

NEFROBLASTOMAS BENIGNOS DE LA INFANCIA. CISTOADENOMAS

A. DE LA PEÑA, A. REY RAMOS y P. USEROS DE SANTOS.

Clínica Universitaria de Urología. Facultad de Medicina de Madrid.

Profesor: A. DE LA PEÑA.

Los blastomas renales del niño suelen ser de extraordinaria malignidad (disembriomas o tumores de Wilms). Los histológicamente benignos: fibromas, leiomiomas, rhabdomiomas, adenomas, formaciones adenomatosas mixtas, fibroadenomas, cistoadenomas, etc., resultan extremadamente raros. CAMPBELL² afirma que no llegan a 12 los casos de cistoadenomas descritos en la literatura mundial, presentando dicho autor norteamericano uno nuestro (A. P.), en su obra "Pediatric Urology", y que corresponde a una niña de catorce meses, hoy en su octavo año de edad. DEMING⁴, en el capítulo de tumores en la obra magistral de CAMPBELL ("Urology", 1954), ayuno de casos personales de cistoadenomas renales, recoge toda la iconografía y detalles de nuestro caso, publicado por CAMPBELL como ejemplo más fidedigno de los hasta ahora referidos. Habiendo tenido nosotros ocasión de recoger otro, esta vez en un niño de dos años y medio, y siendo probablemente los dos con que cuenta la estadística urológica española, hemos decidido publicarlos conjuntamente, aun cuando el primero fué ya publicado (A. P.) en 1953⁸.

De todos los blastomas benignos de la infancia, el adenoma renal aparece como de mayor incidencia, aun cuando una revisión no exhaustiva permite creer que no pasen de medio centenar los casos publicados. El estudio de una serie de riñones adultos procedentes de nefrectomías o necropsias demuestra la presencia de nódulos adenomatosos benignos, inaparentes en clínica. Prescindiendo de los pequeños implantados en la región medular, la inmensa mayoría se encuentran situados en plena cortical. NEWCOMB⁷, entre 1.172 autopsias consecutivas encuentra 147 adenomas renales. En la mayoría, trátase de tumoraciones pequeñas, aun cuando tanto JUDD⁶ como DSCHU-YU-BI, PROSKAUER, KAILK y HUCKEL encontraron formaciones de cierto volumen. Destaca el caso de KRETSCHMER y DOEHRING (1929), en el que el blastoma pesaba 760 gr. CZERNY describe uno en un niño de dieciséis meses y KYNOCK en otro de la misma edad, ambos con pesos inferiores a los 100 gramos. Frecuentemente, múltiples y unilaterales se dan en el riñón adulto o senil, coincidiendo con alteraciones de esclerosis, nefritis, tuberculosis, poliquistosis, etc. En algunos casos el cuadro anatomo-patológico predominante es una verdadera adenomatosis miliar. Cuando únicos, pueden adquirir tamaños importantes.

El origen tubular de los adenomas parece ad-

misible, pudiendo demostrarse histológicamente a veces tal aserto. En la iniciación del proceso, el papel desempeñado por los diversos componentes de la nefrona es evidente. Muy difícil es determinar si los adenomas son en sí neoplasias verdaderas desde su comienzo o son inicialmente hiperplasias focales benignas, ulteriormente transformadas en blastomas por una verdadera capacidad mutatógena celular. Como afirma WILMS¹¹, tanto en el riñón como en la mama, tiroides e hígado, es difícil separar con precisión ciertas hiperplasias o inflamaciones crónicas de los procesos neoformativos. Es probable que en la génesis del cistoadenoma intervengan factores congénitos, inclusión de elementos distópicos, procesos de autoxemia, inflamación crónica, etc. (COHNHEIM, EWING, RIPPERT, etc.). En general, el adenoma, independientemente de su localización, se presenta bajo las formas alveolar, sólido y papilar, siendo esta última la más frecuente. Algunas clasificaciones han sido propugnadas por EWING⁵, NEWCOMB⁷, etc., siendo la más discutible la de este último, ya que a todos los denomina cistoadenomas papilíferos. El tipo celular que se encuentra en el tumor es dispar: pequeñas células cuboideas y grandes vacuoladas más claras. El crecimiento suele originar transformaciones tisulares, siendo común la aparición de quistes; de aquí la denominación de "cistoadenoma" que recibe. La estructura quística en este caso es tan acusada que se ha llegado a pensar que la cistoadenomatosis sería en realidad la iniciación del poliquistoma renal, pero los argumentos en favor de esta hipótesis son recusables, contrastando la unilateralidad de los cistoadenomas con la bilateralidad de la poliquistosis renal.

