

Tumor pulsátil de pierna. Primera manifestación de un hipernefroma

Dr. Alberto Piñeyro, Dr. Luis Carriquiry,
Dr. Enrique Sojo, Dr. Roberto Bonaba.

Se presenta un caso de tumor seudoneurismático de pierna, que fue la forma de presentación clínica de un hipernefroma.

Se analizan sus caracteres clínicos y radiológicos.

Clinica Quirúrgica "B" (Director Prof. Dr. Jorge Pradines), Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina, Montevideo.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Kidney Neoplasms / Neoplasm Metastasis.

SUMMARY: Pulsatile leg tumour. First signs of a hypernephroma.

A case is presented of a pseudoaneurismatic tumour in the leg which was the clinical sign of a hypernephroma.

Clinical and morphological characteristics of same are analyzed.

RÉSUMÉ: Tumeur pulsatile de jambe. Première manifestation d'un hypernephrome.

On présente un cas de tumeur pseudoanévrismatique de jambe qui a été la forme de présentation d'un hypernephrome.

On analyse ses caractéristiques cliniques et radiologiques.

INTRODUCCION

Si bien los tumores de riñón junto a los de mama, próstata, pulmón y tiroides, son las neoplasias más osteófilas; la forma de

metástasis ósea de tipo pseudoaneurismática es poco frecuente. Su hallazgo debe siempre evocar dos localizaciones del tumor primitivo: riñón y tiroides⁽²⁾.

Esta situación poco frecuente, que fue además en nuestra paciente la forma de presentación clínica de un hipernefroma nos lleva a la presentación del siguiente caso:

Caso Clínico. Paciente del sexo femenino, L.I., de 80 años, N° Reg.: 382.942, que consulta en policlínica quirúrgica por una tumoración pulsátil, dolorosa, del tercio superior de logia antero-externa de pierna derecha de un mes de evolución. El examen físico mostraba una paciente obesa, con una tumoración en dicha topografía, con latido evidente y expansión de 6 por 4 cm; pulsos distales presentes. A la auscultación se percibía claramente un soplo sobre la tumoración.

La radiografía de pierna mostró una imagen en sacabocado a nivel de la tibia y la arteriografía por punción femoral, una imagen de tumor vascularizado, nutrido presumiblemente por la arteria tibial anterior.

El examen físico detenido de la paciente mostró una tumoración de flanco izquierdo que había pasado desapercibida durante el primer examen. La urografía por excreción y la arteriografía renal, confirmaron que se trataba de un tumor renal.

Considerando la edad de la paciente, se practicó en primera instancia la nefrectomía, y a nivel de pierna se realizó un abordaje poplíteo con ligadura del pedículo tibial anterior por encima y por debajo de la tumoración. En el postoperatorio asistimos a una disminución considerable de la tumoración y del dolor, que sólo duró una semana, reapareciendo la sintomatología que obligó luego de un intento de radioterapia, a la amputación a nivel de muslo.

El estudio anátomo-patológico mostró: pieza de nefrectomía de 13 por 9 por 7 cm, peso de 380 gramos. Su polo superior se encuentra deformado por una tumoración irregular, en sectores amarillo-grisácea, friable y en sectores mucoidea. La microscopía reveló

Presentado a la Sociedad de Cirugía el 25 de mayo de 1983.
Asistente, ex Asistente y ex Prof. Adjunto de Clínica Quirúrgica, Prof. Adjunto del Dpto. de Anatomía Patológica.
Dirección: Ibicuy 1116, Montevideo. (Dr. A. Piñeyro).

una neoformación atípica epitelial con los caracteres de un carcinoma renal a células claras (antiguamente hipernefroma). A nivel de pierna, metástasis del carcinoma renal, con marcados elementos de vascularización, necrosis y hemorragia.

COMENTARIO

Las metástasis de los carcinomas comprenden la inmensa mayoría de los tumores óseos malignos. Su frecuencia es difícil de valorar ya que a nivel de estadísticas, las metástasis óseas de los carcinomas se encuentran minimizadas. Mesmo en estudios autopsícos el esqueleto es insuficientemente explorado, o a veces ignorado. Es necesario referirse al excelente estudio autopsíco de Abrams⁽¹⁾ que sobre 1.000 autopsias en carcinomas, encuentra un 27% de metástasis óseas.

Suelen aparecer en personas de edad. Entre los huesos más expuestos a las metástasis se encuentran: la columna vertebral, pelvis, costillas y huesos largos de las extremidades más próximos al tronco. Son infrecuentes las colonizaciones por debajo de codos y rodillas, como lo presentó nuestra paciente.

Las metástasis oscolíticas del hipernefroma simulan muchas veces una lesión ósea primaria por la tendencia del tumor a producir una metástasis solitaria, exteriorizada por sintomatología clínica mientras el foco primario permanece oculto en una región poco accesible a la exploración⁽³⁾.

Clínicamente la lesión ósea del carcinoma metastásico puede parecerse a un foco tumoral primario. Los síntomas más llamativos son el dolor local acompañado o no de tumefacción. En contadas excepciones la tumoración puede ser pulsátil con caracteres pseudoaneurismáticos, como lo presentó nuestra paciente, lo cual tiene alta significación del punto de vista diagnóstico, ya que obliga a plantear fundamentalmente dos topografías del tumor primario: riñón y tiroides.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ABRAMS H., SPIRO R., GOLDSTEIN N.: Metastases in carcinoma: analysis of 1.000 autopsied cases. *Cancer*, 3: 74, 1950.
2. BUSSIERE J., LOPITAUX R., EPIFANIE J., MELOUX J., RAMPON S.: Metastases osseuses revelatrices de cancer de rein. *Rhum. Lyon*, 31: 271, 1979.
3. MARSDEN H., LENNOX E., LAWLER W.: Bone metastases in childhood renal tumours. *Br. J. Cancer*, 41: 875, 1980.