

Casos Clínicos

LINFOMA RENAL PROBABLEMENTE PRIMARIO: Comunicación de un caso

MARIO F. LEDESMA GASTAÑADUI
FELIX CASTRO SILVA
EDUARDO LESCANO SAN MARTIN

RESUMEN

Se comunica un caso de linfoma del riñón probablemente primario, en una mujer de 58 años de edad. Clínicamente la enfermedad se caracterizó por dolor abdominal, anemia, estreñimiento y una masa palpable en hipocondrio y flanco izquierdos. Durante el acto operatorio se encontró una tumoración confinada al riñón izquierdo y estructuras adyacentes. El examen anatómico patológico reveló que la tumoración era un linfoma. No se encontró evidencia de enfermedad linfomatosa en otras regiones del organismo, ni durante el acto operatorio ni en la evolución posterior. La paciente falleció como resultado de la diabetes mellitus que padecía.

INTRODUCCION

Según Lucké y Schlumberger (5), en una recopilación de 1659 cánceres primarios del riñón, los sarcomas representaron el 3.3 o/o. No mencionan linfomas. Sin embargo, manifiestan que debe ser considerada la posibilidad de que un linfosarcoma primario del riñón pueda ocurrir.

En Trujillo (1), durante 10 años, se recopilaron 38 tumores malignos primarios del riñón: entre estos hubieron 2 neoplasias malignas no epitelia-

les: un fibrosarcoma y un linfoma. Este último es motivo del presente trabajo.

Se ha encontrado que los riñones son secundariamente comprometidos por el linfoma, en etapas avanzadas de la enfermedad o por metástasis (2, 3, 7, 8). En cambio, el linfoma primario del riñón es raro. Los casos reportados son escasos y su existencia es tema de muchas controversias. Algunos autores (2, 3) lo consideran necesariamente secundario a algún otro foco primario en el organismo.

El propósito del presente trabajo es comunicar

un caso que aparentemente ha sido primario, por haber estado confinado a la zona renal y por que no se encontró evidencias de enfermedad linfomatosas en otras zonas del organismo. Nuestro objetivo es contribuir al conocimiento de esta forma de presentación de linfoma.

COMUNICACION DEL CASO

(H.C.L. 19669) Una paciente de 58 años, casada, natural de Jesús-Cajamarca, procedente de Paján-Trujillo, fue internada en el Hospital Belén de Trujillo el 24 de Agosto de 1978, por tumoración abdominal dolorosa, anemia y estreñimiento. Su enfermedad comenzó un año antes del ingreso con dolor abdominal localizado en hipocondrio y flanco izquierdos, irradiado a región lumbar del mismo lado, tipo opresivo e intermitente. Concomitantemente presentó estreñimiento y anemia. Dos semanas antes de la admisión notó tumoración en flanco izquierdo.

La paciente padecía de Diabetes Mellitus desde hacía aproximadamente 20 años y recibía tratamiento antidiabético a base de hipoglicemiantes orales. En 1967, se le practicó Herniorrafía umbilical; y, en 1962 Histerectomía Vaginal más Cura quirúrgica de Cistorrectocele. No hubo otros antecedentes patológicos significativos.

En el examen clínico, se observó una paciente en aparente regular estado general y nutricional, lúcida, pálida, con temperatura de 36.4 C, cuya piel tenía la elasticidad y turgencia disminuidas, el tejido celular subcutáneo era escaso y uniformemente distribuido, las masas musculares estaban atroficas. El examen del sistema linfático no reveló linfadenopatías. El aparato respiratorio era clínicamente normal. En el examen cardiovascular se encontró ruidos cardiacos de 84 por minuto, rítmicos, sincrónicos, con tonos disminuidos, no había soplos y la presión arterial fue 130/70 mm de Hg. El examen de abdomen evidenció dolor a la palpación en hipocondrio y flanco izquierdos, donde se encontró una tumoración de aproximadamente 20 x 12 cm. de bordes irregulares, de consistencia dura, fija y doloroso. La maniobra de puño percusión fue positiva en la región lumbar izquierda.