Tampoco el proceso designado por SCHWARTZ en 1936 como "riñón multiquístico unilateral congénito", y caracterizado por la inclusión de un conglomerado de quistes de variado tamaño no deslindable del tejido renal normal, tiene relación alguna con el cistoadenoma como algunos han supuesto. SPENCE¹², en una revisión de la literatura, encuentra 15 casos que cree pueden ser clasificados como riñón multiquístico unilateral y señala autores que creen se trata de enfermedad poliquística unilateral. CAMPBELL hace hincapié sobre esta entidad, claramente definida, que debe ser diferenciada, tanto de la poliquistosis como de los quistes renales multiloculares y del cistoadenoma.

Macroscópicamente, la pieza en la hemisección aparece como un conglomerado o "nídos de abejas" (A. P.) de celdas irregulares en tamaño y disposición (fig. 8); sus tabiques son de color gris o amarillento y compuestos por células epiteliales, cúbicas o cilíndricas, sin verdadera luz tubular. Sus características las distinguen bien del parénquima normal residual. Pseudocapsulados, los cistoadenomas se diferencian de los microadenomas múltiples que carecen de aquella limitación. No es raro encontrar proyecciones papilares intralaminales, formadas por tra-

béculas finas y vasculares, radiadas en su disposición, constituidas por tejido conjuntivo y revestidas de un epitelio cúbico o cilíndrico monoestratificado con características regulares. Las formaciones pequeñas presentan por lo general una cavidad, mientras que las grandes suelen ser multiloculares, como en el caso de EDMUND y en los nuestros (figs. 2 y 8).

Según SABOURIN, los adenomas papilares están formados por un epitelio ondulado con escaso estroma. El origen de aquél se presta a numerosas conjeturas. Existen razones para admitir, repetimos, que procede del epitelio normal de los túbulos, como aduce MELICOW en la génesis de otras neoplasias renales. Es importante hacer resaltar que las formaciones pseudoquísticas que nos ocupan están constituidas por células claras u oscuras, vacuoladas, conteniendo numerosas gotas de grasa, glucógeno e inclusiones lipoides birrefringentes (STOERK y ZEHBE).

Se ha observado repetidamente el crecimiento y la transformación maligna de un cistoadenoma, pudiendo sugerir que algunos adenomas de células claras, sobre todo los de tipo alveolar, podrían proceder de éstos, y así, tanto NEWCOMB⁷ como TRINKLE¹⁰, etc., afirman que el impropriamente llamado hipernefroma o adenocarcinoma de células claras se origina en un adenoma precursor (*). WILMS¹¹, sin embargo, llega a la conclusión de que no hay signos histológicos que permitan una clara distinción entre adenoma y carcinoma. Nosotros (A. P.), en estudios sobre carcinogénesis experimental en testículos de perro, y de neoplasias de testículo humano, llegamos a conclusiones menos taxativas.

El estudio histopatológico de los dos casos que presentamos en este trabajo demuestra (caso 1, figs. 3 y 4) que las cavidades están tapizadas por una sola hilera de células epiteliales, cuboideas o prismáticas con núcleos dispuestos a distintas alturas, estructura histológica que puede inducir al error intrascendente de considerar posible la existencia de epitelio poliestratificado. Excepcionalmente esta capa presenta pliegues constituyendo papilas, aunque por regla general las cavidades son lisas, sin formaciones papilares. Los tabiques limitantes de las mismas, a veces muy gruesos, constan de un complejo sostén fibroso con abundantes fibras colágenas por las que discurren los vasos sanguíneos. De manera semejante a los cistoadenomas de otros órganos, el crecimiento de los tubos va paralelamente asociado al desarrollo del conjuntivo fibroso que lo circunda. Igualmente el epitelio puede, en ciertos casos, ser asiento de fenómenos secretorios activos, apareciendo en tal caso la cavidad rellena de una materia de aspecto coloideo, homogénea,

densa, englobando acúmulos de leucocitos, que traspasaron la barrera epitelial. En nuestro segundo caso (fig. 10) las imágenes son análogas a las mencionadas, es decir, irregulares cavidades tapizadas por una sola capa de células epiteliales cuboideas y parénquima renal prácticamente desaparecido. No se evidencian fenómenos de mitosis ni signos histológicos de malignidad (desdiferenciación celular, anisocitosis, hipercromatosis, etc.). La cápsula que reviste a la neoformación se origina del parénquima renal comprimido.

La iniciación del proceso es inaparente en clínica. Más adelante, la progresión volumétrica asintomática llama la atención de los familiares o de quienes cuidan del niño y les decide a consultar. La tumoración abdominal, localizada en hipochondrio, es en las fases avanzadas perceptible a la inspección y palpación, no en las iniciales, y las manifestaciones clínicas son superponibles a los signos de los blastomas de Wilms, si bien el estado general, pérdida de peso, fiebre, autotoxemia, hematodiscrasia, etc., serán más acusados en estos últimos. Las alteraciones ocasionadas por la compresión son muy relevantes, en especial las del aparato digestivo, caracterizadas por trastornos gastrointestinales, estreñimiento, diarreas, etc. La elevación del diafragma por el crecimiento tumoral origina trastornos respiratorios (disnea, bronquiales, etcétera) mantenidos por la inmovilización del hemidiafragma correspondiente; también son acusados a veces los signos derivados de la obstrucción del sistema porta (circulación venosa colateral) y de los vasos espernáticos (en uno de los casos que se presentan se observó un varicocele de cierto volumen en el lado de la tumoración).

