

FIBROSIS RETRO PERITONEAL IDIOPATICA O URETERITIS PLASTICA

Dr. Raúl López Engelking
Pab. 4. Hospital General S. S. A.
México, D. F.

Conferencia sustentada ante el Congreso de la Sociedad Argentina de Urología.
Noviembre de 1966

La fibrosis peritoneal idiopática es un proceso poco común pero que a partir de su descripción original en 1948 por Ormond ha sido diagnosticada con frecuencia cada vez mayor. Hacia 1960 habían sido publicados tan solo 23 casos (3 de nosotros) y en 1966 ya observamos la descripción de 100 casos. Esto puede deberse a un mayor conocimiento de la enfermedad y su mejor diagnóstico o porque el uso de nuevos compuestos sintéticos de diversa índole incluyendo sulfas, antibióticos, esteroides, hormonas, etc., puedan influir en la incidencia del proceso, tal como lo sugieren los casos inicialmente publicados en 1965, (pero observamos desde septiembre de 1963) por Suby y colaboradores en relación al dramatismo de 6 casos con fibrosis retro-peritoneal observados en personas sujetas al uso de Sanser (Methysergide), (fig. 1); para el alivio de jaqueca, y cuya sintomatología, hidronefrosis y obstrucción ureteral clínica y radiológica subsidió como por encanto al ser retirada la droga. Estos hechos fueron comprobados por Utz de la Clínica Mayo y manifestados ante nuestro grupo del Western Urologic Forum en Febrero de 1964 en nuestra reunión anual, en ésta ocasión en Mazatlán, México.

Otros autores inmunólogos y urólogos, como Raffel, Peterson, Pugh, Hoffman, Tripel y el mismo Ormond, piensan que esta enfermedad puede ser sistemática y tener un origen alérgico, inmunológico en donde intervienen, relación del antígeno y anticuerpo, para producir una reacción de vasculitis arteriolar retro-peritoneal y como consecuencia: un proceso obstructivo intravascular endotelial con aglutinación de leucocitos dando lugar a edema y reacción fibrosa del tejido celulo-adiposo local; estableciéndose la teoría de que esta enfermedad es una manifestación de reacción de hipersensibilidad.

Vasculitis espástica como concepto unitario del concepto inmunológico.

El tejido laxo conjuntivo y adiposo retro-peritoneal es un campo propicio para el edema, el exudado y la reacción fibrosa.

SINONIMIA

La enfermedad ha recibido diversas denominaciones que concentramos en el Cuadro N° 1, Fig. 2.

CUADRO I

FIBROSIS RETRO -PERITONEAL

URETERITIS PLASTICA

SINONIMIA

FIBROSIS RETRO-PERITONEAL	RETRO-PERITONEAL FIBROSIS
FIBROSIS PERIURETERAL	PERIURETERAL FIBROSIS
PERIURETERITIS PLASTICA	PERIURETERITIS PLASTICA
PERIURETERITIS OBLITERANTE	PERIURETERITIS OBLITERANS
INFLAMACION RETROPERITONEAL DE LOS URETEROS	RETROPERITONEAL INFLAMATION OF THE URETERES
HIDRONEFROSIS INESPECIFICA	NON SPECIFIC HYDRONEPHROSIS

CUADRO II

URETERITIS PLASTICA

CARACTERISTICAS CLINICAS:

UNO DE LOS DOS URETEROS PUEDEN ENCONTRARSE INVOLUCRADOS EN EL PROCESO DE FIBROSIS RETRO-PERITONEAL.

LA FIBROSIS CAUSA CONSTRICCION, COMPRESION Y OBSTRUCCION URETERAL.

POR LO GENERAL LA COMPRESION URETERAL ES ALTA EN EL SEXO MASCULINO Y BAJA EN EL FEMENINO.

DE LOS 100 CASOS EN LA LITERATURA EXISTE PREDOMINANCIA EN EL SEXO MASCULINO.

PARECE SER UNA ENFERMEDAD DE LA EDAD ADULTA.

(40 a 50).

Cuadro II - Fig. 3

EXTENSION

El padecimiento consiste en la obstrucción uni o bilateral de los ureteres al sufrir constricción por un proceso de fibrosis retro-peritoneal con predominio pélvico y en el hombre en tercio medio y superior ureteral. Pueden ocasionalmente ser invadidos otros órganos retro-peritoneales o los grandes vasos, en cuyo caso existirán trastornos vasculares mecánicos de miembros inferiores con edema.

