GRANDES TUMORES BENIGNOS DEL RIÑON (*)

Dr. Juan Carlos Lorenzo

Por lo regular los tumores benignos del riñón son de pequeñas dimensiones; ocasionalmente determinan síntomas y habitualmente son hallazgo de autopsia o aparecen en el acto quirúrgico, como acompañante ocasional de otras afecciones.

Tan es así, que rara vez se plantea en la clínica, frente a una tumoración de origen renal, diagnóstico diferencial con tumores benignos y cuando aparece algún caso es motivo de publicación, por considerarlo de interés casuístico.

Fuchsman y Angrist (1) en 3456 autopsias, encontraron 79 tumores benignos, la inmensa mayoría pequeños, tanto que algunos no podrían ser apreciados a simple vista y el 73% de ellos acompañando modificaciones escleróticas renales, de diversa entidad.

Los tumores benignos del riñón pueden ser estirpe epitelial o conjuntiva, predominando los primeros, y pueden tener su origen en el parénquima o en la cápsula, los segundos.

Aparecen a cualquier edad. Tienen predominancia por el sexo femenino, en una proporción de 2 a 1. El lado es indiferente.

Sólo nos ocuparemos de los epiteliales, que dan lugar a los adenomas y que pueden ser con transiciones entre ellos, de tipo tubular o alveolar; el que a su vez puede ser: simple o papilar.

Se admite que los adenomas nacen de los túbulos renales y en su iniciación es difícil afirmar si se trata de verdaderas neoplasias o de hiperplasias focales, hechas posteriormente blastomas, al impulso de una fuerte capacidad mutante (2).

Sturm, Ewing y otros autores, aceptan que nacen de los túbulos, siendo un proceso secundario a la oclusión vascular, en riñones arterioescleróticos. Oliver, Lund y Luey, ven el proceso en esta forma: los túbulos de los nefrones no siempre se atrofian, sino que por el contrario, se hipertrofian, se dilatan y se produce hiperplasia si hay una renovada vascularización procedente de los vasos de Ludwig o aún de los de la cápsula.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la Reunión Conjunta de Cirugía y Urología en homenaje al Dr. Emilio A. Bonnecarrere, el día 6 de noviembre de 1963.

La estructura quística es tan manifiesta en los cistoadenomas, que es preciso diferenciarlos de la enfermedad poliquística, del riñón multiquístico y de los quistes multiloculares, tal como lo hace De la Peña refiriéndose al trabajo de Spence (3), aunque en la entidad descrita por Schuarzt (4), el riñón multiquístico, rara vez es posible identificar parénquima renal.

Los cisto adenomas se caracterizan macroscópicamente por tener:

— aspecto de panal de abeja
— contenido gelatinoso en los quistes
— y ser subcapsulares.

Fig. 1. — Pielografía ascendente, mostrando las groseras modificaciones de estiramiento calicilar y la rotación renal.

Desde el punto de vista microscópico, las cavidades son de paredes fibrosas tapizadas por células cúbicas o cilíndricas y en algunos casos dentro de las cavidades aparecen proyecciones papilares, dando lugar a la variedad de cistoadenoma papilar.

La *sintomatología,* es mínima como lo es habitualmente la de los tumores benignos.

Los enfermos consultan por pesadez en el flanco; presencia de una tumoración, aparente para el portador y frecuentemente una vaga sintomatología digestiva no siempre atribuible a la tumoración.

En cuanto al *diagnóstico,* si existe hematuria se orienta inme-

diatamente hacia una afección renal; como en la gran mayoría de los casos no aparece, la discusión queda radicada en el planteo topográfico de la tumoración, que se resuelve con el estudio *radiológico*, en la gran mayoría de los casos, pudiendo quedar exceptuados los que asientan en los polos y son muy emergentes. La Urografía muestra un riñón funcionante y modificaciones en la disposición pielocalicilar, variable con la ubicación del tumor, predominando los estiramientos, con contornos bien limitados y ausencia de amputaciones, por las

