

11201
2 ej 1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina
División de Estudios Superiores

**"NEOPLASIAS EMBRIONARIAS DE RIÑON
EN ADULTOS"**

Informe de 5 casos y revisión de la literatura

TEMA DE TESIS RECEPCIONAL

Para el Curso de Postgrado de la U.N.A.M.
en la Especialidad de

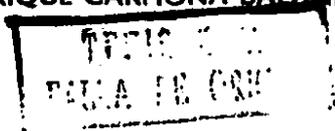
ANATOMIA PATOLOGICA

**HOSPITAL GENERAL DEL CENTRO MEDICO NACIONAL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

1982

Presentado por:

DR. JOSE ENRIQUE CARMONA BALANDRANO





UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCION

Las neoplasias renales de origen embrionario, de acuerdo a su comportamiento, se clasifican en malignas y benignas. La neoplasia maligna se designa como nefroblastoma o tumor de Wilms. Entre las benignas se encuentra el nefroma mesoblástico, también denominado hamartoma fetal renal, hamartoma leiomiomatoso, leiomioma y hamartoma mesenquimatoso fetal¹.

Estos tumores se presentan con mayor frecuencia en niños y son sumamente raros en la edad adulta²⁻⁴. Aparentemente el primer informe de un nefroblastoma del adulto aconteció en 1910⁵. El primer caso de nefroma mesoblástico renal en un adulto fue descrito por Block y col⁶ en 1973.

OBJETIVOS

Los propósitos de este trabajo son informar 5 casos de neoplasias embrionarias de riñón en el adulto: 3 casos de nefroblastoma y 2 casos de nefroma mesoblástico, establecer su frecuencia, conocer sus características clinicopatológicas y compararlas con los casos informados en la literatura.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los diagnósticos del archivo de Patología Quirúrgica del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General del Centro Médico Nacional, Instituto Mexicano del Seguro Social, en un período comprendido del 16 de marzo de 1963 al 31 de diciembre de 1980. Se encontraron 3 casos de nefroblastoma y 2 casos de nefroma mesoblástico. En todos se revisaron los expedientes clínicos, el material fotográfico de los especímenes quirúrgicos, el informe histopatológico y las laminillas histológicas. En un caso se contó con los estudios radiológicos y en 2, en los que se efectuó necropsia, se analizaron el protocolo y los cortes histológicos correspondientes.

En todos los casos el diagnóstico se estableció mediante el examen microscópico de laminillas teñidas con hematoxilina y eosina, ácido peryódico de Schiff, tricrómico de Masson y retículo de Jones.

Los requisitos indispensables para considerar a un nefroblastoma del adulto fueron: a) que se tratara de una neoplasia renal primaria; b) que existiera componente de blastoma primitivo, ya sea de células fusiformes o redondas; c) que se identificaran estructuras tubulares o glomeruloides embrionarias o abortivas; d) que no hubiera componente de adenocarcinoma renal y e) que el paciente fuera mayor de 15 años⁵

RESUMEN DE LOS CASOS

CASO 1

Hombre de 35 años de edad, que ingresó el 20 de abril - de 1966 por un cuadro de 20 días de evolución caracterizado por episodios de hematuria intensa, acompañados de ardor - postmiccional discreto. A la exploración física se encontra- ron signos vitales normales y el riñón izquierdo aumentado - de volumen, duro, doloroso y de bordes regulares. Los exáme- nes de laboratorio iniciales mostraron leucocitosis de - 12,100, hemoglobinuria +++, leuco y eritrocituria. Una uro- grafía excretora exhibió la sombra renal izquierda crecida, localizada de D11 a L3-L4 y exclusión del mismo. Una pielo- grafía ascendente reveló desviación hacia fuera y adelante - del riñón izquierdo, hidronefrosis y un defecto de llenado que desplazaba el cálice medio. La arteriografía renal se- lectiva demostró áreas compatibles con riñón multiquístico y escasa vascularización secundaria.

