

Casos y Referencias

TUMOR EMBRIONARIO MUY INDIFERENCIADO DEL BLASTEMA RENAL, EN UNA NIÑA DE 4 MESES

POR LOS

DRES. ENRIQUE A. BERETERVIDE y LUIS A. PARODI

Una nueva observación de tumor renal traemos hoy a la consideración de esta asamblea; su diferencia esencial en relación con las dos que comentamos el año pasado en este mismo lugar, estriba en la muy temprana edad de su aparición, en su rápida evolución y crecimiento y en la naturaleza quística del mismo. Su tendencia a las metástasis y generalización hicieron que no obstante las esperanzas que alentáramos por la mejoría evidente que se inició durante los 15 días que siguieron a la brillante nefrectomía que realizara el Prof. Ricardo Donovan, se vieran pronto defraudadas por la reaparición de los vómitos, la pérdida de peso, la intensa anemia y el aumento considerable del volumen del hígado, manifestaciones estas cuyo curso no pudo desviar la radioterapia que siguió a la intervención quirúrgica.

Veamos cuál es su breve historia, para puntualizar luego algunos hechos dignos de ser destacados.

Juan Carlos L., de 4 meses. Ingresó el 10 de abril de 1947.

Antecedentes hereditarios: Padres sanos, jóvenes, primer hijo.

Antecedentes personales: Nacido a término de parto normal, con 2.800 g de peso. Los tres primeros meses pecho solo; luego, leche de vaca diluida.

Enfermedad actual: Desde hace un mes y medio, vómitos e inapetencia; examinado por un colega, encuentra un enorme abultamiento del abdomen y una tumoración que ocupa todo el flanco e hipocondrio izquierdo. En estas condiciones lo internan en la cuna 45.

Estado actual: Peso, 4.200 g. Marcada palidez, polipnea, respiración tipo torácico; bases altas, vómitos. Sorprende de inmediato el enorme volumen del abdomen, particularmente a expensas del lado izquierdo; discreta red venosa, piel reluciente, tensa y propulsión del ombligo.

A la palpación se encuentra una masa dura, renitente, a gran tensión que ocupa todo el hemiabdomen izquierdo, siendo mate a la percusión. Su límite interno (derecho) sobrepasa de tres traveses de dedo la línea media abdominal y a la altura del ombligo. Su superficie es lisa y su forma ovoidea. En el resto del abdomen, timpanismo.

El análisis de sangre, salvo una anemia no muy marcada, es normal; en la orina sólo se encuentran algunos hematíes, siendo el resto normal.

* Comunicación presentada a la Sociedad Argentina de Pediatría en la sesión del 22 de junio de 1948.

Al día siguiente del ingreso, 11 de abril, se hace una radiografía de abdomen con *enema opaco* (Fig. 1). Una vez más confirmamos lo que en anteriores comunicaciones hemos expresado, vale decir, que los tumores renales se comportan diferentemente en el niño y en el adulto, en lo que se refiere a la posición del colon bis a bis del tumor. Aunque hemos de volver sobre el punto, destacamos desde ya que en el niño *el colon descendente es rechazado hacia adentro y abajo*, sea este de riñón o de bazo, en contra de lo que ocurre en el adulto. En el último, según opinión general de los urólogos, *cuando se trata de tumor renal, el colon se abre hacia afuera y forma un marco al mismo*, siendo por el contrario rechazado hacia adentro si se trata de otro órgano, bazo por ejemplo.

Abril 16: *Pielografía descendente* inyectando por seno longitudinal, 5 cm³ de Nitason (Dr. Parodi). Obtenidas las radiografías en el servicio a los 5, 15 y 30 minutos, confirmamos nuestras sospechas acerca de la localización



Figura 1

Enema opaco. Colon descendente rechazado hacia adentro. Angulo coloesplénico agudo

del tumor en riñón y comprobamos que la eliminación se efectúa normalmente con integridad del sistema de excreción. *Aún cuando hallamos un considerable desplazamiento de la pelvis izquierda*, que aparece acostada en la fosa ilíaca y hacia la línea media, a la altura de la vejiga (Fig. 2).

