

TUMOR ADENOMATOIDE DE EPIDIDIMO

Dres. CARLOS H. SCORTICATI (1), HERBERT A. PAGLIERE
y NATALIO GUMAN

Los tumores adenomatoideos (T. A.) son lesiones benignas que ocurren con exclusividad en el aparato genital del hombre y de la mujer. En la literatura mundial existen algo más de 200 casos publicados y según ella, estos T. A. se han encontrado en recién nacidos hasta en ancianos, siendo desde la 3ª a la 6ª década de la vida, la época de mayor frecuencia y la edad promedio de 48 años.

La relación de incidencia entre el hombre y la mujer de 7 a 3 a favor de los primeros, hallándose preferentemente en el epidídimo y cubiertas testiculares en aquellos y en la trompa y parte superior de útero en éstas. Las estadísticas más importantes corresponden a Jablokow y Cols (1966) con 8 casos en hombres y 4 en mujeres, Jackson (1958) con 6 en hombres y 3 en mujeres y Stavrides y Hutcheson (1960), con 7 en hombres.

Según Dixon y Moore, hay 17 sinónimos de este tumor en la literatura, y seguramente esta disparidad en su denominación y la oscuridad sobre su histopatogénesis han contribuido al difícil reconocimiento de la enfermedad. Si bien los nombres más difundidos son los de tumor adenomatoide y mesotelioma benigno, también se lo ha denominado, endotelioma, linfangioma, angioma con hiperplasia endotelial, adenofibroma, hamartoma, tumor mixto de epidídimo, linfadenoma, linfangioendotelioma, etc.

Sakaguchi, en 1916, presentó el primer caso y Golden y Ash en 1944, le dieron en nombre de tumor adenomatoide por su "semejanza a glándula". Este aspecto histológico ha sido el motivo de múltiples teorías etiopatogénicas.

La suposición de que son pseudo tumores inflamatorios o de origen traumático no tiene ningún fundamento y ha sido descartada. Cuatro teorías se han sustentado para interpretar sus características anatómicas, ellas son:

1ª La teoría endotelial, linfangiomatosa o hemangiomatosa, sugiriendo su origen en endotelio vascular.

2ª La teoría mesonéfrica, sostenida por Mc. Donald y Thompson, que los consideran hamartomas del mesonefros, pero en su estructura no se han reconocido nunca elementos pseudoglomerulares o que se parezcan a los túbulos renales.

3ª Teoría del origen mulleriano, pero nada lo asemeja a trompa o a endometrio.

4ª Teoría mesotelial, patrocinada por Masson y Cols quienes se basaron en el ordenamiento, forma y estructura nuclear de las células, la presencia de una cutícula superficial y la demostración de un diplosoma supranuclear con 1 flagelo. Sus células constitutivas principales son semejantes a las que cubren peritoneo, pleura o sinoviales y por otra parte el desarrollo de estos T. A. se produce en regiones de membranas mesoteliales. Esta teoría es la más aceptada, aunque en 1959, Glenn, mediante estudios histoquímicos encuentra diferencias entre los T. A. y el mesotelio por lo que postula que aquellos pueden ser malformación congénita del tejido mesotelial.

Stravides y Hutcheson, también por histoquímica llegan a suponer el origen mesotelial y más concretamente del mesotelio que cubre la región de la

cresta genital, y demostraron la existencia de ácido hialurónico en los T. A., mucopolisacárido que es específicamente producido por el tejido mesotelial.

Bobkov, en 1963, al publicar 6 casos pretende precisar aún más su origen sosteniendo que el mismo está en el epitelio celómico embrionariamente desplazado y que se ha diferenciado dentro del mesotelio. La característica pseudoglandular que da individualidad y nombre a estos tumores está producida por la vacuolización confluyente de cordones sólidos de las células que semejan epitelio ubicadas en el estroma.

Jackson sugiere que los T. A. provienen de una específica variedad del mesénquima mülleriano que a causa de su desusual derivación es capaz de producir estructuras epiteliales por un proceso de metaplasia retrógrada. Todas estas posiciones, apoyan la teoría mesotelial, como originaria de los T. A., pero sin embargo quedan algunas incógnitas que no pudieron ser aclaradas.

1. ¿Por qué los mesoteliomas extragenitales no toman nunca las características de los tumores adenomatoides?
2. ¿Por qué no existen los típicos mesoteliomas en el testículo?
3. ¿Influyen factores "locales" para condicionar el desarrollo de estos mesoteliomas adenomatoides?

Sintomatología y anatomía patológica

Exclusivamente el estudio histológico e histoquímico de estos tumores permiten darle la individualidad que tienen.

