

## CANCER DE RIÑON DE LARGA EVOLUCION

Por los Dres. A. E. TRABUCCO y L. L. SANCHEZ SAÑUDO  
y el Dr. H. A. LEVATI

Ante la vehemente presunción de encontrarnos frente a un tumor renal de larga evolución, presentamos a la consideración de Uds. el siguiente caso que nos sirve para comentar y actualizar algunos conceptos que estimamos interesantes y que ya en otras oportunidades fueron motivo de debate en el seno de esta Sociedad.

A. G. de D., 56 años, argentina, casada.

Ingresa al Servicio el 18-12-62, remitida por la Sala II de Clínica Médica de nuestro Hospital con el diagnóstico de tumoración lumbar izquierda grosera.

Refiérese en la historia actual que la paciente nota la presencia de una tumoración lumbar izquierda con procidencia hacia el abdomen desde hace casi 20 años, que no le trae inconvenientes, salvo los de entorpecerle el subir al "sulky" que utilizaba en su provincia natal.

Todo hubiera pasado sin estudio más profundo si no fuera porque desde 6 meses antes de su internación comenzara con dolorimiento lumbar izquierdo y sensación de peso, al que se sumó 3 meses después un episodio típico de cólico renal izquierdo, con náuseas y sudoración, al que siguió la emisión de orinas rojizas sin coágulos y que la enferma expresa gráficamente "como aspecto de carne lavada".

La paciente no presenta alteraciones miccionales y al examen semiológico importan como datos positivos una gran masa lumbar (del tamaño de un melón) en hemiabdomen izquierdo, que deforma, a pesar de la obesidad de la paciente, el lado correspondiente de su vientre, que ocupa y deforma también la fosa lumbar izquierda, que pelotea, que parece tener borde y que por su tamaño pasa también a ocupar parte del hemiabdomen derecho. Las maniobras palpatorias son indoloras y el tacto de la masa revela una superficie irregular, abollonada, como si se palpara una gran masa con zonas de mayor y otras de menor consistencia.

Por lo demás los análisis y el estado general de la paciente eran prácticamente normales.

Afebril, de P.A., Mx.: 150; Mn.: 85. Sólo estaba aumentada discretamente la eritrosedimentación con una 1ª hora 27 mm. y una 2ª hora de 60 mm. con un hemograma de 3.950.000 glóbulos rojos y 7.900 glóbulos blancos; de fórmula leucocitaria s/p.

El estudio radiográfico con borramiento de psoas y sensación de fosa lumbar ocupada, reveló en la placa simple sombras calcáreas en la región lumbar izquierda; y el urograma buena eliminación de la sustancia de contraste con una imagen uréteropielocalicial derecha dibujada en un riñón de contornos y tamaños normales. Por el contrario, en el lado izquierdo se observa una masa grandísima que pertenece al riñón izquierdo, que rechaza los cálices hacia el polo inferior amputándolos y abriéndolos como formando una copa y que borra el borde del psoas (Fig. 1).

En la parte superior se observan las precipitaciones calcáreas vistas en la placa simple.

