñón, se tomó una placa mientras se fijaba la masa hacia abajo: el riñón se movió con ella. Ello confirmó nuestra impresión original de estar ante un tumor de riñón. Un urólogo consultado, sugirió el diagnóstico de un gran quiste renal solitario; pero no pudimos transluminar el área del riñón izquierdo como nos recomendará.

La paciente fué llevada a cirugía el cuarto día después de su ingreso. Se practicó una incisión renal oblicua izquierda desde la espina iliaca anterosuperior hasta el borde de la duodécima costilla, con la paciente en posición de decúbito lateral derecho. Los distintos planos fueron incididos y separados para exponer la fascia de Gerota. Cuando ésta se abrió, afluyó a la herida una copiosa cantidad de fluido sanguinolento. Se encontró entonces un gran masa

(*) De la Clínica Urológica Mc Carthy, Escuela Médica y Hospital de Nueva York.

adiposa. Ella se extendía a través de la línea media, así como por debajo llegaba a la pelvis ósea y no podía separarse del riñón. Se liberó esta masa y después de cuidadosa disección se encontró al riñón en el polo superior del tumor. El riñón, el tumor y el tercio superior del

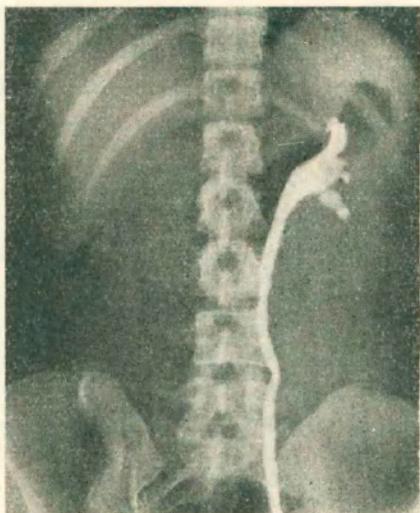


Figura 1

FIG. 1. — Pielograma retrógrado izquierdo. Los cálices medio e inferior están incompletamente definidos, aparentemente debido a compresión extrínseca.



Figura 2

FIG. 2 a. — Liberación de la masa tumoral y el riñón, de la herida operatoria.



FIG. 2 b. — Vistas en primer plano, mostrando el grueso tejido adiposo tumoral, que rodea al riñón.

uréter se resecaron en masa (Figs. 2 a y 2 b). No se observó evidencia de invasión ganglionar regional. Se suturó por planos dejando un drenaje.

La evolución postoperatoria fué sin incidentes; el drenaje se retiró al cuarto día; los antibióticos se suspendieron al séptimo día. La paciente egresó al décimo día de operada.

Por una reciente comunicación personal, once meses más tarde, con la familia de la

paciente, hemos sabido que ha aumentado de peso y sigue desempeñando sus actividades domésticas normales, en otra localidad.

ANATOMIA PATOLOGICA

Observación macroscópica: La pieza consiste en una gran masa encapsulada de $28 \frac{1}{2} \times 13$ cm, que parece adherente a la cápsula del riñón y se extiende al interior del tejido renal. La superficie de corte del tumor es irregular y lobulada. El riñón adherido mide 13.5 cm. de largo y revela pelvis, cálices y corteza normales en la superficie de corte.

Observaciones microscópicas: El examen de cortes seriados muestra abundante tejido

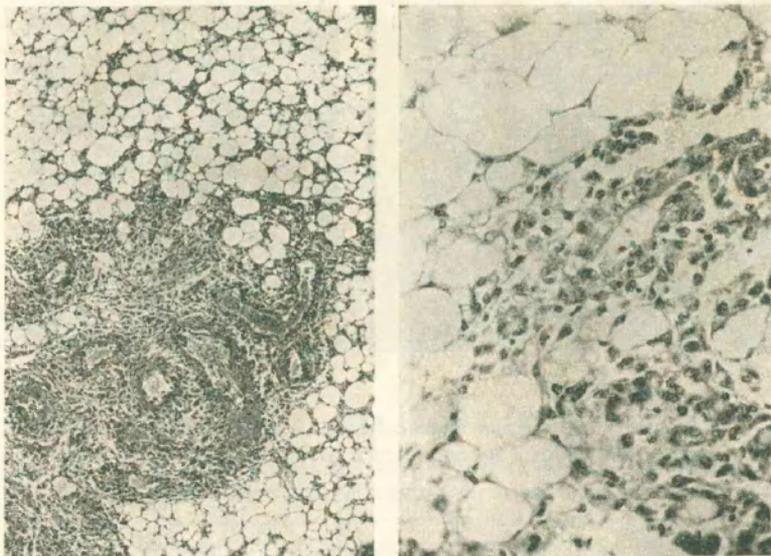


FIG. 3 a. — Microfotografía ilustrando la infiltración perivascular de células tumorales, con cambios sarcomatosos diferenciados. Coloración con hematoxilina eosina; x80.

