

## ANGIOMA DEL RIÑÓN \*

Por el Dr. **EVERARDO RAMIREZ LOPEZ**,  
académico de número.

El angioma del riñón, tumor vascular benigno de origen mesodérmico, es un padecimiento extraordinariamente raro. El número total de casos registrados en la literatura mundial, habida cuenta tanto de los casos clínicos como de los hallazgos de autopsia, apenas si pasa ligeramente la cifra de 50. Según estudios llevados al cabo en 1937 por Dolokopoulos, el número de casos hasta esa fecha era de 41. En México, no se tiene noticia de la presentación de un solo caso.

Kidd, en 2,500 autopsias practicadas por él mismo buscando especialmente angiomas del riñón, no encontró ninguno. Riley y Swan obtuvieron los mismos resultados negativos, en una serie de 13,219 autopsias efectuadas en el Boston City Hospital hasta el 1º de Enero de 1939. En el servicio de urología del St. Vincent's Hospital durante un período de 10 años, se efectuaron 169 nefrectomías, habiendo sido sólo en dos casos por angioma. En el mismo servicio se encontró un caso más entre 1,650 autopsias efectuadas.

Se atribuye a Virchow la primera descripción de angioma renal, efectuada en 1867. En lo restante del siglo XIX no aparece en la literatura mención alguna a este respecto, y no es sino en los albores del presente siglo cuando empiezan a aparecer los primeros casos clínicos. Es quizá el primero el presentado por Fenwick en 1904. Cabot en 1909, Mac Gowan en el mismo año y Pilcher en 1911, contribuyen a aumentar la casuística. Recientemente, Rottino y Mohan, de New York, Dorman y Fowle y

---

\* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 1º de diciembre de 1948.

Frank C. Hamm, pueden citarse entre quienes han tenido oportunidad de presentar enfermos de esta naturaleza.

Es aceptado actualmente el origen congénito.

En un estudio llevado al cabo por Watson y McCarthy sobre 106 tumores de vasos sanguíneos y linfáticos, han encontrado que 1001 corresponden a hemangiomas de localización cutánea; de ellos, en un 73% el padecimiento tuvo evidencia desde el nacimiento, y en más de 85% se encontraban lesiones desarrolladas durante el primer año de edad. Se llegó asimismo a la conclusión de que las localizaciones viscerales son las más raras y, de ellas, la más rara todavía es la localización en el riñón.

Lo más frecuente es que se presenten en un solo sitio, siendo sólo la excepción lo contrario, como es el caso presentado por Dean y McCarthy, en el que el tumor de la misma naturaleza, además de en el riñón, aparecía en algunos otros lugares superficiales del organismo.

En el riñón puede presentarse en cualquier sitio: corteza, médula, pelvícula, cálices, pirámides y papila.

El síntoma dominante y a veces único, es la hematuria. Cuando el tumor asienta en la corteza, el padecimiento es asintomático, como en el caso de Rolleston y Kantack's; siendo los tumores sub-epiteliales localizados en la pelvícula, en los cálices y en el extremo de las papilas, los que producen la hematuria temprana. El extremo de la papila (caso personal) parece ser el lugar preferente de localización.

Se presenta en cualquier edad, siendo la mayor incidencia entre 30 y 40 años. El sexo no parece tener ninguna influencia, así como el lado en el que se presenta. Lo fundamental es la unilateralidad del padecimiento.

La hematuria es muy variable en su modo de aparición, su frecuencia, su intensidad, y su duración; tiende a ser continua, pero las intermitencias no son raras; sin embargo, en la mayoría de los casos estas intermitencias son de muy corta duración, predominando las características de *permanencia*, y de tiempo muy prolongado de duración.

Otro carácter, que podría tener valor desde el punto de vista semiológico, es que generalmente se trata de hematurias *silenciosas*, es decir, que no se presentan acompañadas o precedidas de cólicos ureterales; la sangre se coagula difícilmente, y siempre en pequeños coágulos, lo que hace que cuando el cólico se presenta sea de pequeña intensidad.

La hematuria es unilateral como es obvio pensar, de tal manera que el examen citoscópico permite descubrir su procedencia.

El principio es brusco y silencioso, y abandonado a su evolución espontánea puede llevar a estados anémicos de extrema gravedad.

En ocasiones, cuando por diversas circunstancias no se interviene en forma oportuna en su tratamiento, el padecimiento puede complicarse con lesiones de tipo inflamatorio o supurativo en el mismo sitio, es decir, en el riñón afectado, como sucede en uno de los tres casos presentados por Rottino y Mohan, agregándose entonces a la hematuria la sintomatología de estos padecimientos. En el caso señalado el diagnóstico se hizo postmortem.

No hay imagen urográfica de angioma del riñón.

Las modificaciones de la imagen urográfica consisten en defectos de llenado de los cálices o de la pelvicilla, que como se sabe puede ser producida por múltiples causas, señalándose entre las más frecuentes, la presencia de cuerpos extraños (cálculos) o de cuerpos tumorales.

Esta falta de imagen radiográfica característica en caso de hematuria debe, según Hamm, estar en apoyo de un diagnóstico de hemangioma.

Los cultivos de orina obtenidos por cateterismo tienen resultados variables según se trate de casos infectados o no infectados; pero en todo caso la ausencia de bacilo de Koch es característica.

Es muy significativo enfatizar el hecho de que en todos los casos registrados en la literatura, sólo en uno de ellos, el presentado por Dean y McCarthy, en el cual la coincidencia de hematuria de causa no precisada, y de tumores de tipo de angioma en la piel de la misma enferma, hicieron que se pensara en angioma de riñón.

