

Sociedad Argentina de Urología

Presidente: . . . Dr. Tomás Schiappapietra

Vicepresidente: Dr. Constante Comotto

Secretarios: Dr. José Casal

6^a. Sesión científica ordinaria - 24 de septiembre de 1956.

Hosp. Alvear. Serv. de Urología. Sala VI

Jefe: Dr. Armando Trabucco.

GASA RETROPERITONEAL POST-SIMPATICECTOMIA

Por los Dres. A. TRABUCCO, C. AMENDOLARA y J. C. SIANO

Traemos a esta sociedad un caso que creemos curioso e interesante: curioso por la tolerancia manifestada durante 5 años a una gasa alojada en el espacio retroperitoneal en posición interaórtico uretérica sin que el enfermo evidenciara molestias, e interesante por los problemas diagnósticos que involucrara y los resultados que depara la cirugía ureteral o paraureteral que compromete la adventicia del mismo.

El 7 de marzo pasado nos consulta V. K. de 50 años de edad, de sexo masculino, porque hace un mes ha orinado sangre durante 7 días sin ningún otro trastorno urinario salvo un discreto dolorimiento en el flanco izquierdo sin irradiación.

Antecedentes personales: Padece de una afección cardíaca compensada en el momento actual. Hace diez años operado de gangliectomía lumbar lado derecho y hace 5 del lado izquierdo.

Estado actual: Enfermo con buen estado general y de nutrición, apirético, psiquismo libre, decúbito indiferente y con piel y conjuntivas rosadas.

Aparato respiratorio sin particularidades a la inspección, palpación, percusión y auscultación.

Aparato circulatorio tonos libres silencios conservados. Pulso 70 por minuto. Presión arterial Mx. 140, Mn. 70 mm. de mercurio.

Abdomen: Presenta dos cicatrices operatorias una en cada flanco del tipo de las de Israel. Es blando depresible e indoloro palpándose a la altura del ombligo una tumoración. Hígado y bazo no se palpan.

Micción espontánea con orinas limpiadas.

Pene y uretra: Permeable al explorador a bola de Guyon N° 20.

Bolsas testículos y cordón sin particular.

Próstata y vesículas seminales sin particular.

Riñones y uréteres: Lado derecho nada de particular. Lado izquierdo se palpa a la altura del ombligo una tumoración del tamaño de una naranja, dura indolora de superficie lisa que no excursiona con la respiración, por encima de ella y sin que aparentemente haga

cuerpo, se palpa el polo inferior del riñón que excursiona con la respiración y que en la máxima inspiración se pone en contacto con la tumoración descrita.

Cistoscopia: Mucosa vesical con los caracteres normales. Orificios ureterales normales, eyaculan el indigo carmin con chorro de buena concentración y proyección para ambos a los cinco minutos.

Estudio Radiográfico: Radiografía simple. A la altura de la tercera vértebra lumbar en la región paravertebral izquierda se aprecia una sombra del tamaño de una naranja cuya densidad es semejante a la renal con la forma de una pera cuyo polo más grueso, inferior, rechaza a la masa renal hacia afuera y arriba sin que aparentemente haga cuerpo con ella y cuyo polo superior más adelgazado se pierde en región paravertebral y de los grandes vasos. Borde del psoas, visible.

Urograma buena función bilateral. Se repite la sombra descrita más arriba. Entre los signos indirectos el rechazo de la masa renal y uréter hacia adelante y afuera describiendo una curva hacia abajo y atrás que abraza a la tumoración. Discreta dilatación pielocalicial con imágenes de borramiento caliciales por un proceso pielonefrítico.

La pielografía ascendente con perineumoriñón confirma la imagen anteriormente descrita. El aire penetra bien en el lado derecho, no así en el lado izquierdo.

Análisis de Laboratorio: Azohemia 0,49 grs. por mil, glucemia 0,87 grs. por mil. Recuento y Fórmula Gl. rojos 4.510.000, Blancos 8.000. Eritrosedimentación: 1ra. hora 10 mm., 2da. hora 20 mm. Tiempo de coagulación 5 minutos y de sangría 30 segundos. Hematocrito 42 %. Orina Densidad 1016. Albúmina 0,10 grs. por mil. Glucosa no contiene, hemáties no se ven.

