

NEOPLASIA RENAL IZQUIERDA ADHERIDA AL COLON DESCENDENTE COMPORTAMIENTO QUIRURGICO

Por los Dres. A. TRABUCCO, F. J. MARQUEZ y J. C. LURASCHI

En nuestra experiencia quirúrgica, es la primera vez que debemos actuar sobre un tumor de riñón izquierdo, donde la invasión neoplásica tome relación con los órganos intraperitoneales.

Se trata de un enfermo de 73 años que desde hacía seis presentaba hematurias espontáneas, caprichosas e indoloras y a consecuencia de una de ellas más intensa que las anteriores debe ser internado en nuestro servicio con carácter de urgencia.

El enfermo con regular estado general, mostraba una tumoración en el flanco izquierdo, irregular, móvil con los movimientos respiratorios, cuyo límite inferior se palpa a nivel de la línea biliar y que por dentro llegaba a la línea media, perdiéndose por arriba debajo del reborde costal.

Este tumor es indoloro y presentaba a la percusión un timpanismo que se perdía en la zona lateral.

El resto del examen clínico no mostraba datos dignos de mención salvo una discreta hipertensión arterial de 180 mm. de mercurio con una mínima de 110.

En el momento de la internación el examen de sangre revelaba una anemia de 3.200.000 glóbulos rojos con 10 grs. de hemoglobina y un hematocrito de 32 %, con el resto de los dosajes habituales dentro de los límites normales.

Se practicó examen radiográfico por excreción observándose buena función renal derecha, no visualizándose alteraciones del aparato excretor, en cambio en el lado izquierdo no hay eliminación del medio de contraste.

La pielografía ascendente es la que nos da detalles de la afección renal izquierda. En este estudio radiográfico, se observa el rechazo del uréter hacia adentro, llegando a un través de dedo de la línea de las apófisis espinosas, desde la primera a la cuarta vértebra lumbar, desde donde se dirige hacia afuera y abajo para llegar al borde inferior de la articulación sacroiliaca, para seguir desde ahí a la vejiga por su trayecto habitual. La pelvis renal, que se halla colocada a nivel de la 10ª costilla, se presenta horizontalizada y con amputación del cáliz inferior, presentándose los cálices medios y superior comprimidos y alargados, orientados hacia afuera y abajo, simulando una disposición aracniforme.

Entre el uréter por dentro y la pelvis y cálices renales por arriba, se dibuja una tumoración del tamaño de una cabeza de feto discretamente opaca a los rayos.

Hecho el diagnóstico de neoplasia renal izquierda, se procede a preparar al enfermo para efectuar la nefrectomía, indicándose transfusiones de sangre total, extracto de hígado, vitaminas C, K, y complejo B.

Tratamiento. — Los exámenes clínicos y electrocardiográficos no muestran trastornos de la conducción cardíaca ni alteraciones de la función hepática por lo que se resuelve el 28 de julio de 1955 intervenir quirúrgicamente. Se practica una incisión sobre la 11^a costilla, prolongándose hacia adelante en una extensión de 15 cms. Se reseca el arco costal y se completa la apertura de la pared, procediéndose luego a la liberación del tumor que se mostraba con gran reacción perirrenal y adherido al peritoneo parietal posterior. Esta liberación fué laboriosa y el peritoneo se desgarró a nivel de las adherencias inferiores, se toma reparo y se constata que el colon descendente está adherido al peritoneo, que a su vez está íntimamente fijado a la masa tumoral haciendo un todo, tumor e intestino incluido su meso.

Se procede luego a ligar el pedículo renal y de inmediato a disecar el asa intestinal de la masa tumoral. Esta asa se muestra con aspecto desvitalizado, acartonada y disminuido de calibre en una extensión de 8 cms. Disecado el intestino y liberado de la masa tumoral, se procede a la escisión del riñón.

Ante este estado intestinal, se piensa en hacer la resección parcial del colon y la anastomosis consiguiente, pero la operación había sido discretamente shockante y no teníamos la seguridad de una buena cicatrización a pesar del cuidadoso preoperatorio efectuado, por lo que se decide dejar el asa exteriorizada, para evitar infecciones peritoneales por falla de la plástica peritoneal y al mismo tiempo controlar la irrigación de esa zona del colon descendente.

