



GLIOMA DE LA CAPSULA SUPRA-RENAL

POR EL DR. IGNACIO PRIETO.

La región de la glándula suprarrenal, es decir, la porción situada atrás del colon, adelante de la masa sacro-lumbar, afuera de la columna vertebral, debajo del hígado y encima del riñón, ofrece por el papel que desempeña en la embriología de los órganos que se desarrollan en su sitio, y la importancia y el destino de éstos órganos, campo sobrado para el desarrollo de neoplasias que un día u otro serán base suficiente para esclarecer más de un punto obscuro de los muchos que presenta la patogenia y la producción de los tumores. Desgraciadamente su rareza por una parte y la sintomatología muda que los acompaña, no se prestan lo bastante para hacer de ellos observaciones que abarquen desde su principio y demuestren su desarrollo con la amplitud bastante para dar una idea clara, para formarse un concepto cabal del origen y la manera como se desenvuelven y crecen.

Los tumores de ésta región, raros por su aparición y por su estructura, lo son más por su sintomatología que es muda y que se reduce en el inmenso número de casos y en su totalidad, pudiéramos decir, a los estorbos de vecindad, que produce su crecimiento sobre los órganos de cercanía y esto es tan cierto, que existen un buen número de observaciones que son verdaderas sorpresas de autopsía. Los órganos cuya compresión acompaña el crecimiento de éstos tumores son la aorta, la cava, el pedículo renal, la glándula misma, los vasos iliacos y la circulación intestinal en un grado más o menos marcado. Más tarde cuando la producción neoplásica ha adquirido gran desarrollo o que ha comprometido las paredes de los vasos sanguíneos, dan lugar a metastasias que se situarán en el pulmón, en el hígado, en el bazo reproduciendo el tumor primitivo y por su sintomatología propia sumarán sus síntomas a los que el crecimiento del tumor ha producido. Para completar la historia

anatómica apuntaremos que en la autopsia se encuentran infartados los ganglios prevertebrales. Apenas es necesario decir que no queremos referirnos a las producciones neoplásicas del riñon tan compendiosamente dadas a conocer por Rayer y cuyos tipos han sido también clasificados por Monasse que distinguió, en una revista general de los Archivos de Virchow, las cuatro fuentes de origen de los tumores renales.

Las reflexiones anteriores han sido sugeridas por la observación del enfermo que ocupó la cama cuatro del pabellón número tres del Hospital general. Este enfermo entró el día trece de mayo del presente año y su historia puede ser resumida de la siguiente manera:

O N. es internado en el servicio el trece de mayo, se operó el día diez y nueve del mismo mes y falleció el trece de junio.

Antecedentes hereditarios.—El padre murió de hemorragia cerebral y la madre de neumonía; tiene dos hermanos que viven y son sanos.

Antecedentes personales.—Padebió sarampión y escarlatina en su infancia y tifo a los dieciocho años. Refiere que hará como doce años padeció ulceraciones prepuciales y que después de cierto tiempo le sobrevinieron erupciones en la piel de los miembros que han dejado cicatrices. De un año a esta parte se ha hecho delicado del estómago acusando indigestiones frecuentes, desganar por los alimentos que caen pesados al estómago como él dice, acusando cefaleas y mal sueño, pero conservando el régimen intestinal su condición normal; por lo demás se siente bien y trabaja con gusto en el desempeño de sus labores. Hace tres años sufrió un ataque de gripe. Oriundo de la ciudad de Guanajuato, tiene diez años de vivir en México, De costumbres alcohólicas y fumador fué barretero y actualmente es soldado.

Conmemorativo.—Individuo de 38 años, bien desarrollado, delgado de complexión, dice que su enfermedad actual principió en el curso del mes de febrero próximo pasado por la aparición de dolor al nivel del hipocondrio izquierdo, dolor que calmaba el reposo y que excervaba el ejercicio y que al cabo de poco se volvió casi diario presentando crisis y recrudescimientos durante los cuales se extendía a todo el vientre. A principios de mayo el dolor se había hecho constante, se exacerbaba por los movimientos y obligó al enfermo a guardar cama. Al lado del dolor y aún antes que éste apareciera, notó que la presión de la ropa al nivel del vientre le molestaba puesto que la sujeción de los vestidos le provocaba dificultad para respirar viéndose obligado a desabotonarse, sobre todo, después de los alimentos. Acompañando al dolor se presentaron síntomas vesicales que consistían en deseo frecuente de orinar, micción con pu-

jo y oriuva turbia, fenómenos que desaparecieron en el curso de dos a tres semanas. De dos meses a la fecha, el enfermo ha notado que el vientre le ha crecido del lado izquierdo y que el crecimiento ha ido en aumento y perturbaba los movimientos del miembro inferior izquierdo cuyos movimientos eran dolorosos y se vió el enfermo obligado a encoger su pierna para no despertar el dolor que dice se acompañaba de sensación de frío y adormecimiento, acudiendo a fricciones para aliviar éstas molestias; el apetito, el sueño y el régimen intestinal conservaban su estado normal. Acusa el enfermo padecer de sudaciones nocturnas y calosfríos vespertinos, siendo general la sudación y el calosfrío de corta duración.

