

SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA
SESION DEL 24 DE JULIO DE 1975

TUMORES RETROPERITONEALES

Hospital Interzonal "Prof. Dr. Luis Güemes" (Haedo)

Dres. M.A. Castria, N.A. Fiorentino, I. Zohh, I. Rotemberg, N.S. Piegari.

El concepto topográfico del espacio retroperitoneal ha sido limitado anatómicamente de diversas maneras, aceptándose en general el área lumboilíaca comprendida entre la pared posterior de la cavidad abdominal y la hoja posterior del peritoneo; limitado hacia arriba por la bóveda diafragmática y hacia abajo por la base del sacro y la cresta ilíaca, para otros el suelo de la pelvis ósea. Lateralmente y a ambos lados, por dentro la cava y la aorta y por fuera el segmento vertical del colon.

Los tumores primitivos retroperitoneales constituyen procesos anatomopatológicos de distinta estructura histológica que se desarrollan a expensas de complejos tisulares normales o restos embrionarios que no han involucionado o han sufrido transformación heterotópica y que se encuentran en dicha región. Desde el punto de vista clínico una característica los identifica; incluidos en un espacio de fácil extensibilidad producen el desplazamiento de órganos o vísceras circundantes antes que invadirlas, sin manifestaciones signológicas ostensibles a pesar del tamaño considerable que estas neoplasias adquieren.

Serán los procedimientos de investigación asociados lo que nos permitirán en ocasiones concluir un diagnóstico de certeza o en su defecto una presunción diagnóstica. A través de la cirugía se posibilitará el estudio histopatológico que certifique las perspectivas pronósticas. Tres enfermos portadores de tumores retroperitoneales motivan la presentación de este trabajo que a vuestra consideración se ofrece.

PRESENTACION DE CASOS

Caso 1

H.C. 223.681. Hospital Interzonal Prof. Dr. Luis Güemes, Haedo, T.V.H., argentino de 17 años de edad.

Antecedentes: a los 2 años operado de esófago por afección congénita. Enuresis hasta los 9 años. En 1969 traumatismo en región lumbar. El 5/1/71 es asistido en el servicio de ortopedia por su lumbalgia progresiva no precisándose su causa.

Enfermedad actual: ingresa al servicio de urología el 23/3/71, con cuadro de retención completa de orina, razón por la cual es sondado, obteniéndose 500 cc de orina de caracteres macroscópicos normales. Manifiesta el paciente haber padecido con anterioridad episodios disúricos y de constipación.

Estado actual: enfermo en regular estado general. Se observa en abdomen circulación colateral y tumoración en región hipogástrica que hace prociencia hacia la izquierda de la línea media, del tamaño de un pomelo grande. A la palpación se presenta dolorosa, de consistencia renitente, de superficie aparentemente lisa y fija. Timpanismo abdominal.

Riñones; no se palpan. Genitales externos: hipotrofia gonadal izquierda consecutiva a fiebre urliana. Tacto rectal: próstata de caracteres normales. A 4 cm del esfínter anal se tacta tumoración con las particularidades anteriormente descriptas. Mucosa rectal desliza bien.

Miembros inferiores: parestesia del miembro inferior izquierdo. Hiperreflexia patelar y aquiliana.

Examen cardiorrespiratorio: normal.

Radiología. Urograma excretor: caracteres funcionales normales. Moderada deformación de la vejiga. Cistografía: compresión extrínseca de vejiga en proyección frontal, sentido bilateral y en el perfil posteroanterior.

Seriada gastroduodenal: normal. Colon por enema: dóllico-sigma sin alteraciones del contorno.

Perfil de sacro con relleno rectosigmoideo: masa que se proyecta por delante del sacro que desplaza las asas intestinales.

Los análisis de laboratorio revelan como valores dignos de mención los siguientes: orina: albuminuria 0,10 g x o/oo, persistente. Leucocitosis moderadamente aumentada y regular cantidad de piocitos. Sangre: discreta anemia y eritrosedimentación elevada.

Punción abdominal. Informe histopatológico No. 45.442: "células neoplásicas atípicas, pequeñas e hiper cromáticas".

Con diagnóstico presuntivo de tumor retroperitoneal se opera el 7/4/71. Por vía transperitoneal se constata proceso retroperitoneal que ocupa pelvis y desplaza vejiga y recto hacia delante. Abierto el peritoneo parietal posterior se palpa el mismo, que se presenta fijo a cara anterior de sacro. Se obtiene material para biopsia.

Informe anatómico-patológico No. 45.478: "tumor muy indiferenciado".

Fueron consultados los Dres. Morgenfled, Polak y Lazcano, dividiéndose las opiniones. Para unos se trataría de un tumor de la serie linfática, para otros un sarcoma indiferenciado. Consultado el quimioterapeuta sugiere la conveniencia de realizar exclusivamente tratamiento radiante que se efectúa a través de dos campos anteriores y dos campos posteriores recibiendo dosis tumor de 2,500 rad, a partir del 3/5/71. Como consecuencia del mismo presenta cistitis hemorrágica que obliga a suspender la medicación actínica el 10/7/71. Fallece el 30/8/71 a los cinco meses de la intervención quirúrgica.