En el hombre, sin embargo, dada su localización preferencial en el epidídimo, establecida la existencia de un tumor en dicha ubicación, es de rigor suponer en primer término de que se trata de un T. A., pues éstos constituyen el 70 a 75 % de los tumores benignos del epidídimo (Longo, Thompson). Pretender hacer un diagnóstico de estos tumores por cortes por congelación, frecuentemente lleva a groseros errores, más aún cuando el tumor es acompañado por inflamación (Havard, 1960) o como en el caso de Moller Hansen, en el que infiltraba el testículo y motivó el diagnóstico erróneo de carcinoma adenomatoso sólido, que llevó a realizar la castración y tratamiento posterior con antiblásticos, hasta que el estudio posterior de la pieza operatoria demostró tratarse de un tumor adenomatoide. Como recalca Glantz, estos T. A. frecuentemente tienen microscópicamente apariencia maligna, pero todos los casos, sin excepción, han tenido un curso benigno.

La sintomatología subjetiva que condicionan suele ser muy escasa, y a veces su hallazgo es el resultado de un examen de rutina, frecuentemente sufren procesos inflamatorios que provocan dolor, calor, tumefacción y edema de bolsas y turgencia epidimaria y enmascaran el tumor en sí. Suelen hallarse en relación 2 a 1 predominantemente en el lado izquierdo y en la cola del epidídimo en relación 4 a 1 con otras ubicaciones.

Son tumores generalmente redondos, firmes, lisos, fijos a epidídimo aunque pueden ser móviles si surgen de la vaginal. Su tamaño oscila entre 5 a 30 mm. de diámetro. No tienen cápsula propia, aunque suelen ser perfectamente enucleables del tejido sano, pues el estroma periférico se encuentra engrosado haciendo de pseudocápsula.

El examen microscópico resalta 2 características fundamentales:

1) El tumor está compuesto por estroma y parénquima, el estroma es primariamente fibrocolágeno, con largas bandas de tejido fibroso que se entrecruzan y puede tener grupos de células musculares lisas, además hay infiltrados difusos de plasmacellen mononucleares y linfocitos que a veces pueden adoptar la característica de un verdadero folículo linfático. La porción parenquimatosa

está constituida por espacios de apariencia glandular recubierto por células epiteliales situadas dentro del estroma. Estas "glándulas" están presentes en la pseudocápsula y dan una falsa impresión de invasión maligna.

(La infiltración testicular del tumor epididimario se encontró en tan sólo 6 casos de la literatura).

2) Los tabiques protruyen dentro de la luz de las glándulas y están recubiertos por células epiteliales. Estos espacios glanduliformes son el producto de la vacuolización confluyente de cordones sólidos de células. Pero el elemento fundamental para el diagnóstico lo constituyen las células mismas. Estas tienen citoplasma eosinófilo, a menudo vacuolado con bordes bien diferenciados, núcleos ligeramente grandes, membrana nuclear neta y nucleolo central y basófilo.

Stavrídes y Hutcheson, sostienen que hay 3 características histológicas sobre las que el diagnóstico de mesoteliomas genitales (T. A.) se puede basar con razonable seguridad.

1) Hay células relativamente grandes con moderada cantidad de citoplasma pálido, acidófilo, usualmente vacuolado.

2) Hay espacios quísticos recubiertos por células aplanadas, y

3) Hay un estroma fibroso con fibras musculares lisas mezcladas.

Por último, en forma excepcional, (4 casos en literatura), estos T. A. pueden tener actividad hormonal, encontrándose ginecomastia, aumento de la libido y test de gonadotrofinas urinarias positivos, si a esto se agrega que estos tumores epididimarios benignos pueden infiltrar el testículo, el diagnóstico debe en primer término hacerse con los tumores testiculares, hormono funcionantes o no, que invadan epidídimo. La tuberculosis y otras epididimitis crónicas, los espermatocelos, las hidátides y cuerpos aberrantes, son entidades a tener en cuenta. El pronóstico de los T. A. es siempre benigno, no hay ninguna referencia de malignización aún en aquellos que infiltraban el testículo.

El tratamiento en consecuencia debe ser quirúrgico pero conservador, quitar la tumoración, sin lesionar la integridad epididimaria, hecho que frecuentemente es posible por la existencia de una pseudocápsula limitante.

Historia clínica: J. H. S. 30 años, de la clientela privada. Consulta en febrero de 1965 por tumefacción de bolsas, dolorosa con irradiación perineal y estado subfebril.

