

LAS MODIFICACIONES DEL ANGULO IZQUIERDO DEL COLON EN LAS TUMORACIONES RENALES

Por los Dres. R. ERCOLE y J. J. CRESPO
(de Rosario)

Se le ha dado importancia en el diagnóstico de los tumores del flanco e hipocondrio izquierdo a los desplazamientos del ángulo izquierdo del colon o ángulo coloesplénico. Por su embriología y anatomía topográfica, este ángulo constituye, sin ninguna duda, un jalón muy importante en la exploración radiológica de los tumores de este sector. Sobre esto no pueden existir divergencias, pero sí puede haberlas en la apreciación del absolutismo o relatividad con que deben valorarse estos desplazamientos del ángulo para el exacto diagnóstico de la localización tumoral. Así *Surraco y Lockhart*, en una muy documentada monografía en que han tratado en forma exhaustiva este tema, dan a este ángulo un individualismo en su formación, origen y posición en base a lo cual extraen conclusiones fisiopatológicas y diagnósticas, casi constantes. Otros autores, *Lavisse, García Capurro, Mirizzi, Buffalini*, en cambio, aseguran la inconstancia de estas características del ángulo coloesplénico y, por lo tanto, sin desconocer su importancia diagnóstica, la aceptan en forma relativa.

El ángulo izquierdo del colon está fijado a la pared posterior por diversos ligamentos, el principal de los cuales es el ligamento freno cólico, hoja triangular que va del peritoneo parietodiafragmático al ángulo; el bazo descansa sobre él y constituye el límite inferior de los tumores esplénicos. Es más alto, más profundo y más fijo que el ángulo derecho, pero su posición no puede considerarse invariablemente constante y si coexiste con mesos largos se lo puede encontrar también en posición anterior o intermedia. Puede proyectarse en el espacio comprendido entre la octava y undécima costilla y entra en relaciones con la cara posterior del estómago, anterior del riñón izquierdo, o cara cóncava del bazo y cola del páncreas.

Surraco, insiste sobre la existencia de un ángulo colo-gástrico o falso ángulo, como le llama, ángulo de formación y situación completamente variable, así como es variable la posición y longitud del arco libre del transverso en sus segmentos intermedio entre ambos ángulos. Afirma que nunca debe confundirse con el ángulo verdadero y establece síndromes anatomorradiológicos del ángulo verdadero y del falso ángulo.

En los casos de esplenomegalias y en general en los tumores supra-meso-cólicos intraperitoneales, la exploración radiológica fundamentalmente demuestra los desplazamientos del estómago, del ángulo izquierdo del colon y excepcionalmente del riñón y del uréter.

En las radiografías anteroposteriores el estómago puede visualizarse rechazado en su totalidad hacia la línea media del cuerpo y en las transversales se observa que el desplazamiento se hace hacia adelante. Si el crecimiento del tumor es en sentido vertical, la dirección del eje gástrico puede superponerse a la