Como los uréteres se encuentran en una zona de tejido adiposo conjuntivo laxo, todo proceso que favorezca la fibrosis, encontrará un terreno apropiado para su fácil extensión.

Describiendo burdamente a la enfermedad podríamos decir que consiste en una fibrosis severa del espacio retro-peritoneal, no encapsulada, en forma de blo-

URETERITIS PLASTICA

que o placa de 2 o 6 cms. de espesor. La cápsula de Gerota es invadida a menudo. La pared ureteral es sin embargo, por lo general respetada y de ahí la facilidad de practicar la ureterolisis.

El aspecto macroscópico es el del tejido cicatricial colágeno. Se han descrito casos de invasión de los vasos suprarrenales hepáticos del páncreas y del duodeno, pero lo que es aún más interesante, del mediastino.

LA PATOGENESIS ES DESCONOCIDA

La teorías son vagas y quizás peregrinas. Han sido mencionadas las siguientes: Cuadro III. Fig. 4

CUADRO III

PATOGENESIS DE LA FIBROSIS RETRO-PERITONEAL IDIOPATICA

INFECCIONES DEL PIE Y MIEMBROS INFERIORES
 FLEBITIS DE M. INF.
 FLEBITIS DE VASOS OVARICOS O ESPERMATICOS
 LINFANGITIS
 ESTASIS LINFATICA INFECCIOSA
 PROSTATITIS
 CISTITIS
 PIELONEFRITIS
 EXTRAVACION DE ORINA
 ENFERMEDAD SISTEMICA DE WEBER-CHRISTIAN
 LIPO-GRANULOMA ESCLEROSANTE
 ESDEROSIS MESENTERICA Y DEL OMENTO
 MEDIASTINITIS ESCLEROSA
 EXTENSION RETRO-PERITONEAL TUMORAL CON CANCER PRIMARIO
 DE ORGANOS PELVICOS O GASTRO-INTESTINALES.

Recientemente y tal como lo hemos mencionado en la introducción se piensa en problemas de tipo alérgico o inmunológico, esto abre campo a la investigación y a la observación clínica y a todos corresponde poner atención a los hábitos alimenticios y al medio ambiente de los enfermos que sufren del padecimiento.

Nuestro conocimiento sobre la enfermedad se basa en nuestros hallazgos operatorios de las biopsias y en los de las autopsias, pero no en la correlación de los factores comunes o denominadores de los casos ya publicados y observados. La historia clínica, informe universal quizás podrá confirmar o deshechar las nuevas TEORIAS.

Cuadro IV, Fig. 5

CUADRO IV

NUEVAS TEORIAS

RAPER	Lesión vascular del retro-peritoneo. Aspecto parcial de una vasculitis generalizada.
HOFFMAN Y TRIPEL	Respuesta patérgica a un alérgeno indeterminado sea local, bacteriano, autógeno o extrógeno y manifestado en el tejido retículo-endotelial. Retroperitoneo.
ORMOND	La Fibrosis retro-peritoneal de lupus eritematoso, esclerodema, periarteritis, nodos y glomérulonefritis. Ó sea, enfermedades sistémicas con manifestaciones locales. Todas estas enfermedades de la colágena parecen tener una hipersensitividad patogénica de reacción de autoinmunidad, habiéndose encontrado muchos anticuerpos, la mayor parte en la fracción gama-globulínica del plasma.
VARIOS AUTORES (Suby entre ellos)	Sensibilidad a sulfamídicos, antibióticos, hidantoína, ergotamina, esteroides, diversos sedantes, etc.

Las observaciones clínicas y experimentales no son concluyentes. Las determinaciones de globulina con hiper-gama y lobulinemia podrían ser la clave del problema?

Aquí como en trasplante renal el campo está abierto a la investigación.

De acuerdo con Ormond, Raper basa su teoría en el arreglo histológico de los vasos del infiltrado celular encontrado en las secciones microscópicas de la fibrosis.

Existe semejanza a la imagen histológica de la peri-arteritis que se encuentra en las llamadas enfermedades de la colágena.

Los casos de Fibrosis Retroperitoneal observados por Suby, Utz, Kauffman y otros, con la administración de Sansert son indiscutibles en la etiopatogenia específica de los mismos.

