

HOSPITAL FERNANDEZ
SERVICIO DE VIAS URINARIAS
JEFE: PROF. JUAN SALLERAS

FACULTAD DE MEDICINA
INSTIT. DE ANAT. PATOLOGICA
DIRECT.: PROF. P. I. ELIZALDE

TUMOR MALIGNO DE LA CAPSULA RENAL

(MIOSARCOMA DE LA CAPSULA FIBROSA)

Por los Dres.

JUAN SALLERAS y JOSE L. MONSERRAT

Autores tan clásicos como **Morgagni** (1), **Broca** (2), **Mcyner** (3), etc., describieron ya en necropsias, voluminosos tumores desarrollados por detrás de la serosa peritoneal.

Spencer Wells (4), **Thornton** (5), **Pean** (6), describieron idénticas tumoraciones, como hallazgos operatorios.

Terrillón (7), reúne una serie de observaciones que clasifica como tumores grasos del mesenterio, correspondiendo a **Augagneur** (8) primero, y a **Mackiewicz** (9) después, la designación de tumores paranefríticos a estas neoplasias y que son catalogadas como retroperitoneales, en publicaciones de **Terrier** y **Guillemain** (10).

La designación de tumor paranefrítico involucra en el nombre su histogenia, y la de retroperitoneal, un concepto topográfico.

Ambas designaciones motivan la ubicación en un mismo capítulo de afecciones diversas en cuanto a histogenia, sintomatología y tratamiento, se refiere, por cuyo motivo, al no haber ninguna conveniencia en mantenerlas unidas, los autores establecieron una neta separación entre tumores retroperitoneales propiamente dichos y pararrenales.

Con esta última designación se han sucedido las publicaciones de **Galimir** (11), **Cestan** (12), **Rembaud** (13), **Adami** (14), **Hartman y Lécene** (15), **Albarrán e Imbert** (16), **Proust y Treves** (17), **Heyder** (18), **Richard** (19), etc., pero, a pesar de todo, en la lectura de estas publicaciones ya antiguas, se establece una confusión perjudicial para el estudio y clasificación, confusión a la que no escapan ni autores modernos, pues vemos como **Brocq y Hsu-Chi** (20), en una reciente publicación, presentan una voluminosa tumoración, de origen retroperitoneal como un tumor pararenal o paranefrítico, como dicen los franceses.

Y esta confusión reside en la designación dada a estas tumoraciones. **Lécene** (21), en su relato al Congreso Francés de Cirugía, dice: "Bajo el nombre de tumor paranefrítico, es necesario describir las neoplasias retroperitoneales que presentan con el riñón, por otra parte intacto, relaciones anatómicas íntimas, y que parecen desarrollados a expensa sea de la cápsula fibrosa, sea de las envolturas célula-adiposas del riñón". Reconoce a continuación una serie de excepciones que requieren un examen macro y microscópico para establecerse, por lo cual el diagnóstico de tumor pararenal se hace basado en exclusiones previas, es decir con signos negativos de diagnóstico.

Es que la designación de tumor pararenal implica como definición, a toda tumoración que tenga relación de vecindad con el riñón, y con este concepto tendrían cabida en ella, los tumores de la cápsula suprarrenal, de la región biliar (ganglios, etc.), del retroperitoneo, que en su desarrollo alcancen a la celda renal.

Y si bien la costumbre ha establecido que, como tumores pararenales o paranefríticos, deban interpretarse los desarrollados en la cápsula adiposa o fibrosa del riñón, la vaguedad o la amplitud que permite la designación, ha hecho que bajo esta denominación se ubiquen muchos tumores de sede originaria ajena a las cápsulas renales, motivo por el cual el estudio estadístico se torna muy difícil.

Por las consideraciones anteriores, muchos autores insisten en establecer un grupo de neoplasias, bajo el rubro de tumores de la cápsula renal (fibrosa o adiposa), cuyo

punto de partida tenga lugar indudablemente en estos elementos.

Esta clasificación agruparía tumores de idéntica histogenia y de sintomatología parecida, permitiendo así separarlos del vasto y heterogéneo grupo de los tumores pararrenales en su más amplia acepción.

La revisión de las estadísticas de estos tumores, sólidos pararrenales, muestra palpablemente la confusión de la clasificación que comentamos. Hay en ellas diferencias tan manifiestas, que es evidente que no reconocen como única causa deficiencias bibliográficas, sino criterios de clasificación, justificables por la vaguedad de la designación de tumor pararenal o paranefrítico.

Chamow (22), en 1911, reúne 110 observaciones en un severo estudio, e igual número presenta **Thevenot** (23) en 1914, que suman a 144 en la estadística de 1919 de **Lécens** (24). **Walendorf** (25), reúne 148 observaciones y **Lieberman** (26), en 1921, 165 casos, mientras que **Finzi** (27), al año siguiente, sólo presenta 101 observaciones, y **Jura** (28) en 1923, eleva a 143, en un mismo ambiente que el autor anterior.

Lino (29), en 1928, dá 157 casos y **Le Fur** (30), en 1930, 122. **Prives** (31), en el mismo año que **Lino**, publica un trabajo de conjunto, analizando las estadísticas anteriores, a partir de la de **Chamow** (32), de cuyas 110 observaciones, separa 35 por ser quísticas. A las 75 restantes, agrega 12 observaciones recogidas de la literatura universal, y una personal, totalizando así 87 observaciones, nacidas, indudablemente, de la cápsula renal.