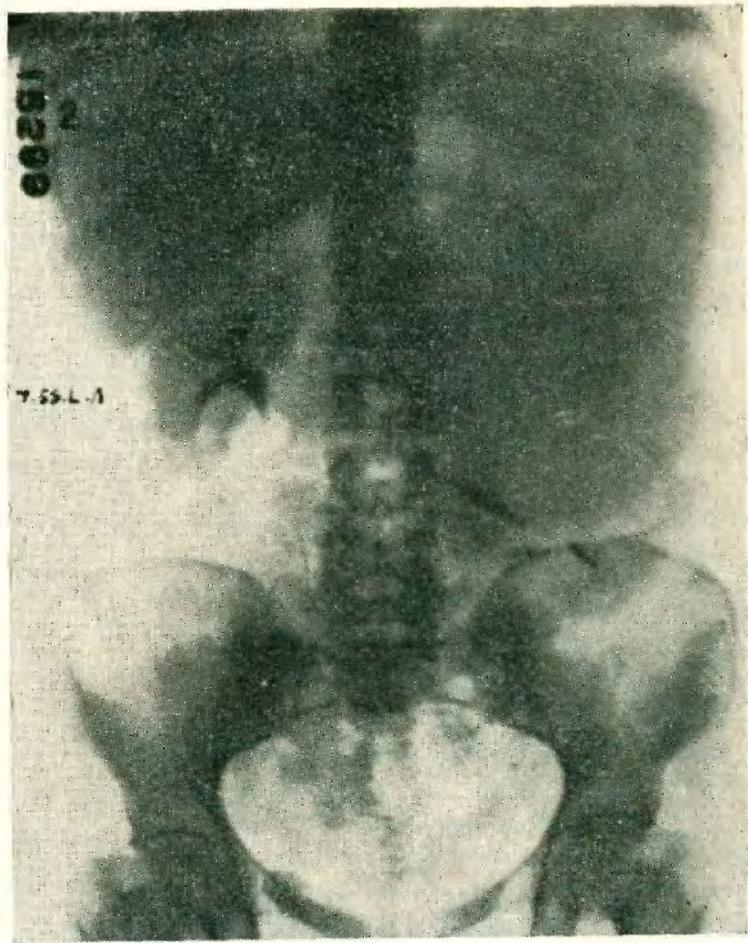


Figura I

La pielografía ascendente izquierda de frente y perfil mejora esta imagen, observándose el desplazamiento del tejido renal funcionante un poco por debajo de la cresta iliaca con destrucción de la arquitectura normal de los cálices (Figs. 2 y 3).

Como complemento la paciente concurre con un estudio intestinal (colon por enema) donde se observa el desplazamiento marcado del ángulo esplénico hacia abajo (Fig. 4); con una placa de tórax sin particularidades (Fig. 5) y con dos placas de estómago donde se observa en la de frente el rechazo del órgano hacia la línea media y en la de perfil hacia adelante (Figs. 6 y 7).

Con el diagnóstico de tumor renal la paciente es intervenida el 5-1-63. Cirujano: Dr. L. L. Sánchez Sañudo. Ayudantes: Dres. Borzone y Levati. Anestesia general: Dr. Gómez.

Se hace la intervención por vía lumbar con resección de las costillas 10ª, 11ª y 12ª, lo que permite un amplio campo y la observación de la masa tumoral rodeada de gruesas venas periféricas que es sin embargo sin mayor dificultad liberada y exteriorizada gracias a la existencia de un pedículo largo, libre, el que se libera y secciona; con el corte del uréter sano se efectúa la ectomía total del órgano. Durante todas las maniobras de liberación y a pesar de la amplia brecha quirúrgica no se producen aperturas ni en peritoneo ni en pleura, ni se observan procesos infiltrativos y adenopatías. Se cierra por planos dejando un tubo de drenaje.

Durante el acto quirúrgico se transfunden 500 cm.<sup>3</sup> de sangre que se complementan con otros 500 cm.<sup>3</sup> en el postoperatorio inmediato.

