

## QUISTE HEMATICO RETROPERITONEAL

Por el Doctor JUAN MARIANO FAZIO

Múltiples trabajos nacionales y extranjeros se han consagrado al tema "Tumores retroperitoneales". En el XXIV Congreso Argentino de Cirugía fue abordado exhaustivamente en el relato oficial del Dr. Michans. En nuestra Sociedad el tema ha sido tratado con cierta frecuencia y en 1960, en el 6º Congreso Argentino de Urología, se constituyó una Mesa Redonda que se dedicó al tema.

### PRESENTACION DEL CASO

F. F. de C., de 55 años, argentina, viuda. Ingresó al Servicio de Urología del Hospital Alvear el 5 de julio de 1963.

*Antecedentes personales:* Miomectomía en 1951. Es hipertensa desde hace un tiempo que no puede precisar con exactitud.

*Enfermedad actual:* A raíz de un dolor que luego se comprobó correspondía a un Herpes Zóster Intercostal, se le realiza una radiografía del tórax, encontrándose una masa calcificada por debajo del hemidiafragma izquierdo, que hasta ese momento no había dado síntomas.

*Estado actual:* Enferma en aparente perfecto estado de salud. No ha habido pérdida de peso. Análisis normales salvo una eritrosedimentación de 18 mm en una hora y de 40 en la segunda. Reacción de Casoni negativa. No hay eosinofilia.

*Estudio radiológico:* Radiografía de tórax: hemidiafragma izquierdo sobreelevado, con sombra redondeada, calcificada, subdiafragmática. Radiografía simple de árbol urinario: se observa con mayor claridad y precisión el contorno de la formación infradiafragmática izquierda de aproximadamente 12 centímetros de diámetro.

*Pielografía descendente:* Buena eliminación de la sustancia de contraste por el riñón derecho con morfología pielouréterocalicial normal. En el lado izquierdo, el riñón ha sido rechazado hacia abajo y adentro por la formación retroperitoneal y al mismo tiempo ha sufrido un movimiento de rotación sobre su eje anteroposterior. Se observan con claridad una pelvis renal ligeramente ectásica y los cálices medio e inferior. La imagen del cáliz superior no se observa con nitidez, debido seguramente a un movimiento de rotación alrededor del eje transversal.

*Radiografía contrastada gastroduodenal:* La curvatura menor gástrica enmarca una tumoración que es posible corresponda al riñón desviado. En la placa en lateral, la tumoración ocupa una posición retrogástrica, lo que confirma su ubicación retroperitoneal.

Con diagnóstico de tumoración retroperitoneal calcificada, de etiología ignorada aunque posiblemente neoplásica, se opera la enferma el 16 de julio de 1963. Toracofrenolaparotomía siguiendo el 9º espacio intercostal izquierdo, incisión habitual en el Servicio para extirpar grandes riñones neoplásicos, en especial cuando la tumoración es de polo superior. Se abre la pleura, se incide el diafragma en forma radial y se respeta al peritoneo, sin abrirlo. Se

observa una tumoración del tamaño de un pomelo, envuelta en una gran reacción esclero-lipomatosa. Se libera la tumoración en todas sus caras mediante una disección de la grasa que la envuelve. No existe adherencia íntima al riñón. Se extirpa la pieza en block, sin haber ligado un pedículo único, sino varios vasos aislados que fueron ligándose progresivamente. Queda un lecho bien hemostasiado en el que se individualiza sin dificultad el riñón, que automáticamente ha vuelto a ocupar su posición habitual y la cápsula suprarrenal, intacta.

El informe anatómopatológico de la pieza extirpada, expresa: histológicamente el examen de diferentes sectores del material remitido muestra, correspondiendo con el contenido cavitario quístico, coágulos sanguíneos y restos tisulares en total necrobiosis, con presencia de cristales de colesterol, acúmulos de pigmento hemático y de depósitos cálcicos distróficos fuertemente basofílicos. Las paredes que engloban el material antes descrito están constituidos por tejido conectivo adulto, laminar, denso y con intensos fenómenos de hialinización, colagenización y focos de calcificación distrófica, observándose asimismo algunos infiltrados focalizados linfoplasmocitarios y entre ellos abundantes histiocitos cargados de pigmento férrico, que suelen visualizarse también en pequeños acúmulos intersticiales.

Histopatológicamente se diagnostica: "Quiste hemático de retroperitoneo con intensos fenómenos necrobióticos y de calcificación distrófica".

