

4ª Sesión Ordinaria - 28 de Julio 1966

TUMOR DEL RETROPERITONEO SUPERIOR

Dres. A. Trabucco, F. J. Márquez y J. C. Speranza.

En el ejercicio de nuestra profesión encontramos, a veces, cuadros tan aparentemente típicos que nos inducen a diagnósticos que resultan totalmente falsos.

He aquí uno de ellos:

J. N. de 45 años, italiano, concurre a la consulta por una hematuria total, con coágulos que duró una semana, en febrero de 1965.

En sus antecedentes figura un primer episodio de este tipo en 1958, que cede espontáneamente y otro hace dos años que duró dos días, cediendo a la medicación coagulante habitual y después del cual se le efectúa un urograma excretor (Fig. 1) que muestra una pequeña alteración del caliz superior del riñón derecho y un discreto rechazo del caliz medio. Dicho urograma fue considerado normal y así pasaron dos años, hasta que en enero de 1965 aparece un cuadro febril con temperatura de 38° a 39°, decaimiento general, sudoración profusa y reflejos pilomotores.

En ese momento la fórmula leucocitaria y el recuento globular eran normales, pero la eritrosedimentación llega a 111 en la primera hora y 125 en la segunda, la uremia era normal así como la glucemia, habiendo una discreta piuria microscópica con una ururia de 21,60 grs. y la densidad de la orina llega a 1.022.

Demás está decir que se le instituyó tratamiento antibiótico y a los diez días la eritrosedimentación baja a 89 y 113, continuando con la fórmula leucitaria y el recuento globular normales. Sin embargo, el cuadro clínico se mantiene y el estado general se resiente en forma visible, palpándose entonces, según el informe del clínico tratante, un aumento del tamaño del hígado que llegaba a tres traveses de dedo por debajo del reborde costal y sin ictericia.

Se efectúa un hepatograma que no revela alteración así como es también normal el estudio de la bilis obtenida por sonda de duodenal y en el proteinograma electroforético sólo hay un discreto aumento de las gammas globulinas.

La desorientación clínica es motivo de la intensificación de los estudios y en una placa de tórax seguida de una tomografía se encuentra en el pulmón izquierdo una opacificación circunscripta con el hilio correspondiente acentuado (Fig. 2). Se procedió al lavado bronquial, no hallándose células atípicas e inmediatamente se inicia radiación con Co 60, recibiendo en total 11 aplicaciones, que es necesario suspender pues el estado general se altera en tal forma, que se teme por la vida del paciente.

Seis días después de la supresión de la radiación, aparece la hematuria que fue la causa de la consulta urológica.

El paciente se presenta con un urograma excretor que muestra la dislocación vertical del riñón derecho, descenso del ángulo hepático del colon, borramiento de la nitidez de los bordes internos de los cuerpos vertebrales de las 12 D., 1a. y 2a. lumbar y de las dos últimas costillas, un hemograma con 4.660.000 glóbulos rojos, 9,200 leucocitos y

una fórmula con 76% de neutrófilos, 5 eosinófilos y la eritrosedimentación de 68 y 104, las fosfatas ácidas de 1,2 según el método de Gutman y 42 unidades de fosfatas alcalina según el procedimiento de King-Amstrong y la orina sin alteraciones (Fig. 3).

El enfermo, con discreto estado general, a pesar de haber perdido casi 20 kilos de peso en tres meses, es sometido a examen clínico de rutina encontrándose, como datos positivos, midriasis bilateral, con reflejos oculares conservados, sudoración y reflejos pilomotores francos.

La inspección del dorso en posición de pie y sentado muestra la elevación y separación de las últimas costillas y relieve de la fosa lumbar derechas, con discreta resistencia, no dolorosa a la palpación.

En decúbito dorsal es más manifiesto el relieve del flanco y es visible una tumoración derecha que excursiona con la respiración, del tamaño de un pomelo grande y a la palpación se encuentra peloteo lumbar y contrapeloteo de Montenegro positivos. La presión arterial es de 145/80.

Con tal cuadro clínico y con diagnóstico presuntivo de tumor de riñón derecho con metástasis pulmonar cobalteaada, se propone la internación para completar el estudio desde el punto de vista urológico.