A las 12 observaciones recogidas por **Prives**, podrían añadirse entre otras, la de **Castiglioni** (33), **Finzi** (34), **Jura** (35), (2 casos), **Johansson Sven** (36), (2 casos), **D'Erchia Florenza** (37), **Lino** (38), (3 casos), **Richard** (39), **Tamman** (40), **Le Fur** (41), (2 casos), **Lepoutre** (42), (3 casos), etc.

Prives, es a nuestro juicio, quizás extremadamente severo en sus conceptos, por cuanto elimina de sus estadísticas, todas las tumoraciones quísticas que reconocen un origen embrionario y mantiene sin embargo tumores de teji-

dos múltiples, que tienen origen, indudablemente, en inclusiones o heterotopías embrionarias.

Como estas inclusiones o heterotopías quedan incluidas en las cápsulas renales, deben ser también considerados como tumores de la cápsula, lo mismo sean quísticos o sólidos en su evolución, si bien clasificados en una subdivisión especial.

Ateniéndonos a estos conceptos, por el tipo histológico y por el tejido matricial, estableceremos para los tumores de las cápsulas renales, la siguiente clasificación:

A) Tumores mesenquimáticos:	{	Benignos
		Malignos
B) Disembriomas.....	{	Sólidos
		Quísticos

Nuestra observación clínica, corresponde a un enfermo con una hematuria tan intensa, que debió ser intervenido con toda premura.

Previamente se le practicó una pielografía (fig. 1), y ella nos muestra una imagen normal de la pelvis, en cuanto se refiere a su estructura, pero es digno de señalarse una basculación hacia afuera del riñón, con rotación sobre un eje ántero-posterior que pasara por su parte media.

Por este motivo, el polo superior del riñón, está más separado que el inferior de la columna vertebral, posición inversa de la que ocupa normalmente.

La nefrectomía practicada según la técnica clásica, fué laboriosa por las adherencias del tumor.

El estudio macroscópico de la pieza, nos muestra una tumoración del tamaño de una mandarina, situada por encima del hilio, en el borde interno del riñón. Esta tumoración parece hacer cuerpo en el riñón y contrae adherencias con la cápsula suprarrenal, la cual se observa con caracteres normales en la pieza quirúrgica.

La coloración de la tumoración es rojiza y su consistencia blanda.

Practicamos un corte medio (fig. 2), mostrándonos claramente las relaciones del tumor con la pelvis renal, siendo evidente la superposición de la pieza anatómica con la imagen pielográfica. El tumor es de consistencia friable y hemorrágico, de forma redondeada, ocupando el polo superior del riñón, observándose con claridad como en su cre-

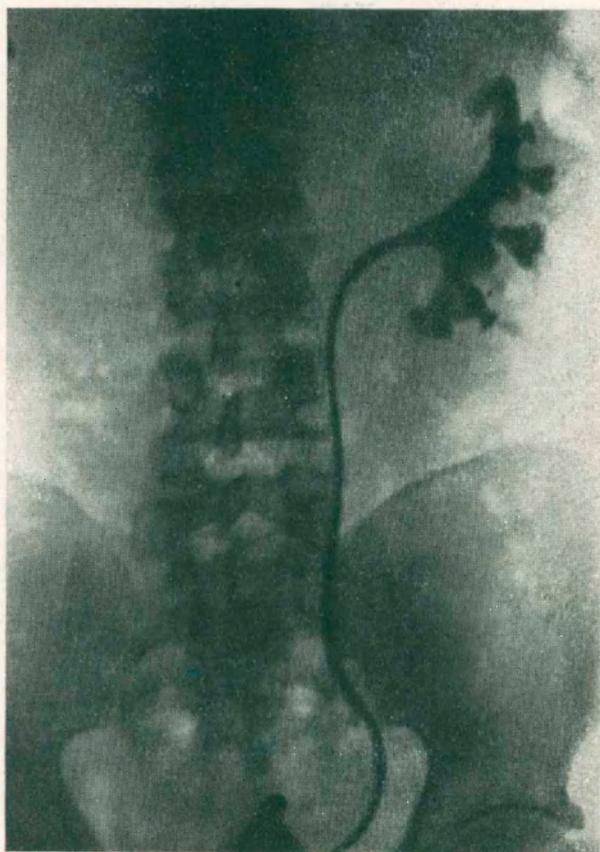


Figura 1

Pielografía del riñón izquierdo. Desplazamiento y rotación hacia afuera de la pelvis renal.

cimiento, comprime y rechaza al parénquima renal (fig. 3), por lo cual podemos, macroscópicamente, establecer el diagnóstico de tumor de la cápsula renal.

Es interesante, para el comentario posterior, observar que este riñón es de los que tienen hilio amplio (fig. 2).

Para el estudio histológico, obtuvimos trozos de plena zona tumoral, y toda la zona de contacto del riñón y la neoplasia (fig. 3), y previa inclusión en parafina, los pre-

parados fueron teñidos con: hemalumbre-eritrosina, Van Giesson, Mallory, trícromico de Masson, Azocarmín-azul de anilina-orange, Río Hortega (variante A).