El 6 de mayo se practicó nefrectomía radical izquierda; la pieza quirúrgica pesó 983 g y midió 17x13x7 cm, al corte se observó un tumor de 17 cm de diámetro mayor, blanquecino, con áreas necróticas y una zona quística de 4x3 cm en la por- ción inferior y que reemplazaba todo el riñón; la lesión no invadía la cápsula renal. La luz de la vena renal principal se encontraba totalmente ocupada por la neoplasia. Siete gan- glios linfáticos del hilio fueron normales. Se diagnosticó

nefroblastoma con invasión a la vena renal. Se le administraron 4000 rads al lecho quirúrgico y a los ganglios para-aórticos; durante la radioterapia cursó con leucopenia leve, misma que cedió al término del tratamiento. En los siguientes 2 años 5 meses su evolución fue satisfactoria, sin datos de actividad tumoral.

El 7 de noviembre de 1968 ingresó por sintomatología -- neurológica manifestada por incoordinación muscular derecha, dislalia, cefalea intensa y visión borrosa en el ojo derecho. A la exploración se encontró disminución de los reflejos y de la fuerza en el miembro torácico derecho, incluyendo la boca. Una angiografía carotídea demostró la existencia de lesiones compatibles con metástasis en hemisferio cerebral izquierdo. El estado de conciencia empeoró, evoluciono al coma y falleció el 22 de noviembre de 1968.

En el estudio postmortem se apreció un absceso cortical y subcortical en el lóbulo parietal izquierdo, cuyo cultivo desarrolló Paracolobactrum; además, se observaron signos de edema cerebral con hernia bilateral del uncus, de las amígdalas cerebelosas y del cíngulo izquierdo. En el resto de la autopsia tampoco hubo evidencia de neoplasia residual o de metástasis.

CASO 2

Hombre de 19 años de edad, sin antecedentes de importancia. Ingresó el 30 de abril de 1965; inició su padecimiento

un mes antes con hematuria total, dolor en la región lumbar izquierda, disuria discreta, edema palpebral y pérdida de 3 kg de peso. La exploración física corroboró el edema palpebral y el dolor en la región lumbar y evidenció tensión arterial de 130/110. Un examen general de orina detectó hematuria microscópica. La urografía excretora y la pielografía ascendente mostraron un tumor en el polo inferior del riñón izquierdo, que desplazaba los cálices inferior y medio y deformaba la pelvis; el tercio superior del uretero se encontró rechazado hacia la línea media. La nefrotomografía ratificó la presencia de la lesión.

El 19 de mayo se practicó nefrectomía radical izquierda; el riñón midió 11.5 x 8 x 7 cm y pesó 340 g, en el polo inferior presentó un tumor de 7 cm de diámetro, blando, lobulado, amarillento, el cual substituía el parénquima renal e infiltraba vasos venosos, cálices y pelvicilia. Además, se extrajo un émbolo tumoral de 5.5 x 2.2 cm de la vena cava inferior. Se emitió el diagnóstico de nefroblastoma.

El enfermo fue dado de alta en buenas condiciones y se perdió su control.

CASO 3

Mujer de 15 años de edad, con antecedente de detención del crecimiento desde los 10 años. Ingresó el 11 de octubre de 1971. Su enfermedad principió 9 días antes con dolor intenso en hipocondrio y flanco izquierdos, que se acompañó de

hematuria macroscópica y polaquiuria. La exploración física reveló dolor a la pñopercusión en fosa lumbar izquierda. - La urografía excretora mostró un defecto de llenado en la - pelvis renal izquierda y rechazamiento de los grupos colectores medio y superior, con imagen de masa.

El 21 de octubre de 1971 se efectuó nefrectomía radical izquierda; durante el acto quirúrgico se lesionaron accidentalmente la pleura y el peritoneo. El espécimen quirúrgico consistió de un riñón de 12 x 9 x 6 cm; se identificó un tumor de 9.5 cm de diámetro mayor, blanquecino, blando, con extensas zonas de necrosis y hemorragia, y permeación tumoral en la luz de la vena renal. Se disecaron 4 ganglios linfáticos que no mostraron tumor. La neoplasia correspondió a un nefroblastoma (Fig.1).