Una vez internado se efectúa enfisema retroperitoneal, cistoscopia, que no revela anomalías y se caracteriza el ureter derecho. A continuación se inyecta Contraxina al 30% por la sonda ureteral obteniéndose la placa de la figura 4, donde se observa el rechazo del ureter hacia la línea media, dislocación vertical del riñón y aparente desaparición del cáliz superior derecho. Por encima de ello se observa el borde del Psoas y una masa tumoral de poca opacidad ocupando la zona superior del retroperitoneo.

Esta imagen del psoas nos pone dudas respecto a la concatenación de los datos clínicos obtenidos, lo que nos decide a efectuar una aortografía por punción translumbar obteniendo ésta placa (Fig. 5), donde observamos una aorta toracocolumbar con características normales, pero con el pedículo renal derecho desplazado hacia abajo y una arteria hepática francamente traccionada hacia arriba, además de un grupo de pequeñas arterias que van a la masa tumoral que anatómicamente ocuparía el polo superior del riñón derecho y que no se llena con el medio de contraste y el colon derecho desplazado hacia afuera.

La interpretación de este juego de placas se prestó a innumerables comentarios de ateneo, llegándose a la conclusión que se trataba de una neoplasia del polo superior del riñón derecho, no visualizable en la aortografía debido a una posible lesión arterial obstructiva condicionada por la rápida evolución del tumor ya que solo habían pasado dos meses desde que comenzara el cuadro febril y que únicamente la eritrosedimentación nos manifestaba un proceso de gran destrucción celular que no se acompaña de otra alteración hematológica.

En vista de la gran masa tumora, de su localización en el retroperitoneo superior y la sensibilidad del paciente al Co 60, se propone a los familiares del enfermo la necesidad de intentar la ablación quirúrgica del tumor motivada por:

- 1) Rápida evolución.
- 2) Edad del paciente (45 años)
- 3) No poder insistir en el Co 60 por las reacciones obtenidas anteriormente.
- 4) La insistencia del enfermo en ser internado, creyendo que esa era la única solución de su problema.

y aclarando que la intervención puede limitarse a una simple exploración quirúrgica y del riesgo de muerte en el acto operatorio por una posible lesión de la vena cava inferior.

El 6 de marzo de 1965 se efectúa la intervención quirúrgica practicándose, previa anestesia con Pentothal-novocaina, una toracolaparotomía derecha sobre la 11a. costilla la que se reseca totalmente y se llega al borde exterior del recto anterior del abdomen. La 12a. costilla se reclina hacia abajo previa sección de sus ligamentos costovertebrales. Con el concepto de neoplasia del polo superior del riñón se va previamente a la liberación del polo inferior y ligadura del pedículo renal, con el objeto de evitar más siembras neoplásicas y también se secciona el ureter entre dos ligaduras.

Cumplido este paso se procede al clivaje de la enorme tumoración que tenía aproximadamente el tamaño de una cabeza de feto, que hace cuerpo con el polo superior y la cara anterior del riñón. Se repara y protege la vena cava inferior y se contiene con la liberación de la neoplasia, que si bien se deja desprender por su cara anterior e interna, está adherida al plano posterior y en esa maniobra se desgarró el tumor dando salida a una sustancia, gelatinosa, que se aspira y que facilita la enucleación, confirmando, al parecer la teoría de la obstrucción arterial.

Llamó la atención el hecho de no tener que hacer ligaduras en estas maniobras, salvo una en la parte superior que se efectuó entre la 11a. y 12a. apofisis transversa dorsales, constituida por una arteria y una vena de casi 2 mm. de diámetro.

Extraída la pieza se comprueba que la hemostasia de la gran cavidad residual es correcta por lo que se decide a cerrar suturando el diafragma, luego la pleura dejando drenaje aspirativo y por fin el peritoneo y la pared abdominal quedando un drenaje de goma en la gran "loge".