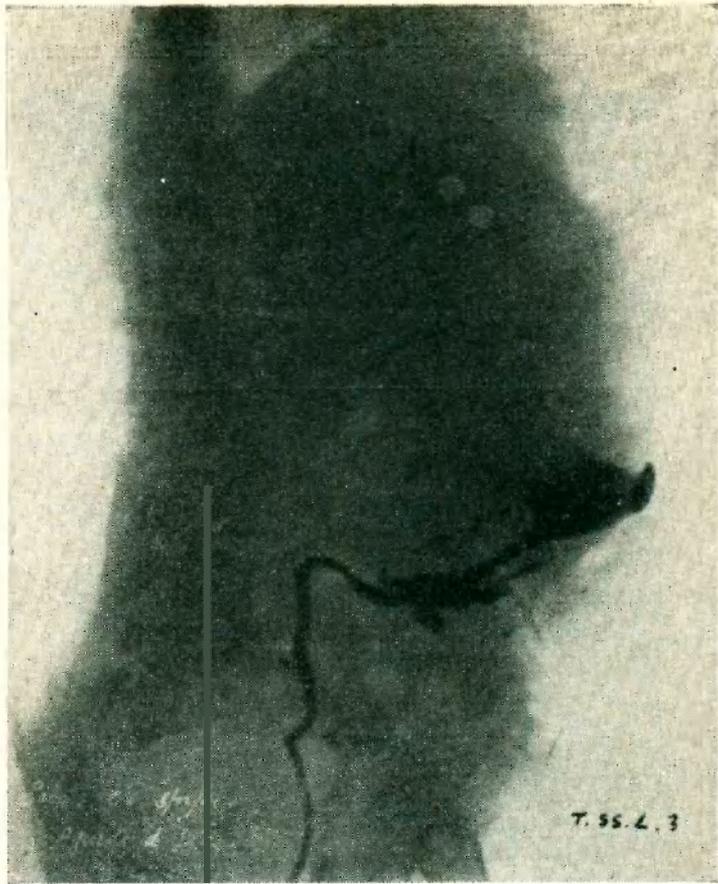


Figura 3

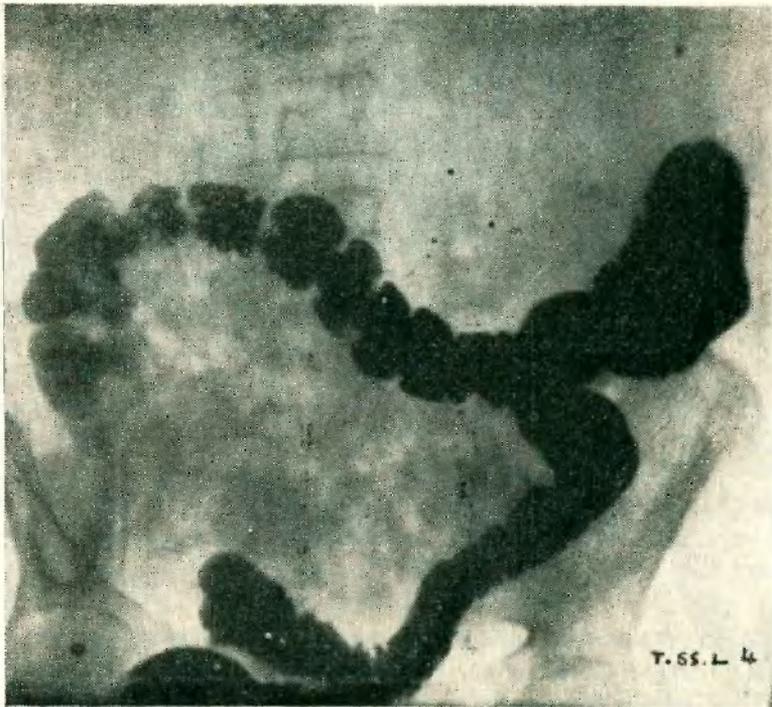


Figura 4

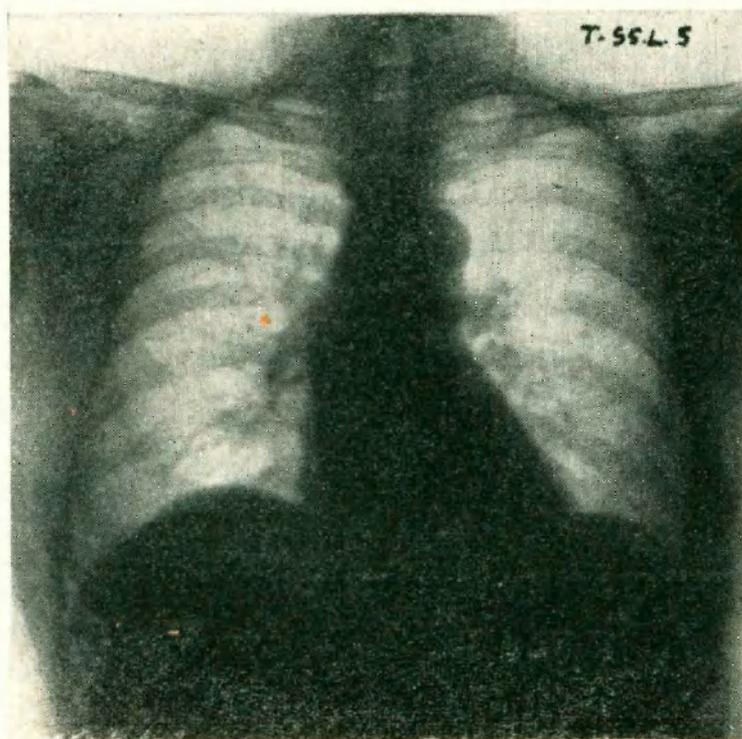


Figura 5

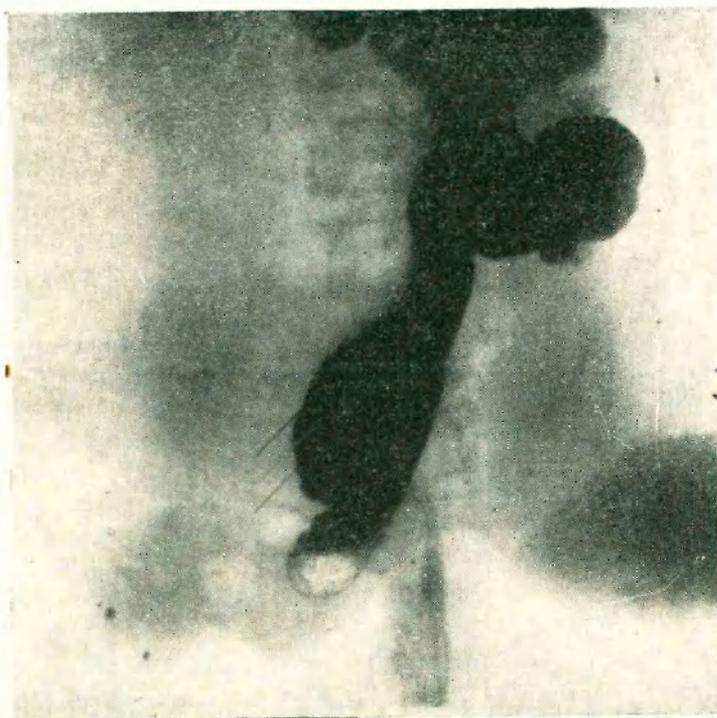