Estado actual -El enfermo está en decúbito supino, el miembro izquierdo en flexión y rotación hacia fuera ligeramente edematoso presenta manchas de bordes circinados e hipercrómicos en la cara externa de la pierna, el color de la piel en ambos miembros es violáceo que se marca mas en las uñas y por la presión se despierta dolor y queda godete que persiste cuando ha cesado la presión. Las conjuntivas ofrecen tinte subictérico, la lengua está húmeda, el corazón y los pulmones funcionan normalmente. El vientre aparece asimétrico, presenta a la simple vista un tumor que ocupa la fosa iliaca izquierda y se extiende perdiéndose hasta el nivel de la cicatriz umbilical, la piel en las cercanías del pliegue de la ingle está luciente y tensa, los movimientos del miembro correspondiente son difíciles y dolorosos. El tumor no es influenciado por los movimientos respiratorios. La palpación confirma la existencia del tumor y proporciona una doble sensación: quística, fluctuante, de colección líquida, en la parte inferior en el lugar en el cual aparece la piel luciente y tensa, en este sitio la fluctuación es fácilmente percibida; arriba de esta zona y limitándola existe una dureza debida a la existencia de un tumor duro, dureza que se extiende más allá de la línea media hacia el lado derecho y que sube del lado izquierdo hasta perderse en el hipocondrio izquierdo, de consistencia fibrosa, resistente, de superficie lisa y uniforme pues las abolladuras que posee son grandes en extensión y no alteran en modo notable la superficie general del tumor. Este es fijo, no ofrece movilidad en ningún sentido y se perciben las asas intestinales que se deslizan en su cara anterior. Invitado el enfermo a sentarse acusa dificultad para respirar y dolor en el hipocondrio izquierdo y se nota que la región renal de este lado es mas saliente que la derecha, saliente que se extiende hasta el flanco y por la palpación se percibe el tumor que ocupa el vientre y llega hasta esta región con los caracteres de dureza y uniformidad en la superficie los mismos caracteres que presenta en la cavidad abdominal. No hay reacción febril y el análisis de la orina no revela nada anormal. Los días siguientes el cuadro no cambia y los sintomas se

sostienen en el mismo estado. Estamos frente a un enfermo portador de un tumor que fijado a la columna vertebral se ha extendido a la región supra-renal izquierda y ha descendido a la cavidad pelviana sin comprometer la hoja peritoneal ni presentar adherencias con los órganos abdominales. Este tumor está compuesto de una parte líquida y otra sólida siendo esta última superior en tamaño a la primera. La consistencia de esta, la existencia de calofrios y de sudaciones hacen creer que exista en este lugar una infección que se hubiera resuelto en colección purulenta y que se agregara al tumor principal. Esta reflexión nos hace resolver la intervención, tratada la parte líquida esto nos permitiría darnos cuenta de las relaciones y de la posibilidad de atacar la parte sólida por más que esta, dada su extensión y su fijeza hacia presumir la imposibilidad de ser extraída; pero se sabe como cambian las condiciones de cualquiera producción cuando se le liberta de los órganos que la rodean; todos sabemos que tumores, que por la exploración parecen inoperables se hacen fáciles de atacar cuando se les puede descubrir y o se les desencapsula, se les pediculiza o se acude a los recursos que en el momento dado se puede aplicar en vista de los detalles anatómicos que pertenecen a cada producción extraña a la región en la cual se opera. Imbuidos en estas ideas procedimos a operar el día diez y nueve del próximo pasado mayo con anestesia clorofórmica. Necesitamos apuntar que en esta fecha el edema del miembro inferior izquierdo había aumentado y que se había extendido al escoto haciéndose mas pronunciado el color violáceo de las regiones edematosas. Cloroformizado el enfermo se procedió a dividir el tumor en su parte líquida y en la incisión se cuidó de no herir las fibras musculares sino que se les separaba siempre que se encontraban, la incisión se hizo paralela a la línea media y a igual distancia de esta y de la espina iliaca anterior y superior en una extensión como de diez centímetros; llegados a la cavidad peritoneal nos dimos cuenta de que esta estaba libre y que el tumor era cubierto por la hoja profunda de la serosa, dividida esta se dió salida a la producción líquida que hizo irrupción debido a la presión bajo la cual estaba; el líquido era espeso y sanguinolento presentando parecido al pus de la hepatitis amibiana, seguidamente el escurrimiento se hace francamente sanguinolento; la exploración de la cavidad de donde se extrajo el líquido nos informa que sus paredes son resistentes y sangrantes y que el tumor es inmóvil; se taponó la cavidad con gasa y se procede a practicar una laparotomía exploradora sobre la gran masa del tumor a cuyo efecto se traza una incisión paralela a la línea media y al nivel del hipocondrio, se divide la pared respetando los músculos y abierta la cavidad se separan las asas intestinales y se descubre el tumor que está situado en pleno cuadrilátero suprarrenal y se extiende hacia la