FIG. 3 b. — Microfotografía a gran aumento, que muestra células tumorales de tipo sarcomatoide, infiltrando la grasa. Coloración hematoxilina eosina; x440.

adiposo, con pequeñas áreas diseminadas de tejido fibroso. Las células están muy bien diferenciadas. En algunas áreas, los núcleos celulares son más grandes y más anaplásticos. En la vecindad del riñón, el tumor es muy celular y se hallan presentes muchos núcleos grandes, abigarrados. Hay leve compresión y neta invasión del tejido renal por las células tumorales (Fig. 3 a y 3 b).

COMENTARIOS

Frecuencia: Los tumores adiposos benignos son comunes —los malignos son raros. Sólo nueve fueron observados por Stout, entre 16.000 tumores examinados.² Lubarsch halló sólo un tumor adiposo de la cápsula renal en 40.000 autopsias.³ Aunque los tumores en discusión son perirrenales, ellos son 1/3 del grupo mayor de los lipomas retroperitoneales. Los tumores adiposos en el área perirrenal se considera que tienen una frecuencia de edades desde los 15 días hasta los 70 años,¹ siendo el promedio de 49 años. Lecene

afirma que los lipomas ocurren casi igualmente de ambos lados del cuerpo y que ellos pueden ser únicos o múltiples. Se han presentado seis casos asociados con esclerosis tuberosa y adenoma sebáceo de la cara.^{2,4} El número de tumores adiposos en esta zona, que han sufrido cambios malignos, se dice que promedio alrededor de un 39 %.³ Las metástasis parecen ser menos comunes en esta neoplasia que en otros sarcomas;² cuando ellas ocurren, lo hacen usualmente en los pulmones y el hígado.

Síntomas: Un rápido crecimiento y un gran tamaño son característicos de estos tumores, con muchos casos manifestándose por una masa abdominal palpable.⁴ Los más tempranos síntomas son los de compresión y puede incluirse dolor sordo de cintura, edema de las extremidades inferiores y los genitales, dispepsia, náuseas, modificación de los hábitos intestinales, íleo, molestias postprandiales y fiebre. Los síntomas génitourinarios son el resultado de compresión de la pelvis renal y pueden consistir en hidronefrosis, oliguria, inanición y malestar indefinido.

Diagnóstico: El diagnóstico es difícil. En la valoración diferencial de una masa abdominal, deben considerarse tumores perirrenales, fibromas, embarazo, ascitis, quistes ováricos y pancreáticos o posible enfermedad colecística (cuando la masa se halla en el lado derecho). En el lado izquierdo deberá excluirse la patología esplénica.^{4,5,6,7,8} El único y muy valioso instrumento diagnóstico a nuestra disposición es un examen génitourinario completo. Por medio de la urografía excretora puede afirmarse los desplazamientos y las perturbaciones funcionales, así como el estado renal en vista de una posible nefrectomía.

En una serie de 20 años, Pemberton observó que de 42 lipomas perirrenales, sólo se había hecho un diagnóstico preoperatorio correcto en 5, a pesar del hecho de haberse descrito una masa abdominal en 28 de los casos.³ En consecuencia, toda vez que se sospeche excluir la malignidad sin estudio patológico.

Tratamiento: El tratamiento ideal, de acuerdo con Pemberton, es la enucleación temprana del tumor, para evitar las metástasis y aminorar los efectos de la compresión. La nefrectomía es lo usual, desde que el riñón está frecuentemente incluido en la masa y los tumores están confinados en la cápsula de Gerota, con su aporte sanguíneo derivado del pedículo renal. La radioterapia profunda no se considera eficaz. Disentimos a este respecto. Creemos que la extirpación total del tumor y los tejidos circundantes está siempre indicada, lo que siempre incluye la nefrectomía. Esto está en contradicción con la teoría de Pemberton.