Caso 2

H.C. 301.097. Hospital Prof. Dr. Luis Güemes. Haedo. P.O. de 55 años de edad, casado, argentino, pintor.

18/2/74. Antecedentes: lumbociática a repetición desde hace 10 años aproximadamente.

Enfermedad actual: consulta por intenso dolor lumbar derecho con irradiación a hipogastrio y cara posterior de muslo del mismo lado, que se exagera con los movimientos. Polaquiuria y nicturia. Refiere pérdida de peso de 4 kg en 3 meses.

Estado actual: paciente en regular estado general. En abdomen se observa tumoración que ocupa el flanco derecho con probable extensión a hipocondrio. Doloroso a la palpación, de consistencia renitente, de superficie aparentemente lisa, que se moviliza con los movimientos respiratorios.

Hay peloteo y contacto lumbar, Puño-percusión renal positiva.

Genitales externos: quiste epidídimo derecho. Tacto rectal: próstata de caracteres normales.

Exámenes complementarios: orina: piuria y albuminuria. Sangre: persistente anemia y elevada eritrosedimentación. Radiografía de tórax: normal. Urograma excretor: masa tumoral que disloca el sistema pielocalicilar derecho sin signos de infiltración, elevando el riñón con desplazamiento del uréter hacia la columna. Arteriografía renal derecha: por encima de la arteria renal derecha que se presenta de calibre normal, parte un vaso que circunscribiendo el borde externo del riñón llega al polo inferior del mismo a cuyo nivel se observan numerosos shunts arteriovenosos. Colon por enema: compresión y desplazamiento del colon derecho por masa tumoral a localización retroperitoneal.

Examen cardiológico: fibrilación auricular, trastornos de la repolarización ventricular.

Arterioesclerosis coronaria. Riesgo quirúrgico moderadamente aumentado, no contraindica la intervención (13/3/74).

Con diagnóstico presuntivo de tumor retroperitoneal se realiza la exploración quirúrgica por vía transperitoneal, constatándose masa tumoral que desplaza el colon ascendente hacia adelante y adentro. Abierto el peritoneo parietal posterior se procede a la exéresis del tumor y nefrectomía

en razón de la dificultad de encontrar plano de clivaje por las adherencias firme que presenta. Informe histopatológico No. 53.629. Liposarcoma pleomorfo retroperitoneal. Tratamiento radioterápico: 4/5/74. Se le administran 2340 rad. suspendiéndose el mismo por intolerancia. No realizó quimioterapia antitumoral. El 14/5/74, es decir a los 60 días de la intervención quirúrgica, refiere intenso dolor a nivel de la región dorso lumbar, instalándose en días subsiguientes cuadro parapléjico. La radiografía de columna dorsolumbar revela imagen osteolítica que compromete la parte posterior del cuerpo vertebral y el pedículo derecho de la 12a. vértebra dorsal. La mielografía presenta stop de la sustancia opaca entre D 10 y D 11.

31/5/74. Con diagnóstico de compresión medular de columna dorsal inferior de origen metastásico extradural se realiza laminectomía descompresiva.

Informe histopatológico No. 54.405. "Liposarcoma metastásico".

Luego de un breve período de recuperación con tratamiento kinesioterápico solicita el alta, falleciendo a los 30 días (6/74), es decir a los 4 meses de la intervención quirúrgica.

Caso 3

H.C. 202.370. Hospital Prof. Dr. Luis Güemes. Haedo. E. J. de 34 años de edad, casado, argentino.

Ingresa al Servicio de Cirugía general el 6/3/70.

Antecedentes: apendicetomía el 29/11/69.

Enfermedad actual: a los 3 meses de la operación de apendicitis, 6/3/70, constata tumoración en fosa ilíaca derecha a nivel de cicatriz de apendicetomía que aumenta progresivamente de tamaño, razón por la cual consulta. Estado actual: paciente en buen estado general. En fosa ilíaca derecha se palpa tumoración dolorosa, de consistencia renitente, de superficie lisa, que adhiere a los planos profundos.

Riñones: no se palpan. Genitales externos: sin particularidades. Tacto rectal: próstata de caracteres normales. Por encima de la misma se tacta masa tumoral sobre la que desliza bien la mucosa rectal, de caracteres similares a los señalados con anterioridad.

Radiografía de tórax: normal. No se realiza urograma excretor.

Aparato cardiorrespiratorio: dentro de límites fisiológicos.

12/3/70 se realiza exploración, Biopsia por congelación.