La pielografía excretoria reveló buena función renal derecha. No se observó el sistema pielocalicial y ureteral izquierdo. La conclusión radiológica fue "Exclusión renal izquierda: Posible neoplasia renal". La radiografía de pulmones sólo mostró la trama broncovascular y ambos hilos discretamente acentuados. El ECG fue normal.

Un primer control hematológico reveló hemoglobina de 11.05 gr o/o, Hto. 37 o/o; la glicemia fue de 156 mgr o/o y la Creatinina 1.7 mg o/o. El examen completo de orina indicó densidad de 1,018, pH 6, color ámbar, aspecto turbio y se dosó 30 mgr o/o de albúmina. El examen del sedimento urinario reveló campo microscópico cubierto de

leucocitos y de grupos de pus. El urocultivo fue negativo. El Dx clínico fue "Cáncer de riñón izquierdo".

La paciente fue sometida a nefrectomía total izquierda. En el acto operatorio se encontró un tumor renal de aproximadamente 30 x 20 cm.; que rebasaba la cápsula e infiltraba las estructuras vecinas. El ureter no estaba comprometido. No se observó nódulos metastásicos en el hilio renal.

En el examen anatómo-patológico (ver Fig. 1), se observó que el riñón estaba enormemente aumentado de volumen, pesaba un kilogramo y medía 22 x 14 x 9 cm. La superficie externa era nodular y la grasa perirrenal estaba íntimamente adherida al tumor. Al corte, casi todo el riñón, excepto el polo inferior, estaba reemplazado por una masa tumoral de 14 cm. de diámetro, constituida por tejido blanquecino homogéneo, parcialmente dispuesto en nódulos y con áreas de necrosis. El límite entre el tumor y el residuo de tejido renal era preciso. No se encontró trombos tumorales en los vasos del hilio, ni invasión a pelvis ni a uréter.



FIG. 1. Se aprecia que las dos terceras partes del riñón han sido reemplazadas por tejido blanquecino, homogéneo, con algunas nodulaciones periféricas. El límite entre el tejido tumoral y renal es preciso.

Histológicamente (Ver Fig. 2), el tumor estaba compuesto por células linfoides atípicas grandes, muchas de ellas con núcleos reniformes (hendiduras) y con frecuencia se veían formas monstruosas polinucleares, eosinófilos y de localización central. Se observó infiltración neoplásica de la grasa perirrenal. El parénquima renal vecino no mostró cambios significativos. No había evidencia de metástasis en ganglios del hilio renal. El diagnóstico fue Linfoma difuso "histiocítico" propagado a la grasa perirrenal.

La evolución post operatoria de la paciente fue favorable. Los exámenes hematológicos de control indicaron una glicemia de 185 mg o/o, hemoglobina de 11.0 g o/o y hematocrito de 35 o/o. No se evidenció cuerpos cetónicos en sangre ni en orina. Hubo glucosuria de 14.5 mg o/o.

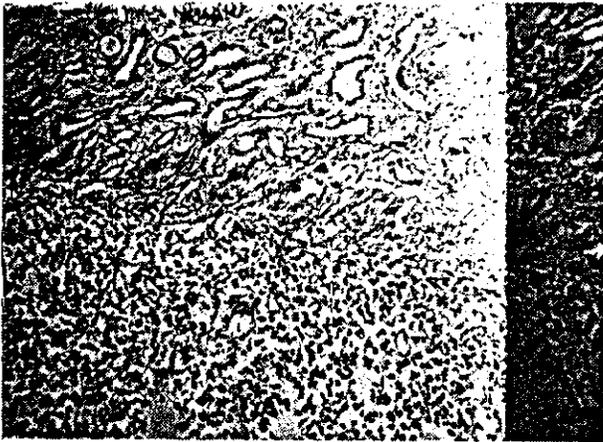


FIG. 2. Límite entre el tumor y el tejido renal adyacente. El límite es preciso, pero hay focos de infiltración que se insinúan en el parénquima. Coloración Hematoxilina-Eosina. (aumento total x 100).