Se aprecia claramente el uréter, que arrancando desde la cara que mira hacia abajo y luego de correr un trecho hacia la derecha se dirige hacia arriba, describiendo una línea curva, cruza por delante de la pelvis acostada y bajando nuevamente desemboca en la vejiga.

La figura 2 permite ver la posición de dichos órganos aclarada por el dibujo que lo acompaña.

Dado el aumento de tamaño del tumor se hace en forma extraordinariamente rápida y en los cuatro días que lleva de internado éste ha adquirido un aspecto imponente, se lo pasa a la sala del Prof. Donovan para su intervención, cuyo detalle es el que sigue:

Laparotomía anterior pararectal izquierda desde reborde costal hasta

BERETERVIDE - PARODI.—TUMOR EMBRIONARIO 361

la línea media biiliaca. Se incinde piel, tejido celular subcutáneo y peritoneo anterior. Se cae sobre el tumor que ha rechazado el colon descendente hacia

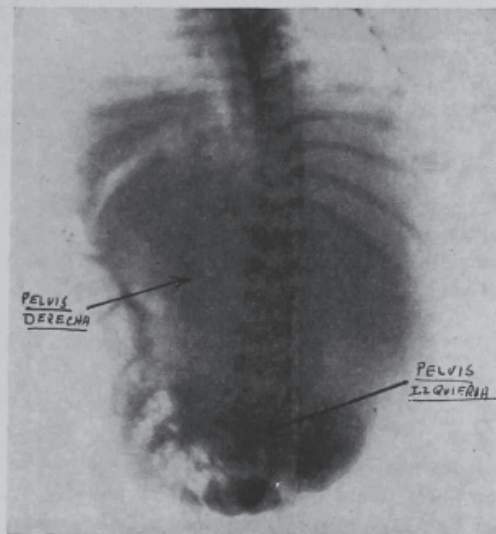
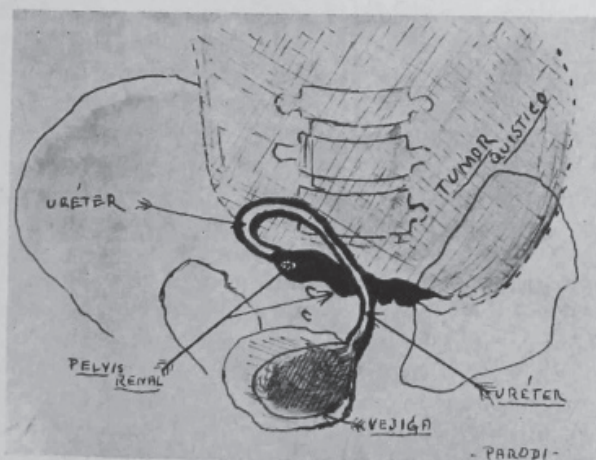


Figura 2

Pielografía descendente (30'). Pelvis en la fosa iliaca, acostada. Curioso trayecto del uréter



Esquema de la figura 2

la línea media; se incinde el peritoneo a 3 centímetros por fuera del colon descendente y por disección roma a dedo de este tumor, se aislan.

En una de estas maniobras en la parte posterior de la tumoración, ésta se desgarró dando salida a un líquido serosanguinolento; por aspiración se extraen unos 1.500 cm³ del mismo. Se continúa la liberación de la cápsula tumoral que va hacia la línea media y que asienta sobre el polo superior del riñón; se procede a la nefrectomía, previamente y ligando por separado primero el pedículo (uréter, vena y arteria), por doble ligadura.

Se desprende la mayor parte del tumor quedando solamente un resto súperointerno contra la columna. Se marsupializa con gasa. Cierre de la pared continuo en un solo plano, dejando gasa en la parte media.

Durante la operación se inyectaron por fontanela anterior 120 cm³ de sangre.