Los preparados de las zonas vecinas al riñón, nos permiten seguir a la cápsula renal, desde las zonas indemnes,

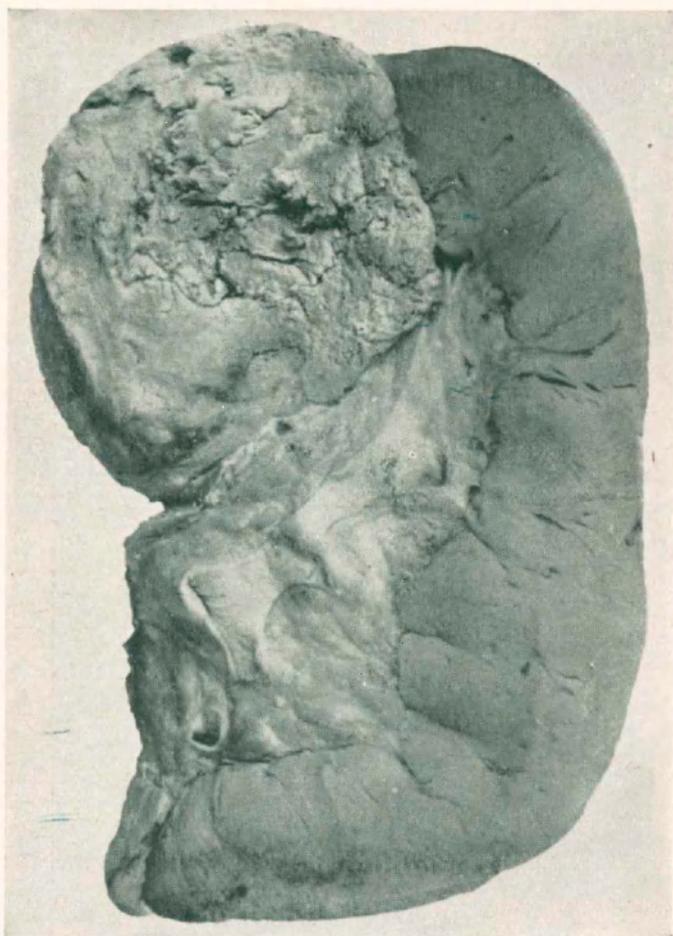


Figura 2. — Placa No. 192

Se observa una tumoración de aspecto homogéneo y de consistencia friable, que ocupa la región suprapelviana y que comprime y rechaza al polo superior del riñón. Compárese la pielografía con esta fotografía, para apreciar la fidelidad de la imagen radiológica.

a las tumorales, presenciando el desarrollo del blastoma sobre ésta (fig. 4), así como el rechazamiento y compresión del riñón, cuya pauta nos lo da el aplastamiento de los glomérulos (fig. 5).

El tumor en su crecimiento, destruye en una pequeña

zona a la cápsula, e invade las capas superficiales del riñón (fig. 5), cuyo parénquima reacciona mediante una abundante infiltración linfocitaria y esclerosis discreta (fig. 6), pudiéndose observar también hemorragias profusas, intersticiales y glomerulares.

La tumoración en sí, está constituída por elementos ce-

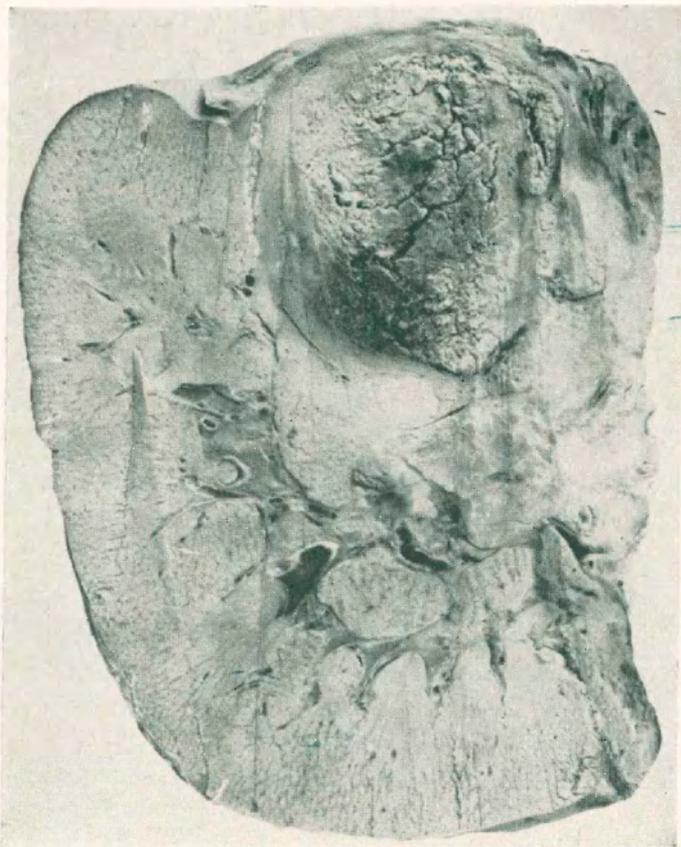


Figura 3. — Placa No. 193

En este corte se aprecia bien como el tumor aparenta estar encapsulado y rechaza al riñón.

lulares aparentemente independientes, con rica vascularización (fig. 7), lo cual da un carácter angiomatoso al tumor.

A mayores aumentos, los elementos celulares son alargados con núcleo central, de neta membrana nuclear y grumos cromatófilos evidentes.

Las células tienen una tendencia manifiesta a unirse por sus polos, formando así, cadenas celulares.

El protoplasma, ténuemente fibrilado, tiene una acido-

filia, que le confiere un carácter especial, permitiendo una diferenciación con el colágeno. Por zonas, es posible ver, células globulosas con núcleo voluminoso y escaso protoplasma, cuya evolución hacia la formación de los elementos alargados, descriptos anteriormente, puede seguirse en algunos campos felices.