Al examen se constata discreto edema de escroto, turgente, edematoso y congestivo. La palpación del mismo resulta algo sensible, con predominancia de la sintomatología del lado izquierdo. La gonada correspondiente es normal, el epidídimo se halla muy sensible a nivel de su cuerpo y se reconoce allí una tumoración dura, lisa, adherente muy dolorosa y de unos 4 mm. de diámetro. Se interpretó el cuadro como una torsión de apéndice embrionario para epididimario y se trató con antiinflamatorios, cediendo las molestias. A los 5 meses, un nuevo examen encuentra el nódulo con las mismas características pero sin los componentes inflamatorios. A los 3 años y medio, nos vuelve a consultar por notar un lento y progresivo aumento de la tumoración, no acompañada por ningún síntoma subjetivo. Su diámetro era de 15 mm., consistencia muy dura e insensible a la compresión. Como antecedentes que pudieran tener relación, el paciente fue criptórquido bilateral, hasta los 8 años, cuando realizó un tratamiento prolongado con gonadotrofinas y andrógenos, produciéndose el descenso gonadal.

Se operó con anestesia local el 4-IX-68 encontrándose una tumoración blanca perlada, que estaba como incrustada en el cuerpo del epidídimo, siendo necesario abrir la reflexión de la vaginal para abordarla.

La disección de la misma se realizaba con facilidad en forma roma por divulsión y aparentemente, no se lesionó el oviducto epididimario en su exéresis. Por esta circunstancia y por tratarse de un hombre soltero, no creímos indicada una anastomosis epididimo deferencial. La evolución postoperatoria fue normal y el estudio histopatológico realizado por el Dr. N. Guman expresa:

Macroscopía: Se remite nódulo de 1½ cm. de superficie lisa, al corte se presenta con un tejido blanquecino arremolinado de consistencia dura.

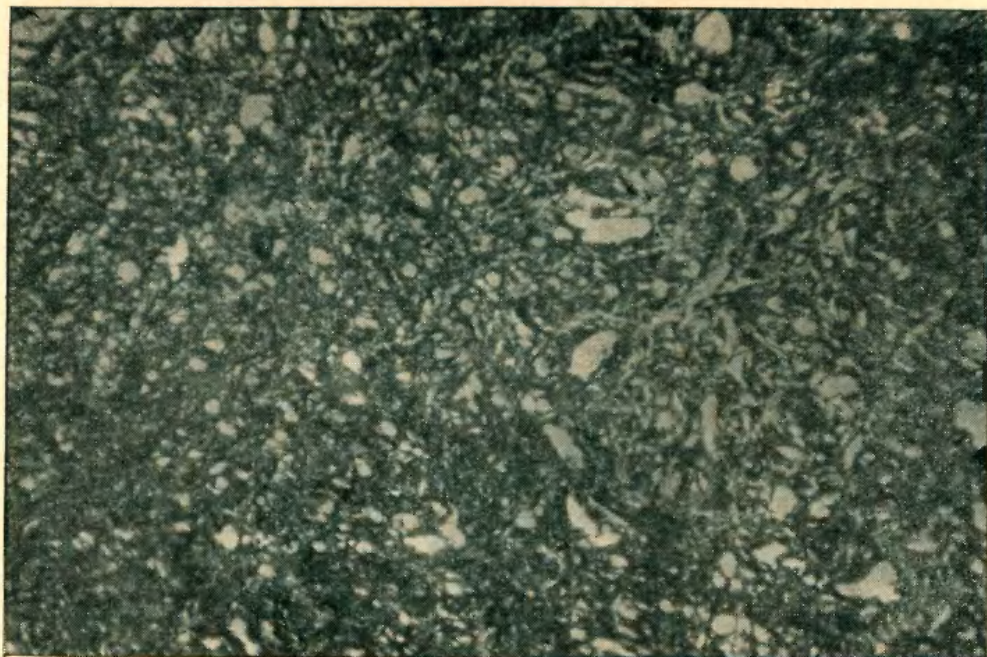
Microscopía: Las diferentes secciones muestran al corte algunos conductos epididimarios y una proliferación nodular constituida por células de núcleo vesicular y citoplasma acidófilo dispuestas en cordones o acinos que, en áreas, su citoplasma se vacuoliza (células en anillo de sello), coalesciéndose con las adyacentes o con los espacios intercelulares, determinando espacios semejantes al vascular; el estroma es tejido fibroso y fibras musculares lisas.