Prueba de Thorn: El recuento de eosinófilos en la primera muestra de sangre es de 48, la segunda muestra extraída después de 4 horas de haber inyectado intramuscularmente 25 unidades de ACTH contiene 26 eosinófilos, siendo el índice de descenso del 45 %.

Reacción intradérmica de Casoni negativa.

Prueba de la histamina: Se toma la presión del enfermo en condiciones basales a las 9,10 horas de la mañana siendo ésta de 140 mm. la máxima y de 75 mm. la mínima. Se inyecta por vía endovenosa 0,05 mgrs. de histamina y se controla en los próximos 15 minutos las variaciones tensionales cada minuto, obteniéndose la siguiente curva:

0916	.....	Mx 11	.....	Mn 7
0917	.....	Mx 13	.....	Mn 7
0918	.....	Mx 13	.....	Mn 7
0919	.....	Mx 12	.....	Mn 6,5
0921	.....	Mx 12	.....	Mn 6,5
0924	.....	Mx 12	.....	Mn 6,5
0927	.....	Mx 12,5	.....	Mn 6,5
0930	.....	Mx 12,5	.....	Mn 6,5

A los tres minutos de la inyección discreta palidez y midriasis incipiente. A los 5 minutos el enfermo está rosado con sus pupilas normales.

Con el diagnóstico de tumoración retroperitoneal, el día 27/3/1956 se practica lumbotomía exploradora. Cirujano Dr. Trabucco. Ayudantes: Dres. Márquez y Siano. Anestesia general con Pentothal novocaína. Dr. Monteverde.

Incisión lumbar oblicua izquierda cuyo extremo anterior se dirige hacia el ombligo. Apertura de la pared. Se reclina hacia adelante el peritoneo y abre la fascia de Zuckerkandl extirpándose grasa esclerolipomatosa. Se palpa una tumoración pararenal interna fija, que previa liberación de bridas y adherencias más o menos firmes se presenta del tamaño de una naranja, amarillo ocre en su polo inferior, fuertemente fijada al plano osteo muscular y por cuya cara anteroexterna corre el uréter íntimamente adherido a ella. La liberación del uréter se realiza con facilidad relativa en sus dos tercios superiores, no así en el inferior donde se halla firmemente fijado por bridas que sangran fácilmente. Se cliva artificialmente el polo superior de la tumoración, ligadura y sección de un vaso. Se repite la maniobra con otro mas profundo y al querer liberar la tumoración muy fija a la columna vertebral se abre saliendo al exterior una substancia de aspecto grasoso semilíquida en parte. Se torna al polo inferior procediendo a liberarlo del tejido fibroso que lo fija y al comprimirlo para favorecer su enucleación se abre saliendo del interior de la cáscara fibrosa descrita una gasa del tipo que comúnmente se usa en cirugía para secar el campo. Se completa cuidadosamente la liberación del cuerpo extraño y del uréter a tijera. Cierre en tres planos, drenaje, piel con algodón. Antibióticos.

Buena evolución post-operatoria.

Pielografía ascendente de control a los 20 días de operado muestra una mayor dilatación pielocalicial y ureteral. La pielografía de control efectuada en el día de la fecha permite

apreciar la vuelta a una relativa normalidad de la pelvis, cálices y uréteres, con la excepción del tercio medio del mismo que aparece lleno por la sustancia opaca y aumentado de calibre.

COMENTARIOS

Salvo excepciones, los autores, dice Michans, consideran como tumores retroperitoneales, sólidos o quísticos a las neoformaciones desarrolladas primitivamente en el espacio retroperitoneal, en el tejido célula adiposo que lo llena y en los órganos que naturalmente lo ocupan con excepción del riñón y de la cápsula suprarrenal.