CARACTERES HISTOLOGICOS

Son los de un proceso inflamatorio difuso, inespecífico, con fibrosis como característica fundamental. La inflamación ocurre en el tejido adiposo y más tarde se convierten hialino y colágeno con infiltrado de mononucleares y linfocitos.

Las secciones microscópicas obtenidas de la masa fibrótica muestra la combinación de tejido adiposo, fibroso, cartilaginoso, colágeno y hialino con infiltración de mononucleares, eosinófilos, neutrófilos y linfocitos. Mientras más viejo es el proceso, existirá mayor abundancia de colágeno y menor cantidad de tejido grasoso e infiltración celular.

MANIFESTACIONES CLINICAS

El enfermo a menudo sólo presenta síntomas vagos de malestar general, ano-

URETERITIS PLASTICA

rexia, astenia o debilidad con frecuencia, el diagnóstico es el de un hallazgo radiológico.

El examen físico podrá denotar fiebre, o dolor a la palpación bimanual abdominal, y en algunos casos, dureza marcada en los flancos. El laboratorio cuando mucho indicará la existencia de anemia moderada, elevación de la velocidad de eritrosedimentación y elevación discreta de los leucocitos.

Las manifestaciones clínicas más significativas son las de una obstrucción ureteral, con dolor, oliguria y en casos avanzados, anuria. Muchos casos clínicos de la literatura han sido diagnosticados al investigarse la causa de la anuria.

En el cuadro N° V - Fig. 6, se analizan los síntomas más frecuentes.

CUADRO V

URETERITIS PLASTICA

SINTOMAS:

LOS DE UNA OBSTRUCCION URETERAL CRONICA:

CRISIS DOLOROSAS
DOLOR CRONICO DE REGION O REGIONES LUMBARES

LOS DE INFECCION POR ESTASIS URINARIA:

GENERALES:

FEBRICULA
CORTEJO SINTOMATICO DE PIELONEFRITIS AGUDA
PERDIDA DE PESO
ASTENIA-ADINAMIA
ANOREXIA
ANEMIA
FATIGA
NAUSEA Y VOMITO

URINARIOS:

POLAQUIURIA
OLIGURIA PROGRESIVA
ANURIA
HEMATURIA
PIURIA (macro o microscópica)

DIAGNOSTICO

Puede ser bien orientado con un examen urológico completo o ser un hallazgo radiológico durante examen clínico general.

La urografía excretora, la pielografía, el cateterismo ureteral y la linfografía son exámenes determinantes y complementarios en el diagnóstico.

UROGRAFIA EXCRETORA

Provee la primera clave del diagnóstico, con la observación de Hidronefrosis uni o bilateral, estenosis ureteral baja y amplio desplazamiento de los ureteres hacia línea media, y a veces, deformación de su contorno. Una característica bien definida es la persistencia y proyección de la tensión de la estenosis en sentido longitudinal.

El cateterismo puede indicar la existencia de estenosis rígidas y falta de distensibilidad de la pared ureteral. Sin embargo, todos estos datos no son patognomónicos. Muchos procesos obstructivos ureterales, periureterales y del espacio retro-peritoneal, podrán causar idénticos datos radiológicos.

En el Cuadro VI se analizan estos diversos problemas patológicos ureterales o retro-peritoneales:

CUADRO VI

CAUSAS DE OBSTRUCCION URETERAL

1) DEL URETER EN SI

LITIASIS POR ACIDO URICO
 ESTENOSIS POST QUIRURGICAS
 ESTENOSIS TRAUMATICAS
 ESTENOSIS CONGENITAS
 ESTENOSIS POR Tb.
 ESTENOSIS POR BRIDAS Y V. ABERRANTES
 TUMOR PRIMARIO Y METASTASICO

2) PERI-URETERAL

CARCINOMA PELVICO
 LINFOMA MALIGNO
 SARCOMA DE CELULAS RETICULARES
 CARCINOMA METASTASICO (G. I. o G. U)
 METASTASIS GANGLIONARES
 (T. T. - LINFOMA M - etc.)
 ANEURISMAS
 PERIARTERITIS NODOSA

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Es evidente que aquí, como en otros problemas de diagnóstico médico, es fundamental aplicar el criterio clínico, la experiencia, los conocimientos y recurrir a todos los recursos para poder establecer el diagnóstico y la terapéutica.

Muchos casos serán diagnosticados durante el acto quirúrgico, sea exploratorio o de emergencia, por ejemplo cuando se requiere una Nefrostomía de urgencia.