El postoperatorio inmediato fué excelente, la realimentación se inició sin inconvenientes y todo hacía presumir en el deseado éxito quirúrgico. Cesaron los vómitos y la recuperación en el estado general y el peso no se hicieron esperar.

Al cuarto día de operado se inicia la radioterapia; no obstante ello y diez días después, el hígado comienza a aumentar de volumen, el cuadro se agrava y la madre se lleva al enfermito temerosa por la suerte final. Al retirarlo pesaba 5.010 g, extraordinaria cifra si se calcula que con la masa tumoral de casi 2.000 gramos su peso al ingreso fué de 4.240 gramos.

Las consideraciones y comentarios que nos sugiere la presente observación derivan en primer término, de la naturaleza quística del tumor y del hecho que este líquido, ni es de origen pelviano, ni es extrarrenal ni tampoco correspondería a lo que Campbell designa como "uronefrosis perirrenal".

Con la pieza en la mano y practicado el corte en el sentido longitudinal del riñón, comprobamos que existe una apreciable porción de parénquima (las dos terceras partes aproximadamente), que está en perfectas condiciones de realizar sus funciones, lo que explica la buena eliminación acusada por la pielografía: esa porción correspondería a la porción inferior de la glándula.

De su polo o tercio superior, que es de donde se obtuvo parte del material para la investigación anatómopatológica, arranca la iniciación del tumor que en forma de quiste y recubierto por la cápsula renal, llegó a desplazar hacia abajo todo el resto de riñón.

La pelvis renal, aplastada, deformada y alargada no presenta otras alteraciones que las derivadas de la compresión tumoral que era enorme. Calcúlese que en el niño cuyo peso en el momento del acto operatorio era de 4.240 g, encerraba en el saco tumoral *un litro y medio de líquido citrosanguinolento*, sin cuya extracción previa por unción, no hubiera podido realizarse la nefrectomía.

En la revisión bibliográfica de tratados y trabajos vinculados con esta materia en la infancia, ni en los casos aislados decriptos, no hemos hallado ninguno que se presentara con las características tumorales de nuestra observación. El único que se le aproxima es el referido por Hinman, Gibson y otros en el tratado de Campbell; se refieren a un niño de 27 meses con un tumor líquido de 600 g que clasifican como

“tumor perirrenal” y que sin embargo, anatómopatológicamente consideran como *tumor derivado del mesonefros*.

No encuentro esa consecuencia aceptable para el caso estudiado por dichos autores, ya que si se trata de algo perirrenal, mal puede originarse en dicho esbozo mesodérmico. El nuestro en cambio, bien puede serlo ya que el “mesonefros” da origen al “canal de Wolff” del que derivan después del segundo mes de vida intrauterina los “elementos excretorios”, entre los cuales el “uréter definitivo” que al entrar en la masa tisular da origen a los *cálices, tubos de Bellini, tubos contorneados*, etc., en una palabra, a los elementos de excreción, hasta encontrarse englobados en los elementos “secretorios” del tejido metanefrógeno. Ello explicaría el considerable desarrollo de la masa quística tumoral arrancando de uno de los elementos del mesonefros y respetando sin invadir, destruyendo por presión, el resto de parte noble de riñón.

Del carácter extremadamente maligno del proceso dan razón las rápidas alteraciones de otros órganos, en particular el hígado, cuyo aumento considerable de tamaño y consistencia se hizo evidente a los 15 días de operado. Lamentablemente, como la madre retiró el niño al comprender la gravedad, pues vivía en el interior, no pudimos realizar otros estudios anatómopatológicos que nos hubieran ilustrado más. El título que encabeza esta comunicación corresponde a la del diagnóstico anatómopatológico que nos formulara el “Instituto Telémaco Susini” de la Facultad de Ciencias Médicas a quienes debemos la gentileza del estudio realizado. (Informe N° 26.765).

Deseamos expresar todo nuestro reconocimiento al Prof. Dr. Ricardo Donovan, jefe de la sala 6, por su valiosísima cooperación en el estudio y la intervención practicada en este niño.