La señalada falta de hematuria, signo fundamental de la tríada diagnóstica de las neoplasias urológicas, en contraste con su frecuente presentación en los tumores renales del adulto, es regla que no escapa a la excepción. De los dos casos, en uno se presentó hematuria asintomática de tres días de duración. En los dos, la temperatura osciló entre los 37° y 38,5° sin signos de pielonefritis ni infección urinaria coexistente, por lo cual ha de atribuirse a la reabsorción de toxinas, albúminas heterólogas, etcétera. El estado general de nuestros enfermos no mostraba signos de autointoxicación, caquexia, etc., pero sí una discreta anemia de pronta recuperación postoperatoria. La situación general psicosomática, crecimiento, intelecto, etcétera, eran normales en relación con la edad respectiva y el sexo.

El diagnóstico (*) del tipo de neoplasia que nos ocupa se basa en la historia clínica, examen

(*) Como muchos no admitimos (A. P.), la degeneración de un adenoma precursor en el cáncer testicular ni prostático; no es admisible igualmente la transformación maligna del adenoma benigno renal, existiendo la misma probabilidad de carcinogénesis en el parénquima normal que en el adenoma.

(*) En este curso académico se están realizando, en colaboración con la Clínica de Patología Médica del profesor GILSANZ, biopsias renales con la aguja de Silverman, habiéndose realizado hasta el momento 17 en pacientes afectados de nefropatías médicas. También se ha realizado en enfermos de hipertrofia prostática de dudoso diagnóstico. La técnica es sencilla; sin embargo, ante la posibilidad de neoplasias renales malignas, la biopsia punción debe ser practicada.

físico (palpación bimanual: peloteo renal, zonas dolorosas, etc.), estudio hematológico (series roja y blanca, eritrosedimentación, azotemia,

ascendentes o retrógrados), quedando reservado el histológico al examen anatomo-patológico de la pieza, debiendo por ello ser consideradas y



Fig. 1.—Pielografía ascendente izquierda.

fosfatasa ácida, etc.), citológico de orina (sedimento, Papanicolaou) y radiográfico (placa simple, pielogramas descendentes o funcionales y

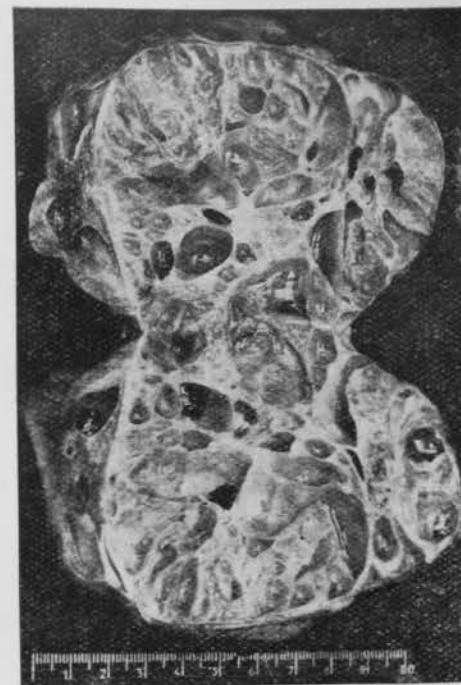


Fig. 2.—Pieza operatoria.

tratadas en principio como neoplasias malignas, ya que sólo éste permite la discriminación.

El estudio radiográfico es fundamental para



Fig. 3.—Aspecto microscópico de escaso aumento. Obsérvense los quistes y los tabiques de tejido conectivo.

