

URETEROHIDRONEFROSIS CAUSADA POR GRAN QUISTE RETROPERITONEAL

Por el Dr. JUSTO ALBERTO DEMARIA *

La primera descripción de un tumor retroperitoneal fue realizada por Morgani en el año 1761; sin embargo, recién en el año 1829 Lobstein define el término de "tumor retroperitoneal".

En un trabajo sobre el tema presentado en esta Sociedad por el Profesor A. Trabucco y colaboradores se hace una completa clasificación de los mismos. No obstante ello, creo oportuno recordar brevemente la clasificación, etiología e histogénesis de los tumores quísticos retroperitoneales.

Si bien ya está establecido (1, 2, 3) que los tumores sólidos retroperitoneales se originan a partir del tejido conectivo retroperitoneal, del tejido adiposo, fascia, ganglios linfáticos o estructuras nerviosas, algunos autores (4, 5), entre ellos Hansman y Budd consideran que ambos, tanto los tumores sólidos como los quísticos pueden tener una etiología común y desarrollarse a partir de restos embrionarios del aparato urogenital. No entraré en el detalle del desarrollo embrionario de este aparato; sólo recordaré que los precursores renales son pronefros y mesonefros que más o menos desaparecen y los conductos de Wolff y Müller en adición a las gonadas (6). Si en alguna etapa de este complicado desarrollo embrionario existe una falla, aparece la posibilidad de que surja una formación quística. En el caso de los quistes mesocólicos, cuyo desarrollo fue descrito por Handfield-Jones (7), la persistencia de islotes mesotélicos después de la coalescencia de las dos hojas peritoneales posteriores posibilitará la aparición de quistes retroperitoneales. En cuanto a los quistes dermoides Félix postula que ellos se desarrollan a partir de células gonadales pluripotenciales retenidas. Los quistes linfáticos retroperitoneales se originarían probablemente en vasos linfáticos intestinales obstruidos (8). Se incluyen también los pseudoquistes hemáticos postraumáticos, los hidatídicos y un grupo no clasificable.

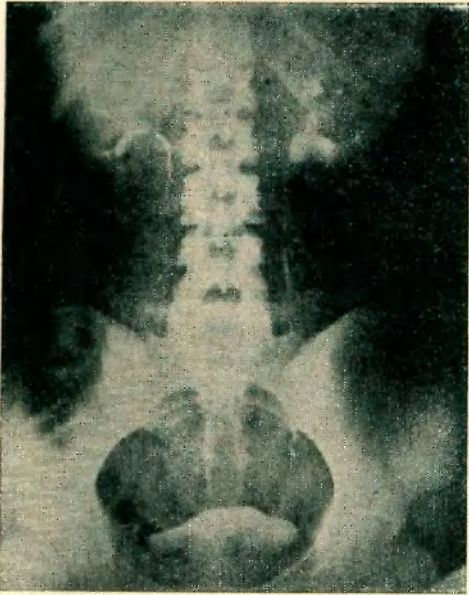
Histológicamente los quistes frecuentemente presentan una pared fibrosa tapizada por epitelio plano.

La paciente que origina esta presentación es M. A., de 34 años, casada.

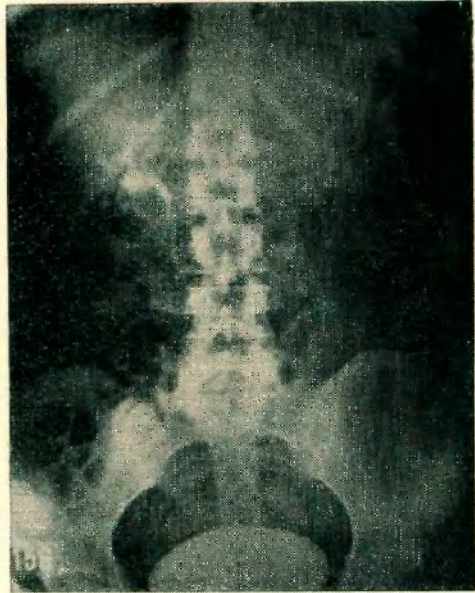
Es difícil precisar el momento de comienzo de la sintomatología, pues quizás ciertos padecimientos considerados de origen ginecológico no lo eran. El 28 de octubre de 1968 fue intervenida quirúrgicamente por una anexitis crónica bilateral inespecífica, resistente a los tratamientos habituales, habiéndose resecado ambas trompas de Falopio y el ovario derecho. El informe histopatológico de las piezas quirúrgicas dice: "Ovario: cuerpos albicans y áreas hemorrágicas reciente y antiguas; depósitos de hemosiderina. Trompas: lesiones inflamatorias crónicas en ambas trompas con tendencia a la fibrosis; marcada congestión activa".