columna vertebral a la cual se fija solidamente y la pasa hacia la derecha. Por esta incisión se puede dar cuenta de que el hígado, el estómago y el bazo están libres y de consistencia normales; de que el tumor es retroperitoneal inoperable y se procede a tomar un pequeño fragmento para el análisis histológico, la toma de este fragmento produce hemorragia tenaz que no cedió sino al termo y que nos obligó a no cerrar enteramente la herida colocando un Miczkuli para tener en observación esta parte por si la hemorragia se reproducía, lo que no tuvo lugar. Las consecuencias operatorias fueron nulas, la temperatura se mantuvo entre 36,5 y 37 y en estos límites se sostuvo en los días siguientes. El apetito no se alteró y el sueño y las grandes funciones se conservaron como antes de la intervención; el edema del miembro inferior izquierdo disminuyó, lo que permitió al enfermo hacer algunos movimientos pudiendo al cabo de algunos días sentarse y cambiar de posición abandonando el decúbito supino que era la única posición que guardaba desde hacia tiempo. El estado general ha mejorado. En el curso de la primera semana de junio sobreviene desgano por los alimentos, el edema del miembro se pronuncia y aumenta extendiéndose al escroto y al otro miembro, el enfermo se queja de sensación de frío en los dos miembros y de hormigueos lo que produce insomnio; el día seis este estado se pronuncia más y muere el siete, sin haber presentado reacción febril en todo el curso de su padecimiento.

La autopsia se practica el día nueve: abierta la cavidad torácica no presenta nada notable a la inspección; en la abdominal no existe derrame, las asas intestinales y el peritoneo ofrecen su aspecto normal, el hígado desborda dos dedos el reborde costal y el estómago, así como el intestino aparecen moderadamente dilatados por gases. El tumor se presenta revestido por la hoja peritoneal posterior, cubierto por los intestinos a los que hay que separar para verlo en toda su extensión, nace de la región suprarrenal izquierda y se extiende sobre la columna vertebral desde la undécima dorsal hasta la última sacra; partiendo de este eje su desarrollo es mayor hacia la izquierda que hacia la derecha, de superficie lisa y uniforme apenas está ligeramente abollado; sumamente adherido a las vértebras no es posible desprenderlo de ellas, tan grande es su adherencia y se procede a seccionarlo por la parte media pudiéndose dar entonces cuenta de sus relaciones; ha desviado, comprimiendo y envolviendo la aorta y la cava, el pedículo renal izquierdo ha desaparecido en la masa misma del tumor, el riñón de este lado, no se encuentra en su lugar, ha sido absorbido por el tumor que lo ha colocado hacia delante y hacia arriba de la gran masa, ahí se encuentra atrofiado y apenas se conoce por su color especial y un poco por su forma, es imposible aislar el uretero; el riñón derecho conserva su po-

sición normal y no ofrece nada notable ni al corte ni en su consistencia. El bazo, de tamaño y aspecto normales, lleva en su extremo anterior un núcleo metastático de color blanquizco que al corte aparece formado de una masa blanca y consistente; abajo de él no se encuentra la suprarrenal y empieza el tumor. La cápsula suprarrenal derecha aparece en su sitio y es de apariencia normal. El estómago y el intestino normales, la vesícula biliar contiene líquido y está libre la circulación biliar. El hígado de tamaño y aspecto normales lleva en el lóbulo izquierdo dos producciones neoplásicas que resaltan por su color blanquecino y formadas por una masa blanca y moderadamente resistente. Los ganglios prevertebrales están llenos de una substancia blanquecina. El pulmón y las pleuras de ambos lados son de aspecto normal. Nada notable en el corazón. Ya se dijo que el tumor se dividió para su estudio por la parte media y sólo falta agregar que al corte presenta una superficie de sección de color ligeramente rosado, de aspecto blanquizco, homogénea y no quística y no dá líquido de escurrimiento; el escarpelo arranca de su superficie una papilla blanquecina. Se tomaron fragmentos para el estudio histológico.