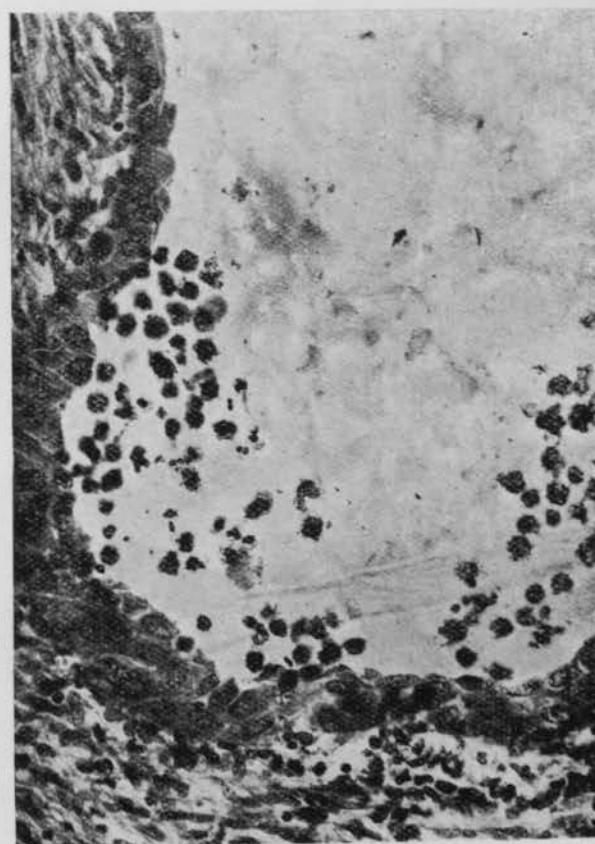


Fig. 4.—Aspecto microscópico a mayor aumento. (Método de coloración: carbonato de plata de DEL RÍO ORTEGA.)

la conclusión diagnóstica. La radiografía simple permite la identificación del tamaño y densidad de la tumoración, desplazamiento del intestino, del hemidiafragma correspondiente y otros datos complementarios sobre características del marco óseo, etc. La existencia de de-



Fig. 5.—Fotografía de la niña a los siete años y medio de la intervención.

formidades, irregularidades en la silueta renal, desaparición del espacio reno-psoas, etc., orientan más el diagnóstico, pero son los urogramas descendentes y el ascendente los que de forma fidedigna le completan. La anulación del riñón impedirá la identificación del sistema excretor pieloureteral, pero el urograma descendente localiza y precisa el diagnóstico diferencial con

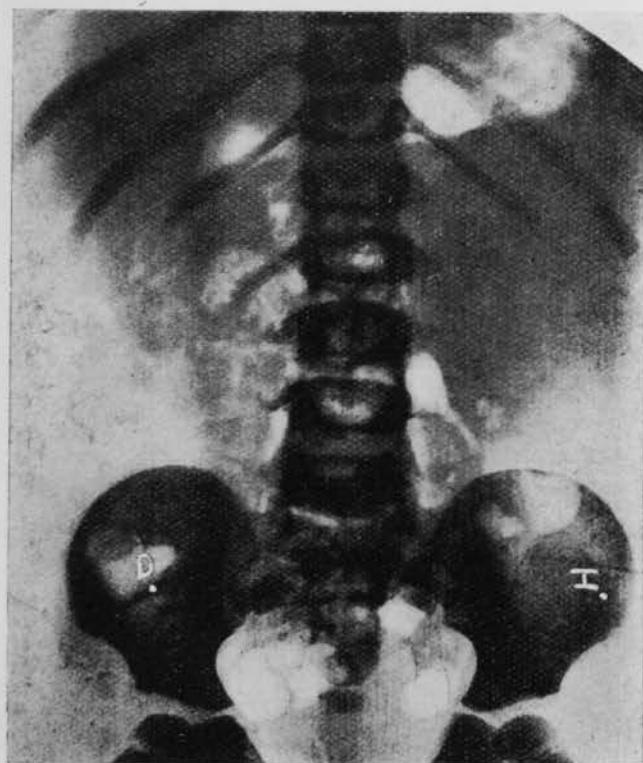


Fig. 6.—Radiografía simple. Se observa la tumoración ocupando el hipocondrio izquierdo.

otras tumoraciones (leishmaniosis, tumor retroperitoneal, ovárico, formaciones quísticas, etcétera); en los casos con función renal normal, la urografía ascendente permite delinear las típicas alteraciones de compresión, deformación, estructuras pielocaliciales y del uréter que confirman el diagnóstico. Exploraciones de excepción son las aortografías, flebografías, inyección de gases, etc., que por los riesgos que llevan son métodos diagnósticos discutibles.

CASUISTICA.

Observación núm. 1. Historia clínica núm. 4.759. I. R. T., niña de catorce meses.

A los tres meses de edad, diarreas que duran hasta la actualidad. A los ocho, su madre aprecia la existencia de una tumoración en el flanco izquierdo, que ve aumentar con rapidez, por lo que decide consultar. Temperaturas esporádicas de 38°.

Los exámenes practicados revelan los siguientes datos:

Niña bien constituida y nutrida con buena coloración de piel y mucosas.

Cardiorrespiratorio, normal.

Por palpación se aprecia tumoración en hipocondrio izquierdo, de gran volumen y superficie lisa, ligeramente móvil. Circulación venosa colateral.

Datos complementarios: Leucocitos, 6.800; hemáticas, 4.100.000; cayados, 6; segmentados, 68; eosinófilos, 1; linfocitos, 23; monocitos, 2. Urea en sangre: 0,32 gramos por 1.000; glucemia, 1,08 gr. por 1.000.

Sedimento de orina: Leucocitos, 2 por campo. No gérmenes.

Cistoscopia: Vejiga, normal; se cateteriza el R. I., obteniéndose orina ligeramente turbia con dos hemáticas por campo, numerosos leucocitos y ausencia de flora microbiana y de bacilos ácido alcohol resistentes.