URETERITIS PLASTICA

El diagnóstico por linfadenografía es de notable utilidad.

Clouse en 1964 aplicó el procedimiento en 3 casos encontrando 3 hechos importantes.

- 1) Evidencia de obstrucción linfática con visualización de circulación linfática colateral anormal. (fig. 8).

La obstrucción linfática al ser difusa por arriba del anillo pélvico causa estásis del medio radio opaco a lo largo de los canales normales, estableciéndose circulación colateral en los flancos y aumento de los vasos linfáticos de la pelvis. La placa radiológica aparece como manchada y múltiples pequeños linfáticos aparecerán en forma caprichosa en la parte baja de la pelvis.

- 2) Defectos de llenado de los linfáticos. (fig. 9)

La linfografía puede combinarse aquí como en otros procesos retroperitoneales a la cavografía.

Nosotros hemos utilizado los 2 procedimientos en casos de tumores testiculares con metástasis, (fig. 10).

Booksten, Scheveder, y Batsakis utilizando la combinación de los 2 procedimientos anográficos lograron así el diagnóstico de Fibrosis Retro-peritoneal. (fig. 11).

Martínez Maldonado y Ramírez de Arellano encontraron en un análisis de 49 casos con diagnóstico de enfermedad de Hod Rus o linfoma maligno 14 casos de compresión ureteral causada por la presencia de ganglios retro-peritoneales invadidos por el linfoma.

CASOS CLINICOS

Hemos realizado una revisión de nuestros casos y coleccionado 8 en total.

CASO N° 1.

Dr. López Engelking y Xavier Ibarra (México)

Observación Clínica en junio de 1957 - I. G. Sala de Mujeres PB 5 - Hospital General.

Paciente de 49 años de edad que repentinamente sufre de anuria por la que es internada a las 48 horas de su iniciación. Antecedentes de dolor vago y crónico en ambas fosas ilíacas y flancos. A la exploración general se encontró a una persona en mal estado general deshidratada con piel y mucosas secas, con fiebre de 37,8, dolor en ambas fosas ilíacas y regiones lumbares, Uremia de 55 mgs y Creatinemia de 2,1 mgs.

A la urografía excretora se observó hidronefrosis izquierda (fig. 12) disminución funcional de riñón derecho, con discreta caliectasis e irregularidad de contorno de elementos anatómicos de mismo riñón (SE SOSPECHA T B).

El cateterismo ureteral izquierdo fue infructuoso, el derecho se realizó con dificultad, lográndose al fin el paso de la sonda hasta el tercio superior, obteniéndose de inmediato el goteo abundante de orina turbia. El urocultivo denotó la existencia de *Escherichia coli* y *Aerobacter aerogenes*.

A los tres días y con mejor estado general y diuresis satisfactoria, se obtuvieron pielografías derechas, (se muestra la serie de las mismas en proyecciones números 13 - 14 - 15 - 16 - 17). En estas placas se observa la existencia de un ureter filiforme, irregular, gran hidronefrosis, así como defectos de llenado en unión uretero pielica sugestivos de imagen de ureteritis quística. Con el diagnóstico de fibrosis retroperitoneal y ureteritis quística, versus TB, se practicó lumbotomía con insición baja para abordar el tercio medio ureteral, encontrándose proceso fibroso esclero-lipo-matoso de todo el retroperitoneo, desde unión uretero-pielica hasta pelvis ósea. El ureter se encontró totalmente rodeado del proceso fibroso y fue difícil aislarlo. Su consistencia fue dura, irregular y con nódulos en su tercio superior. Se obtuvo biopsia de uno de ellos. LA EVOLUCION POST-OPERATORIA FUE SATISFACTORIA. LAS CIFRAS DE UREA SE NORMALIZARON. Una urografía intravenosa de control (fig. 18) demostró mejoría de la función renal derecha y disminución de la hidronefrosis.

A LAS DOS SEMANAS SE INTENTO CATETERISMO URETERAL IZQUIERDO, LOGRANDOSE OBTENER PIELOGRAFIAS (Fig. 19-20) QUE MOSTRARON DESVIACION URETERAL, ESTENOSIS FILIFORME, ASI COMO IMAGEN EN TERCIO SUPERIOR DE DEFECTO DE LLENADO Y CARACTERISTICA DE URETERITIS QUISTICA.