Su evolución durante los siguientes 6 meses fue satisfactoria; recibió 2,500 gammas de actinomicina D y 3,500 - - rads a plano medio. El 15 de abril de 1972 ingresó al Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional con datos de actividad tumoral, manifestados por dolor importante en la pared costal derecha y por una masa que ocupaba el hemiabdomen inferior. En una radiografía simple de tórax se observó un tumor paracardíaco derecho y en la placa de abdomen se apreció aumento de densidad en la pelvis; la primera lesión fue compatible con metástasis y la segunda con recurrencia de la neoplasia. Se reinició quimioterapia con vincristina y pos-



Fig. 1. Nefroblastoma que afecta la mayor parte del riñón.
Muestra zonas de necrosis (Caso 3).

teriormente con actinomicina D; además, en forma paliativa, se administraron 2,000 rads a plano medio. Se logró una diminución del 90% del volumen de la masa pélvica, no así de la torácica. Durante el tratamiento cursó con fiebre, anemia (9.4 g/dl), leucopenia (2,900 leucocitos) y alteración de las pruebas de función hepática (bilirrubina directa 1.45 mg/dl y deshidrogenasa láctica 2,000 U) *.

Fue vista por última vez el 19 de octubre de 1972, estaba bajo tratamiento con ciclofosfamida, vincristina y prednisona; persistía con actividad neoplásica en tórax y abdomen.

CASO 4

Hombre de 26 años de edad, que ingresó el 17 de julio de 1969. Inició las manifestaciones de su patología 30 días antes de su ingreso, con hematuria constante y disuria ocasional. A la exploración física se apreció dolor discreto a la palpación profunda en la fosa ilíaca derecha. Un examen general de orina reveló hemoglobinuria +++, eritro y leucocituria. La urografía excretora demostró un tumor en el polo inferior del riñón derecho, mismo que se corroboró en la nefrotomografía y en la arteriografía renal selectiva; en esta última la lesión fue avascular.

El 12 de agosto se realizó nefrectomía radical derecha; el riñón midió 11.6 x 8 x 6 cm y pesó 639 g; en el polo infe

* Valores normales: bilirrubina directa cero y deshidrogenasa láctica 200 a 500 U.

rior se observó lesión única de 7 cm de diámetro, aparentemente encapsulada, blanda, blanquecina, con múltiples quistes pequeños y tejido conjuntivo brillante de aspecto gelatinoso. El tumor formaba una masa polipoide a nivel del cálice inferior y se extendía a la pelvis, la que se encontró dilatada. No se identificó invasión de los elementos vasculares del hilio ni extensión a la grasa perirrenal. La lesión fue interpretada como nefroma mesoblástico. La evolución durante los siguientes 9 años fue satisfactoria; cursó sin datos de actividad neoplásica.

En septiembre de 1978 acudió a consulta por diarrea, dolor y la presencia de una masa en hipocondrio izquierdo. Los estudios radiológicos con medio de contraste y la endoscopia mostraron una úlcera gástrica, una duodenal y estenosis del duodeno. El 11 de junio de 1980 se practicó gastrectomía en "Y" de Roux, liberación de bridas, duodenostomía y yeyunostomía. El informe histopatológico de la pieza fue: adenocarcinoma difuso mucoprodutor, del cuerpo gástrico, con infiltración de toda la pared. Su evolución posterior fue mala y falleció el 2 de septiembre de 1980.

En la autopsia se encontró hidrotórax bilateral de 400 ml; en abdomen había 200 ml de líquido fibrinopurulento verdoso. Además, se identificaron bronconeumonía bilateral de predominio basal y nefromegalia de 320 g. La causa de la muerte fue peritonitis aguda y crónica fibrinopurulenta. No

hubo evidencia de metástasis o de actividad tumoral de ninguna de las neoplasias.

CASO 5

Mujer de 25 años de edad, sin antecedentes de importancia. Ingresó por dolor en hemiabdomen derecho y hematuria microscópica de 2 años de evolución. En la exploración física se palpó una masa dolorosa que ocupaba el flanco derecho. Los exámenes de laboratorio solamente manifestaron hemoglobinuria y eritrocituria. Un colon por enema y la serie esofagogastroduodenal evidenciaron una gran masa en el hemiabdomen derecho que rechazaba los intestinos a la izquierda, sin infiltrarlos. La urografía excretora exhibió un tumor que deformaba el sistema pielocaliceal derecho y cuyo borde inferior estaba a nivel de la cresta ilíaca. La arteriografía corroboró la existencia de una masa enorme, dependiente del riñón derecho, con algunos vasos tumorales de aspecto aneurismático en la periferia (Fig. 2).