Hemos encontrado, además, elementos como los que ilustran la figura 10, constituídos por una gran masa por-

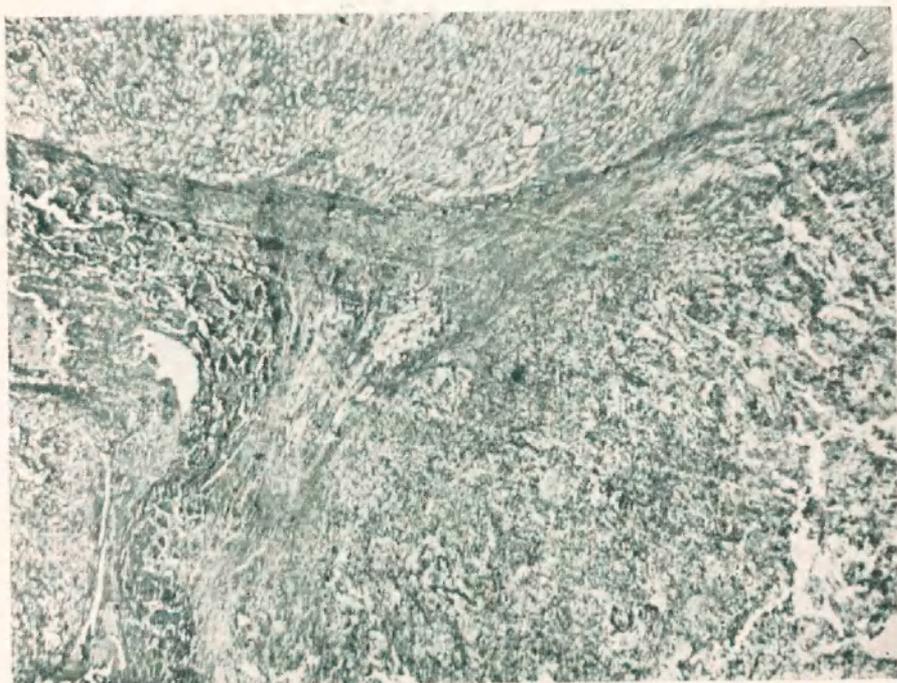


Figura 4. — Placa No. 799. — Hemalumbre - eritrosina

Se observa como la tumoración íntimamente relacionada con la cápsula fibrosa, se desarrolla por fuera del riñón.

toplásmica acidófila, granular, con diferenciación fibrilar del exoplasma y con varios núcleos leucocromáticos.

Estos elementos que podemos individualizar como mio-citos, tienen un gran valor diagnóstico en cuanto al tipo del tumor. Las tinciones con Del Río Hortega, nos demuestran una fina trama intercelular (Fig. 11), que da el carácter definitivo de tumor mesenquimático a nuestro blastoma.

La histología nos ha demostrado que nuestro tumor

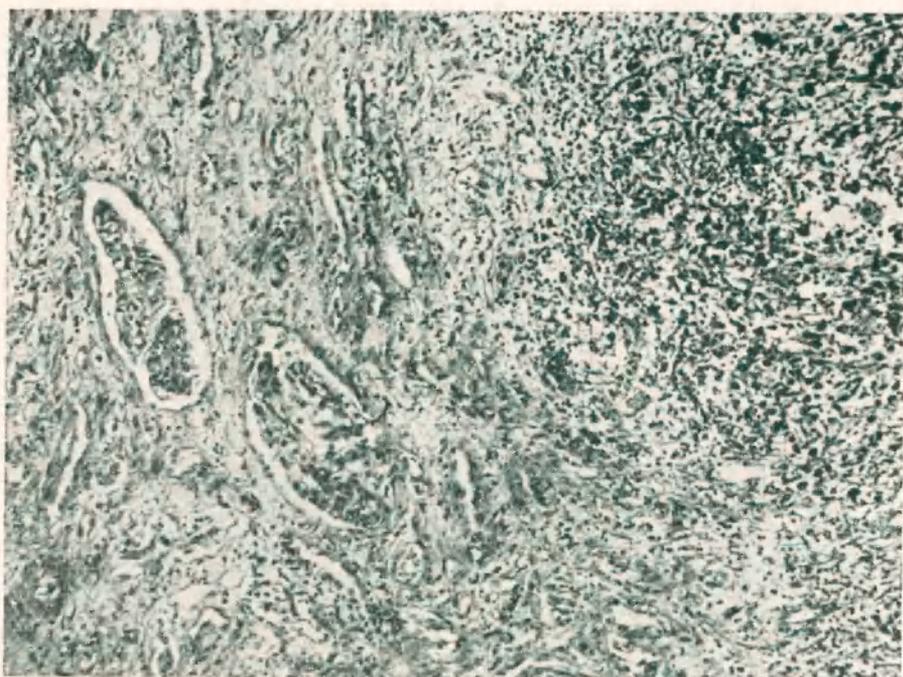


Figura 5. — Placa No. 800. — Tric. de Masson

Zona en que la tumoración rompe la cápsula e invade la zona más superficial del riñón. El aplastamiento de los glomérulos, nos dá la pauta de la compresión y rechazamiento del riñón.