El estado general mejoró progresivamente; se dilató el ureter izquierdo periódicamente dándose de alta a la paciente. Se consideró no ser necesaria la intervención y corticoesteroides.

La paciente reingresó en el año de 1963 al pab. 5, o sea a los 5 años, con nuevo cuadro doloroso, febril de infección y obstructivo. Por encontrarnos en nuestro nuevo servicio del Pab. 4 del propio hospital, esta enferma fue estudiada y tratada en este reingreso por el Dr. J. Maldonado en el Pab. 3, quien encontró un ureter izquierdo obstruido y riñón excluido, practicando nefrectomía.

El estudio anatómo-patológico en nuestra primera intervención comprobó el diagnóstico de esclero-lipomatosis retro-peritoneal inespecífica y ureteritis quística.

CASO N° 2.

Dr. López Engelking (México)

Observación Clínica en julio de 1957 - E. P. - Sala de Mujeres Pab. 5 - Hospital General.

Enferma del sexo femenino de 39 años de edad que un año antes de su ingreso sufre de dolor crónico en región lumbar derecha, crisis agudas de cólico nefrítico, recidivas febriles y síntomas gastrointestinales variables y vagos.

URETERITIS PLASTICA

Desnutrición general progresiva.

A la exploración física general no se encontró nada en particular.

A la urografía excretora se observó caliectasis y ureterectasis de tercio medio ureteral derecho. (fig. 21). El urocultivo demostró la existencia de infección mixta. El cateterismo ureteral fue fácil, deteniéndose la sonda a nivel de tercio superior. La pielografía demostró únicamente angulación ureteral, y dilatación de cálices, (Fig. 22).

Con el diagnóstico de angulación ureteral por brida se operó, encontrándose proceso esclero-lipomatoso del retro-peritoneo y fibrosis peri-ureteral. Se practicó ureterolisis y extirpación de tejido fibroso. Evolución excelente.

Diagnostico histológico: Proceso esclero-lipomatoso inespecífico.

CASO N° 3

Dr. Lopez Engelking (México)

Observación Clínica en el año de 1959 - G. C. Sala de Mujeres Pab. 5 - Hospital General.

Paciente del sexo femenino de 53 años de edad que sufre tres años antes de su ingreso de crisis dolorosas recidivantes bilaterales en ambas regiones lumbares, flancos y fosos ilíacas. Cuadros frecuentes de oliguria, anorexia, síntomas febriles, malestar general y síntomas urinarios como aumento en el número de micciones, ardor, deseo imperioso, etc.

A la exploración física se encontró dolor a la palpación profunda de fosas ilíacas y flancos. Por lo demás, datos negativos.

A la urografía excretora (figs. 23 - 24 y 25) se observó hidronefrosis bilateral, hidroureter bilateral a partir de tercio medio. El cateterismo bilateral se realizó fácilmente. Con la experiencia de los casos anteriores, se exploró quirúrgicamente en ambos lados comprobándose la existencia de fibrosis retro-peritoneal extensa.

Se extirpó tejido fibroso y se liberaron ambos uréteres. Comprobación histológica de proceso fibroso lipomatoso inespecífico. Evolución satisfactoria.

CASO N° 4

Dres. R. López Engelking y Jorge Alegre

S. L. - Observación Clínica en Pab. 5 Sala de Mujeres - Hospital General.

Paciente de 38 años de edad que inicia su padecimiento posteriormente a Basiotripsia en el año de 1958, estableciéndose doble fístula, vesico-vaginal y vésico-rectal. Este accidente se desarrolló en maternidad privada y fue trasladada a otra Institución Hospitalaria, donde fue intervenida quirúrgicamente con intento de plastía vésico-vaginal y vésico-rectal. Esta última tuvo éxito, fracasando la plastía vésico-vaginal. En noviembre del mismo