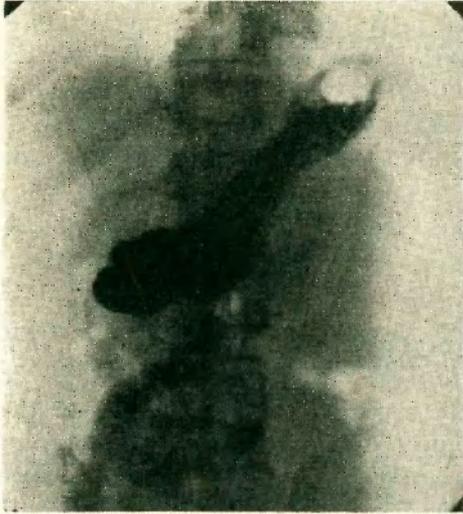


Figura 1

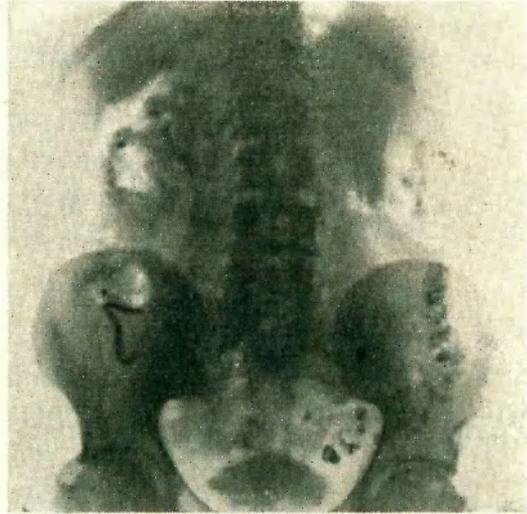


Figura 2

Figura 1

Observación N° 1: Historia Clínica N° 1910-P. Antonio M., 55 años. Ingres a nuestra Clínica Privada el 23-5-55. Con motivo de algunos trastornos abdominales poco precisos, consulta a un médico quien constata la existencia de un tumor en flanco e hipocondrio derecho, del tamaño de un pomelo, móvil de consistencia firme, de superficie irregular, que tiene contacto lumbar y que pelotea. Se le ha efectuado un estudio radiográfico de su tubo gastrointestinal y una exploración de su aparato urinario.

Radiografía de estómago: El órgano se presenta desplazado hacia la línea media por compresión extrínseca, más notable a nivel de la curvatura mayor. Se observan las asas intestinales desplazadas hacia el lado derecho del abdomen.

Figura 2

Observación N° 1: Radiografía de colon por relleno y Urograma por Excreción: La radiografía que se presenta corresponde al colon una vez evacuado, pues la primer radiografía por relleno fué extraviada. Al mismo tiempo se ha efectuado un Urograma por Excreción.

Se observa el franco descenso del ángulo cólico izquierdo el que se encuentra a la altura de la apófisis transversa de la tercera lumbar. El ángulo cólico derecho está en posición normal. Por arriba del ángulo cólico izquierdo se visualiza la sombra renal aumentada de tamaño y deformada en su polo inferior por la tumoración. El pielograma izquierdo es del tipo tumoral existiendo falta de relleno de los cálices inferiores.

Con el diagnóstico de cáncer de riñón, el enfermo es intervenido el 27-5-55. Al través de una lumbotomía izquierda, se aborda el riñón que está ocupado por un tumor del tamaño de un pomelo, encontrándose tan sólo conservado en su polo superior. Nefrectomía. El estudio Histopatológico, demostró que se trataba de un adenocarcinoma muy diferenciado. (Dr. Ferrer).

columna y cuando el crecimiento es oblicuo lo cruza en X. Generalmente el riñón y el uréter no son afectados en el curso de las esplenomegalias y el árbol urinario permanece en su sitio. Se citan casos excepcionales en que la parte

superior del uréter está desplazada hacia la línea media como en los casos de tumores del polo inferior del riñón (*Kummer*). Se citan también la transposición izquierda del árbol urinario superior, constituyendo la ectopia renal cruzada adquirida (*Bruni*). Esto está de acuerdo con lo que sostiene Glow de que algunos tumores esplénicos voluminosos pueden desplazar al riñón izquierdo, si bien nunca deforman el pielograma.

En cuanto al comportamiento del ángulo cólico izquierdo, el concepto clásico es que estos tumores desplazan dicho ángulo hacia abajo y lo cierran, admitiendo para esta regla tan exacta algunas pequeñas variantes, como ser: tumores

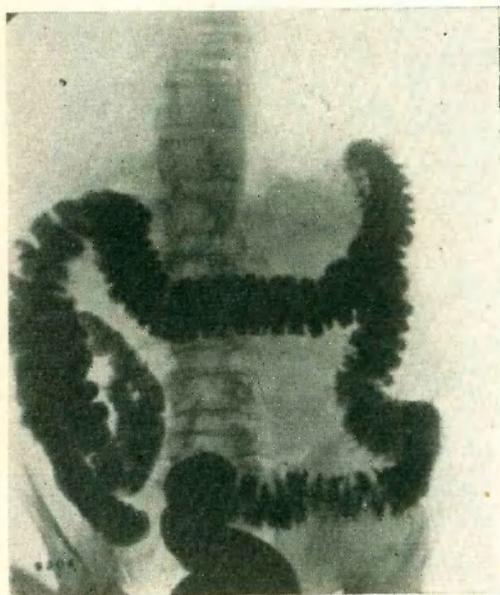


Figura 3



Figura 4

Figura 3

Observación N° 1: Radiografía de colon por enema: Efectuada al mes de la nefrectomía. Se observa que el ángulo izquierdo del colon tiene su conformación normal y ocupa nuevamente su posición normal.