Pronóstico: El pronóstico varía con los lipomas benignos que tienden a recidivar: un gran número de ellos se hacen malignos. Von Wahlendorf relata 54 % de curas 25 % de mortalidad, 14 % de recidivas y 22 % no tratables.⁹

Lefur comunica 25 % de mortalidad, 25 % de recidivas. Albarrán observa 30 % de mortalidad. Thévenot, 23 % de mortalidad. En la serie de Pemberton había un 37 % de recidivas, la $\frac{1}{2}$ de las cuales eran malignas, el 75 % de los casos malignos murieron, siendo el promedio de duración de

vida postoperatoria de 2 a 3 años. En esa serie sólo un caso fué un fibroliposarcoma.³

Patología: Hay varias teorías respecto de la etiología y los precursores celulares del tumor adiposo. Ewing¹⁰ cree que los factores causales pueden ser la obesidad, la hiperplasia adiposa o la lipomatosis de reemplazo de órganos atróficos. Clasifica también la herencia, las predisposiciones congénitas, traumatismo, inflamación, alcoholismo y trastornos endocrinos como posibles influencias etiológicas. Los lipomas se dividen comúnmente en un grupo intrarenal o heterólogo y un grupo perirrenal u homólogo. Entre las teorías³ de formación del primer tipo están aquellas que cuentan con restos de células embrionarias, metamorfosis grasa de fibroblastos dentro del riñón y los cálculos. Los lipomas perirrenales se dice que se originan de la grasa perirrenal, contienen mucina y abundante tejido conectivo y se asocian a menudo con atrofia renal.

Masserman⁹ demostró que el tejido adiposo embrionario se desarrolla de los primitivos órganos retículoendoteliales que han completado su crecimiento. Cuando más benigno es el tumor tanto más imita el modelo normal de crecimiento, el cual, para el tejido adiposo, depende del desarrollo de esos órganos primitivos. Miller⁸ considera a los tumores perirrenales como formados por ese tejido adiposo "inmaduro", conteniendo muchos focos perivasculares de proliferación —el "lipoma proliferante" de Gloggeniesser. La opinión de Stout² es que el lipoblasto, célula especializada en la formación de grasa, puede ser el responsable de la formación del tumor adiposo. Esas células tienen una definida relación con las células adventicias de los nervios y de los vasos sanguíneos. Piensan otros que el tumor puede originarse de un tejido en el que la grasa esté normalmente ausente, lo cual puede explicar por que la grasa, aunque químicamente benigna, es inútil para la nutrición del individuo, dando entonces el cuadro de una enfermedad de desgaste. Stout² y Wasserman⁹ apoyan la teoría de que la mayoría de los lipomas malignos, son malignos desde el comienzo. Otros piensan que estos tumores malignos se desarrollan de lipomas preexistentes.

Microscópicamente, el tumor se presenta como grandes masas nodulares, variando su color del amarillo al rojo, de mayor consistencia que los lipomas. Microscópicamente pueden verse células redondas, células fusiformes, células gigantes o células espumosas. Los tipos de tumor son: mixoide bien diferenciado, mixoide mal diferenciado, adenoide o mixto. Todas las células aparentemente se originan del mismo antepasado mesenquimático.²

SUMARIO

Se presenta un caso raro de fibroliposarcoma de riñón, con las observaciones anatomopatológicas del tumor luego de la nefrectomía. Se pasa revista a la literatura en lo referente a frecuencia, síntomas, diagnóstico, tratamiento, pronóstico y patología. Llama la atención la presencia asintomática de un tumor tan extendido, que se halló sólo en un examen médico de rutina.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ *Hanley, H. G.*, Brit. J. Surg. 35: 406, 1948.
 - ² *Stout, A. P.*, Ann. Surg., 119: 86, 1944.
 - ³ *Pemberton, J. J. and McCoughon, J. M.*, S. G. & O., 56: 110, 1933.
 - ⁴ *Newman, B., y Reed, T.*, J. Urol., 63: 292, 1949.
 - ⁵ *Tester, J. y Koiransky, H.*, Am. J. Roent. & Rad. Ther. 58: 641, 1947.
 - ⁶ *Laplante, A.*, Union Med. du Canada 77: 924, 1948.
 - ⁷ *Dickerson, W. H.*, Tr. Path. Soc. London, XIV: 187, 1863.
 - ⁸ *Miller, F.*, Frank. Zeitt. f. Path., 58: 263, 1943-44.
 - ⁹ *Von Wahrendorf, A. R. L.*, Arch. f. Klin. Chir., CXV: 751, 1921.
 - ¹⁰ *Ewing, J.*, Neoplastic Diseases. W. B. Saunders. Phila., 1928.
-