

FORMA RETROPERITONEAL DE LA ENFERMEDAD DE KUNDRAT

Dres. A. Trabucco, E. J. Márquez y B. Otamendi.

Hospital G. Rawson
Servicio de Urología
Jefe: Prof. Dr. A. Trabucco.

La presentación de este caso es exclusivamente a título de curiosidad, al encontrar, en un paciente con discreta sintomatología urológica, una gran tumoración cuya localización no nos hizo pensar en una enfermedad de sistema.

Se trata de V. C. de 41 años, casado, que concurre a la consulta en marzo de este año con dolor en hipogastrio y fosa ilíaca derecha que se irradia a la zona inguinocrural y con discreta disuria. En sus antecedentes sólo figura un estreñimiento crónico y algunos episodios febriles que se atribuyeron, en estos cuatro o cinco últimos meses a "procesos gripales", que se acompañaban de temperaturas que oscilaban entre los 37,4° y los 37,9°.

El examen urológico revela chorro con buena proyección pero con alargamiento de la faz final de la micción, que termina gota a gota durante quince a veinte segundos. La orina emitida es límpida, el meato uretral normal y la uretra es libre a la sonda N° 16 F. no recogíendose residuo vesical.

El tacto rectal muestra un esfínter anal elástico y con buen tonismo, pero por encima de él no se puede continuar con la introducción del índice, sino que debe girarse la cara palmar hacia la concavidad sacra para sobrepasar una tumoración lateral derecha y posterior. Esta tumoración discretamente elástica irregular e indolora, ocupaba toda la fosa laterovesical e ilíaca derecha y el hipogastrio, delimitándose en la palpación bimanual a cinco traveses de dedo por encima del pubis. La palpación del espacio laterovesical izquierdo era libre.

El resto del examen urológico y clínico general no muestran anomalías; la tensión arterial es de 145 y 85, llamando la atención el buen estado general con un peso de 70 kilos que es el habitual en el enfermo.

Los análisis practicados ponen de manifiesto una discreta leucopenia de 4.700 y 5.300 leucocitos con 38% de linfocitos y 7% de eosinófilos. El hepatograma era normal lo mismo que la uremia glucemia y eritrosedimentación.

Se solicitan radiografías del árbol urinario y en la placa simple se observa la falta de nitidez de los rebordes óseos de la cavidad pelviana y la seriografía muestra buena función renal bilateral con discreta ureteropieloectasia y la amputación de ambos ureteres a nivel de la línea innominada, con un relleno vesical irregular que obliga a continuar el examen radiográfico haciendo cistogramas a los 90', observándose en la placa de frente una deformación vesical que aparenta una vejiga bilocular o un gran divertículo mediano, pero en las oblicuas esta se revela en forma de media luna con la convexidad aplicada a la pared anterior del abdomen y la concavidad rodeando la gran masa tumoral intrapélvica.

Con el objeto de tener una idea aproximada respecto a la participación prestatovesicular en esta neoformación, se practica una vesiculografía por punción de ambos deferentes y la imagen obtenida es la siguiente: 1°) rechazo hacia arriba y afuera del de-

ferente derecho; 2º) la unión deferentovesicular derecha está a la izquierda de la línea media; 3º) la vesícula seminal derecha se presenta en posición vertical y también a la izquierda de la línea media, sin mostrar alteraciones de sus paredes que hagan pensar en una invasión neoplásica sino en un simple rechazo o desplazamiento; 4º) el trayecto del deferente izquierdo así como la vesícula seminal son normales; 5º) la permeabilidad de la vía excretora espermática está demostrada por el medio de contraste que hay en vejiga.

Teniendo el reparo de la vía espermática, efectuamos el relleno vesical con solución yodada al 6%, encontrando en la OPD el rechazo de la vesícula seminal derecha hacia adelante así como de la vejiga y en la OPI se aprecia la correcta posición de la vesícula izquierda.

Llegados a este punto teníamos el diagnóstico de neofórmación latero y retrovesical derecha, sin invasión del aparato urinario ni genital, ni proveniente de ellos.

Sólo nos queda por hacer la biopsia del tumor pelviano, que llevamos a cabo con la aguja de Vim Silverman, obteniendo un trozo de 1 mm. de espesor por 1 cm. de largo, de tejido de color blanco rosado que se fija en líquido de Bouin y se envía a examen anatomopatológico, informándonosnos más tarde que se trata de un linfosarcoma.

Con todos estos datos clínicos, radiográficos y anatomopatológicos el enfermo es sometido a tratamiento con telecobalto 60, rotatorio, que practica el Dr. Agustín Trabucco. El resultado fue espectacular. A las 12 aplicaciones se examina al enfermo no encontrándose anormalidad en pelvis, la próstata desaparecida anteriormente se tacta con sus caracteres normales y sólo se encuentra un discreto empastamiento en la zona que ocupaba la neoplasia.

El laboratorio de análisis clínicos sólo revela como anormalidad un aumento de la eritrosedimentación que de 8 mm. asciende a 32 mm. en la primera hora con fórmula leucocitaria y recuento globular dentro de la normalidad.

Durante la radiación aparece tos seca sin expectoración ni alteración broncoalveolar y el examen radiográfico nos muestra una tumoración de lóbulo superior izquierdo que se decide radiar. En total se aplican 6.500 rads en abdomen inferior y 3.500 en tórax. En Junio, es decir, tres meses después del diagnóstico se efectúan los exámenes radiográficos de control, observándose normalidad en la película del tórax y recuperación de la ureteropieloectasia bilateral, los ureteres pelvianos con sus características anatómicas, así como la recuperación de la vejiga en las posiciones de frente y ambos perfiles.

COMENTARIOS.

El linfosarcoma de Kundrat, tumor primario y maligno del parénquima linfoide, se caracteriza por su crecimiento agresivo, sin alteraciones del cuadro hemático y por ser de nacimiento local.

Se plantea en esta enfermedad la necesidad de diferenciarla con la leucemia linfática crónica y dichas diferencias son las siguientes:

El linfosarcoma de Kundrat incide especialmente en jóvenes, siendo de crecimiento agresivo, tumoral y monstruoso; su marcha evolutiva rápida y da, además, metástasis histohomólogas, es decir en tejido linfoideo y sin alteraciones de la fórmula periférica ni medular.

Las manifestaciones clínicas no existen en el 25% de los casos y cuando ellas se pre-

sentan son de tipo respiratorio, disfágicas, urinarias, etc., con fiebre escasa o sin ella y de acuerdo a las manifestaciones clínicas se reconocen:

- 1º) Forma cervicofaríngea
- 2º) Forma gastroenterales
- 3º) Forma mediastínicas
- 4º) Forma retroperitoneales
- 5º) Forma superficiales.

El diagnóstico sólo se hace por la biopsia y el tratamiento es exclusivamente radiante o por intiblasticas, si bien este último no da muchas satisfacciones, pero a pesar de ésto el pronóstico de vida raramente pasa de los dos años.