La radiografía simple y la descendente a los doce minutos revelan la existencia de una masa de gran volu-

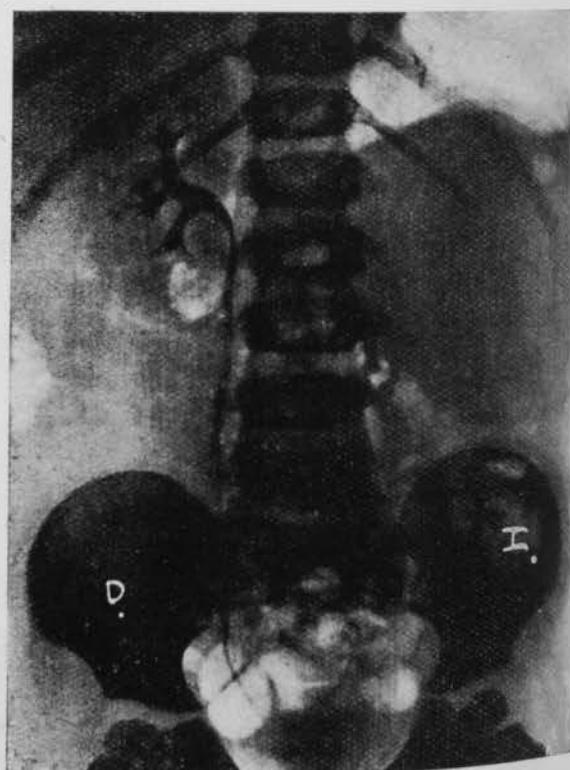


Fig. 7.—Urografía descendente a los 12 minutos de Uroselectan.

men, esférica, que ocupa gran parte del hemiabdomen izquierdo y desplaza el hemidiafragma homólogo; su borde inferior rebasa dos traveses de dedo por debajo de cresta iliaca; estos mismos datos, y el desplazamiento de las estructuras pielocaliciales que aparecen como

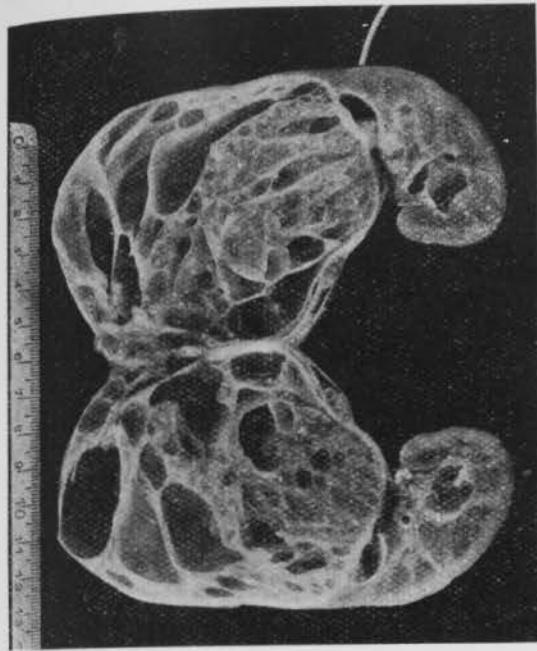


Fig. 8.—Pieza operatoria.

cabalgando sobre la tumoración, son más demostrativos en la pielografía ascendente que reproducimos (fig. 1).

Antes de ser sometida la enfermita al acto operatorio se instaura (doctor OTTE) un tratamiento con un total de 2.550 r. de roentgenoterapia profunda que no logra disminuir el volumen de la neoplasia.

Intervención.—Anestesia etérea. Lumbotomía clásica; en la maniobra de aislamiento del riñón, de su atmósfera perirrenal aparece un asa intestinal recubierta por la hoja peritoneal posterior y laxamente adherida al riñón que se aísla sin dificultad. La nefrectomía simple y el cierre del peritoneo, en una extensión de



Fig. 9.—Riñón totalmente deformado, pero con la cápsula propia intacta, aunque muy engrosada. La neoplasia se ha realizado, sobre todo a expensas del polo superior.

5 centímetros, completan el acto. Drenaje y cierre de pared en masa con puntos entrecortados de catgut, seda y crin, según nuestra norma.

Curso postoperatorio sin incidentes, siendo dada de alta la niña a los ocho días.

La pieza pesó 430 gramos y sus ejes son: $12 \times 9 \times 5$ centímetros (fig. 2). Por estar en contacto periódico con sus familiares (la enfermita nos visitó hace dos meses) constatamos el estado de salud, que es normal hoy día, exactamente a los siete años y medio de la nefrectomía (figura 5).

Observación núm. 2. Historia clínica núm. 3.210.

J. de M., niño de dos años y medio.

Antecedentes personales: Escarlatina. Familiares, sin interés.