Figura 5

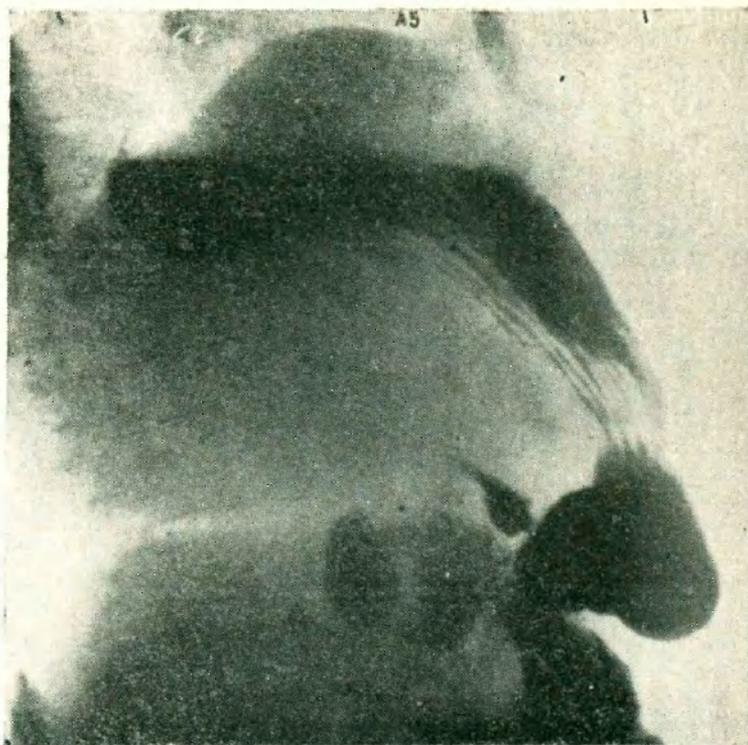


Figura 7

## ANATOMIA PATOLOGICA

Peso de la pieza: 2.800 kg. (Figs. 8 y 9). Dimensiones: 23 x 18 x 13 cm.