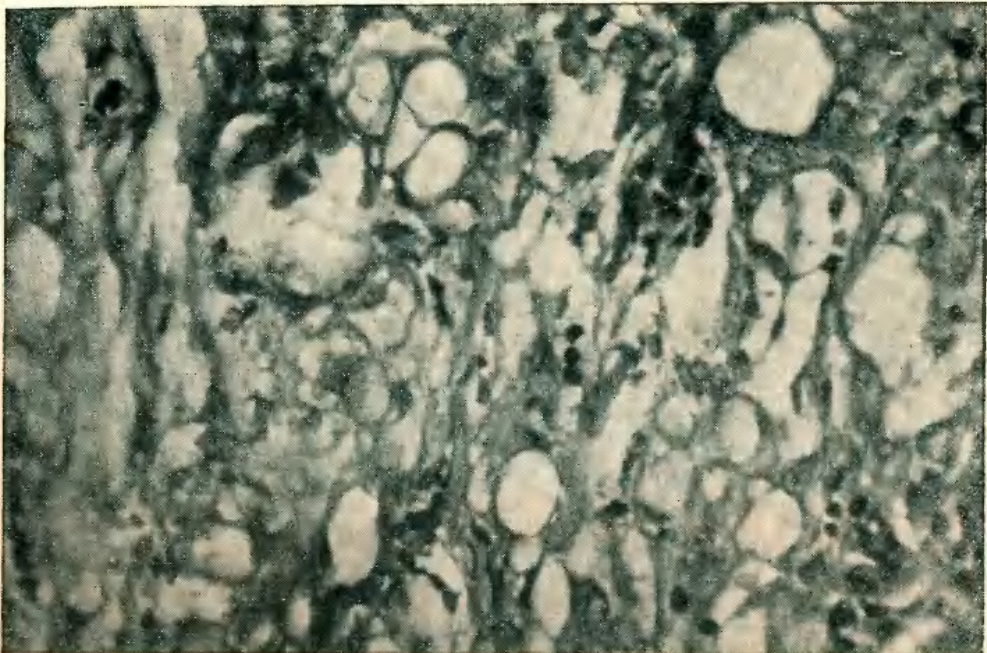
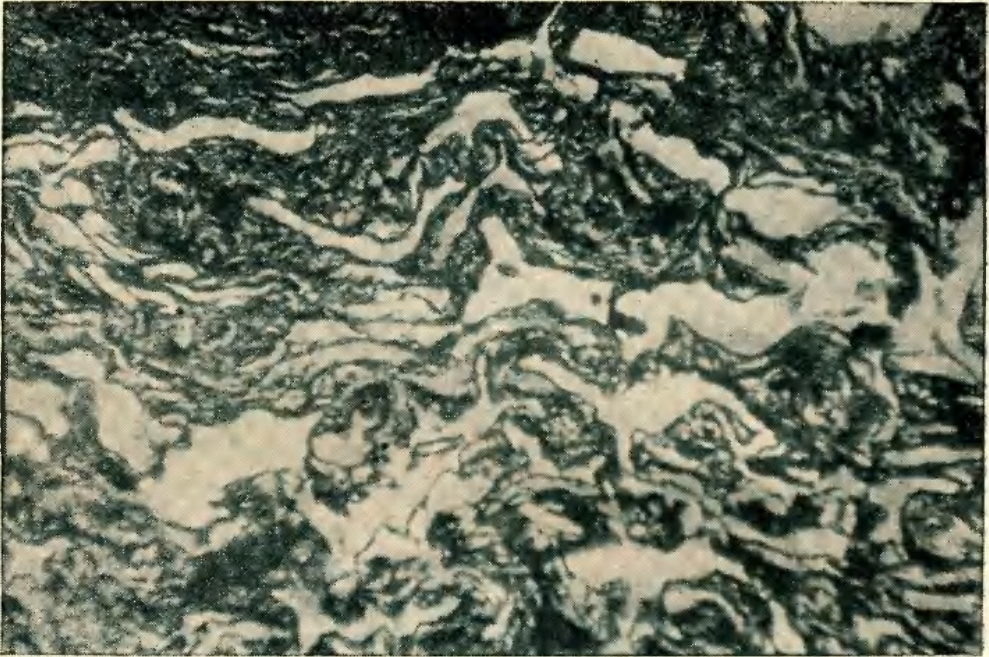
Diagnóstico: Tumor adenomatoide.

Exámenes sucesivos no demostraron recidiva local del tumor.

Resumen

Se presenta un caso de tumor adenomatoide de epididimo repasando y actualizando las teorías etiopatogénicas y las características anatomopatológicas que lo individualizan.