Recibió como tratamiento: Hidratación parenteral, transfusión de cuatro unidades de sangre completa, ampicilina 4 g/día durante ocho días, clorpropamida 250 mg/día y analgésicos.

Fue dada de alta el 6 de Setiembre de 1978, en buenas condiciones. A partir del día 16 del postoperatorio recibió cobaltoterapia, completando un total de 1.6×10^{60} rads. En los controles posteriores no se evidenció linfadenopatía periférica ni presencia de tumoraciones.

La paciente fue readmitida al Hospital Belén tres años después, por descompensación de su problema diabético. En el examen clínico no se evidenció linfadenopatías periféricas ni presencia de tumor en el abdomen. Se le practicaron varios estudios radiológicos para descartar neoplasia. La radiografía de tórax fue normal. Igualmente fue normal la serie radiográfica de estómago y duodeno. Los exámenes de laboratorio revelaron hemoglobina de 8.36 g/o/o, hiperglucemia de 339 mg o/o, creatinina 3.42 mg o/o. Un urocultivo fue positivo para E. Coli. Fue dada de alta sin mejoría, con los diagnósticos de diabetes mellitus, pielonefritis crónica debida a E. coli e insuficiencia renal crónica. Falleció en su domicilio, un mes después de alta. No se realizó necropsia.

COMENTARIO

Al hablar sobre el linfoma primario del riñón, el primer problema que nos planteamos es si existe el linfoma propiamente primario en este órgano. Que el riñón puede ser comprometido secundariamente por linfoma no cabe duda, pues ha sido demostrado en numerosas series (2, 3, 4, 7, 8). Sin embargo, hay casos en los cuales el tumor ha estado aparentemente confinado al riñón. En la literatura que hemos realizado sólo hemos encontrado cuatro casos en los que las evidencias sugieren que el linfoma del riñón era primario. Estos casos han sido comunicados por Gibson (3) y por Silber (8), cada uno

de ellos informa un caso propio y hace referencia a un caso recogido de la literatura que revisaron. Gibson (3) menciona un caso comunicado por Elmer y Boylan, y Silber (8) menciona un caso comunicado por Knoepp.

Desde el punto de vista clínico, Gibson (3) ha delineado tres formas clínicas de compromiso renal por linfoma. Una de estas formas se presenta con manifestaciones de cólico renal como resultado de la estrangulación o constricción del uréter por el linfoma. En una segunda forma la sintomatología corresponde a la de una neoplasia que "erróneamente" es considerada como primaria del riñón. En una tercera forma, los hallazgos clínicos están en favor de un linfosarcoma retroperitoneal que compromete secundariamente al riñón. El caso que reportamos estaría comprendido dentro de la segunda forma de presentación clínica.

Según Gibson (3) puede decirse, en forma general, que el linfosarcoma renal es secundario a algún otro foco primario del organismo. A menudo este foco primario lo constituyen los ganglios linfáticos retroperitoneales, pero también puede encontrarse en lugares más distantes del organismo, desde donde compromete al riñón por metástasis; siendo el término linfosarcomatosis más adecuado que el linfosarcoma del riñón. Este autor (3) considera que el modo como el linfosarcoma compromete al riñón es de cuatro tipos, como se ilustra en la figura No. 3. Un tipo es el llamado capsular, en el cual el riñón es englobado "como por una capa de lava" dentro de una masa tumoral que rodea al riñón, más o menos completamente, con o sin invasión directa del parénquima. Un segundo tipo lo constituye la infiltración multinodular. El tercer tipo está dado por la infiltración intersticial difusa. En el cuarto tipo se considera el compromiso por un gran tumor solitario. Según RUBIN (7), el 61 o/o de todos los casos de linfoma del riñón son de tipo multinodular, 11 o/o de los casos son secundarios a invasión por enfermedad perirrenal, en solo 7 o/o se encuentra un gran tumor solitario del riñón y en el 6 o/o de casos hay infiltración difusa.