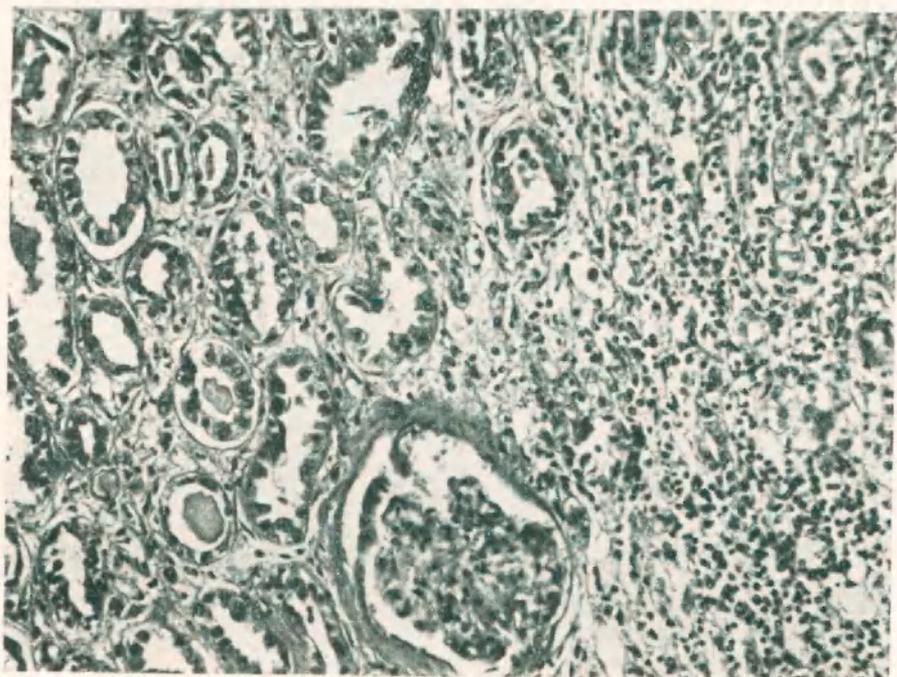


Figura 6. — Placa No. 801. — Hemalumbre - eritrosina

Vecina a la zona tumoral, el riñón reacciona con una esclerosis e infiltración linfocitaria

pertenece a la familia mioblástica (miosarcoma), habiéndonos basado para el diagnóstico histológico de malignidad en las monstruosidades celulares de algunos focos, la trombosis neoplásica que observamos en una de las ramas de la vena renal. Este último detalle nos indica, no solo el carácter maligno (por su facilidad de dar metástasis), sino que también el blastoma abandona su carácter regional por el de generalización.

Clínicamente, esta presunción es confirmada con la

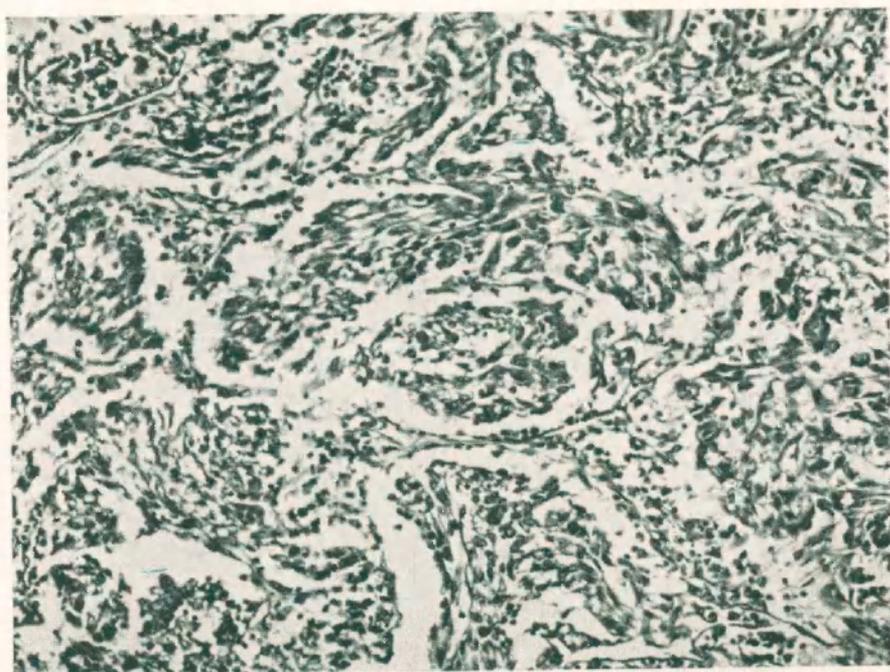


Figura 7. — Placa No. 802. — Hemalumbre - eritrosina
Zona tumoral, en donde es evidente el carácter angiomatico

metástasis cerebral, que llevó al enfermo al "exitus letalis", poco tiempo después de la intervención.

Clasificado por la macro y microscopía, como tumor de la cápsula renal, este punto de iniciación nos permite comprender las modalidades sintomatológicas de nuestra observación, que podemos resumir: basculación del riñón con pielograma sin modificaciones y hematuria.

Los tumores de la cápsula, son generalmente mudos en sintomatología renal. Si el tumor de la cápsula fibrosa

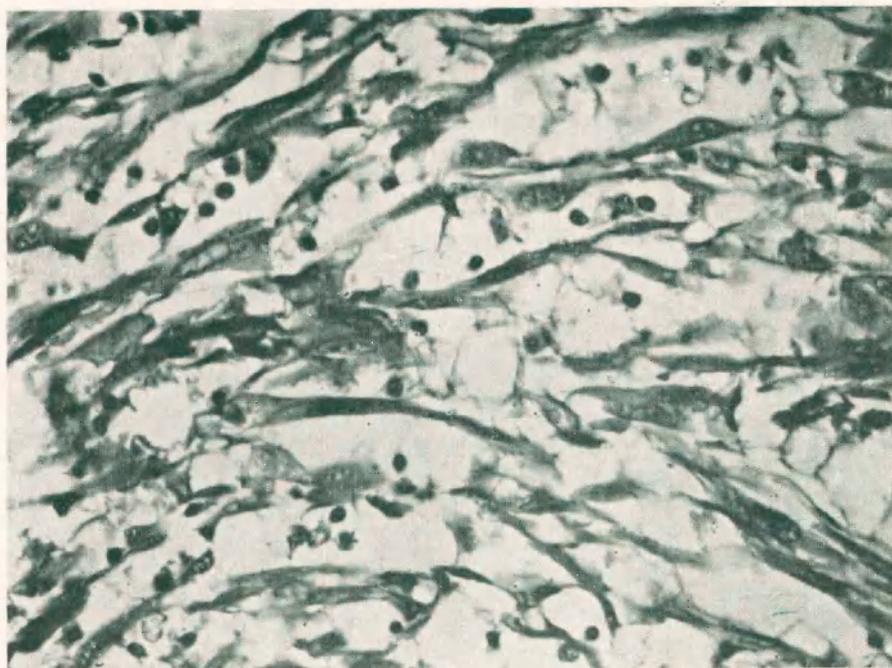


Figura 8. — Placa No. 803. — Hemalumbre - eritrosina
Los elementos tumorales son alargados y de protoplasma acidófilo