*Microfotografías:*

a) Se observan células de tipo poliédrico reunidas pero con cavidades intercelulares de tipo capilar. Protoplasma granuloso, eosinófilo, con distinta tonalidad de tinte pero predominando la claridad. Núcleos irregulares de distinta pycnosis y de distinto tamaño, pero no se ven monstruosidades muy marcadas y se observan muy raras mitosis (Fig. 10).

b) En diversas zonas del tumor y en gran parte de su superficie se pueden observar reacciones defensivas como se ven en la figura adjunta. En efecto, en medio de un tejido fibroplástico, de aspecto denso, con muy pocos núcleos, pueden verse algunas cavidades aisladas, rellenas con el tipo de célula neoplásica de la figura anterior, con la diferencia de que en muchas de estas zonas los elementos neoplásicos están desintegrándose por evidente pérdida de su vitalidad (Fig. 11).

c) En los bordes del tumor y aun en toda su masa pueden observarse bandas fibróticas limitantes que adoptan la función de cápsulas. Estas bandas están formadas por tejido conjuntivo muy adulto, de tipo hialinoide, con escasas células, y sirven de banda de contención a los elementos neoplásicos subyacentes (Fig. 12).

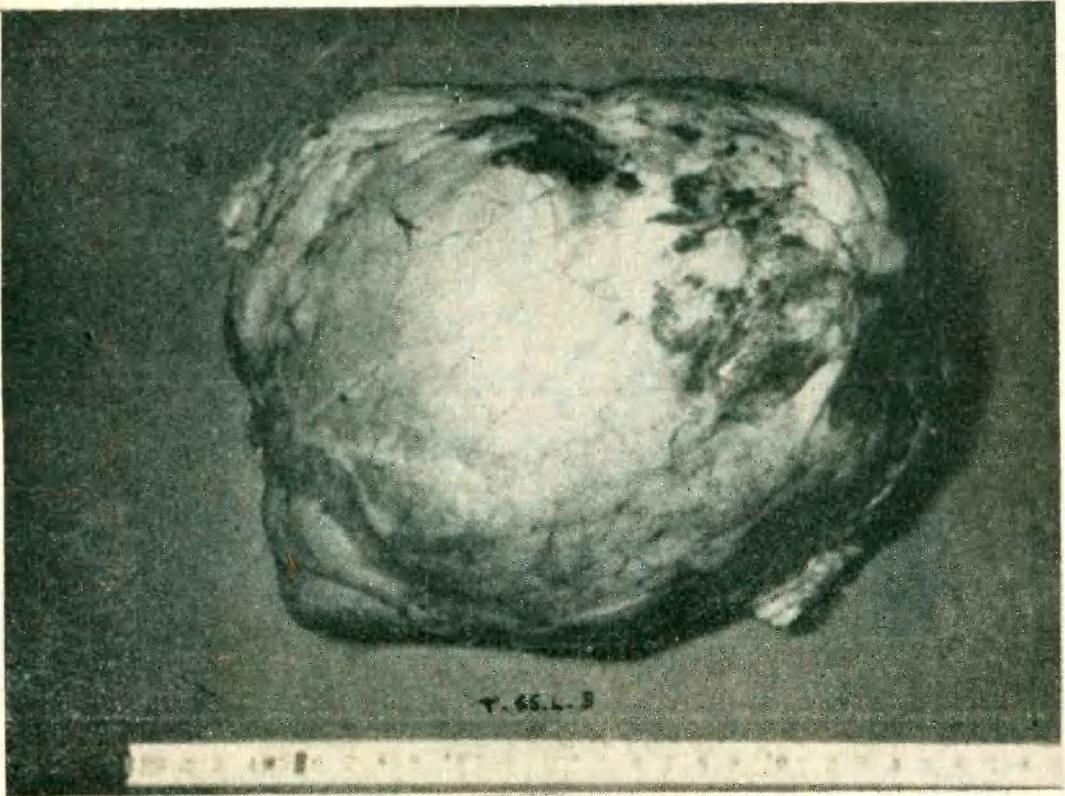


Figura 8

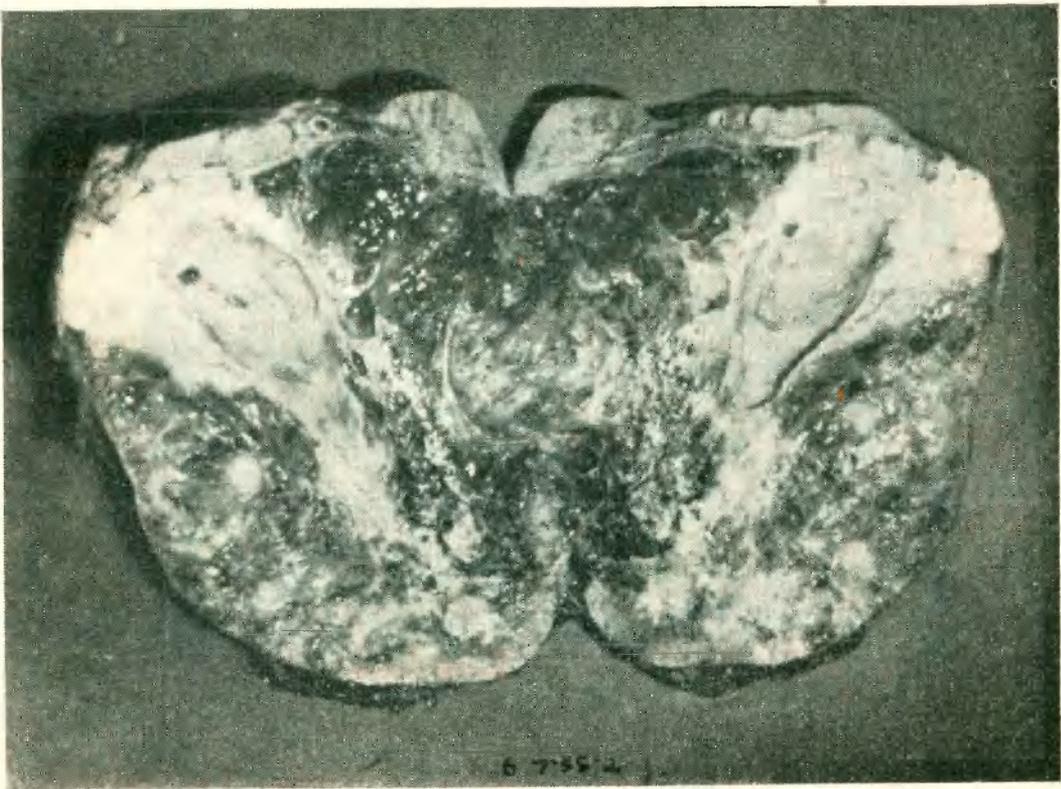


Figura 9

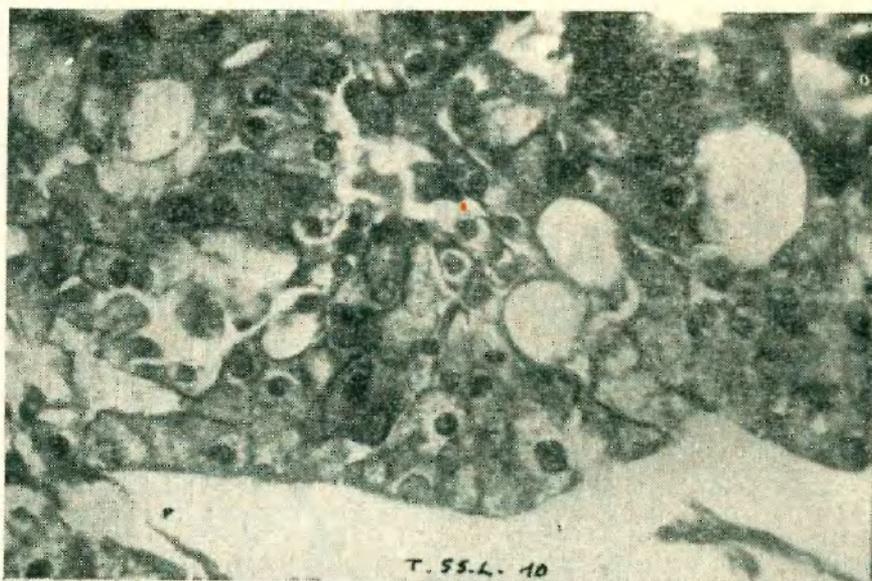


Figura 10

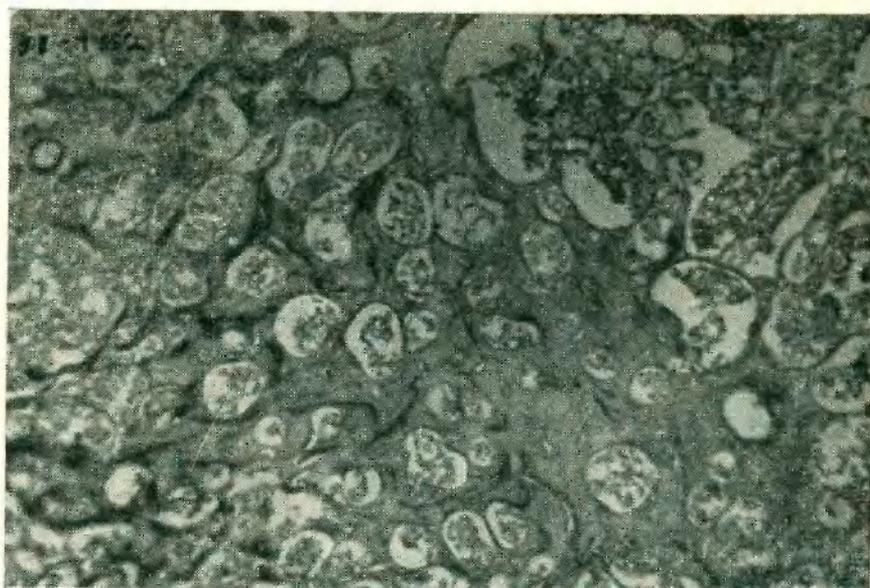


Figura 11

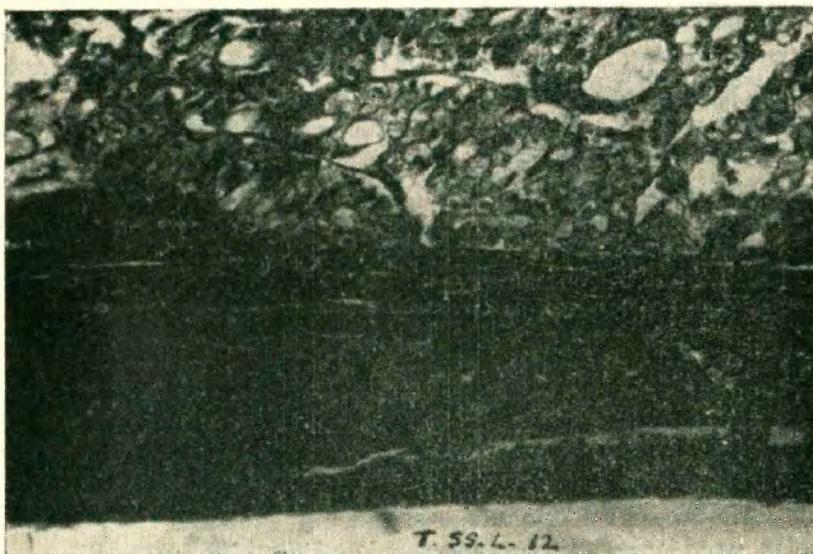


Figura 12

## COMENTARIOS

La lectura de las líneas arriba mencionadas y la comprobación de la feliz evolución del caso, nos ha invitado a recorrer la casuística y la bibliografía que por escasa, resulta por ello más interesante.

Así hemos encontrado un bien documentado trabajo del Dr. Ricardo Ercole, publicado en la Revista Argentina de Urología (1954), en donde el colega hace referencias a dos observaciones propias: en una un tumor inoperable (epitelioma a células claras) que llevó al desenlace fatal a un enfermo luego de 23 años, contados desde la fecha en que el paciente notó la tumoración, y un segundo caso (también epitelioma a células claras) que para la fecha del trabajo aludido el paciente se encontraba en óptimo estado general, con más de 10 años de evolución diagnóstica y ya con uno de postoperatorio.

Se comentó a raíz de estas observaciones las grandes evoluciones individuales que pueden presentar estas neoplasias considerando que si la cirugía conservadora no se realiza o no se puede realizar la vida del neoplásico de acuerdo a las estadísticas es de corto plazo y de ser extirpado apenas la quinta parte de los enfermos llega a sobrepasar los 10 años de vida.