#### HISTORIA CLINICA

S. A. H., de 13 años de edad, originario de Morelia, Mich., fué presentado a mi consulta particular el dos de junio de 1947. Ingresó a la Sala 19 del Hospital Juárez el 9 de junio del mismo año. Ningunos antecedentes de interés en sus ascendientes y colaterales. Datos de lues, tuberculosis y diabetes negativos.

Hace tres años, de una manera brusca, se presenta hematuria total, diaria, no acompañándose de ninguna molestia. El síntoma dominante y único es la hematuria. Duró un año de una manera ininterrumpida, al término del cual apareció la orina de aspecto normal, habiendo quedado aparentemente sano. A los tres meses escasos, también sin causa aparente

y sin estar precedida de ningún otro síntoma, se presenta la hematuria que de una manera constante persiste hasta la fecha. En diversas ocasiones ha tenido cólicos ureterales de pequeña intensidad, que coinciden con la expulsión por la uretra de pequeños coágulos.

En ocasiones, y de una manera irregular, ha tenido elevaciones de temperatura que no precisa, y que en el momento de la exploración asciende a 37 grados.

*Exploración físico-funcional:* Individuo adelgazado, de color intencionalmente pálido, que se comprueba en la exploración tanto de la piel como de las mucosas. Fuera de estos datos, la exploración sistemática y metódica de todo el organismo da datos negativos.

La exploración clínica de riñón es negativa en ambos lados, siendo el único signo positivo la hematuria que se comprueba total por el método de los tres vasos.

*Examen de Laboratorio.* Citología hemática (10 de junio de 1947). Eritrocitos 2.600,000.—Hemoglobina 40%.—Leucocitos 7,000.—Linfocitos 34.—Monocitos 7.—Neutrófilos 55.—Eosinófilos 3.—Basófilos 1.

Se hacen tres transfusiones de 500, 300 y 200 centímetros cúbicos, obteniéndose el 24 de junio la siguiente citología hemática: Eritrocitos 6.000,000.—Hemoglobina 80%.—Valor globular 0.80.—Leucocitos 6,000. Linfocitos 36.—Monocitos 8.—Neutrófilos 54.—Eosinófilos 2.—Basófilos 0.

Química sanguínea: Urea 34, ácido úrico 3.2.—Creatinina 2.2 glucosa 120.

Las reacciones serológicas son negativas.

En el examen de orina, además de eritrocitos, se encuentra albúmina 1.65.

La investigación repetida de bacilo de Koch en la orina fué negativa, encontrándose sólo algunos gérmenes con caracteres de estafilococos y neumococos.

La cistoscopia, efectuada por el doctor Eduardo Castro, permitió comprobar el origen unilateral de la hematuria, que en este caso provenía única y exclusivamente del lado izquierdo.

La radiografía simple de la región lumbar no permitió apreciar ningún dato patológico.

La pielografía descendente permite distinguir ligera opacidad del polo superior del riñón izquierdo, y defecto de impregnación del cáliz superior del mismo lado, así como del uréter izquierdo.

La radiografía de tórax es negativa.

Se pensó en la posibilidad, tomando en cuenta algunos caracteres de la pielografía, en la presencia de fiebre de pequeña intensidad y de larga duración, en un padecimiento tuberculoso del riñón; pero la ausencia de bacilo de Koch en la orina, la negatividad de antecedentes fímicos tanto personales como familiares, así como el divorcio entre el cuadro de tuberculosis renal con el que estamos reseñando, nos hicieron pensar en la posibilidad de alteraciones vasculares del riñón.

*Intervención quirúrgica.* El 25 de junio, mediante anestesia general, se hace nefrectomía izquierda por vía lumbar. Descubierto el riñón, se encuentra éste, tanto en volumen como en el estado de la superficie, con aspecto de riñón sano.

En vista de lo dramático de la hematuria, y de la anemia tan intensa que ha producido, se resuelve quitar el riñón, haciendo disección de los elementos del pedículo y ligadura aislada de los vasos y del uréter. Se deja canalización con tela de guante del lóculo renal suturando por planos la pared.

La evolución postoperatoria no tuvo incidentes que señalar, el enfermo fué dado de alta a los 15 días de operado.

El examen histopatológico de la pieza reveló lo siguiente: El riñón remitido muestra la superficie exterior lisa; la de sección con algunas manchas pálidas mal limitadas, sobre todo cerca del polo inferior; su arquitectura macroscópica no se ha alterado. Hacia la parte media, en el vértice de una de las papilas renales, se nota una mancha de color rojo oscuro, del tamaño poco mayor al de una lenteja, bien limitado, en inmediata vecindad con la pelvícula.

Cortada la parte descrita arriba, se vió microscópicamente que se trataba de un tumor compuesto de lagunas vasculares, mal circunscritas del tejido circundante, de tamaño variable que contienen sangre y limitadas por una fina membrana de estructura endotelial sostenida por finas trabéculas conjuntivas.

Los caracteres anteriores nos permiten diagnosticar un *hemangioma cavernoso medular del riñón*. Anatómo-patólogos: Dr. Isaac Costero y Dr. Tomás Velázquez.

## CONCLUSIONES

1ª Se presenta en México, ante la Academia Nacional de Medicina, el primer caso de angioma del riñón.

2ª No existe ningún método de exploración que permita el diagnóstico seguro de este padecimiento.

3ª Las características de *constancia, larga duración y silencio* de la hematuria, son los elementos de mayor base para fundar el diagnóstico, además de los datos negativos de semiología de otros padecimientos.