Figura 4

Observación N° 1: Radiografía de colon por enema de perfil, donde se observa también la posición y conformación normal del ángulo cólico izquierdo, después de la intervención quirúrgica.

esplénicos, que descienden por delante del ángulo y lo desplazan hacia atrás, o tumores a crecimiento externo (localización parieto-cólica) que desplazan el ángulo hacia adentro y por último tumores que al cabalgar sobre el mesocolon transversal rechazan el ángulo hacia afuera.

Se afirma, de acuerdo con el concepto clásico, que las tumoraciones renales izquierdas y en general todos los tumores inframesocólicos retroperitoneales se inscriben en el ángulo colo-esplénico que lo rodea por arriba y por afuera y rechazan los segmentos cólicos altos vecinos al ángulo. Esto es en consecuencia de las líneas de inserción de los mesocolon transversal y descendente. La regla clásica afirma que, en forma constante, este ángulo se mantiene alto, abierto y

en anteposición. El colon descendente es discretamente desplazado hacia afuera y puede presentar una muesca de contorno regular en su vertiente interna, inscripta por el tumor.

Si bien estos conceptos clásicos constituyen la expresión más frecuente de

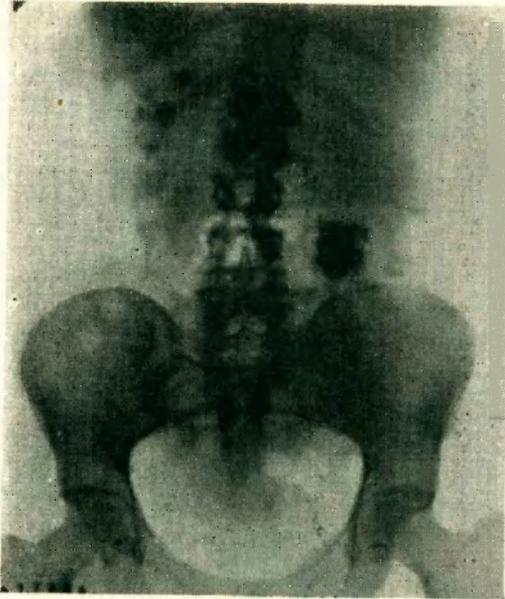


Figura 5



Figura 6

Figura 5
Observación Nº 2: Historia Clínica Nº 1689-P. Adelina A. de D., 54 años. Ingres a nuestra Clínica Privada el 23-3-55. Antecedentes desde hacen 15 años de cólicos renales izquierdo y de hematuria. Desde hacen 4 años, presenta una tumoración en el flanco izquierdo. Al examen de la enferma se constata que el hemiabdomen izquierdo está ocupado por una tumoración que se calcula mayor de una cabeza de feto y que ocupa el flanco y el hipocondrio, es móvil, con la respiración, indolora de superficie lisa, impresiona como remitente, pelotea y tiene contacto lumbar. Se le efectúa una radiografía directa de abdomen que pone en evidencia la sombra correspondiente a la tumoración antes mencionada y además delata la presencia de una sombra opaca del diámetro de unos cinco centímetros con el aspecto radiográfico de un cálculo coraliforme que se encuentra a la altura de la cuarta vértebra vértebra lumbar. Llama la atención en esta radiografía el descenso del ángulo izquierdo del colon razón por la cual se resuelve efectuar un estudio radiográfico del colon además del examen radiográfico del aparato urinario.

Urograma por Excreción: Del lado derecho pielograma normal. Del lado izquierdo no se observa eliminación del líquido de contraste.

Figura 6

Observación Nº 2: Pielografía por relleno del lado izquierdo. Se pasa una sonda ureteral que después de describir un trayecto flexuoso llega hasta el cálculo. El líquido de contraste queda detenido a nivel del cálculo dibujándose algunos cálices pequeños, no relleno lo que corresponde a la masa tumoral que está inmediatamente por encima del cálculo. Se plantea en este caso la posibilidad de que la enferma presente una hidronefrosis localizada o un quiste del polo superior del riñón.

los desplazamientos del ángulo, bajo ningún concepto pueden aceptarse como leyes constantes o absolutas. La longitud variable de los mesos, las adherencias

cólicas, la ptosis viscerales, la forma y tamaño de las tumoraciones, así como los procesos inflamatorios agregados, nos obligan a aceptar variaciones en esta sistematización clásica, de las traslaciones del ángulo. Estas variaciones, sin ser tan frecuentes, tampoco son raras y deben conocerse para poder valorarlas en su justo significado diagnóstico.