Desde los primeros días del postoperatorio la paciente acusa dolores difusos de escasa intensidad en región lumbar izquierda que se irradian hacia la fosa iliaca, siendo medicada con analgésicos comunes, a pesar de lo cual las molestias persisten. El 27 de diciembre examino la enferma por primera vez, siendo los datos positivos: buen estado general, afebril, dolor espontáneo di-

fuso en hemiabdomen y región lumbar izquierda. La palpación revela una tumoración lisa, móvil, renitente, que tiene contacto lumbar y sobrepasa por arriba el reborde costal, no pudiéndose precisar el límite inferior; en sentido transversal llega hasta el borde externo del músculo recto. La percusión sobre la tumoración denota timpanismo.



1er. Pre-operatorio



2 ó 3 meses luego de la operación

Los análisis preoperatorios de rutina son normales.

El urograma excretor demuestra: placa simple: arquitectura ósea sin elementos patológicos; en la pelvis menor, sobre el borde izquierdo de la silueta sacra, se aprecia un puntillado de densidad cálcica que puede corresponder a calcificaciones ganglionares. Borramiento del psoas izquierdo. En zona lumbar izquierda se ve una imagen redondeada cuyo borde superior alcanza en altura una línea que pasa entre segunda y tercera lumbar. El cuarto inferior de dicha circunferencia no es visible. No se aprecia nefrograma espontáneo. La placa de los cinco minutos muestra en el lado derecho una silueta renal normal con eliminación de la sustancia de contraste y arquitectura pielocalicial normal. En el lado izquierdo el nefrograma se superpone a la imagen anteriormente descrita en la placa simple notándose las cavidades renales dilatadas, no siendo visible el uréter. En las placas siguientes persisten las imágenes anteriormente descritas. Una pielografía ascendente que se ha extraviado muestra un rechazamiento hacia arriba del riñón, estando las cavidades renales y el uréter dilatados. Un estudio radiológico del intestino grueso muestra el colon descendente rechazado hacia adelante, no habiendo modificaciones del ángulo esplénico.

Con diagnóstico presuntivo de quiste de polo inferior de riñón se decide la exploración quirúrgica que se realiza el 2 de enero de 1969.

Operación: Cirujano Dr. Justo Demaría. Ayudante: Dr. Carlos Cambriglia. Anestesia general. Incisión lumbar siguiendo el borde inferior de la duodécima costilla. Se aborda la celda renal, encontrándose muy escaso tejido adiposo. Se reconoce el polo inferior renal e inmediatamente por debajo del mismo, en contacto con la cápsula propia, pero sin adherir a ella un gran quiste, de contenido líquido, que comprime al uréter y lo desplaza hacia la línea media. Con disección roma se lo libera de sus adherencias, alcanzando el polo inferior del quiste el entrecruzamiento del uréter con los vasos ilíacos.

Se evacuó el contenido del quiste para completar su resección. Como el uréter se hallaba dilatado en toda su extensión se exploró su luz con una sonda K 30, introducida por una pequeña ureterotomía, no hallándose obstrucción. Cierre de la pared por planos dejando drenaje del espacio retroperitoneal. Postoperatorio normal.

El estudio histopatológico, firmado por el Dr. Rómulo Cabrini, dice: "Se efectuó el estudio con técnicas especiales para investigar el componente muscular (Coloración de Vangresón), la estructura colágena (Coloraciones Argénticas) y material mucoide (Técnica de Pas y reacciones metacromáticas). Diagnóstico: Pared quística que actualmente tiene una pared fibrosa, con franca reacción inflamatoria crónica, con pequeños focos de agudización. Hay además áreas de tejido mixoideo en aisladas zonas de la pared rodeadas por un estroma fibrohialino".

El examen de la enferma cuatro meses después de la intervención revela su evolución favorable y el urograma excretor obtenido en esa fecha la recuperación funcional del riñón izquierdo.

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

- 1 *Andrews, C. F.*: Surg., Ginec., Obst. 36: 480, 1923.
- 2 *Frank, R. T.*: Surgery 4: 562, 1938.
- 3 *Keen's*: Surgery 3: 757, 1908.
- 4 *Flescher; Hansen, C. C.*: Nord. Med. tidskr. 9: 608, 1935.
- 5 *Hasman, G. H. y Budd, J. W.*: Am. J. Path. 7: 631, 1931.
- 6 *Patten, B. M.*: Embr. humana. Edic. 1956.
- 7 *Handfield; Jones, R. M.*: Brit. J. Surg. 12: 119, 1924.
- 8 *Rauch, R. F.*: Arch. Surg. 1: 45, 1959.
- 9 *Trabucco, A. E.*: Rev. Arg. Urol. y Nefr. 35: 69, 1966.