En las 48 horas siguientes a la intervención pudimos observar el cambio de coloración progresivo del asa exteriorizada, por lo que al cabo de ese tiempo se abre el asa a radiobisturí, en forma tal que queda constituido un ano contra natura en el flanco a nivel de la línea axilar anterior.

El postoperatorio fué sin complicaciones y el enfermo es dado de alta a los 17 días de la intervención.

El examen anatomopatológico nos muestra una pieza del tamaño de una cabeza de feto, en cuyo extremo superior se observa el polo renal con caracteres normales. El resto está constituido por una masa tumoral irregular, donde se observan múltiples nódulos de forma, tamaño y color diferentes. La sección de la pieza revela una tumoración en distintos estados evolutivos y que al parecer el proceso más antiguo reside en el polo inferior, que es el de mayor consistencia, mientras que la zona superior es encefaloidea y la correspondiente al polo superior del riñón tiene nódulos de distinto tamaño.

El examen microscópico reveló la existencia de un epiteloma a células claras.

Hasta aquí habíamos solucionado el problema constituido por una neoplasia renal izquierda de tamaño desusado que tenía como características la alteración del colon descendente por invasión neoplásica del mesocolon, pero nos quedaba el enfermo con un ano contra natura que le resultaba incómodo y pedía que se le solucionara.

En este caso, con un proceso renal maligno, con zonas encefaloideas, esperamos 10 meses antes de decidir la nueva intervención para tener las mayores posibilidades de no encontrar recidivas in situ.

Por lo tanto el enfermo se interna nuevamente en marzo de este año para hacer la anastomosis intestinal. En ese lapso el paciente había aumentado 14 kilos de peso, el estado general era floreciente y los análisis y estudios clínicos estaban de acuerdo con su estado, por lo que se interviene nuevamente el 3 de marzo.

Se efectúa una incisión paramediana paramuscular externa y se llega al peritoneo que se abre en toda la extensión de la incisión cutánea. Se investiga seguidamente ambos extremos del colon descendente y se liberan de la pared, obteniéndose así longitud suficiente para hacer una anastomosis sin tracciones. Preparados los cabos se cierran sus extremos mediante una jareta doble y luego se procede a efectuar la sutura seroserosa posterior, con el objeto de hacer una anastomosis láterolateral. Una vez hecho esto se procede a practicar la sección de ambas paredes intestinales y hacer la sutura perforante posterior y anterior, para completar luego la sutura seroserosa anterior. Se coloca sulfamidas intraperitoneal y se deja un pequeño tubo de drenaje, cerrando la pared con puntos separados.

La evolución fué perfecta siendo dado de alta el 27 de ese mes.

COMENTARIOS

No es frecuente encontrar neoplasias renales que invadan órganos intraperitoneales y cuando lo hacen es a través de los mesos vasculares en forma tal que las modificaciones producidas en esos órganos son inicialmente de tipo circulatorio y secundariamente neoplásicas, lo que ya contraindica una intervención quirúrgica de tipo radical.

La liberación del tumor debe efectuarse con el menor traumatismo y llegar lo más pronto posible al pedículo para efectuar su ligadura previa, en forma tal de disminuir la hemorragia, impedir la propagación por vía sanguínea y facilitar las maniobras necesarias para completar la liberación de la glándula.

En las intervenciones por neoplasias renales es conveniente hacer sistemáticamente la exploración de la cavidad peritoneal y proceder de acuerdo a lo que se halle, recordando que, a pesar de los cuidados preoperatorios, el neoplásico es un enfermo muy lábil y en el cual debe actuarse en la forma más inocua posible de ahí que se deba solucionar el problema terapéutico con el menor riesgo posible, no importando la cantidad de veces que el enfermo tenga que ir a la sala de operaciones, garantizando así el éxito del tratamiento.

RESUMEN

Se presenta un caso de neoplasia renal izquierda, en un paciente de 73 años, que invade el colon descendente en una extensión de 8 cms., y en el cual después de practicar la nefrectomía se deja exteriorizada el asa intestinal que a las 48 horas se transforma en un ano contra natura y recién a los 10 meses más tarde se practica la liberación del intestino y la anastomosis láterolateral.