Informe histopatológico: "Liposarcoma"

Tratamiento radioterápico: 7/4/70, se le administran 3.500 rad. en 4 campos, 2 anteriores y 2 posteriores. Oncoquimioterapia: 15 aplicaciones de Endoxan. Aparentemente recuperado de acuerdo a exámenes de control se da de alta.

3/1/71. Se reinternar por segunda vez en el Servicio de Cirugía General con cuadro de epigastralgia y vómitos, acentuada pérdida de peso y supuración manifiesta de herida quirúrgica. Dolor en miembro inferior derecho de tipo radicular. El examen urológico sólo revela como valor positivo hidrocele derecho de mediano volumen.

Se interpreta el cuadro clínico que presenta el paciente como probable recidiva del proceso tumoral, sometiéndose a nuevo tratamiento de quimioterapia antitumoral en base a citostáticos y corticoides. El enfermo evoluciona satisfactoriamente razón por la cual solicita el alta, previos exámenes de control.

29/3/75. El paciente se reinternar por tercera vez, esta oportunidad en el Servicio de Urología. Motivo: hidrocele derecho a tensión de mediano volumen. El resto del examen clínico semiológico realizado es negativo. Urograma excretor y radiografía de tórax, normales. Análisis de orina y sangre sin particularidades.

7/4/75. Con diagnóstico de hidrocele derecho se efectúa la intervención quirúrgica,

comprobándose testículo tumoral. Se realiza ectomía de la glándula con ligadura alta del cordón. Informe histopatológico: "Carcinoma embrionaria de testículo. Se observa diferenciación ectodérmica con queratinización". (No. 56,871).

30/4/75. Comienza el tratamiento actínico en ambas regiones lumboaórticas. El enfermo es dado de alta en buen estado general. Continúa bajo control.

CONSIDERACIONES

En forma somera se hacen apreciaciones de origen general en razón de que este tema fue tratado exhaustivamente en el XXIV Congreso Argentino de Cirugía y en el VI Congreso Argentino de Urología, como así también en numerosos trabajos nacionales y extranjeros.

RESUMEN

Se presentan tres casos clínicos de pacientes portadores de tumores retroperitoneales con expresiones signológicas de gravitación en el aparato urinario, dos de ellos con diagnóstico de liposarcoma y un tercero en que existe dualidad en la interpretación histopatológica pudiendo ser linfosarcoma o sarcoma muy indiferenciado.

La tipificación de la estirpe celular hallada confirma la mayor frecuencia para esta serie histológica, coincidiendo con la experiencia de otros autores que se han ocupado de este tema. Todos fueron irradiados y sólo a uno se le administró oncoquimioterápicos. La sobrevida en dos de ellos a partir del momento de la consulta fue de cinco meses aproximadamente, en tanto el tercero lleva cuatro años y es en quien precisamente existió bipolaridad tumoral, liposarcoma retroperitoneal y carcinoma embrionario de testículo.

B I B L I O G R A F I A

- 1 Granara Costa, A.: Tumores retroperitoneales de la atmósfera pararenal de Gerota. R.A. de Urología, 15: 301, 1946.
- 2 Delporte. Rev. Arg.de Urología, 16:181, 1947.
- 3 Spriggs, Arthur I.: Perinephric Cysts. J. of Urology, 67:414, 1952.
- 4 Leake and Wayman: Retroperitoneal encysted haematomas. J. of Urology, 68:69, 1952.
- 5 XXIV Congreso Argentino de Cirugía. Buenos Aires, 1953. Relato oficial por el Dr. Juan R. Michans. Volumen 1. Contribuciones al tema oficial. Volumen 2.
- 6 Taiana, Villegas y Casal: Retroperitoneo: toracofrenolaparotomía y exéresis en un caso de reticulosarcoma. Prensa Med. Argent., 42: 3693, 1955.
- 7 Blanchard y Dubcovsky: Contribución a la casuística de los quistes retroperitoneales. Prensa Med. Arg., 42:251, 1955.
- 8 Brea Lucano, Morera, Ruiz: Fibroma de la cápsula propia del riñón. R. A. de Urología, 24:81, 1955.
- 9 Regnon, L.M.: La toracophrenolaparotome dans la chirurgie de gros reins et de tumeurs paranephrotiques. J. de Chirurgie, 73:413, 1957.
- 10 Granara Costa, A. y Petrone, E. Quiste retroperitoneal simulando afección renal. R. A. de Urología, 27:83, 1958.

- 11 Caucci, A.: Delli cisti retroperitoniali. Arch. It. de Chir. 6:481.
- 12 Tumores pararrenales. Mesa redonda. VI Congreso Argentino de Urología. Rosario 1960, página 101.
- 13 Minuzzi, P.G. y Torresi, S. Rev. Arg. de Urología, IX-25, 1940.
- 14 García Capurro, F. y Piaggio Blanco, R.A.. Semiología clínico radiológica de los tumores del abdomen. Espasa Calpe, 1946.
