

Hospital Fernández
Sala Urología
Jefe Dr. ALFREDO GRIMALDI

TUMOR PARARRENAL DOS OBSERVACIONES

Dres. LUIS C. MONTENEGRO * y JUAN A. MOCELLINI ITURRALDE

Deseamos aportar a la casuística, dos nuevos casos de tumores pararrenales.

No nos referiremos a su diagnóstico, clasificación, ni a otras particularidades, temas poco menos que agotados en nuestro país por los relatores en el VI Congreso Argentino de Urología y por el Dr. Hereñú, en 1965. En cambio, sí, a las enormes dificultades terapéuticas que encontramos en el tratamiento de estos pacientes.

La primera observación corresponde a una mujer de 50 años de edad, que consulta por dolor y tumor palpable en hipocondrio izquierdo, desmejoramiento del estado general y anemia. Los caracteres semiológicos y urográficos eran los de un tumor de riñón. Sólo nos llamó la atención la falta de hematuria macroscópica.

En el acto quirúrgico realizado el 6 de mayo de 1968 y actuando como cirujano el Dr. Mocellini Iturralde, se desgarró longitudinalmente la aorta en una extensión de 4 centímetros. El tumor rodeaba la arteria en 1/3 de su circunferencia cabalgando por encima del osteum aorto-renal. Este accidente nos obligó al clampeo por arriba y abajo de la solución de continuidad, para luego suturarla.

Recién con la pieza anatómica abierta confirmamos el origen pararrenal del proceso. El postoperatorio fue normal. El Dr. Mario Iotti que efectuó el estudio anatomo-patológico de la pieza nos informó que se trataba de un leiomiofibrosarcoma, considerado por algunos autores como multicéntrico.

Once meses después, la paciente consulta nuevamente; esta vez por dolor en base de tórax izquierdo. En esa oportunidad se auscultaba un trill sistólico dorso lumbar, por lo que pensamos en un posible aneurisma disecante de la aorta, consecutivo a su desgarramiento o a una recidiva de la neoplasia. La radiografía de tórax evidenciaba una notable elevación de la cúpula diafragmática. Le efectuamos entonces a la enferma un estudio angiográfico, que nos aclaró el origen tumoral del fenómeno. Luego de consultas sobre la conveniencia de una reintervención, se decide operar. Por toraco-freno-laparotomía se aborda el tumor, que resultó ser inextirpable. Continuó entonces su evolución solo con tratamiento médico, pues nos desaconsejaron la fisio y la quimioterapia. Se produjeron importantes crisis de taquicardia paroxística vinculadas a la modificación postural del corazón y grandes vasos, con horizontalización de su imagen radiográfica. El final se produjo por falla cardíaca.

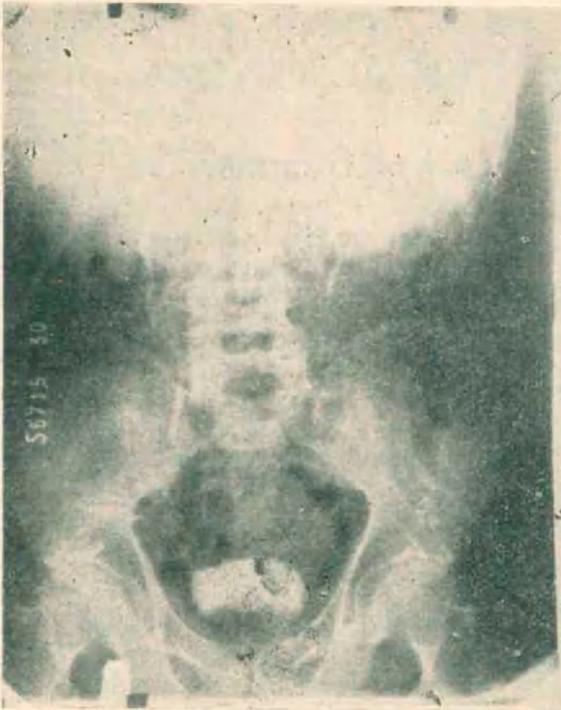
La segunda observación, se trata de una paciente de 59 años que comienza con un cuadro febril prolongado, astenia y anemia. Se la estudia exhaustivamente por más de 2 meses y sólo se encuentra una mínima modificación urográfica de la arquitectura calicular intrarrenal izquierda. A causa de ello se complementa el examen con un urograma y retroneumoperitoneo simultáneos, estudios que demuestran la presencia de un tumor aparentemente pararrenal. Se realiza a continuación la nefrectomía actuando como cirujano el Dr. Roberto Rubi. Dada la relación íntima de la glándula suprarrenal con el cuerpo del voluminoso tumor, se creyó prudente su extirpación. El profesor Julio César