El peso de pieza obtenida llega, aún rota y aspirada los 2.300 grs. y se efectúa su estudio macroscópico, encontrándonos con una sorpresa que realmente no esperábamos. La gran tumoración obtenida NO pertenecía al riñón derecho, estaba fija y adherida a él, pero se puede clivar dejando, en la superficie del polo superior una reacción esclerolipomatosa de la capsula propia, que toma dicho polo e invade la cara anterior, posterior, borde interno y externo, es decir como un casquete sobre el riñón.

El post-operatorio fue magnífico y a los 4 días se extrae el drenaje pelural, a los 8 días el lumbar, recibiendo en total 1.500 cc. de sangre, pero hubo una novedad en los controles hemáticos.

Ya hemos referido que en los exámenes citológicos sanguíneos, nunca hubo alteraciones, salvo que uno solamente presentaba una neutrofilia de 76% con una eosinofilia de 5%, pero en el post-operatorio, a los doce días de intervenido se hallan 60% de linfocitos, fórmula que repetida al día siguiente confirma la anterior.

El 24-5-65 es dado de alta con un estado general satisfactorio y se envía con tratamiento general reconstituyente a telecobaltoterapia local rotatoria que practica el Dr. A. Trabucco. Recibió en total y sin alteraciones mayores 3.500 rads en la zona operatoria y 3.000 en tórax.

La mejoría visible, el aumento de peso, la falta de sudoración y en fin, la recuperación física nos alienta en el pronóstico en forma tal que a los tres meses, es decir en agosto de 1965, se da de alta provisoria para efectuar control clínico a los dos meses.

Desgraciadamente, un día domingo, una semana antes del primer control, el paciente le dice a un hermano, "a las siete de la tarde me voy a morir", habló con su esposa, hija y yerno y a las 18 horas hace una hemoptisis muriendo realmente a las 19 horas??? El estudio anatomopatológico de la pieza operatoria pone de manifiesto que se trata de un neurogliosarcoma.

COMENTARIOS Y CONSIDERACIONES

Anatomía; Morgagni hace la primera descripción de estos tumores y Lobstein, en 1829 les da el nombre de retroperitoneales. Lecene y Thevenot fueron los relatores oficiales en el Congreso Francés de Cirugía de París en 1919, tratando el tema en forma exhaustiva.

Llaman "Tumor retroperitoneal a aquel tumor sólido o líquido, primitivo y desarrollado por detrás del peritoneo parietal, en el espacio limitado hacia atrás por la pared abdominal, no originables en ninguno de los órganos abdominales pero pudiendo tener contacto con ellos o con las cápsulas que los envuelven y con sus mesos, relaciones de dependencia incostante y secundaria a su crecimiento".

Se excluyen los tumores mesentéricos, inflamatorios, abscesos, colecciones sanguíneas, aneurismas, matástasis ganglionares, del esqueleto o de los músculos, que hicieran precedencia en espacio retroperitoneal. No entran tampoco, los de la glándula suprarrenal. Veamos, entonces, que es lo que los anatomistas consideran espacio retro peritoneal. Paire, Giraud y Dupret lo consideran como "el segmento abdominal de la región prevertebral como el paso de los grandes vasos que descienden a la pelvis o remontan al tórax. La región, con sus ejes vasculares, distribuyendo sus ramas lateralmente, a las vísceras del abdomen, figura una especie de mediastino prolongado".

Los límites son la columna vertebral y sus músculos, el peritoneo parietal posterior, el diafragma y el promontorio con la línea innominada o con el plano horizontal que pasa por él. Lateralmente el límite está dado por la inserción de los mesos del colon ascendente en la derecha y del descendente a la izquierda y la altura va desde la 11a. dorsal a la primera vértebra sacra, dividiéndose en dos zonas, el retroperitoneo superior y el retroperitoneo inferior cuyo límite es la inserción del mesocolon transversal.

En el retroperitoneo así considerado, los órganos que se encuentran son los linfáticos latero aórticos derechos e izquierdo, los pre y retroaórticos que se acompañan de los ganglios simpáticos lumbares y sus plexos, que originan tumores neurogénicos. (Fig. 8).