Diez meses antes de presentarse en consulta comienza con adelgazamiento, diarrea pertinaz y astenia. Un

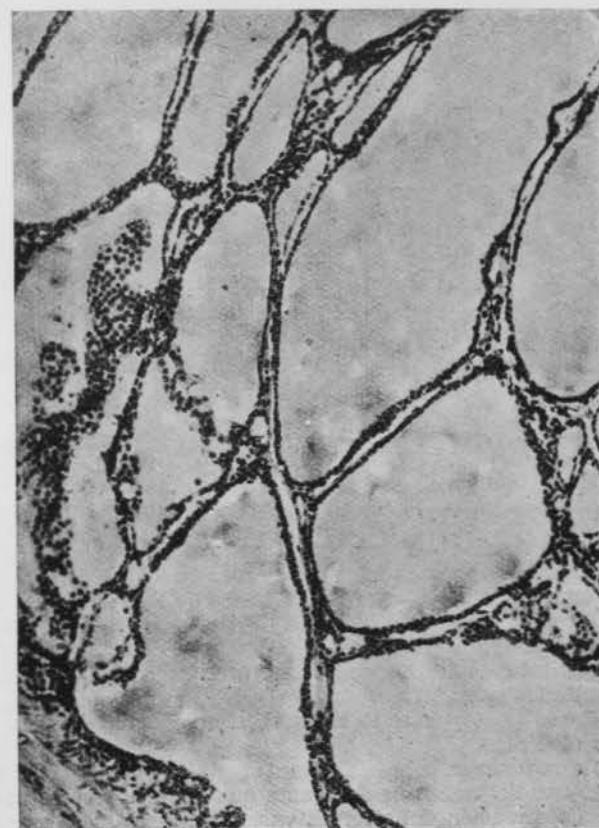


Fig. 10.—Obsérvense las cavidades tapizadas por epitelio cuboideo y la sustancia coloidea teñida por la anilina que las llena.

mes antes de ser visto por primera vez, hematuria asintomática de tres días de duración, que repite a los ocho días y se acompaña de temperaturas de 37.5° . En este momento es cuando la madre aprecia la existencia de una tumoración en hipocondrio izquierdo.

Los exámenes practicados arrojan los siguientes datos: Niño de normal constitución con buena coloración de piel y mucosas. No adenopatías. Por palpación adviétese "tumoración" de volumen considerable, indolora e inmóvil, en hipocondrio izquierdo. Varicocele del mismo lado.

Cardiorrespiratorio, normal.

Datos complementarios: Leucocitos, 7.200; hematies, 2.900.000; cayados, 7; segmentados, 71; eosinófilos, 1; linfocitos, 19; monocitos, 2. Urea en sangre: 0,38 gramos por 1.000; glucemia, 1,12 gr. por 1.000.

Sedimento de orina: Escasos leucocitos, algún hematíe, ausencia de flora y baciloscopía negativa.

La radiografía simple (fig. 6) es muy demostrativa de la existencia de tumoración, que ocupa toda la celda renal, de forma esférica, y que llega en su parte inferior

a la altura de la cresta ilíaca. La urografía descendente, a los doce minutos, deja ver que la tumoración desplaza y comprime la pelvis renal con invasión de las estructuras caliciales media e inferior (fig. 7).

Antes de ser sometido a la intervención se aplican (doctor OTTE) un total de 3.180 r. en 19 sesiones en pro-

mas renales, cuyo componente sarcoide se reduce rápidamente, haciendo real la frase de que "los sarcomas funden ante la radioterapia como

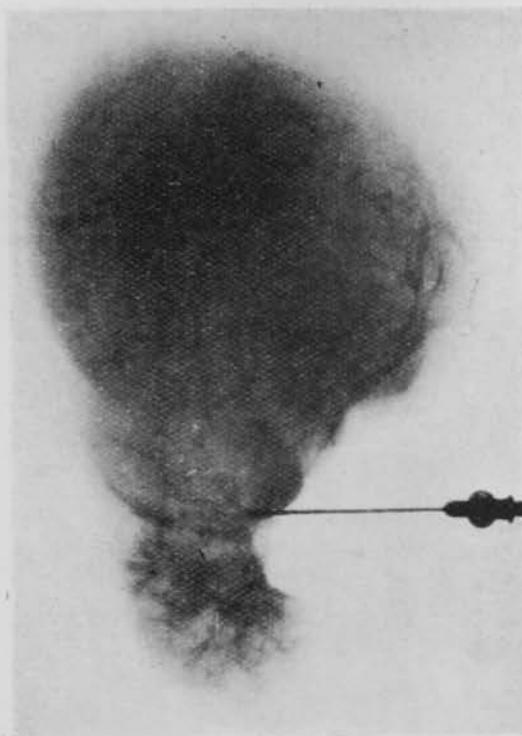


Fig. 11.—Pieza operatoria con sustancia de contraste.

yección focal anteroposterior que son bien toleradas y logran sólo una pequeñísima reducción del volumen de la tumoración.

Intervención.—Lumbotomía clásica y nefrectomía sin contratiempo alguno, bajo anestesia en circuito cerrado y con intubación. No se encontraron adherencias ni dificultades operatorias.