En esta región de la economía se hallan presentes órganos y tejidos derivados de las tres hojas blastodérmicas del embrión pero especialmente ectodérmicos y mesenquimatosos. De allí la posibilidad de que una gran variedad de tumores tengan asiento en esta región. Michans en su relato a la Sociedad Argentina de Cirujanos en el año 1953 los agrupa en neurogénicos de origen mesenquimatoso y disembrionomas faltándole agregar los derivados del páncreas.

Mesenquimatosos son: entre los benignos, los lipomas con sus variaciones estructurales y estos mismos degenerados secundariamente o malignos de entrada son los sarcomas. El diagnóstico de estos tumores es desde el punto de vista clínico imposible y se hace generalmente por la anatomohistología.

Neurogénicos los derivados de las células simpáticas escasamente diferenciadas tales como el neuroblastoma o simpatoblastoma son más propios de la infancia encontrándoselos muy raramente después de los 10 años de edad, sumamente maligno. Los simpaticocitomas y ganglioneuromas no son funcionantes y su diagnóstico clínico es prácticamente imposible.

Los cromafines o funcionantes son más comunes, en las personas de 40 a 50 años y se caracterizan por ser de acción endocrínica en producir cualquiera sea su tamaño el síndrome adrenosimpático con hipertensión que puede ser transitorio, en accesos o permanente.

Estos tumores se traducirán o no según su tamaño en las radiografías y desviarán o no los órganos intraperitoneales o retroperitoneales especialmente el uréter y el riñón. Tenemos para ellos un método diagnóstico que permite un diagnóstico más o menos preciso y que se basa en la provocación del síndrome adrenosimpático en el caso de que éste sea transitorio o en la yugulación del mismo en el caso de ser permanente. En el primer caso se usará la histamina por vía endovenosa a la dosis de 0,05 mgrs. y el control de la presión cada minuto durante diez. Si existiera este tumor se asistirá a la elevación tensional y la aparición del síndrome adrenosimpático por la propiedad de excitar la secreción de Nor adrenalina que tiene la histamina. En el caso de que la hipertensión sea permanente, se usará la regitina, la cual actúa bloqueando periféricamente a la adrenalina y parcialmente a la noradrenalina y termina momentáneamente con la sintomatología.

El diagnóstico de los neurinomas y neurofibromas también es del resorte de la histología.

Para los disembrionomas del tipo de los quistes dermoideos y teratomas se puede concluir que también es prácticamente imposible el diagnóstico clínico salvo el hallazgo radiográfico de huesos o faneras cutáneas calcificadas que pondrán en la pista.

Pero al lado de los tumores puros del retroperitoneo hay otras entidades patológicas que no son tumores por definición y con los cuales sin embargo

tendremos que ensayar el diagnóstico, estos son los quistes polares inferiores del riñón, los aneurismas de aorta y de la arteria renal. Creemos que para estos casos la aortografía tiene un gran valor. Para los quistes hidáticos la reacción intradérmica de Casoni pondrá en la pista. Para los tumores de la cola del páncreas tenemos el neuoperitoneo y el retroneumoperitoneo.

Para finalizar, diremos que si bien nuestro caso, por definición, no puede considerarse como un tumor de retroperitoneo, por la presentación clinicorradiológica, sí debe sospecharse que se trate de uno de ellos y los esfuerzos diagnósticos deben ir dirigidos a la aclaración diagnóstica que de una orientación terapéutica y pronóstico. Preconizamos así la lumbotomía exploradora para todas aquellas afecciones tumorales cuya etiología no pueda ser puesta de manifiesto. Queremos asimismo llamar la atención sobre los resultados inmediatos y alejados de las intervenciones quirúrgicas que comprometen la adventicia ureteral. Cuando las maniobras de liberación priven parcialmente de ella a la vía excretora la priven también de su vitalidad, obteniéndose así una hipotonía relativa y pasajera de todo el sistema ureteropielocalicical, con restitución posterior del tonismo con excepción de la zona afectada, directamente por estas maniobras de liberación como lo demuestran los controles radiográficos.

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

Michans Juan: Congreso de Cirugía año 1953.

Pasqualini Rodolfo Q.: Endocrinología, 3ª edición. Editorial El Ateneo.