BIBLIOGRAFIA

- Dixon F. J. and Moore R. A.: Tumors of the male sex organs. Atlas of tumor Pathology, Washington. Armed Forces Institute of Pathology, 1952.
- Flickinger T. L., Bermúdez H. y Young J. M.: Adenomatoid tumors of de epididymis. J. Urol 83: 859-861, 1960.
- Glantz G. M.: Adenomatoid tumors of the epididymis. A review of 5 new cases, including a case report associated with hydrocele. J. Urol. 95: 227-233, 1966.
- Glenn J. F.: Adenomatoid tumors of the epididymis: report of 3 cases with histochemical studies and review of the literature. South med. J. 52: 60-67, 1959.
- Golden A. y Ash J. E.: Adenomatoid tumors of the genital tract. Amer. J. Path. 21: 63-79, 1945.
- Havard C.: Tumors of the epididymis. Brit. J. Urol. 32: 188-192, 1960.
- Bobkov A. G.: On the histogenesis of adenomatoid tumors of the epididymis. Av. Kh. Anat. 43: 60-67, 1962.
- Jablokow V. R., Jagatic J. y Rubnitz M. E.: Adenomatoid tumors of the genital tract; report of 12 cases and review of the literature. J. Urol. 95: 572/6, 1966.
- Jackson J. R., The histogenesis of the adenomatoid tumor of the genital tract. Cáncer 11: 337-350, 1958.
- Kannerstein M. y Lustig M.: The adenomatoid tumor of the genital tract. J. Newark Beth. Israel Hospital 13: 28-39, 1962.
- Lee M. J. Jr., Dockerty M. B., Thompson G. J. y Waugh J. M.: Benign. metotheliomas (adenomatoid tumors) of the genital tract. S-G.O. 91: 221-231, 1950.
- Longo V. J., Mc. Donald J. R. y Thompson G. J.: Primary neoplasms of the epididymis. Special reference to adenomatoid tumors. J. Ama 147: 937-941, 1951.
- Masson R., Riopelle J. L. y Simard L. C.: Le mésotpheliome bénin de la sphère génitale. Rev. Canad. de Biol. 1: 720-751, 1942.
- Moller Hansen M. y Skafte Jensen J.: Adenomatoid tumors of the testis and epididymis. Scand. J. Urol. Nephrol. 157-159, 1969.
- Morin L. J.: Bilateral adenomatoid tumor of epididymis. J. Urol. 75: 818-823, 1956.
- Sakaguchi Y.: Uber das adenomyonides nebenhodens ztschr. Path. 18379.
- Stavrides A. y Hutcheson I. B.: Benign mesotheliomas of testicular appendages; a morphologic and histochemical study of seven cases and review of theories of histogenesis. J. Urol. 83: 448-453, 1960.
- Thompson I. M.: Adenomatoid tumors of the epididymis. J. Urol. 79: 519-520, 1958.

DISCUSION

Dr. Sáenz. — Quería comentar simplemente el caso de un paciente que operamos a principios de año, con una tumoración bastante grande de bolsa del escroto izquierdo, que englobaba en parte el cordón espermático, sin incluirlo, lo mismo que el epidídimo. El corte histológico estudiado permitió informar que se trataba de un hamartoma.

Dr. Guman. — Considero que dentro de las teorías que se dicen, probablemente sea este tumor de origen muleriano, y podría entrar en la denominación de hamartoma. Pero hoy está demostrado a la microscopía óptica y electrónica, que tienen prolongaciones y velocidades que son semejantes a las células mesoteliales. De ahí que actualmente se acepte el origen mesotelial definitivamente. Podría ser una inclusión de las células mesoteliales.

Sr. Presidente. — Bien, señores miembros, dado lo avanzado de la hora, queda levantada la ruenión.

—Así se hace, siendo las 23 y 30.

SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA

Presidencia: Dr. Alberto Rocchi

Secretaría: Dr. A. Sergio Rebaudi

Séptima Reunión

26 de noviembre de 1970

-- A la hora 21 y 50, dice el:

Sr. Presidente. — Damos comienzo a la Séptima Reunión Ordinaria.

1º Lectura y aprobación del acta de la sesión anterior.

Sr. Presidente. — Si no hay observaciones, se dará por aprobada.
—Se aprueba.

2º Asuntos entrados.

Sr. Presidente. — Por Secretaría se leerán los asuntos entrados.

Sr. Secretario. — Se han presentado a Miembros Adherentes, los doctores: Roberto María Quintana; Carlos Enrique Bermúdez; Edgardo Fendrik; Francisco Franco; Víctor Espitia Jiménez; J. F. Roque; Miguel Angel Astariz; Mario Remo Palozzo; José Chocron y Antonio García Díaz.

Sr. Presidente. — Si no hay oposición, quedan aceptados.
—Asentimiento general.

Sr. Presidente. — Recordamos que el 10 de diciembre próximo se realizará la última sesión ordinaria del año, en la cual se procederá a la renovación de autoridades de la Sociedad.

3º Comentarios del Dr. Oscar Carreño sobre estudio de los Estatutos de la Sociedad.