Ante la sospecha de una malformación congénita o de una neoplasia renal, se practicó nefrectomía radical derecha el 19 de abril de 1974; la pieza quirúrgica estuvo constituida por el riñón que midió 11.5 x 5.5 x 3 cm; a nivel del polo inferior de éste, se originaba un tumor esférico de 22.5 cm de diámetro y 4,500 g de peso, blanquecino, con áreas de aspecto mixoide y numerosos quistes con líquido seroso, el mayor de 10 cm de diámetro (Fig. 3). El tumor fue informado -



Fig. 2. Arteriografía del Caso 5 que demuestra una masa de gran tamaño localizada en el riñón derecho; exhibe vasos tumorales aneurismáticos en la periferia (flecha).



Fig. 3. Nefroma mesoblástico (Caso 5) en el que alternan -
áreas sólidas y quísticas.

como nefroma mesoblástico.

Su evolución posterior fue satisfactoria, sin evidencia de actividad neoplásica. Fue dada de alta 3 meses después de la cirugía, totalmente recuperada.

RESULTADOS

En el período comprendido en la revisión se obtuvieron 189 neoplasias parenquimatosas malignas de riñón en adultos, de las cuales 3 casos correspondieron a nefroblastoma (1.5%), y 7 neoplasias benignas, de las que dos fueron nefroma mesoblástico (28.5%).

La edad, el sexo, los principales datos clínicos, el estadio clínicoquirúrgico, el tratamiento y la sobrevivencia de los pacientes con nefroblastoma y nefroma mesoblástico aparecen en los cuadros I y II, respectivamente.

El tamaño de los nefroblastomas varió de 7 a 17 cm; dos casos mostraron necrosis; tres invadieron la vena renal, uno la vena cava inferior y dos la pelvis renal; en dos de los casos se disecaron los ganglios linfáticos del hilio renal, ninguno mostró neoplasia. Microscópicamente la imagen fue similar en los 3 casos, consistió de extensas zonas de blastoma metanéfrico, caracterizado por células pequeñas, ovoides, basófilas, dispuestas en mantos (Fig. 4); además, había estructuras tubulares y pseudorrosetas (Fig. 5); no se encontraron formaciones glomeruloides.

El tamaño de uno de los nefromas mesoblásticos fue de 7 cm y el del otro 22.5 cm en su diámetro mayor; ambas lesiones mostraron formaciones quísticas, zonas de aspecto mixoide y no hubo invasión a estructuras vecinas (Fig. 3). En el primer caso se observó una cápsula bien definida. Histológico

CUADRO I

No. CASO	EDAD	SEXO	CUADRO CLINICO/DURACION	TRATAMIENTO	ESTADIO ⁷	SOBREVIDA
1	35 a	M	Hematuria, dolor lumbar, masa abdominal. 3 semanas.	C-R	II	2 años 7/12 Murió por - abscesos ce rebrales.
2	19 a	M	Hematuria, dolor lumbar. 1 mes.	C	II	Se perdió al control.
3	15 a	F	Hematuria, dolor lumbar. 9 días.	C-R-Q	II	11/12 hasta que se per- dió al con- trol. *

C = Cirugía; R = Radioterapia; Q = Quimioterapia.

* Con actividad tumoral.