El linfoma es aparentemente primario cuando presenta una masa tumoral confinada al riñón y no hay evidencia de enfermedad linfomatosa en otros lugares del organismo, tanto clínica, radiológica como quirúrgicamente. Tanto en los casos comunicados por Gibson (3) y Silber (8) como en el nuestro, se observaron esas características.

En los casos considerados como primarios del riñón, las manifestaciones clínicas principales fueron: Masa abdominal palpable, dolor abdominal, pérdida de peso, anemia, debilidad y molestias urinarias. En nuestro caso la enfermedad se manifestó por dolor abdominal, anemia, estreñimiento y masa abdominal palpable. El hallazgo clínico común para todos los casos comunicados, incluyendo el nuestro, fue la masa abdominal palpable.

Según HAHN (4) radiográficamente es difícil diagnosticar un linfoma renal. Según dicho autor,

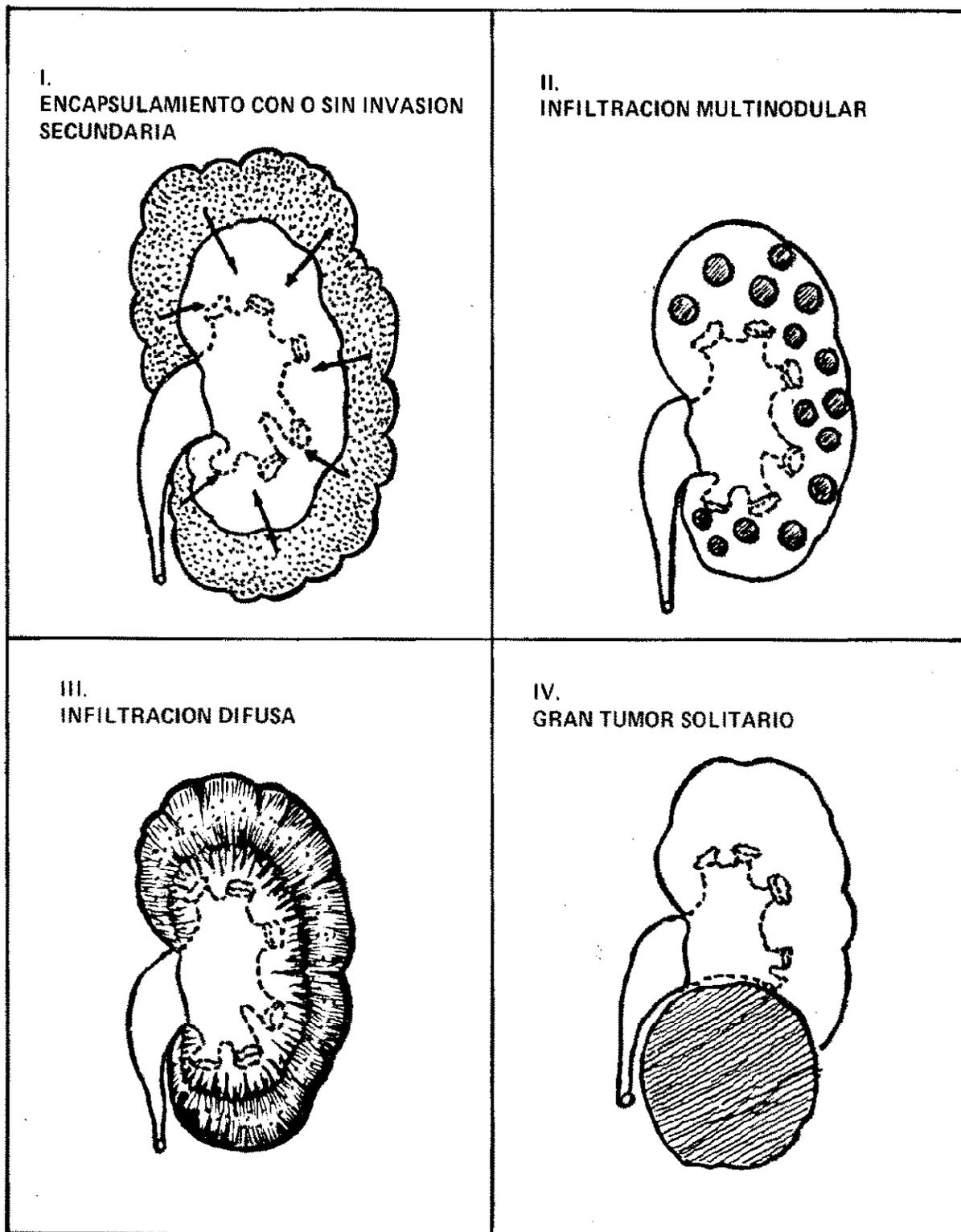


FIG. 3. Esquema reproducido de GIBSON (3).

se puede observar un aumento difuso del tamaño del riñón, distorsión de los cálices, línea irregular del borde renal, masa intrarrenal y funcionalidad alterada con o sin hidronefrosis. Gibson (3) encontró en la pielografía de su paciente, un riñón izquierdo marcadamente agrandado, con distorsión

de sus cálices. Por su parte Silber (8) encontró que la pielografía de su paciente revelaba un sistema colector derecho distorsionado. En nuestra paciente, la pielografía excretoria reveló exclusión renal izquierda. Este hallazgo radiológico no ha sido reportado por otros autores.