Sr. Presidente. — El doctor Carreño hará a continuación comentarios sobre estudios de los Estatutos de la Sociedad.

Dr. Carreño. — En muy pocas palabras les voy a informar de una resolución de la Mesa Directiva, en la que resolvió actualizar, ordenar y poner un poco al día los estatutos de la Sociedad. Por eso, señor presidente, la Comisión me encargó que con el doctor Rebaudi y otros, nos ocupáramos de este tema, y es así que hemos elaborado un anteproyecto, cumpliendo en este acto con la obligación informativa que por reglamento tenemos que hacer.

El anteproyecto que hemos elaborado fue hecho en base a los anteriores reglamentos. Lo único que hemos hecho es darle un ordenamiento nuevo de acuerdo con la experiencia recogida de otras reglamentaciones. Hemos marcado más los deberes y obligaciones de cada uno de los miembros de los distintos niveles que ocupan en la función. Hemos aumentado el número de los miembros de la Comisión Directiva y en líneas generales lo hemos dividido al Reglamento en una serie de títulos para facilitar el manejo del mismo.

Así, por ejemplo, comenzamos en el Capítulo I estableciendo los objetos de la Sociedad. Y seguimos hasta completar veintitantos títulos. Con ello conseguimos que sea más ágil la búsqueda de cualquier detalle de orden reglamentario que querramos manejar en un momento dado.

La copia de este anteproyecto se va a pasar como corresponde, a cada uno de los miembros, para que lo estudien y al respecto les pedimos encarecidamente que lo hagan y que piensen en todas las modificaciones para que las traigan el día que se efectúe la Asamblea General que deberá aprobarlo, modificarlo, etc. para que ya tengamos una cosa más orgánica y de más fácil manejo.

Como decía recién, lo fundamental es el aumento del número de componentes de la Mesa Directiva, que entendemos que no estaba totalmente compuesta. Además, hemos creado algunas cosas que pedimos que las mediten y que son por ejemplo, el nombramiento de un urólogo que lo hemos llamado imitando a otras sociedades. Urólogo Maestro, designación que se le otorgará a las personas que han actuado y que han sido los que han logrado cristalizar esta Sociedad, darle vida y prestigio, siendo justo que se les rinda un homenaje en ese sentido. Todos estos son aspectos que nuevamente les pedimos encarecidamente que los mediten y que nos ayuden a cumplimentar esta tarea para que salga una reglamentación lo más perfecta posible.

También se incorporan los premios, a los que se los reglamenta, tal como verán cuando les llegue oportunamente la copia de este anteproyecto. Tal vez no sea posible en la Asamblea del mes de diciembre discutirlo, pero posiblemente pueda hacérselo en alguna especial en los primeros meses del año próximo o cuando resulte viable.

Otro capítulo que estimo que tiene mucha importancia es el referido a que consideramos la posibilidad de Secciones de la Sociedad de Urología para sociedades que podamos incorporar del interior. Este tal vez resulte un tema difícil de reglamentar y por eso requerimos toda clase de colaboración, la que desde ya descontamos y agradecemos.

Con estas palabras quería dejar informado la idea en que está la Mesa Directiva, para que puedan analizarla para cuando se cite a Asamblea, en la que se tratará el anteproyecto en definitiva. Nada más.

Sr. Presidente. — Si alguno de los presentes quiere hacer uso de la palabra para formular alguna sugerencia, puede hacerlo.

Bien, se encuentra presente entre nosotros el doctor Martínez Velasco, Presidente de la Sociedad Peruana de Urología. Quisiéramos tener el honor de contarle entre nosotros en la Mesa Directiva, para lo cual lo invitamos a pasar a este estrado.

—Así lo hace y ocupa un lugar en la Mesa de la Presidencia.

4º Comentario y disertación sobre las operaciones realizadas durante la sesión quirúrgica por el Dr. Alberto Rocchi.

Sr. Presidente. — Esta sesión quirúrgica se realizó en dos etapas. La primera tuvo lugar el 26 de noviembre pasado, reunión que debió suspenderse por el paro conocido. En esa sesión operamos primero un paciente que había llegado a la Guardia con retención aguda de orina y luego de varias tentativas infructuosas de cateterismo, se le hizo una talla. A los 15 días realizamos el segundo tiempo de la operación de Freyer y cuando quisimos colocar la sonda, no pasaba, incluso una sonda filiforme; había una estenosis completa que no sabíamos si era resultado de la maniobra de cateterismo o de una estrechez anterior. La resolvimos haciéndole la operación de telescopado descrita por Solovov en el año 1935 y reactualizada por Badenoch en el año 1950, con muy buen resultado respecto al calibre uretral y ha quedado con una ligera incontinencia

que esperamos que se corrija en el tiempo. Este caso fue objeto de un trabajo que presentamos en el Congreso de Mar del Plata.