CUADRO II

No. CASO	EDAD	SEXO	CUADRO CLINICO/DURACION	TRATAMIENTO	EVOLUCION
4	26 a	M	Hematuria, disuria, dolor en fosa ilíaca derecha. 1 mes.	C	Muerto 11 años después por - adenocarcinoma gástrico *
5	25 a	F	Hematuria microscópica, dolor en hemiabdomen - derecho. 2 años.	C	Se perdió su - control 3 me- ses después. *

C = Cirugía

* Sin actividad tumoral

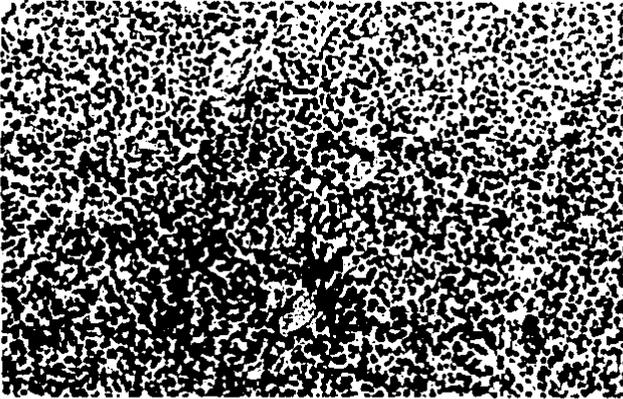


Fig. 4 Nefroblastoma. Imagen del blastema metanéfrico caracterizada por su aspecto monótono y la presencia - de células ovoides o redondas con citoplasma escaso (H y E, 100x).

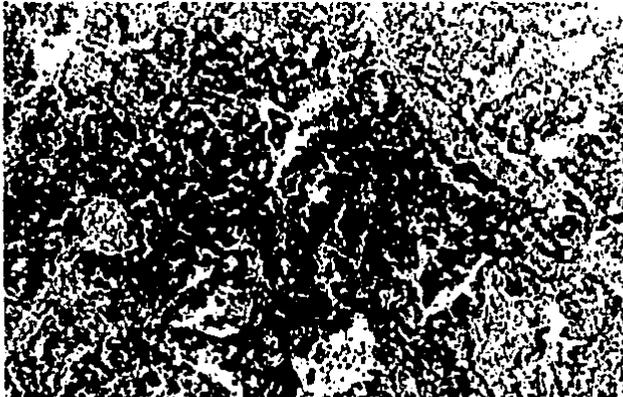


Fig. 5 Zona de nefroblastoma en la que aparecen estructuras tubulares y pseudorrosetas (H y E, 100x).

camente, presentaron áreas de células fusiformes con aspecto de fibroblastos o de células musculares lisas y zonas mioides; también se identificaron estructuras tubulares pequeñas, predominantemente en la periferia del tumor; formaciones quísticas de tamaño variable, tapizadas por epitelio cúbico o aplanado y numerosos vasos sanguíneos de pared delgada (Fig. 6 y 7). No se observaron estructuras glomeruloides.

A continuación se analizarán en forma conjunta diferentes aspectos anatomoclínicos de 41 casos de nefroblastoma del adulto, 38 obtenidos de la literatura³⁻⁵ y 3 casos del presente estudio (Casos 1, 2 y 3); posteriormente se discutirán 4 casos de nefroma mesoblástico, 2 obtenidos de la literatura^{6, 8} y 2 de esta revisión (Casos 4 y 5).

Nefroblastoma del Adulto

La edad de los pacientes varió de 15 a 77 años con promedio de 39,3 años.

La neoplasia afectó a 24 hombres y 17 mujeres con relación de 1.4 : 1 .

En 36 casos, la sintomatología tuvo duración de 9 días a 7 años desde el comienzo de la enfermedad hasta el diagnóstico, con promedio de 13,6 meses. El cuadro clínico se caracterizó por dolor en región lumbar, flancos o epigastrio (62.5%), hematuria (50%), masa abdominal (35%), pérdida de peso (12.5%) y malestar general (12.5%) en orden decreciente.



Fig. 6 Estroma típico del nefroma mesoblástico en el que coinciden fibroblastos y células musculares lisas. -
Nótase la existencia de formaciones tubulares y quísticas en la periferia (H y E, 100x).



Fig. 7 Detalle del epitelio de un quiste y del estroma del nefroma mesoblástico (H y E, 400x).

En 17 enfermos (41.4%) el tratamiento consistió únicamente de nefrectomía radical, a trece (31.7%) se les efectuó cirugía-radioterapia, a seis (14.6%) cirugía-radioterapia-quimioterapia, a uno (2.4%) cirugía-quimioterapia y a otro (2.4%) radioterapia-quimioterapia. Tres pacientes (7.3%) no recibieron tratamiento.