El riñón y la glándula suprarrenal son los únicos órganos retroperitoneales que tienen cápsula propia y así pues quedan excluidos de lo que se definió como tumor retroperitoneal. Esta exclusión se refiere a que el riñón está envuelto por la fascia de Gerota y la de Zuckerkandl, que a nivel de su polo superior se unen contribuyendo a la formación del diafragma interrenosuprarrenal, lo que es fácilmente demostrable, en la ptosis del riñón, donde éste desciende y en cambio la supra mantiene su ubicación normal.

II) Desde el punto de vista patológico, los tumores retroperitoneales sólo tienen un origen exclusivamente simpático, linfático o derivados de la grasa pararenal o de los restos embrionarios; de aquí su clasificación en tres grupos:

Ier. GRUPO Dependientes de la grasa pararenal	{ Benignos Malignos }	{ Lipomas Fibromas Mixomas Linfangiomas } { Sarcomas }

TUMOR DE RETROPERITONEO SUPERIOR

2do. GRUPO Dependientes del tejido nervioso	{ Neurinomas de los nervios regionales Simpatomas embrionarios Ganglioneuomas
3er. GRUPO Dependiente de restos embrionarios	{ Tumores por restos embrionarios Wolfianos o Mullerianos Quistes dermoideos Teratomas Disembriomas malignos { Primitivos Secundarios

III - Anatomopatológicamente, los tumores retroperitoneales se dividen en dos grupos:

A - Derivados del mesenquima	{ Benignos o malignos. Es difícil situar su origen, la evolución es rápida y a veces son encapsulados. Tumor tipo { Linfosarcoma Reticulosarcoma
B - Derivados del sistema nervioso	{ 1) Simpatogonioma derivado de la simpatogonía 2) Simpatoblastoma derivado del simpatoblasto 3) Ganglioneuroma o simpatocitoma

El 1 y 2 se encuentran habitualmente antes de los 4 años y siempre con malignos y de evolución rápida.

IV) Clínica.

La sintomatología no es propia, está dada por las alteraciones de los órganos peritumorales de donde es vago, indefinido y TARDIO.

La signología se refiere solamente a dos aspectos:

- 1) TUMOR, que aparece tardíamente y cuando ha llegado a tamaño considerable.
- 2) Signo de HESSE, que presenta modificaciones térmicas, reacciones pilomotoras, sudoración, todo por compresión e irritación del simpático retroperitoneal paratumoral.

V) Diagnóstico:

Como vimos en las placas antes mostradas, lo único que nos hizo dudar del diagnóstico de neoplasia del polo superior del riñón, fue el enfisema retroperitoneal que nos mos-

tró el psoas alto libre y el desplazamiento entre la arteria renal y la hepática en la aortografía.

Considerando todo lo dicho, el diagnóstico de los tumores del retroperitoneo alto es muy difícil y siempre tardío; el tratamiento es riesgoso desde el punto de vista quirúrgico y también por la constitución anatomopatológica de estos tumores, que aproximadamente en un 50% de los casos son sarcomas.

Además creemos necesario, actualmente modificar el límite que separa el retroperitoneo alto del bajo, ya que una neoplasia que siempre se diagnostica tardíamente, puede alterar, con toda facilidad la implantación del mesocolon transverso, no así las vainas vasculares, por lo que creemos que con el dominio generalizado de la aortografías, dicho límite debe ser considerado bajo un concepto anatómico-quirúrgico y que este límite debe ser la vaina vascular de la arteria renal.

Dicho límite facilita la práctica de una incisión quirúrgica más correcta y directa para abordar el tumor retroperitoneal, es decir, la toracolaparatomía para los tumores del retroperitoneo superior o la lumbotomía clásica para los del retroperitoneo inferior.

Esta insinuación se debe principalmente a que es el riñón el que da en forma real, la ubicación del tumor retroperitoneal, pues sus desplazamientos se efectúan:

- 1) En masa, sin alteración axial en el tumor interno.
- 2) Rotación a nivel del eje anteroposterior en tumor

{	superointerno
}	inferointerno
- 3) Luxación hacia el lado opuesto en tumor externo
- 4) Rotación sobre su eje vertical, como hoja de libro en tumor

{	posterior
}	anterior
- 5) Rotación alrededor de su eje transversal.