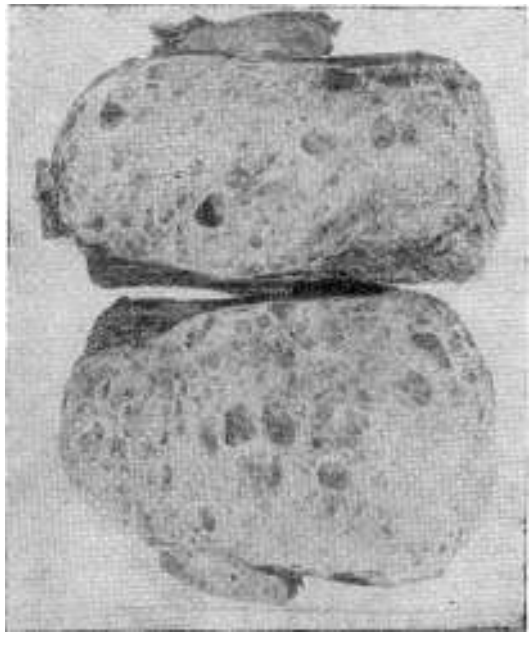

Fig. 2. — Fotografía del corte poniendo en evidencia la topografía del tumor y sus características cavidades multiquísticas. Hacia ambos, lados del cistoadenoma el parénquima renal comprimido pero no invadido.

características benignas del blastoma. La Pielografía ascendente no hace más que acentuar esos caracteres.

El *pronóstico* es benigno, aún para las formas papilares, cuando se efectúa la nefrectomía, que es el *tratamiento* indicado.

Caso. — Sra. M. B. de G. 34 años. Consulta por dolores vagos en la fosa lumbar y flanco derechos, habiendo notado la presencia de una tumoración en el hemivientre derecho que la siente móvil con los cambios de posición. Ha evolucinado sin repercusión sobre el estado, aquejando una dispepsia de tipo hipoesténica. Los exámenes de laboratorio no mostraron nada anormal. Al examen físico se encuentra en flanco derecho y fosa lumbar del mismo lado una tumoración, redondeada, móvil e indolora, con los características semiológicas de las tumoraciones renales.

Estudio radiológico: gruesa tumoración redondeada y regularmente opaca, que ocupa el flanco derecho. La Urografía evidencia que existen ambos riñones,

siendo el izquierdo de caracteres normales. El derecho muestra una gran alteracion de la disposición pielocaliciliar, tomando aspecto de ancla, ya que la pelvis está orientada hacia abajo y los 3 cálices primarios, muy alargados hacia arriba. La Pielografía ascendente, como se muestra en la Fig. 1 acentúa estas características y sin poner de manifiesto imágenes de amputación, ni irregularidades en los contornos de los cálices o de la pelvis.

Intervención: Nefrectomía simple, por vía lumbar, que se efectuó sin dificultades. Postoperatorio inmediato muy bueno. Alta a los 8 días.

Anatomía patológica: Riñón derecho muy modificado por una neoformación de aspecto ovoideo que mide en su mayor longitud, diámetro vertical, 180 mm.

Fig. 3. — Aspecto microscópico. Las paredes fibrosas de las cavidades recubiertas por células aplanadas.

La supeficie externa es lisa, de color blanco amarillento, de aspecto fibroso, con una zona periférica correspondiente al polo superior de la misma, en donde existen restos del parénquima renal. La cápsula del órgano se desprende fácilmente. La sección mostró que el órgano se encuentra desplazado hacia afuera y ocupa solamente la parte más externa del ⅓ superior. Existe a nivel del seno renal, ocupándolo totalmente y haciendo saliente en la parte superior e inferior en una longitud de 180 mm. una neoformación de naturaleza poliquística, formada por cavidades lisas, brillantes, con un contenido seroso.

Periféricamente existe una cápsula fibrosa (Fig. 2). A ese nivel aparecen atróficas las papilas renales.

Microscópicamente. — Múltiples cavidades quísticas a pared muy fina, de naturaleza fibrosa y recubierta por células aplanadas, separadas por un estroma intersticial muy poco abundante (fig. 3).

En ninguna zona existen formaciones de tipo papilar, ni tampoco se observan restos del parénquima renal. No existen fenómenos atípicos. Se trata de un cisto adenoma renal. (Dr. J. J Scandroglio).

Evolución.: después de 13 años de intervenida se encuentra en perfecto estado de salud.

BIBLIOGRAFIA

1. FUCHSMAND, ANGRIST. — Benign renal Tumors J. Urol 167: 59, 1948.
2. DE LA PEÑA, REY RANIN et USEROS DE SANTOS. — Néphroblestomes benins de l'enfance. Cystoadenome. J. d'Urol. 453: 63, 1957.
3. SPENCE. H. M. — Unilateral Multicystic Kidney. J. Urol. 693: 74; 1955.
4. SCHUARZT J. — An usual unilateral multicystic Kidney in an infant. J. Urolg. 35: 259. 1936.
5. FOSTER, D. G. — Larges bening renal tumors. J. Urol. 231: 76. 1956.