De 39 casos, 10 (25.6%) se encontraron en estadio I, 10 (25.6%) en estadio I-II, 6 (15.3%) en estadio II, 6 (15.3%) en estadio III y 7 (17.9%) en estadio IV.

En 31 pacientes, la sobrevida varió de 3 semanas a 30 años.

Nefroma Mesoblástico del Adulto.

La edad de los enfermos con nefroma mesoblástico varió de 19 a 31 años, con promedio de 25.2 años.

Tres casos ocurrieron en pacientes del sexo femenino y uno en el masculino.

En 3 pacientes el tiempo de evolución del cuadro clínico osciló de 1 mes a 2 años, con promedio de 10.4 meses; en estos pacientes las manifestaciones clínicas fueron dolor abdominal en 3, hematuria en 2 y disuria en uno. Los diagnósticos elaborados clínicamente fueron: tumor renal, adenoma o hamartoma y malformación congénita renal en 3 casos.

En los 4 casos se realizó nefrectomía radical como único tratamiento.

El tumor estuvo confinado al riñón en los 4 casos; dos

de ellos mostraron cápsula. La lesión varió de 3,8 a 22,5 -
cm, con promedio de 11,5 cm.

Dos pacientes fueron controlados durante 3 meses (Caso
5) y 4 años ⁶, respectivamente; ambos estaban libres de le-
sión. Otro paciente presentó recurrencia tumoral en flanco
derecho, con infiltración a hígado 21 años después de la ci-
rugía ⁸. Un enfermo (Caso 4) falleció 11 años después del -
diagnóstico, por un adenocarcinoma de estómago y no se encon-
tró neoplasia renal residual o metastásica en el estudio - -
postmortem.

DISCUSION

El nefroblastoma es una neoplasia que aparentemente se origina del blastema metanéfrico, que a su vez proviene del mesodermo intermedio. Se desconoce la razón por la cual el tumor se desarrolla hasta la edad adulta; es posible que una lesión precursora de la neoplasia, el blastema nodular renal, permanezca estable durante meses o años antes de que actúe el factor carcinogénico⁹.

El origen del nefroma mesoblástico se ignora. Boland¹⁰ opina que se produce a partir del blastema metanéfrico; Fu y Kay¹¹ y Wigger¹², basados en estudios efectuados en embrión de pollo, sugieren la idea de que se origina del mesénquima secundario, diferente del mesénquima primario o mesoblástico. Recientemente, se ha propuesto que el nefroblastoma y el nefroma mesoblástico comparten su génesis en el blastema metanéfrico; esta estructura puede dar lugar al nefroma mesoblástico cuando el estímulo oncogénico ocurre en la zona central del blastema, durante las primeras divisiones de la yema ureteral, lo que desencadena mayor respuesta fibroblástica o del estroma en comparación con la proliferación epitelial. Por otra parte, el nefroblastoma se desarrollaría en una etapa más avanzada de la diferenciación del riñón, en la porción periférica del blastema, sitio en el que existe mínima proliferación del estroma y donde predominan las estructuras glomerulares y tubulares¹³.

El nefroblastoma afecta comúnmente niños y comprende - del 13 al 20% de los tumores malignos de la infancia, excluyendo leucemias y linfomas¹⁴. En adultos es una lesión rara de la que hasta 1981 había aproximadamente 38 casos bien documentados en la literatura.

El nefroblastoma del adulto predominó ligeramente en pacientes del sexo masculino, situación similar a la que ocurre en la infancia¹⁵.

Los signos y síntomas son semejantes a los del adenocarcinoma renal¹⁴, entidad con la que se ha confundido clínicamente. No existen, hasta la fecha, métodos clínicos o radiológicos que permitan diferenciar a estas dos neoplasias⁴.

A pesar de que aproximadamente en las dos terceras partes de los casos la duración de la sintomatología fue larga, se encontraron tumores en estadios iniciales⁵, cuando potencialmente son susceptibles de cirugía más completa y de pronóstico mejor.