La historia quirúrgica del enfermo cabe en los límites de lo que se ve a diario y no es por esto ni en esto, en lo que reside, a juicio nuestro, la importancia de la observación. Ciertamente que las producciones de la región son interesantes por más de un punto de vista y los trabajos de Virchow, los de Brin, los de Hubler han contribuido, entre otros, para dar a conocer la importancia que reviste esta porción del organismo en la cual el cuerpo de Wolff, los paraganglios y el riñón se suceden dando margen en más de una ocasión a las heteroplasias. Así considerado el asunto es de cierta importancia; pero lo es más cuando queremos darnos cuenta de su composición anatómica porque entonces se distingue un tanto de lo comúnmente señalado y se reúne a los pocos casos que se han registrado en la ciencia, análogos en su constitución anatómica.

Los cortes tomados del fragmento durante el acto operatorio coloridos por el von Gieson vistos con débil aumento presentan una estructura particular, ofrecen celdillas redondas de gran núcleo y escaso protoplasma diseminadas en una substancia intersticial débilmente fibrilar y que tiñe el pírlico en amarillo de un modo casi uniforme. Las celdillas están dispuestas en cordones paralelos unos a otros y a veces en grupos poco numerosos, otras se colocan en torno de una cavidad y afectan la forma de rosácea. Según ésta descripción la idea de sarcoma se presenta, pero no satisface dado que la substancia intercelular fibrilada interpuesta entre las celdillas no presenta la reacción del tejido conjuntivo; no cabe pensar en el epiteloma porque las celdillas de escaso protoplasma perdidas en me-

examen histológico reveló estar compuesto de núcleos redondos, voluminosos, a menudo dispuestos en rosácea y rodeados por una substancia intercelular finamente fibrilar. El tumor estaba infiltrado de hemorragias intersticiales muy abundantes. La otra observación se refiere a una niña de 14 semanas. Diagnóstico: Sarcoma del hígado. En la autopsia el hígado es muy voluminoso y lleno de núcleos blanquizcos metastáticos. La cápsula suprarrenal izquierda encierra también un núcleo blanquizco del tamaño de una nuez, a la derecha el riñón es coronado de un tumor del volumen de un reloj de bolsa, de color blanco rosado. El tumor se ha desarrollado a expensas de la cápsula porque al examen del tumor se encontraron fragmentos de ésta en medio de la masa. Se trataba en consecuencia de un tumor primitivo de la cápsula suprarrenal derecha con núcleos metastáticos en el hígado y en la cápsula suprarrenal del lado opuesto. El examen histológico demostró que el tumor así como las metastasis estaban formados por núcleos redondos, voluminosos, cuya situación y relaciones son idénticos a lo descrito en la observación anterior.

Kuster y los autores citados antes, deducen de la observación de los cortes histológicos de los tumores que han examinado, que se trata en ellos de gliomas de la cápsula suprarrenal. En un trabajo que apareció en los archivos de Virchow en 1905, Wiesel refuta la opinión de Küster y cree que las celdillas descritas son las que él llama celdillas formadoras del simpático. Wiesel que ha estudiado la embriología de la cápsula suprarrenal en el hombre y en los animales, ha descrito, en la substancia medular de la cápsula en vía de formación un tejido formado de núcleos voluminosos, ricos en cromatina, desprovistos de protoplasma, a veces dispuestos en rosácea; este tejido provendría de la penetración del simpático en la cápsula suprarrenal. Concluye de la analogía que presentan las celdillas formadoras del simpático y las celdillas descritas por Küster en sus neoplasmas, concluye, repito, que estas últimas deben ser consideradas, no como gliomas, pero sí como tumores nacidos de las celdillas formadoras del simpático; pero los neoplasmas del simpático abdominal encierran celdillas ganglionares y fibras nerviosas, según un artículo reciente debido a Ohse y en los cortes que hemos examinado faltan estos elementos. Los tumores primitivos del simpático abdominal, son retroperitoneales y se desarrollan en la parte superior de la cavidad abdominal y se parecen de cerca a los neoplasmas primitivos del riñón y de la cápsula suprarrenal; pero en todos los hechos registrados que pertenecen a Madelung, a Benecke, a Glökner, Schmidt y Bruchanow que son los publicados, se han encontrado siempre celdillas simpáticas y fibras

nerviosas. En vista de lo expuesto creemos que el caso que hemos revisado puede ser incluido en el grupo de los gliomas de la cápsula suprarrenal.

México, 30 de julio de 1920.

A handwritten signature in black ink, appearing to be "A. L. Pardo", written in a cursive style. The signature is enclosed within a large, sweeping, handwritten flourish that extends to the right and then loops back under the main text.