Curso postoperatorio normal, siendo dado de alta a los diez días.

Se realizaron sobre la pieza operatoria (figs. 8, 9, 11 y 12) radiografías de contraste que demuestran una total deformación del sistema vascular y apoyan el punto de vista de que en la génesis de la neoformación pudiera intervenir una anomalía congénita.

En la revisión anual última, a los treinta y cuatro meses de operado, el estado de salud del niño es totalmente satisfactorio (fig. 13).

RESUMEN.

Presentamos dos casos de cistoadenoma renal benigno en la infancia de extraordinario interés clínico y doctrinal; con ellos el número total de los aparecidos en la literatura internacional llega a los 13 ó 14; esta duda se debe a que el primer caso nuestro aparece referido sin hacer explícita la suma en las obras de CAMPBELL y DEMING.

Son de destacar: la edad de aparición clínica en ambos casos, la sintomatología no patognomónica, la no respuesta volumétrica al tratamiento radioterápico preoperatorio, lo que las diferencia hasta cierto punto de los disembar-

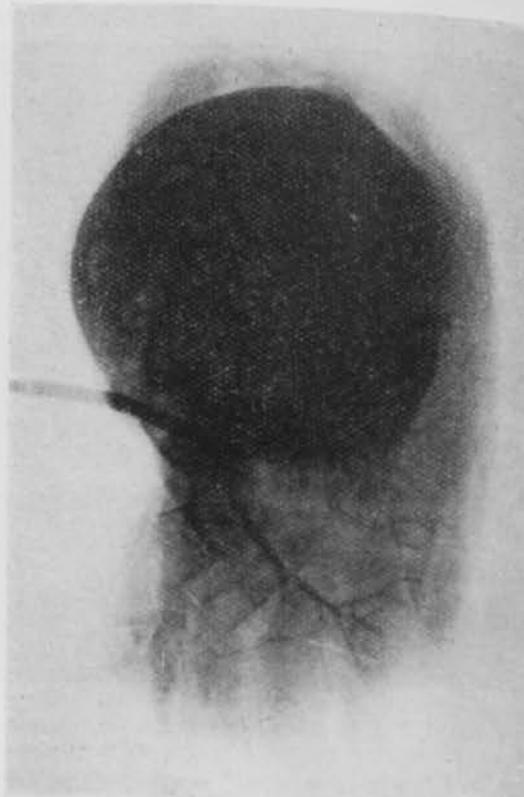


Fig. 12.—Pieza operatoria con sustancia de contraste.

la nieve ante los rayos del sol". Son de destacar asimismo la benignidad histológica, la ausencia de metástasis y la supervivencia ilimitada.



Fig. 13.—El niño a los 34 meses de la intervención.

BIBLIOGRAFIA

1. BELL, E. T.—A text book of Pathology. Philadelphia, 1930.
2. CAMPBELL, M.—Clinical Pediatric Urology. Philadelphia, 1954. W. B. Saunders.
3. CABOT, H. y MIDDLETON, A. W.—Tr. Am. A. Genur. Surg., 31, 108, 1938.
4. DEMING.—Capít. de tumores de la O. M. (CAMPBELL, 2).
5. EWING, J.—Oncología. Salvat, edit. Barcelona, 1948.
6. JUDD, E. S. y SIMON, H. V.—Soc. Gyn. and Obst., 44, 169, 1927.

Sedación clínica del neuro-vegetativo

Estados de tensión nerviosa

Cifras de tensión arterial «marginales»
con la patología

RELAX

FRASCOS DE 20 TABLETAS

Cada tableta contiene:

Ácido iso-alil-barbitúrico.....	1 cg.
Rauwolfia Serp. total.....	1 mg.
Ácido feniletil-barbitúrico	2 cg.
Ácido di-alil-barbitúrico.....	2 cg.

Ni fuerte ni débil. Tomado en los momentos de tensión (media mañana, tarde y al acostarse) sorprende la sensación de bienestar obtenida en los distónicos.

Estados de tensión neuro-emocional. Prehipertensión arterial. Clíматерio. Ansiedad. Taquicardia y Extrasistoles. Psiconeurosis benigna

Davur



CEMIDON

Hidrazida del ácido isonicotínico

COMPRIMIDOS DE 50 MILIGRAMOS

INYECTABLES AL 6 %.

ENVASES DE 20 - 100 y 1.000 COMPRIMIDOS (ENVASE CLINICO) CAJA DE 5 AMPOLLAS DE 5 cc

LABORATORIOS GAYOSO - JORGE JUAN, 141 - ARENAL, 2 - MADRID

7. NEWCOMB, W. D.—Proc. Roy. Soc. Med., 30, 113, 1936.
8. PEÑA, A. DE LA.—Arch. Pediat., 3, 17, 1953.
9. PEÑA, A. DE LA Y PUERTA, R.—Med., Cir. y Gin., 9, 2, 1955.
10. TRINKE, A.—Amer. J. Cancer, 27, 676, 1936.
11. WILMS, R. A.—Pathology of tumours. Butterworth. London, 1948.
12. SPENCE, M. H.—J. Urology, 74, 6, 1955.