En el tratamiento del nefroblastoma del adulto se han utilizado la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia, en forma aislada o combinada; recientemente, se ha sugerido el uso de las tres modalidades independientemente del estadio - en que se encuentre la neoplasia⁵. Babaian y col⁴ proponen el empleo de cirugía y quimioterapia (actinomicina D y vincristina) para los enfermos en estadio I; cirugía, quimioterapia y radioterapia para los pacientes en estadios II, III

y IV, adicionando radioterapia a las metástasis en el último grupo.

No es posible obtener conclusiones válidas relativas a la sobrevida de los pacientes con nefroblastoma en la edad adulta, con los datos disponibles en la revisión.

El nefroma mesoblástico es una lesión poco frecuente en niños ¹⁶, hasta 1975 había alrededor de 70 casos publicados ¹². Este tumor es excepcional en adultos; el primer caso fue informado por Block y col ⁶ en 1973 y el segundo por Levin y col ⁸ en 1982.

Los aspectos morfológicos de esta neoplasia son similares a los descritos en niños. Solamente un caso se ha estudiado con microscopía electrónica; el tumor se caracterizó por la presencia de fibroblastos en varias fases de maduración, vasos sanguíneos con células endoteliales y pericitos, células musculares lisas y haces de colágena y fibras elásticas ⁸.

En general, el comportamiento biológico del nefroma mesoblástico es benigno ¹⁰, sin embargo, en ocasiones puede seguir un curso localmente infiltrante y ésto favorecer el desarrollo de recurrencias, probablemente por un tratamiento quirúrgico incompleto, como en los casos informados por Fu y Kay ¹¹ y Walker y Richard ¹⁷ en niños y por Levin ⁸ en un adulto. González-Crussi y col ¹⁶ han reportado dos casos de nefroma mesoblástico maligno en niños, uno de ellos con metástas-

sis pulmonares. Ante esta evidencia deben seguirse algunos lineamientos en el manejo del nefroma mesoblástico^{16,18};

1.- Si el tumor es bien diferenciado y no hay duda en el cirujano y en el patólogo de que se ha extirpado completamente, puede considerarse que la cirugía ha sido curativa y no se requiere terapia adicional.

2.- Si hay duda o certeza de que ha quedado tumor residual, existen atipias celulares, focos confluentes de necrosis isquémica y 10 mitosis o más por 10 campos a seco fuerte, no puede descartarse la posibilidad de recurrencia o metástasis y debe darse tratamiento postoperatorio.

Igual que el nefroblastoma, el diagnóstico diferencial del nefroma mesoblástico del adulto con otras neoplasias renales es prácticamente imposible clínica y radiológicamente.

Es necesario hacer hincapié en la importancia del reconocimiento de esta neoplasia por el patólogo en vista de que, por lo general, la cirugía es el único tratamiento requerido.

El reducido número de casos de nefroblastoma y de nefroma mesoblástico en adultos, ha impedido conocer con certeza su conducta biológica y por ende la terapéutica ideal. Como se ha publicado, es conveniente enviar los casos de este tipo de tumores a centros de estudio o concentración, para obtener conclusiones de mayor número de pacientes⁴.

CONCLUSIONES

1.- Las neoplasias embrionarias renales se presentan raramente en el adulto.

2.- Los aspectos morfológicos del nefroblastoma y el nefroma mesoblástico del adulto son similares a los informados en la infancia.

3.- El cuadro clínico y los métodos paraclínicos no permiten diferenciar a las neoplasias embrionarias del adulto de otros tumores renales.

4.- No existe uniformidad de criterios acerca del tratamiento del nefroblastoma del adulto.

5.- No se obtuvieron conclusiones válidas en relación a la sobrevida de los pacientes con nefroblastoma.

6.- La extirpación quirúrgica completa es el tratamiento de elección en el nefroma mesoblástico del adulto.

7.- En general, el comportamiento biológico del nefroma mesoblástico del adulto sigue un curso benigno; sin embargo, debe descartarse la posibilidad de recurrencia o de metástasis.