Lascano González nos informó sobre la pieza: Sarcoma polimorfo de origen capsular y probable naturaleza rhabdomyosarcomatosa. A pesar de ello, tumor limitado y no infiltrante que rechaza el parénquima renal. Suprarrenal sin alteraciones. A diferencia de la primera observación en este caso se practicó fisio y quimioterapia, completándose 6.700 rads en 26 aplicaciones de cobalto en 2 campos. A continuación de las mismas se le efectuaron a la paciente 15 mg. diarios de Tio-thepa durante 12 días, seguidos de la aplicación alternada pero continuada de Prolutón Depot, Testri, Decadrón a fin de ocasionar en la enferma una inhibición parcial de la actividad hipofisaria.

La evolución de la paciente fué más que satisfactoria, al punto de permitirse ser sometida a una colecistectomía de necesidad, a causa de tener una vesícula litiásica que le ocasiona intensos y repetidos cólicos.

Un año más tarde la paciente consulta por esputos hemotoicos. Luego de completo estudio clínico radiológico y linfográfico, se detectó lo que fué considerada como metástasis aparentemente única en lóbulo medio de pulmón derecho. El Dr. Angel Bracco practicó la lobectomía y el informe anatomopatológico confirmó el origen metastásico de la lesión. La evolución fué apenas aceptable a pesar de hacerse uso nuevamente de antimetabólico del tipo de la Rufocromomicyne. Tres meses después ocurren crisis epileptoideas a repetición que dejan en la paciente una discreta afasia motriz. En nuevos estudios, incluso arteriográficos, no se evidencia lesión cerebral a pesar que no se la descarta. En un nuevo control del riñón restante, se visualiza la cadena ganglionar teñida por la linfografía anterior, desplazada por una gran recidiva local homolateral. Simultáneamente aparece una masa subcutánea en el lugar que ocupaba el drenaje de la fosa renal. La paciente fallece por un cuadro cerebral.

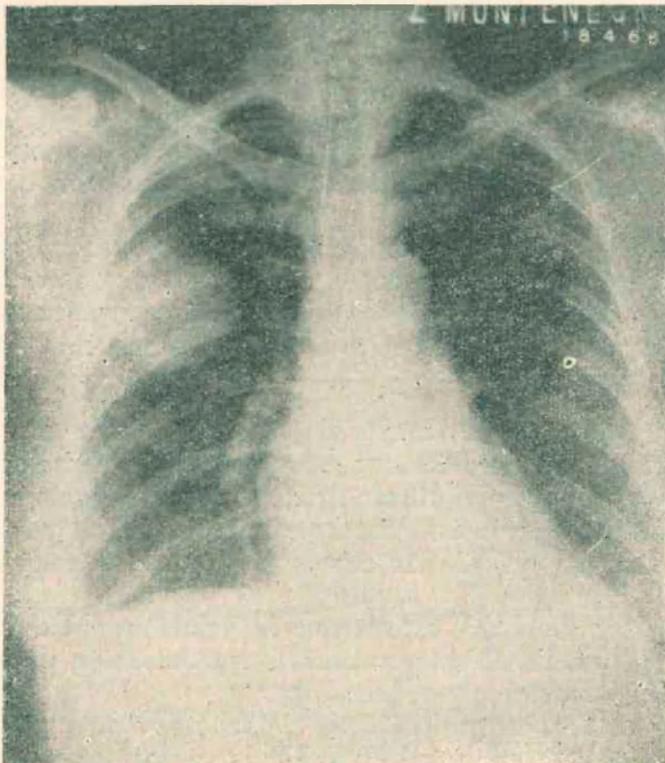
Presentamos dos casos de tumores pararrenales de origen mesenquimático, en personas adultas de sexo femenino. En el primero de los casos se realizó la nefrectomía y sólo tratamiento médico-sintomático de su evolución. En el segundo, el acto quirúrgico fué seguido de fisio y quimioterapia, así como de la exéresis de una metástasis pulmonar. No obstante ello la evolución y el tiempo de sobrevida fueron similares. El diagnóstico es siempre tardío, las dificultades quirúrgicas muy marcadas, el pronóstico malo. Esto nos hace recordar la frase sobre el retroperitoneo y sus tumores: "Campo propicio para su desarrollo, tierra de nadie y desastre de todo cirujano", y agregaríamos nosotros, "también del enfermo".



Urograma - Deformidad y desplazamiento renal derecho



Histología



Tórax, metástasis pulmonar