SUMMARY

Two cases are reported of benign cystadenoma of the kidney in children. They are of remarkable clinical and doctrinal interest. The total number of such tumours reported in international literature amounts now to 13 or 14.

Prominent among the features of the cases reported are: age at which they became clinically evidenced; non-pathognomonic symptomatology of the neoplasm; lack of reduction in size after pre-operative radiotherapy, which to some extent differentiates these tumours from renal dysembryomata. Other additional features were histological benignity, simplicity and innocuity of the surgical technique and cures of unlimited duration.

ZUSAMMENFASSUNG

Es werden zwei Fälle von einem gutartigen renalen Zystadenom im Kindesalter besprochen, welche klinisch und doktrinär von ausserordentlichem Interesse sind. Mit diesen beiden kommt es insgesamt in der internationalen Literatur zu 13 oder 14 solcher Fälle.

Bei beiden Fällen ist hervorzuheben: das Alter in welchem die klinischen Anzeichen zum Vorschein kamen; die nicht pathognostische Symptomatologie der Neubildung; das Nichtzustandekommen einer volumetrischen Reduktion durch die präoperative Röntgentherapie, zum Unterschied, im gewissen Masse, mit einem renalen Dysembryom. Es ist auch sonst noch hervorzuheben die histologische Gutartigkeit, die Einfachheit und Harmlosigkeit des chirurgischen Eingriffes, die Abwesenheit von Metastasen und die unbegrenzte Lebensdauer.

RÉSUMÉ

On présente deux cas de cystoadénome rénal bénin dans l'enfance, d'intérêt clinique et doctrinal extraordinaire. Avec ces deux cas, le total des trouvés dans la littérature internationale est de 13 à 14.

On doit souligner l'âge d'apparition clinique dans les deux cas; la symptomatologie non pathognomonique de la néoplasie; la non réduction volumétrique au traitement radiothérapeutique préopératoire que les différentie, jusqu'à un certain point, des dysembryomes rénaux.

On doit souligner également la bénignité histologique, la simplicité et innocuité de la technique chirurgicale, l'absence de métastase et la survie illimitée.

QUERATOACANTOMA

(*Molluscum pseudocarcinomatosum - Molluscum sebaceum.*)

F. DE DULANTO.

Catedrático de Dermatología de la Facultad de Medicina. Granada.

INTRODUCCIÓN.

El importante trabajo de los autores belgas ROOK y WHIMSTER¹, publicado en 1950, despertó el interés hacia un peculiar tumor epidémico, benigno, *frecuente*, de crecimiento rápido y curación espontánea en el plazo de unos meses, designado con los nombres de *Molluscum sebaceum*, *Molluscum pseudocarcinomatosum* y preferiblemente *Queratoacantoma*. Es esencial conocerlo bien para distinguirlo del carcinoma espinocelular cutáneo, con el que se ha confundido durante muchísimos años. Y no deja de ser curioso que pasara tanto tiempo sin identificar, pues la revisión bibliográfica efectuada muestra que existe una serie de observaciones anteriores que del todo coinciden. Así, LASSAR², en 1893, refirió tres casos de "epitelomas" de la cara en adultos curados con arsenito potásico por vía oral; GOUGEROT³ y cols., a partir de 1917, describen sus "Verrugomas", y en época más reciente MAC CORMACK y SCARFF⁴ publican sus observaciones de "Molluscum sebaceum". Con otras designaciones se han identificado algunos más (KLABER⁵ y MUSSO⁶).

En la actualidad, son numerosos los artículos sobre el tema que atestiguan la frecuencia del queratoacantoma. He recopilado un total de 211, junto a los cinco personales, y es incesante la aportación de otros no sólo en la bibliografía dermatológica, sino en la quirúrgica y general (⁷ a ¹⁹).

Considero urgente difundir esta cuestión en España.

CUADRO CLÍNICO.

Descripción general.—El queratoacantoma, en la etapa de máximo desarrollo, es un tumor hemisférico, casi siempre único, prominente, bien limitado, de aspecto verrugoso y del tamaño de un guisante a una avellana (1-1,5 cm. de diámetro), que puede sobrepasar. Acostumbra a presentar el mismo color de la piel normal, o bien es rosado o rojo-violáceo. Indoloro espontáneamente, pero algo sensible a la presión, y de consistencia variable, a veces bastante duro. En su parte más saliente hay un cráter lleno de una masa córnea, bien visible, de las dimensiones de una cabeza de alfiler o algo mayores, que se puede arrancar con facilidad sin originar hemorragia (fig. 1).

Es muy llamativo su *rápido crecimiento*, alcanzando volumen muy apreciable en un mes