La enferma ha sido controlada periódicamente hasta el momento actual, encontrándose en perfecto estado de salud. La pielografía descendente realizada hace poco tiempo muestra que ambas sombras renales ocupan su posición normal.

Caucci, en un trabajo muy antiguo, clasifica los quistes retroperitoneales en cuatro clases:

- 1º quistes epiteliales
- 2º quistes linfáticos
- 3º pseudoquistes o cistoides
- 4º quistes parasitarios.

Nos interesan en particular los del tercer grupo, a los que el mismo autor subdivide en: a) hematomas enquistados; b) pseudoquistes serosos; c) pseudoquistes urinosos; d) pseudoquistes pancreáticos; e) pseudoquistes inflamatorios; f) neoplasias a degeneración quística.

De acuerdo al examen anatómopatológico, y teniendo en cuenta la ausencia de revestimiento epitelial, la formación que presentaba esta enferma debe ser considerada un pseudoquiste hemático retroperitoneal.

En cuanto a la etiología de estos pseudoquistes, pueden tener en cuenta dos posibilidades:

1º Se trata de un hematoma traumático que se enquista;

2º El hematoma ha sido espontáneo, puede o no pasar desapercibido por el propio enfermo, pues frente a los hematomas de aparición brusca con su signología clínica del Síndrome de Wunderlich, hay otras sufusiones hemorrágicas de instalación lenta, con reacción fibrosa concomitante.

Con respecto a la presencia de calcificaciones retroperitoneales, debo comentar que en general es imposible atribuirles un origen preciso, pues son múltiples los procesos traumáticos, inflamatorios, degenerativos, parasitarios o tumorales que pueden producirlas.

## DISCUSION

*Dr. Sáenz:* Por la imagen que nos ha mostrado el comunicante, podría tratarse de un pseudo quiste de páncreas o por lo menos, existe la posibilidad de que sea una tumoración renal.

Los tumores renales nunca pueden poner de manifiesto una imagen de ese tipo.

Quisiera preguntarle al doctor Fazio cómo se excluyó la posibilidad de que se tratara de un quiste pancreático.

*Dr. Fazio:* Con respecto a la imagen de la curvatura menor, estoy en duda en cuanto a la interpretación de esa concavidad muy regular y redondeada.

Estimo que podría tratarse del riñón que ha sido rechazado hacia la línea media y cuyo polo superior puede dar esa imagen.

En cuanto a la segunda pregunta<sup>a</sup> el páncreas no fue investigado. La tumoración estaba en contacto de vecindad. Es la única conexión que conozco.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) Tumores pararrenales. Mesa redonda. VIº Congreso Argentino de Urología. Rosario. 1960. Página 101.
- 2) XXIVº Congreso Argentino de Cirugía. Buenos Aires. 1953. Relato oficial por el doctor Juan R. Michans. Volumen 1º. Contribuciones al tema oficial. Volumen 2º.
- 3) *Granara Costa, A.:* Tumores retroperitoneales de la atmósfera pararenal de Gerota. R. A. de Urología. 15:301. 1946.
- 4) *Caucci, A.:* Delli Cisti retroperitoniali. Arch. It. de Chir. 6:481.
- 5) *Granara Costa, A. y Petrone, E.:* Quiste retroperitoneal simulando afección renal. R. Arg. de Urología. 27:83. 1958.
- 6) *Spriggs, Arthur I.:* Perinephric Cysts. J. of Urology. 67:414. 1952.
- 7) *Blanchard y Dubcovsky:* Contribución a la casuística de los quistes retroperitoneales. Prensa Méd. Arg. 42:251. 1955.
- 8) *Leake and Wayman:* Retroperitoneal encysted haematomas. J. of Urology. 68:69. 1952.
- 9) *Rognon, L. M.:* La toracophrenolaparotomie dans la chirurgie de gros reins et de tumeurs paranephretiques. J. de Chirurgie 73:413. 1957.
- 10) *Taiana, Villegas y Casal:* Retroperitoneo: toracofrenolaparotomía y exéresis en un caso de reticulosarcoma. Prensa Méd. Arg. 42:3693. 1955.
- 11) *Delporte:* Revista Argentina de Urología. 16:181. 1947.
- 12) *Brea Lucano, Morena, Ruiz:* Fibroma de la cápsula propia del riñón. R. Arg. de Urología. 24:81. 1955.