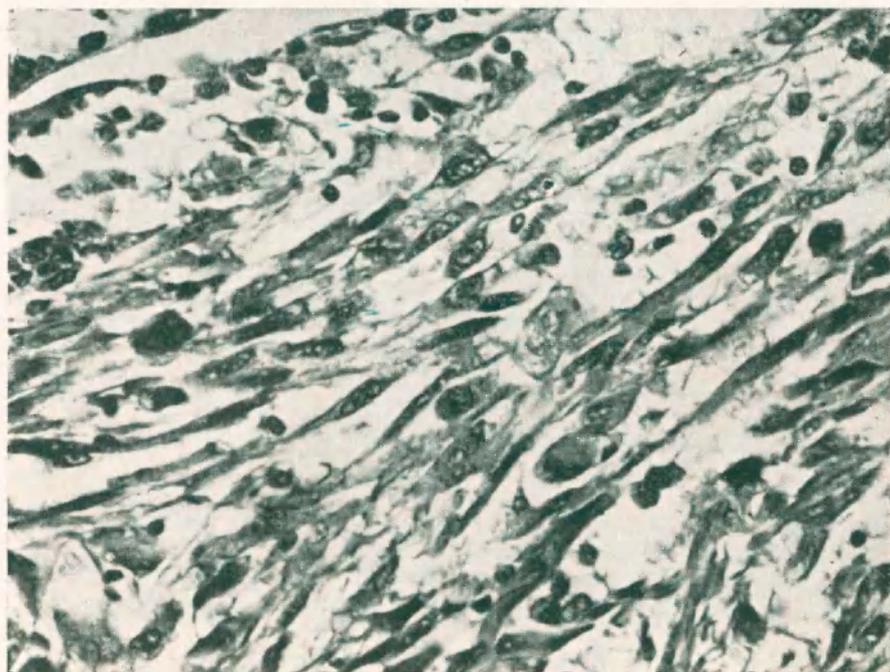


Figura 9. — Placa No. 804. — Hemalumbre - eritrosina
Se observa la tendencia de las células a unirse por sus polos formando cadenas celulares

se desarrolla extrínsecamente con respecto al riñón, éste será invadido solo muy tardíamente.

La cápsula fibrosa es una barrera difícil de atravesar por los elementos blastomatosos, siendo este concepto por otra parte, una ley oncológica general, cuya comprobación podemos reforzar con los ejemplos de los tumores de las meninges cerebrales, que antes de invadir el cerebro, comprimen y destruyen a la calota, o en los tumores del testí-

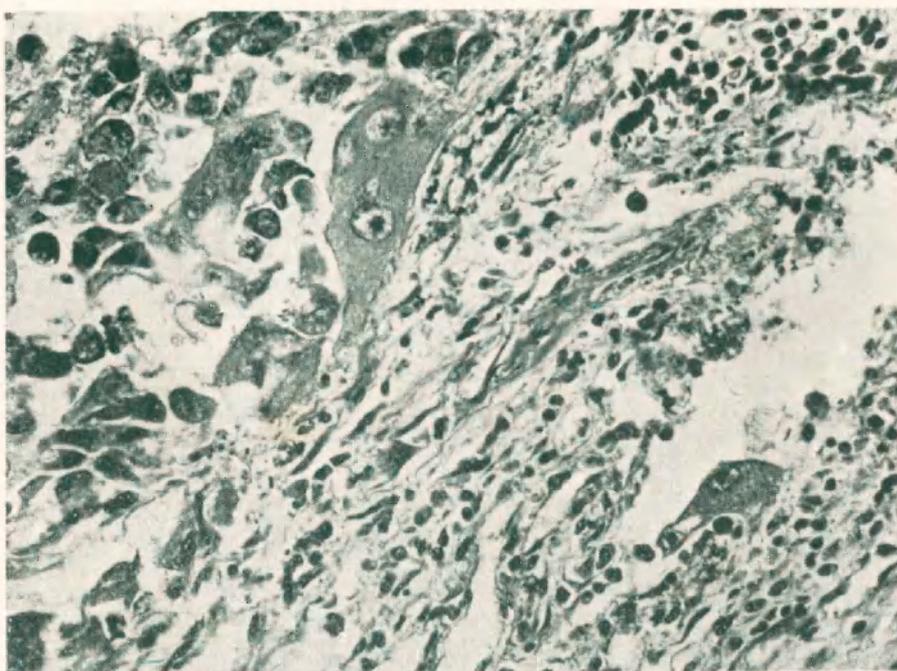


Figura 10. — Placa No. 805. — Hemalumbre - eritrosina

En un conglomerado de elementos celulares polimorfos, se destaca una gran masa protoplásmica, con varios núcleos. El protoplasma es ligeramente granuloso

culo que sólo por excepción invaden al epidídimo, impedidos por la barrera colágena que le oponen las meninges a los primeros, y el tabique conjuntivo testículo-epidimario a los segundos.