año ingresa a la sala de mujeres del pab. 5 del Hospital General donde es intervenida por otros colegas por segunda ocasión, fracasando nuevamente la intervención vésico-vaginal. En 1960 reingresa al mismo servicio y es vista por nosotros. A la exploración se observó: vagina pequeña, tabicada, esclerosa, con fístula de 2 cms de diámetro, muy alta, de difícil acceso y visibilidad. En el estudio intravenoso urográfico (fig. 26) se observa función renal bilateral satisfactoria, y caliectasis derecha, micro-vejiga. EN VIRTUD DE CONDICIONES VAGINALES Y VESICALES INAPROPIADAS PARA CIRUGIA, SE MANTUVO INTERNADA POR 4 SEMANAS al cabo de las cuales presentó crisis dolorosas en flanco y fosa ilíaca derecha, dolor de región lumbar derecha y fiebre. Con este motivo se obtuvo un estudio urográfico de control notándose con sorpresa, exclusión renal derecha (fig. 27). Por vía extraperitoneal se exploró el tercio inferior derecho, observándose con sorpresa la existencia de proceso esclero-lipomatoso del retroperitoneo rodeando al tercio inferior y medio de ureter, el tercio superior libre. Se practicó ureterolisis, se extirpó plastrón fibroso que tuvo la particularidad de ser menos duro que el de otros casos, pero de gran espesor y de color amarillo grisáceo. El estudio anatomopatológico comprobó la existencia de proceso inespecífico de esclerosis fibro-lipomatoso. Evolución post-operatoria satisfactoria. Las UROGRAFIAS INTRAVENOSAS DE CONTROL EN DOS DIFERENTES FECHAS (fig. 28 y 29) MUESTRAN EN LA N° 28 CIERTA CALIECTASIS, VEJIGA MUY PEQUEÑA PERO CON AMBOS URETEROS VISIBLES Y DE ASPECTO NORMAL. EN LA SEGUNDA UROGRAFIA POST-OPERATORIA DE CONTROL (fig 29) SE OBSERVA DISMINUCION DE LA CALIECTASIS BILATERAL Y UN URETER DERECHO NORMAL.

ESTE ES UN CASO INTERESANTE, POR LA EVOLUCION RAPIDA DEL PROCESO FIBROSO RETRO-PERITONEAL, POR EL DIFICIL MANEJO UROLOGICO ANTE FISTULA VESICO-VAGINAL RECIDIVANTE Y VEJIGA PEQUEÑA. EL CASO FUE POSTERIORMENTE RESUELTO CON AMPLIACION VESICAL ENTERICA Y PLASTIA VIA TRANSVESICAL Y VAGINAL COMBINADAS.

CASO N° 5

(Privado)

Dr. López Engelking

Observación Clínica año de 1960

Se trata de una paciente de 46 años de edad con sintomatología similar a los casos previos: dolor vago, molesto, recidivante de dos a tres años de duración, con síntomas digestivos variables, escasos síntomas urinarios, aumento progresivo de dolor lumbar. A la urografía excretora, exclusión renal derecha. Al cateterismo ureteral, obstáculo al paso de la sonda en tercio inferior. LA PIELOGRAFIA RETROGADA (fig 30) MUESTRA URETER TORTUOSO, IRREGULAR EN SUS DOS TERCIOS SUPERIORES. SE PUEDE OBSERVAR CALIECTASIS Y CAMBIOS CICATRICIALES DE RIÑON CORRESPONDIENTE DERECHO.

SIMILAR CIRUGIA SE PRACTICO Y COMPROBACION HISTOLOGIA DE PROCESO FIBROSO RETRO-PERITONEAL INESPECIFICO.

CASO N° 6

(Privado)

Dr. López Engelking

Observación Clínica en año 1962.

HISTORIA MUY SIMILAR A LA DEL CASO ANTERIOR. A LA UROGRAFIA EXCRETORA SE ENCONTRO EXCLUSION FUNCIONAL DE RIÑON DERECHO.

ENFERMA DE 27 AÑOS DE EDAD. LA PIELOGRAFIA RETROGRADA DEMOSTRO HIDRONEFROSIS AVANZADA. (fig 31) POR LUMBOTOMIA EXPLORADORA SE ENCONTRO PROCESO FIBROSO MUY ACENTUADO DE RETRO-PERITONEO Y RIÑON MUY DESTRUIDO. SE PRACTICO NEFRECTOMIA. SE TOMO BIOPSIA DE TEJIDO FIBROSO RETRO-PERITONEAL. COMPROBACION ANATOMOPATOLOGICA.

CASO N° 7

(Privado)

Dr. López Engelking

Observación Clínica en año 1963

ANTECEDENTES DE NEFRECTOMIA IZQUIERDA 3 AÑOS ANTES POR HIDRONEFROSIS DE CAUSA DESCONOCIDA.