Así, por ejemplo, hay casos en que los mesocolones transversos y descendentes son excesivamente largos y como consecuencia hay una ptosis del ángulo cólico, desapareciendo completamente sus relaciones habituales, disposición con-



Figura 7

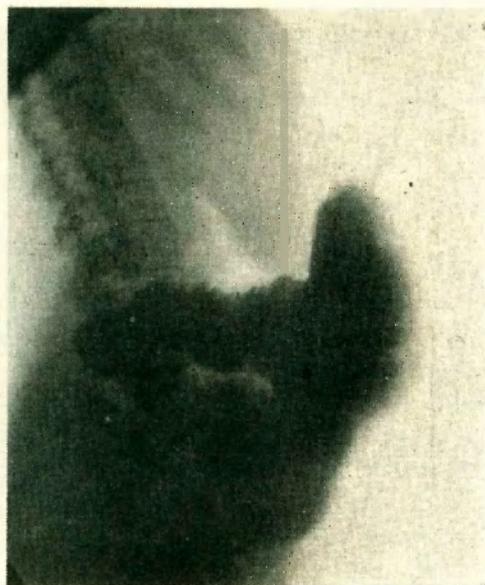


Fig. 8

Observación N° 2: Radiografía de colon por enema: Franco descenso del ángulo cólico izquierdo. El ángulo cólico derecho en posición normal.

Figura 7

Figura 8

Observación N° 2: Radiografía de colon de perfil: El ángulo cólico izquierdo descendido, se presenta desplazado hacia adelante de la tumoración.

Esta enferma fué intervenida con fecha 12-3-55.

Se le efectúa una incisión de Bazy constatándose que la tumoración corresponde al riñón y está representada por una gran bolsa hidronefrótica, originada en un cáliz superior. Previa evacuación del líquido de la bolsa hidronefrótica, se efectúa la nefrectomía. No hemos podido efectuar en esta enferma como en el caso anterior, una radiografía de colon después de la intervención quirúrgica para constatar si el ángulo izquierdo volvía a ocupar su posición normal.

génita ésta muy rara. También los procesos de pericolicitis, relativamente frecuentes, fijan el ángulo y lo independizan de cualquier desplazamiento por proceso tumoral de vecindad.

Las grandes ptosis viscerales, en este caso del bazo y del riñón izquierdo, al desplazar estos órganos, pueden eliminar prácticamente por completo sus relaciones con el ángulo.

Además, la forma y el tamaño de estas tumoraciones pueden variar infinitamente y si se le suma la inflamación agregada tan frecuente, es lógico aceptar la variabilidad de los desplazamientos del ángulo.

Pueden existir también bazos migratorios que se comporten como tumores infra-mesocólicos y no desplacen el ángulo, lo mismo que sucede en los casos de bazos altos por adherencias. Pueden observarse también grandes tumores del bazo coexistiendo con un meso largo, que por lo tanto se "embolsan" en este meso y aparecen por debajo del colon transversal como si fuera inframesocólico, en cuyo caso el ángulo puede aparecer alto.

Análogamente puede observarse estas variaciones en los tumores del riñón

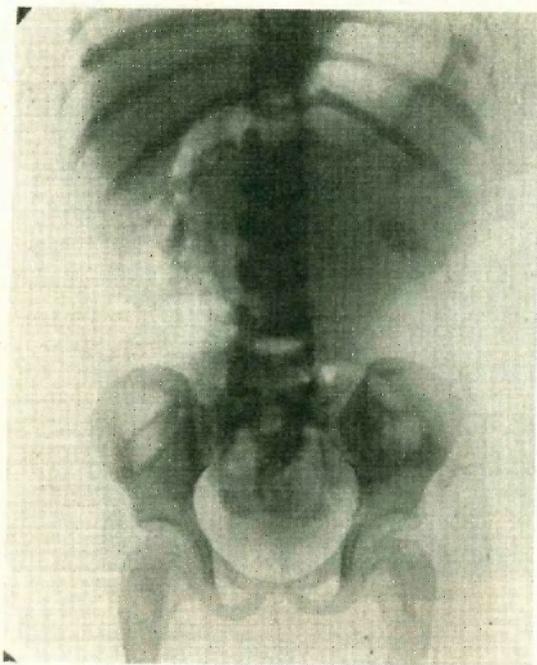


Figura 9

Observación N° 3: Esta radiografía corresponde a un Urograma por Excreción efectuado en una niña de 5 años, que presentaba un grueso tumor del riñón, que fué posteriormente operado y cuyo estudio Histopatológico demostró tratarse de un tumor de Wilms. Se observa la imagen pielográfica deformada de tipo tumoral del lado izquierdo y el pielograma normal del lado derecho. Llama la atención la sombra gástrica desplazada hacia arriba y hacia la derecha, y la imagen correspondiente al ángulo izquierdo del colon desplazada francamente hacia abajo visualizándose a la altura de la cresta ilíaca. Falta en este caso una radiografía contrastada del colon.