De acuerdo a esta ley oncológica, nos explicamos como el tumor, nacido en la cápsula fibrosa, toma un gran desarrollo en la celda grasosa, facilitado en nuestro caso por el tipo de hilio amplio, y solo al alcanzar un desarrollo discreto, movilizó y basculó al riñón, dándonos así la imagen pielográfica descripta.

Esta misma topografía tumoral ha inducido a muchos cirujanos a extirpar solamente el tumor, respetando el riñón. Este criterio terapéutico, aparentemente lógico, sufre un doloroso mentís en el estudio casuístico, por cuanto las recidivas se han presentado con una frecuencia alarmante explicable porque la completa separación no es siempre posible y porque amenudo estos tumores son policéntricos. La hematuria de nuestra observación, es una manifestación po-



Figura 11. — Placa No. 806

Del Ríó Hortega, sobre cortes de parafina

Entre los elementos celulares, se observa un ténue retículo

cas veces observada, conociendo solamente la publicación de **Lotheissen** (43).

Prives (4), la explica como resultado de la compresión del hilio por el tumor y si bien tal sucedía, en nuestra observación, podemos atribuirla a la invasión de la corteza renal por el tumor que determinó una intensa reacción linfo-hemorrágica.

Nos queda, por último, interpretar el tipo histológico del tumor.

El tejido muscular, se observa con frecuencia en tumores a tejidos múltiples, como uno de los constituyentes del embrioma, teniendo como ejemplo en esta región, a las publicaciones de **Le Fur** (45) y **Leroux y Guerin** (46), para no citar, sino, los más modernos.

La constante repetición del aspecto histológico en las diversas zonas del tumor, nos permite desechar la naturaleza embrionaria del blastoma, buscando entonces la célula matricial en las fibras musculares que suelen observarse en la cápsula, sin olvidar empero algunos conceptos generales, expuestos por **Grinfeltt** (47), en un buen estudio sobre los miosarcomas, en uno de cuyos párrafos dice: "resulta de todo esto que existe, no solamente una identidad de origen, sino estrechas analogías estructurales, puestas a luz por **Laguesse**, entre el tejido conjuntivo laxo y el muscular liso. La "muscularidad" (muscularité) de los endoplasmas es, en última instancia, la sola diferencia entre los tejidos. Esto es un fenómeno contingente. Es el resultado de una adaptación funcional, que no cambia en realidad la naturaleza misma del tejido. Y, por otra parte, esta diferenciación no es, a veces, más que momentánea".

Los tumores con elementos musculares, a su vez, son poco frecuentes entre los tumores de la cápsula, habiendo podido reunir 24 casos, totalizando así, con la muestra, 25 observaciones.

Si practicásemos un severo estudio de estas 24 observaciones, algunas, quizá, debieran separarse del grupo de los tumores mesenquimáticos para ubicarlos dentro de los disembrionomas de la cápsula, tales como las observaciones de **Broch** (48), rhabdomiosarcoma; **Hallas** (49), fibro-mio-endoteloma capsular, **Degorce** (50), lipo-fibro-mixio-mio-osteo-sarcoma, **Antelawa** (51), fibro-mio-lipocondrio-ósteo-cistoma y la de **Hildebran** (52), de fibro-mio-ósteo-sarcoma.

La histología de las 20 observaciones restantes, podríamos clasificarlas así: 9 fibromiomas; **Buschmann** (53), **Busse** (54), (3 observaciones), **Bauby y Deaunic** (55), **D'Erchia Florenzo** (56), **Hess** (57), **Le Fur** (58), **Reverdin** (59); 3 miosarcomas, **Ranzi** (60), **Weer** (61), **Salleras** y

Montserrat: 2 fibro-mio-lipomas; **Huwe** (62), **Homans** (63), 2 miomas, **Borck** (64), **Reguier** (65); un miolipoma, **Wiglesworth** (66); un fibro-mioma maligno, **Lécene** (67); un leiomioma, **Brenner** (68) y un fibroleiomioma, **Johansson Sven** (69).

No pudimos conseguir las observaciones de **Ranzi** y **Weer**, de idéntico diagnóstico que la nuestra.

El pronóstico de estos tumores, es muy difícil de establecer por el sólo estudio histológico. Los casos francamente malignos, no suponen dificultad interpretativa, pero en aquellas observaciones que a la histología aparentan ser benignas, debe utilizarse el diagnóstico y sospecharse la malignidad, por cuanto las recidivas suelen presentarse con frecuencia, aun en casos diagnosticados como benignos por histólogos tan destacados, como **Letulle**.

Estas deducciones histológicas nos inducen a sospechar siempre en la malignidad de estos tumores y desechar las operaciones conservadoras, porque "pareciera que la conservación del riñón, favoreciera la recidiva", **Thevenard** (70).

Recordemos, además, lo que dice **Le Fur** (71): "a pesar de la rareza de metástasis, su evolución netamente fatal y progresiva, aun en los casos histológicamente benignos, justifica el concepto intervencionista"... "es mejor considerar en principio a todo tumor pararenal como tumor maligno y practicar la extirpación lo más amplia posible, así se evitan las recidivas".