El segundo enfermo tenía adenoma de próstata, que fue intervenido por vía trasvesical.

En la sesión de hoy operamos un paciente de 54 años de edad, que había presentado varias hematurias indoloras, bastante abundantes, que se determinó que eran de riñón izquierdo. En una urografía por infusión que se hizo luego de una convencional, que dio buena imagen, se veía el desplazamiento de la pelvis y cálices; un cáliz alargado y otro parcialmente obstruido, con una imagen de saliencia en el borde externo del riñón que interpretamos como tumoral. Indudablemente, en este caso deberíamos haber efectuado otro estudio, como ser una angiografía renal, pero no tenemos los elementos para ello, aun cuando dentro de poco tiempo se habilitarán las instalaciones para ese fin, y una nefrotomografía. Pero con la sospecha de que pudiera tratarse de tumor renal se hizo una exploración por vía anterior con incisión que comenzó por el borde anterior de la 10ª costilla, siguiendo a la vaina del recto; se rechazó el colon descendente, se abrió el peritoneo parietal posterior y se encontró un riñón abollonado con numerosas cicatrices de infarto, quedando con la duda de qué hacer con ese riñón, si sacarlo o no. Nos resolvimos por la nefrectomía, la que se pudo realizar perfectamente ligando previamente la vena renal y luego la arteria; se encontró un riñón con la cortical muy adelgazada, con imagen de pielonefritis y uronefrosis que dilatava pelvis y cálices. De cualquier manera era un riñón que merecía ser extraído.

Al respecto quería comentar la vía elegida. En los tumores de riñón, ya sean quísticos o sólidos, utilizamos la vía anterior, ya sea la vía subcostal o la horizontal tomando la 10ª costilla, lo que permite rechazar el peritoneo y abordar directamente el pedículo renal, ligando primero la vena y luego la arteria y haciendo la nefrectomía con la grasa perirrenal. Cuando tenemos una sospecha, comenzamos con incisión pequeña de 10 a 12 centímetros; si se trata de un quiste, nos permite hacer la decorticación del mismo; y si es un tumor, se amplía la incisión.

Creemos que tiene ventajas; en primer lugar, sobre la posición de lumbotomía, que es bastante molesta y shockante. Los enfermos con incisión anterior presentan más confort, menos trauma quirúrgico; permite la ligadura perfecta del pedículo renal y hacer la extirpación de la grasa renal, por cuanto se ha comprobado en muchos casos de tumores renales, la presencia de células neoplásicas en la grasa perirrenal.

El último enfermo que operamos presentaba un adenoma de próstata, en el que se efectuó la operación de Millin que realizamos con bastante frecuencia.

5º Presentación de enfermos, radiografías e instrumental.

Sr. Presidente. — Hay un trabajo presentado por los doctores Fonio, Deza y Ahualli, de Tucumán, cuyo relator será el Dr. Armando Trabucco, y que se titula "Denervación renal en el perro; su vinculación con los problemas del trasplante".

Sr. Presidente. — Antes de continuar con el programa, queremos informar que el día 5 de diciembre, a las 16 y 30, la Sociedad de Urología de la Provincia de Buenos Aires y la de Rosario, realizarán una reunión conjunta en el Palacio Municipal de La Plata, donde habrá una mesa redonda sobre diagnóstico de esterilidad masculina, a cargo del Dr. Mancini y colaboradores.

Invito al Dr. Carreño a que efectúe presentación de enfermos.

Dr. Carreño. — Voy a hacer brevemente la presentación de dos casos de tumores de gran tamaño, que pueden tener algún interés.

—Proyecta.

Se trata de un hombre de 42 años, que tenía como antecedentes hematuria

**sin dudas
en la elección**

Ceflorin

(Cefaloridina Glaxo)

Ahora en tres
concentraciones
250 mg, 500 mg y

1 g

NUEVA PRESENTACION

ADECUACION DE DOSIS Y PRACTICIDAD

odos los envases llevan ampolla del diluyente para preparar la inyección

L ANTIBIOTICO SUPERIOR: bactericida, de amplio espectro no se une a la seroproteína, indoloro, sin alergenicidad cruzada con las penicilinas.

Glaxo

LIPAREX

HEPATOPROTECTOR

COMPRIMIDOS

HEPATONORMALIZADOR - HEPATORREGENERADOR

Y... ADEMÁS, CORRIJE LAS MANIFESTACIONES DIGESTIVAS DEL ENFERMO HEPÁTICO
DOS DROGAS - DOBLE ENFOQUE - DOS SOLUCIONES

• ÁCIDO TIAZOLIDIN CARBOXILICO + • METOCLOPRAMIDA

EL CÍRCULO
DE
PROTECCIÓN
HEPÁTICA



IMÁGENES

b

LABORATORIOS BERNABO & CIA. S.A.I.C.