que en esta forma también se exceptúan del absolutismo de las reglas clásicas. Así, por ejemplo, en los riñones ptosados o en herraduras, la relación nefrocólica no tiene valor, salvo para demostrar la localización retro-intestinal del tumor, es decir, común a cualquier tumor retroperitoneal. En otros casos de tumores renales, muy grandes, que pueden sobrepasar por fuera el colon descendente, este colon y el ángulo son dislocados hacia abajo y adentro (posición parieto-cólica del tumor). Hay también algunos tumores grandes del polo su-

perior del riñón, que sobrepasan por arriba al colon transversal y despegan "en tienda" al peritoneo posterior del diafragma como si fuera un tumor supra-mesocólico de la loge esplénica. En estos casos el ángulo cólico puede estar desplazado hacia abajo.

Hemos tenido oportunidad de constatar recientemente dos casos de tumoraciones del riñón izquierdo en los cuales había un franco descenso del ángulo colo-esplénico como el observado en las tumoraciones del bazo. En un caso se trataba de un cáncer del riñón y en el otro de una grosera hidronefrosis localizada en el polo superior del riñón y determinada por un cálculo impactado en la pelvis en un riñón ptosado. Podemos agregar a estas observaciones al caso descrito en nuestro país por Lavisse y que correspondía a un sarcoma del riñón y a las tres observaciones semejantes publicadas por los autores uruguayos García Capurro y Piaggio Blanco, correspondientes a un riñón poliquístico, una hidronefrosis gigante y un neoplasma de riñón.

En el deseo de establecer si estos desplazamientos del ángulo izquierdo del colon en los tumores del riñón no serían más frecuentes de lo que se supone, hemos revisado nuestro material radiográfico en los casos de cánceres del riñón. Desgraciadamente no disponemos en estos casos de radiografías contrastadas del colon, razón por la cual en buen número de estas observaciones el ángulo izquierdo no se puede localizar, lo que nos impide en consecuencia sacar conclusiones de esta búsqueda. Tan sólo en un caso que presentamos de un tumor de Wilms en un chico, parece evidente que existe también un desplazamiento del ángulo izquierdo hacia abajo como en las observaciones que relatamos, aunque nos falta en este caso una radiografía contrastada del colon que nos confirme los elementos de juicio que nos brinda la radiografía directa.

Como conclusión diremos que, sin ninguna causa que lo justifique, pueden visualizarse desplazamientos hacia abajo del ángulo izquierdo del colon, como las provocadas por las esplenomegalias, en tumores renales. Así se observó en el caso descrito por Lavisse en las tres observaciones de García Capurro y Piaggio Blanco y en nuestras dos observaciones personales, en ambos de cuyos casos el ángulo estaba francamente descendido, razón por la cual se planteó la posibilidad de que la tumoración palpable correspondiera a un tumor del bazo. Es de hacer notar que en el caso del cáncer del riñón que referimos, el ángulo izquierdo del colon volvió a ocupar su localización normal después de la nefrectomía, como se puso en evidencia con una radiografía de colon efectuada en el post-operatorio. En cuanto a la hidronefrosis no hemos podido efectuar hasta ahora esta exploración radiográfica de control.