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Morgagni**. — "Sedibus et causa morborum", tomo II Epiat. XXXIX; citado por: Lécene; Oleaga, etc.
- 2) **Broca**. — Citado por Lécene.
- 3) **Moyner**. — Citado por Lécene.
- 4) **Spencer Wellis**. — Ovarian and uterine tumours. Londres, 1883. Brit. Med. Jour. 1889.
- 5) **Thornton**. — The Lancet, 1883; Brit. Med. Jour. 1890.
- 6) **Pean**. — Tumeurs de l'abdomen et du bassin; 1880, Paris.
- 7) **Terrillón**. — Arch. Gener. du Medie. 1886.
- 8) **Augagneur**. — Tumores del mesenterio. Tesis. 1886. Paris.
- 9) **Mackiewicz**. — Tesis, 1887, Strasburgo.

- 10) **Tenier y Guillemain.** — *Revue du Chirurgie*, 1892.
- 11) **Galinin.** — Tesis, 1895-96, Paris.
- 12) **Cestan.** — *Gazz. des Hop.* 1898, pág. 390.
- 13) **Rembaud.** — Tesis 1904-5, Toulouse.
- 14) **Adamí.** — *Montreal, Med. Jour.* 1897.
- 15) **Hartman y Lécene.** — *Travaux de Chirurg. and Clin.* 1903.
- 16) **Albarran e Imbert.** — *Tumeur du Rein.* 1903.
- 17) **Proust y Treves.** — *Rev. du Gynee. et de Chir. abd.* 1908.
- 18) **Heyder.** — *Arch. f. Gynee.* 1890.
- 19) **Richard.** — *Bull. de la Soc. Chirurg. Paris*, 1925.
- 20) **Brocq y Hsu-Chi.** — *Presse Médical*, 1932.
- 21) **Lécene.** — *Congres Française du Chirurgie*, 1919.
- 22) **Chamow.** — *Über pararenale geschwulsti.* 1911.
- 23) **Thevenot.** — *Enciclop. Fran. d'Urologie*, 1914.
- 24) **Lécene.** — *loc. cit.* (21).
- 25) **Wahlen y Wahlendorf.** — *Arch. f. Klin. Chirurg.* 1921, T. 115.
- 26) **Lieberman.** — Citado por Prives.
- 27) **Finzi.** — *Minerva med.* 1922.
- 28) **Jura.** — *Poliel. Soc. Chir.* 1923.
- 29) **Lino.** — *Ann. Ital. di Chirug.* 1928.
- 30) **Le Fur.** — *Bull. et Mem. Soc. des Chirurg.* 1930.
- 31) **Prives.** — *Zeitschr. f. Urol. Chirurg.* 1928.
- 32) **Chamow.** — *Loc. cit.*
- 33) **Castiglioni.** — Cit. por Lino.
- 34) **Finzi.** — *Loc. cit.*
- 35) **Jura.** — *Loc. cit.*
- 36) **Johansson Sven.** — *Act. Chirurg. Scan.* 1927.
- 37) **D'Erchia Florenzo.** — *Clin. Ostet.* 1925.
- 38) **Lino.** — *Loc. cit.*
- 39) **Richard.** — *Loc. cit.*
- 40) **Tammann.** — *Brun's Beitrag.* 1925.
- 41) **Le Fur.** — *Paris Chirurg.* 1912, *Bull. et Mem. de la Soc. des Chirur.* Paris, 1930.
- 42) **Lepoutre.** — *Congres. Ass. Franc. d'Urologie*, 1929.
- 43) **Lotheissen.** — *Arch. f. Klin. Chir.* 1896.
- 44) **Prives.** — *Loc. cit.*
- 45) **Le Fur.** — *Bull. et Mem. Soc. des Chirurg.* Paris, 1930.
- 46) **Leroux y Guerin.** — *Bull. Ass. Franc. Cancer.* 1929.
- 47) **Grinfelstt.** — *Bull. Ass. Franc. du Cancer*, 1926.
- 48) **Broch.** — *Virchow's Archiv.* 1895.
- 49) **Hallas.** — *Beitrag. z. path. Anat. und allg. Path.* 1913.
- 50) **Degorce.** — *Soc. Med. Chir. d'Endoch.* 1912.
- 51) **Antelawa.** — *Zeits. f. urol. Chir.* 1924.
- 52) **Hildebrandt.** — *Deut. Zeit. f. Chir.* 1895.
- 53) **Buschmann.** — *Wien. mediz. Woch.* 1880.
- 54) **Busse.** — *Virchow's Arch.* 1899.

-
- 55) **Bauby y Deaunic.** — *Mid. Med.* Toulouse, 1893.
 - 56) **D'Erchia Florenzo.** — *Loc. cit.*
 - 57) **Hess.** — *Beitrag. z. path. anat. und Allg. Path.* 1905.
 - 58) **Le Fur.** — *Paris Chirurg.* 1912.
 - 59) **Reverdin.** — *Congr. Franc. du Chirurg.* 1894.
 - 60) **Ranzi.** — *Citado por Finzi.*
 - 61) **Weer.** — *Cit. por Finzi.*
 - 62) **Huwe.** — *Cit. por Prives,* 1904.
 - 63) **Homans.** — *The Lancet,* 1883. *Boston Med. Jour.,* 1883.
 - 64) **Borck.** — *Arch. f. klin. Chir.*
 - 65) **Regnier.** — *Cit. por Salviozzi y Finzi.*
 - 66) **Wigleawrth.** — *The Lancet,* 1883.
 - 67) **Lécene y Wolfram.** — *Cancers du Rein,* 1926.
 - 68) **Bremer.** — *Wien. klin. Woch.* 1891.
 - 69) **Johansson Sven.** — *Loc. cit.*
 - 70) **Thevenard.** — *Bull. et Mem. Soc. de Chir. de Paris,* 1930.
 - 71) **Le Fur.** — *Bull. et Mem. Soc. du Chir. de Paris,* 1930.