TERRADA 2346 T.E. 50-3278-3279 - BUENOS AIRES

desde hacía dos años, que no le habían dado mayor trascendencia y al repetirla se le efectuó el estudio, donde se observó una enorme imagen radiográfica del riñón del lado izquierdo. Al enfermo se le hizo una arteriografía por vía superior, la que permitió comprobar la gran anarquía vascular que confirmó el diagnóstico que pielográficamente se hacía. Se pudo observar la desviación del ángulo esplénocolónico, que estaba descendido y dirigido hacia afuera. La imagen de perfil también mostraba el gran rechazo.

Este paciente fue operado por una tóraco-freno-laparotomía, que se efectuó haciendo primero el tiempo abdominal por incisión pararectal izquierda, con el fin de explorar si no había metástasis hepáticas o de cualquier otro órgano. Al no comprobarse esta sospecha, pues este enfermo tenía excelente estado general y todos sus exámenes estaban en perfectas condiciones, se continuó a través del 9º espacio, haciendo la tóraco-freno-laparotomía y se extirpó una masa grande, agrandada por toda la reacción perirrenal. Se trataba de un sarcoma a células claras.

El otro caso se refiere a una señora de 57 años, que aunque específicamente no presentaba un problema urológico, fue enviada al Servicio del Hospital Rawson porque tenía una gran tumoración del flanco derecho y de desarrollo bastante anterior.

Esta enferma, que procedía de una ciudad del interior, traía un urograma bastante malo, pero permitía ver que el riñón estaba desplazado y que tenía dilataciones pielocaliciales. Fuimos directamente a hacer el estudio arteriográfico por el método conocido de Seldinger. Efectuamos la cateterización de la arteria renal, mostrando la arteriografía los vasos del riñón un poco abiertos, tal vez por ser un riñón grande, porque tenía las dilataciones relatadas, existiendo una sombra avascular casi con pequeñas vascularizaciones anárquicas, que estaban mostrando que la masa tumoral no tenía vinculación directa con el riñón, sino que era retroperitoneal y lo desplazaba.

El nefrograma mostró una imagen en perfectas condiciones evidenciando que el riñón no tenía vinculación con la masa tumoral.

La cateterización de la mesentérica inferior mostró que ésta estaba completamente rechazada hacia el lado izquierdo y en la zona de la masa tumoral, desplazados todos los vasos.

En el tronco celiaco se observaba todo el sistema vascular desplazado y una irrigación un poco anárquica y muy pobre de la masa tumoral.

La pielografía mostró las dilataciones pielocaliciales bastante marcadas por compresión.

En el cavograma se observó la vena cava con interrupciones, que se interpretó como que podía ser propagación o trombosis y en la operación no se halló nada. Parece que fuesen fenómenos compresivos solamente.

Efectuamos una pielografía ascendente con el fin de comprobar qué actitud tomaba el uréter y lo vimos completamente desplazado hacia afuera por la masa tumoral y con dilataciones; se hizo muy poco relleno porque lo que interesaba era ver el uréter.

Con el diagnóstico de tumor retroperitoneal, fue pasada la paciente a la Sala 15, donde la operó el Dr. Zavaleta, que extirpó una enorme masa tumoral; se trataba de un sarcoma retroperitoneal.

Los dos enfermos tienen una evolución inmediata muy buena. Lamentablemente en el caso de la paciente, no tenemos todavía un estudio urográfico de control postoperatorio para ver en qué condiciones ha quedado el uréter y aún si el mismo riñón ha tomado su posición habitual y si evidencia su recuperación. Nada más.

Sr. Presidente. — Están en discusión los casos presentados por el doctor Carreño.

Dr. Hereñu. — Simplemente quería hacer una acotación. Son muy lindos

y sumamente interesantes los casos que presentó el doctor Carreño, pero hay un punto de desacuerdo total y es que el expositor ha dicho que no era un problema urológico, y considero que sí lo es. Los tumores perirrenales pienso que aún le pertenecen a la Urología. Nada más.

Dr. Carreño. — Tal vez sea una mala expresión la mía; lo que he querido decir es que era un tumor que no formaba parte del árbol urinario; pero lo he mostrado porque tenía consecuencias urológicas y el hecho de haberlo traído a esta reunión es porque pienso como usted, doctor. Cuando hay repercusión renal lo tenemos que considerar. Pero, reitero, no formaba parte del árbol urinario.

6º Comunicaciones.