BIBLIOGRAFÍA

- 1). *Buffalini, M.* — I rapporti interviscerali nella diagnosi di sede dei tumori abdominali. "Archivo Italiano di Chirurgia". 23; 281; 1929.
- 2). *García Capurro, F. y Piaggio Blanco, R.* — Semiología clínico radiológica de los tumores del abdomen. Espasa Calpe-Argentina S. A. Bs. As. México 1946.
- 3). *Lavisse, J.* — Tumores abdominales. Exploración radiológica. Imprenta de la Universidad de Córdoba R. A. 1950.
- 4). *Mirizzi, P.* — Tumores del hipocondrio izquierdo en general. "El Día Médico". 31: 621; 1936.
- 5). *Mirizzi, P.* — Desplazamiento gástro-duodenal y transposición del mesenterio en los tumores renales voluminosos de los adultos. "El Día Médico" 31; 732; 1938.
- 6). *Mirizzi, P.* — Tumores abdominales. Oncoquiliagnosis. Librería Editorial: "El Día Médico", Bs. As. 1941.
- 7). *Surraco, L. A. y Lockhart, J.* — "Los ángulos colo-esplénico y colo-gástrico en el diagnóstico de las tumefacciones del flanco-hipocondrio. Memoria de la Sociedad Uruguaya de Urología. 6-3; 1944.

DISCUSION

Dr. Surraco. — Deseo traer a colación un trabajo que publiqué hace muchos años, cuya cita bibliográfica agradezco.

Como no siempre se ha hecho la unión del colon terminal —y me refiero al segundo caso— no está realizada todavía la unión de los mesos que fijan el ángulo. Es muy probable cuando se trate de un tumor de iniciación, que antes de que se formen adherencias, el tumor lo desplace. Es frecuente eso cuando existe una gran tumefacción en que, por lo mismo que no está hecha la coalescencia el tumor sale por el costado del colon.

En el adulto llama la atención que todo el proceso tumoral se encuentre dentro del marco cólico. Otra cuestión interesante es que es un ptósico que tiene desplazada toda la vertiente diafragmática. Por lo tanto, el colon tiene una disposición especial en su ángulo que puede estar motivada por el tumor. Si se tratara del bazo, ese ángulo estaría desplazado hacia adentro y no hacia afuera como en este caso. La explicación que se le podría dar al primer hecho es que se trata de un ptósico y en consecuencia, está desplazado el cuadro frénico y los desplazamientos se han efectuado hacia adelante. El riñón puede simular la situación descrita por el doctor Ercole, pero tiene el cuadro cólico por delante. Insisto que si hubiera sido un bazo grande, teniendo un cuadro frénico bajo el ángulo del colon hubiera sido desplazado para adentro, cosa que no sucede en este caso. Como se ha dicho muy bien la excepción confirma la regla.

Dr. Pereira. — He presentado a la Sociedad Uruguaya de Urología un trabajo con dos casos semejantes a los del doctor Ercole.

Uno, era un riñón poliquístico a gran predominancia izquierda, en que el ángulo izquierdo y colon estaban desplazados hacia abajo. El otro, era un caso muy especial que había sido estudiado por un brillante internista, quien llegó al diagnóstico de tumor de bazo por el gran desplazamiento del ángulo cólico izquierdo. Los exámenes urológicos mostraron que se trataba de un enorme neoplasma renal izquierdo que llenaba el hemiventre izquierdo y aun asomaba hacia abajo en el lado derecho y desplazaba el ángulo izquierdo del colon.

Esa enferma fué operada —era una señora de 37 años de edad— y mejoró momentáneamente. Después de unos años tuvo una recidiva de su neoplasma.

Como dijo el doctor Ercole, la excepción confirma la regla y de vez en cuando se pueden observar desplazamientos del ángulo izquierdo del colon por grandes tumoraciones renales.

Dr. Ercole. — Agradezco en forma muy particular la colaboración que nos ha prestado en esta discusión el profesor Surraco y el profesor Pereira.

He querido traer estas radiografías con el objeto de llamar la atención, más que a los urólogos —porque en general no se nos presentan problemas de diagnóstico diferencial— al clínico que con este motivo pueden conducir a un diagnóstico erróneo.

Las tumoraciones del riñón y del bazo, como lo ha establecido acertadamente el doctor Surraco en su interesante e importante trabajo sobre este tema— determinan desplazamientos característicos, pero existen algunos casos de excepción, como son los relatados.

En cuanto a las observaciones que nos refirió el profesor Pereira, yo no conocía su trabajo y no sé si corresponderán a unas observaciones que citamos y que corresponden a García Capurro y a Piaggio Blanco, quienes describen unos desplazamientos del colon semejantes a los presentados, por riñón poliquístico, por hidronefrosis gigante y por cáncer de riñón.

Dr. Pereira. — Justamente el brillante internista, al que hice referencia en mi exposición y que hizo el diagnóstico de tumor de bazo, es el fallecido colega doctor Piaggio Blanco.