Todo esto acotaba el Dr. Ercole a pesar de no contar el período de latencia, de evolución asintomática de la neoplasia que añaden años a los casos presentados.

A la lectura de este trabajo siguió un comentario protagonizado por los Dres. García y uno de nosotros (Prof. Trabucco) que este caso no hace más que confirmar y que se suma a los casos que los citados presentaron de su experiencia.

Afirmaba Trabucco en aquella acotación y lo repetimos aquí que "en materia de cáncer en general, es prácticamente imposible hacer un pronóstico, aun teniendo la pieza en la mano. Sin embargo, cuando se opera un cáncer que se defiende bien en el sentido orgánico, que sus tramas conjuntivas son macizas y establecidas, vale decir, que da tiempo al tejido conjuntivo para infiltrarse y rodear a las células, se puede hacer un buen pronóstico hipotéticamente ha-

blando", por el contrario agrega el concepto que aquellos tumores blandos, aunque encapsulados tienen peor pronóstico.

El Dr. Ercole acotó (en lo que se estuvo de unánime acuerdo) que sin sentar bases fijas puede decirse que en términos generales los epitelomas renales a células claras son los de mejor pronóstico.

De las publicaciones extranjeras mencionaremos: 1º) La de C. L. Deming (1946) quien refiere de 25 tumores renales por él seguidos sólo 4 sobrevidas de más de 10 años y agrega que el estudio histopatológico no es suficiente para el pronóstico pues no se conoce el genio del tumor, es decir su naturaleza biológica. Apoya al Dr. Green en el test del trasplante a la cámara anterior del ojo del conejo donde se desarrollan los tumores de naturaleza maligna y no los benignos; test que se basa en la premisa que el crecimiento heterólogo de las neoplasias constituye el test real de su malignidad.

Acotemos que al año siguiente (1947) Masina de la Clínica Cahill de New York saca de estos experimentos resultados contradictorios.

2º) La de Foot, Humphreys y Whitmore con un trabajo publicado en 1951 refieren sobre 85 operados, sobrevida del 38 % a los 5 años y sobre 44 casos sólo 22 % a los 10 años. Estos autores opinan que los epitelomas a células claras y núcleo isométrico, de arquitectura cordonal, con gruesos y densos tabiques ofrecen el mejor pronóstico lo que corrobora nuestro caso y las opiniones de los urólogos argentinos.

#### BIBLIOGRAFIA

- Deming, C. L.:* The prognosis and problems in renal tumors. J. of Urol., Vol. 55, 1946, p. 571.  
*Ercole, R.:* Cáncer de riñón de evolución lenta. Rev. de Urolog., Vol. XXIII, mayo-junio 1954, págs. 172-180.  
*Foot, N. C.; Humphreys, G. A.; Whitmore, W. F.:* Renal Tumors: Pathology and Prognosis in 295 cases. J. of Urol., T. 66, 1951, p. 190.  
*Masina, M. H.:* Biological assay of Human Tumors by means of Heterologous ocular transplantations. J. of Urol., T. 58, 1947, p. 1.

#### DISCUSION

*Dr. Bernardi:* Considero que es muy interesante la vía de abordaje que se ha seguido en el caso relatado.

He tenido un enfermo, que he de traer a las próximas sesiones de esta Sociedad, que era portador de una neoplasia de riñón, con una evolución de 16 años. Al verlo entonces, hice el diagnóstico de una tumoración pélvica y le propuse una intervención que el paciente no aceptó. Recién decidió ser intervenido el año pasado, cuando la tumoración era muy grande. Se hizo con toda felicidad.

La vía de abordaje, a mi juicio, merece una objeción. Nosotros seguimos sistemáticamente la vía abdominal y en este caso, el cirujano realizó una excelente operación ya que tuvo la fortuna de que no se abriera la pleura y el peritoneo.

Considero que la vía anterior tiene la ventaja de que evita el manoseo de los órganos y otras maniobras que pueden ser inconvenientes.

*Dr. Sánchez Sañudo:* Creemos que la vía abdominal no excluye la torácica. Todo es cuestión de hábito, de pericia, de habilidad y hasta de idiosincracia del cirujano que interviene al paciente.