En los casos en que el linfoma se presenta como una masa renal solitaria, no es posible con los datos clínicos y radiológicos hacer el diagnóstico preciso de la clase de tumor. En consecuencia, la actitud terapéutica y diagnóstica definitiva se efectúa mediante nefrectomía, como se hizo en nuestro caso y en los otros casos reportados (3, 8). Gibson (3) encontró un tumor retroperitoneal adherido a las estructuras vecinas, que infiltraba el diafragma y los músculos abdominales, e involucraba a los nervios genitocrural y genitofemoral. Esta masa tumoral era extremadamente nodular, de forma irregular, de color grisáceo, de consistencia firme y pesaba aproximadamente 2 kg. En nuestra paciente, la tumoración que se encontró tuvo características semejantes a las encontradas por Gibson, pues también rebasaba la cápsula e infiltraba las estructuras vecinas. El riñón estaba enormemente aumentado de volumen pesaba un kg. y medía 22 x 14 x 9 cm. La superficie externa era nodular y la grasa perirrenal estaba íntimamente adherida al tumor. En cambio los hallazgos de Silber (8) fueron muy diferentes de los nuestros y de los de Gibson. El encontró un riñón multinodular, de consistencia dura, cuya cápsula estaba intacta. No se encontró evidencias de compromiso tumoral fuera del riñón. Histológicamente, el tumor encontrado por Gibson (3) estaba constituido por células pequeñas, circulares, perteneciente a la serie linfoide y características de linfosarcoma. Silber (8) encontró linfoma puro con grandes núcleos. Es conveniente resaltar que estos autores no han tipificado el linfoma de acuerdo a alguna clasificación. En nuestro caso los hallazgos histológicos corresponden a un linfoma difuso "histiocítico" de acuerdo a la clasificación de Rappaport modificada (6).