(Operada por cirujano general). ANTES DE INTERVENCION HABIA SUFRIDO POR MAS DE CUATRO AÑOS DE DOLOR CRONICO BILATERAL EN FOSAS ILIACAS Y REGIONES LUMBARES. DESPUES DE INTERVENCION CONTINUO CON IDENTICAS MOLESTIAS EN AMBOS LADOS Y SE ACENTUO EN EL DERECHO. POR PIELOGRAFIA (fig 32) SE OBSERVO GRAN DESVIACION DE URETER DERECHO. LA ENFERMA CONSULTO POR CUADRO AGUDO, DOLOROSO Y ANURIA DE 24 HORAS DE DURACION. SE TRATABA DE TURISTA AMERICANA PROCEDENTE DE SAN LOUIS MISSOURI. RESUELTA LA SITUACION DE EMERGENCIA, PREFIRIO REGRESAR A E. U. A. DONDE FUE EXPLORADA Y COMPROBANDOSE EL DIAGNOSTICO DE FIBROSIS RETROPERITONEAL. EL PRONOSTICO ERA MUY MALO, RIÑON UNICO Y CON HIDRONEFROSIS URETER MUY ANGULADO Y DESVIADO. DESCONOCEMOS EVOLUCION DE LA PACIENTE.

CASO N° 8

Dr. Xavier Ibarra (México)

Datos clínicos principales:

Niña de 12 años de edad quien 19 días antes de su ingreso hospitalario inició sintomatología con dolor discreto en fosa ilíaca derecha, continuo, sin irradiación y exacerbado con los movimientos.

Repentinamente se instaló cuadro agudo doloroso en hipocondrio y flanco derechos, acompañándose de vómito y calosfrío.

A su ingreso se observó escolar consciente con 37,6 de temperatura, dolor intenso a palpación profunda de fosa ilíaca derecha y región lumbar derecha. Tacto rectal sin datos especiales. Leucocitos normales. Fue necesario mantener tratamiento con analgésicos durante cinco días.

Se practicó urografía excretora observándose caliectasis y ureterectasis derecha. Cateterismo ureteral sin obstáculo. (Figs 33 y 34 5' y 15'). Se intervino con diagnóstico de compresión ureteral extrínseca de causa desconocida, encontrándose el ureter adherido en su tercio inferior al espacio retroperitoneal con notable proceso esclerolipomatoso periureteral. El proceso fibroso mantenía al ureter fijo al psoas.

Se envió para estudio histológico un fragmento largo de forma irregular de dos centímetros de ancho, de consistencia firme y de color grisáceo.

Descripción microscópica:

Ganglio linfático rodeado de tejido fibro-adiposo con signos de reacción linfo-retículo-hiperplásica.

Diagnóstico:

LINFADENITIS RETICULO-HIPERPLASICA INESPECIFICA

UROGRAFIAS POST OPERATORIAS FIGS 35 y 36. (a los 5 y 15 minutos de la inyección).

CASOS OBTENIDOS POR CORTESIA DEL DR. JOSEPH KAUFFAMAN DE U. C. L. A.

En virtud de no tener experiencia con casos secundarios al uso con Sansert, el Dr. Kauffman me facilitó dos ilustraciones de fibrosis retro-peritoneal causadas por el uso de esta droga. Se observa en ellas hidronefrosis bilateral.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Hemos analizado la etio patogenia, extensión, localización, síntomas diagnóstico y teorías inmunológicas de este raro padecimiento, existiendo al rededor de cien casos en la literatura universal, hemos creído que podría ser interesante para los asistentes al Congreso Argentino de Urología, revisar el tema y conocer nuestra experiencia con 8 casos del padecimiento. Todos los casos se refirieron a mujeres en edad de 37 a 53 años. Hubo casos bilaterales

URETERITIS PLASTICA

y algunos unilaterales, un caso en riñón solitario. Los casos operados fueron sujetos a ureterolisis y otros además a extirpación de tejido fibroso retro-peritoneal. En algunos casos fue difícil separar el ureter de las arterias ilíacas, en tres casos, el ureter se dejó en forma intraperitoneal.

Tercera Sesión - 22 de junio de 1967

SR. PRESIDENTE (Goldaracena). Queda abierta la sesión.
Corresponde la lectura y aprobación del acta de la sesión anterior.
Si no se hace uso de la palabra, se dará por aprobada.
Aprobada.

ASUNTOS ENTRADOS

Nómina de los asuntos entrados.