8.- Es conveniente, de acuerdo con Babaian⁴, enviar los casos a centros de concentración de este tipo de neoplasias, para obtener mayores conocimientos acerca de su conducta biológica y poder aplicar el tratamiento más adecuado.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bogdan, R., Taylor, D.E.M., Mostofi, F.K.: Leiomyomatous hamartoma of the kidney. A clinical and pathologic analysis of 20 cases from the Kidney Tumor Registry. *Cancer*, 1973; 31:462.
- 2.- Laplante, L., Legresley, L.P., Dandavino, R., Houde, M., Friberg, J., Barcelo, R., Beaudry, C.: Malignancies associated with renal transplant: First case report of a nephroblastoma occurring in an adult host kidney. *J. Urol.*, 1981; 126:251.
- 3.- Greco, A.O., Perry, M.C.: Wilms' tumor in an adult. *South. Med. J.*, 1981; 74:622.
- 4.- Babaian, R.J., Skinner, D.G., Waisman, J.: Wilms' tumor in the adult patient. Diagnosis, management, and review of the world medical literature. *Cancer*, 1980; 45:1713.
- 5.- Kilton, L., Matthews, M.J., Cohen, M.H.: Adult Wilms'-tumor: A report of prolonged survival and review of literature. *J. Urol.*, 1980; 124:1.
- 6.- Block, N.L., Grabstald, H.G., Melamed, M.R.: Congenital mesoblastic nephroma (leiomyomatous hamartoma): First - adult case. *J. Urol.*, 1973; 110:380.
- 7.- D'Angio, G.J., Evans, A.E., Breslow, N., Beckwith, J.B., Bishop, H., Fiegl, P., Goodwin, W., Leape, L.L., Sinks, L.F., Sutow, W., Tefft, M., Wolff, J.: The treatment of Wilms' tumor. Results of the National Wilms' Tumor Stu-

- dy. *Cancer*, 1976; 38:633.
- 8.- Levin, N.P., Damjanov, I., Depillis, V.J.: Mesoblastic nephroma in an adult patient. Recurrence 21 years after removal of the primary lesion. *Cancer*, 1982; 49: 573.
- 9.- Bove, K.E., McAdams, A.J. The nephroblastomatosis complex and its relationship to Wilms' tumor: A clinicopathologic treatise. En: Rosenberg, H.S. y Bolande, R.P., eds. *Perspectives in Pediatric Pathology*. Chicago, Year Book Medical Publishers, Inc., 1976; 3:185.
- 10.- Bolande, R.P., Brough, J., Izant, R.J.: Congenital mesoblastic nephroma of infancy. A report of eight cases and the relationship to Wilms' tumor. *Pediatrics*, 1967; 40:272.
- 11.- Fu, Y.S., Kay, S.: Congenital mesoblastic nephroma and its recurrence. An ultrastructural observation. *Arch. Pathol.*, 1973; 96:66.
- 12.- Wigger, H.J.: Fetal mesenchymal hamartoma of kidney. A tumor of secondary mesenchyme. *Cancer*, 1975; 36: 1002.
- 13.- Ganick, D.J., Gilbert, E.F., Beckwith, J.B., Kiviat, N.: Congenital cystic mesoblastic nephroma. *Hum. Pathol.*, 1981; 12:1039.
- 14.- Bennington, J.L., Beckwith, J.B. *Tumors of the Kidney, Renal Pelvis, and Ureter*. Armed Forces Institute of Pathology, Washington, D.C., 1975; pags. 26 y 108.

- 15.- Ledlie, E.M., Mynors, L.S., Draper, G.J., Gorbach, - -
P.D.: Natural history and treatment of Wilms' tumor: An
analysis of 335 cases occurring in England and Wales -
1962-6. Brit. Med. J., 1970; 4:195.
- 16.- González-Crussi, F., Sotelo-Avila, C., Kidd, J.M.: -
Mesenchymal renal tumors in infancy: A reappraisal. -
Hum. Pathol., 1981; 12:78.
- 17.- Walker, D., Richard, G.A.: Fetal hamartoma of the kid--
ney: Recurrence and death of patient. J. Urol., 1973; -
110:352.
- 18.- Beckwith, J.B.: Mesenchymal renal neoplasms of infancy
revisited. J. Ped. Surg., 1974; 9:803.