En el linfoma renal primario, el diagnóstico temprano y el tratamiento agresivo del área regional es esencial para la curación (8). Por lo que, en nuestro caso, aparte de la nefrectomía total izquierda, se aplicó radioterapia en dosis progresivamente ascendente. Gibson (3) y Silber (8) aplicaron igual tratamiento en sus pacientes. En los casos de Knoepp (8) y de Elmer (2, 3) solo se realizó resección total de la masa tumoral. Según Lucke (8) es poco probable que reaparezca el tumor si la extirpación es completa. Silber (8) controló clínica y radiográficamente a su paciente y hasta un año después de operada no encontró evidencia de enfermedad linfomatosa. Knoepp (8), dos años después de la resección total practicada en su paciente, realizó una laparatomía exploratoria ("second look") sin encontrar evidencia de linfoma. Sin embargo, en los casos reportados por Elmer (2, 3) y por Gibson (3), no obstante haberse realizado resección radical de la tumoración, los pacientes fallecieron por enfermedad linfomatosa. En el caso de Elmer (2, 3) se realizó necropsia encontrándose que la enfermedad

estaba generalizada. En nuestro caso la paciente reingresó al hospital tres años después de operada por descompensación de su problema diabético; en el examen clínico no se encontró manifestaciones de linfoma y las radiografías de tórax, estómago y duodeno fueron normales. La paciente aparentemente falleció por su trastorno metabólico. Esto nos inclina a considerar que el linfoma de esta paciente pudo haber estado limitado al riñón.

DAVIS y OLIVETTI (2) postulan como lugares originales del linfoma o linfomatosis renal, al tejido corticoadrenal, grasa periadrenal y tejido adiposo de la pelvis renal, basándose en que estos tejidos muestran gran similitud estructural. Muchas veces se ha demostrado, en la patología humana y en el campo de la experimentación, una relación estrecha entre la corteza adrenal y la linfopoyesis. También se ha observado repetidas veces, que las glándulas suprarrenales humanas contenían focos de linfocitos; estos son comunes en la así llamada "glándula adrenal primaria contraída", pero también son vistos en conexión con una gran variedad de otras enfermedades. La literatura reporta varios ejemplos de mielopoyesis y de linfopoyesis en la pelvis renal humana, que en muchos casos constituyeron la localización de una enfermedad leucémica más generalizada; por lo que no sería extraño que este tejido pudiera dar origen a un linfoma. En base a los conocimientos anteriormente planteados, podemos postular que el tumor encontrado en nuestra paciente pudo haberse originado en los tejidos perirrenales (grasa periadrenal, tejido adiposo de la pelvis renal), formándose una gran masa que se confundió con el riñón y nos dio la apariencia de ser primario, puesto que no hubieron evidencias de enfermedad linfomatosa generalizada ni en el acto operatorio ni en la evolución posterior.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALBUJAR, P.: Registro de tumores malignos de trujillo: 1971-1980. (Por publicarse).
2. DAVIS, F.M. y OLIVETTI, R.G.: Primary lymphosarcomatosis of kidneys, adrenal glands and perirenal adipose tissue. *J. Urology*, 66: 106-114, 1951.
3. GIBSON, T.E.: Lymphosarcoma of the kidney. *J. Urology*, 60: 838-854, 1948.
4. HAHN, F.J. y PETERSON, N.: Renal lymphoma simulating adult polycystic disease. *Radiol.* 122 (2 suppl): 655-656, 1977.
5. LUCHE, B. y SCHLUMBERGER, M.G.: Atlas of Tumor Pathology. Section VIII. Fasc. 30. Tumors of the Kidney, renal pelvis and ureter. Armed Forces Institute of Pathology. Washington D.C. 1957. Pags. 14 y 136.
6. MANN, R.B.; JAFFE ELAINE S. y BERARD, C.W.: Malignant Lymphomas - A conceptual Understanding of Morphologic Diversity. *Am. J. Pathology*, 94: 105-192, 1979.
7. RUBIN, M. y BARRAT, M.: Pediatric Nephrology. 1ra. edición. The Williams and Wilkins Company. Baltimore, USA, 1976. Pág. 800.
8. SILBER, S. y CHANG, C.Y.: Primary lymphoma of Kidney. *J. Urology*, 110: 282-284, 1973.