

- C) La capa trigonal media, en su descenso, termina adhiriéndose al borde posterior del cuello vesical.
- D) Por debajo del trigono, la capa circular media de la vejiga termina en forma circular y concéntrica.

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

1. *Campbell, M. F.*: Clinical Pediatric Urology. W. B. Saunders Co., Philadelphia.
2. *Campbell, M. F.*: Urology. W. B. Saunders Co., Philadelphia.
3. *Cunningham, D.*: Textbook of Anatomy. Oxford University Press.
4. *Gruber, C. M.*: A comparative study of the intramural ureters (ureterovesical valves) in man and in experimental animals. *J. Urol.*, 21: 567, 1929.
5. *Gruber, C. M.*: Ureterovesical valve. *J. Urol.*, 22: 275, 1929.
6. *Hunter, de W. T.*: New concept of urinary bladder musculature. *J. Urol.*, 71: 695, 1954.
7. *Hutch, J. A.*: The ureterovesical junction. University of California Press, 1958, Berkeley, Cal.
8. *Hutch, J. A.*: Theory of maturation of the intravesical ureter. *J. Urol.*, 86: 534, 1961.
9. *Hutch, J. A., Ayres, R. D. and Loquvam, G. S.*: The bladder musculature with special reference to the ureterovesical junction. *J. Urol.*, 85: 531, 1961.
10. *Lich, R.* and ass.: The ureterovesical junction of the new born. *J. Urol.*, 92: 436, 1964.
11. *Lyon, R. P., Marshall, S. and Tanagho, E. A.*: The ureteral orifice: Its configuration and competency. *J. Urol.*, 102: 504, 1969.
12. *Tanagho, E. A.* and ass.: The trigone: Anatomical and physiological considerations in relation to the ureterovesical junction. *J. Urol.*, 100: 623, 1968.
13. *Tanagho, E. A.* and ass.: The anatomy and function of the ureterovesical junction. *Brit. J. Urol.*, 35: 151, 1963.
14. *Uhlenhuth, E.* and ass.: Problems in the anatomy of the pelvis. Philadelphia, J. B. Lippincot Co., 1953.
15. *Waldeyer, W.*: Ueber die sogenannte ureterscheide. *Anat. Anz.*, Jena, 7: 259, 1892.
16. *Wesson, M. B.*: Anatomical, embryological and physiological studies of the trigone and neck of the bladder. *J. Urol.*, 4: 279, 1920.
17. *Woodburne, R. T.*: Anatomy of the ureterovesical junction. *J. Urol.*, 92: 431, 1964.
18. *Woodburne, R. T.*: Anatomy of the bladder and bladder outlet. *J. Urol.*, 100: 474, 1968.
19. *Woodburne, R. T.*: Structure and function of the urinary bladder. *J. Urol.*, 84: 79, 1960.
20. *Woodburne, R. T.*: The sphincter mechanism of the urinary bladder and the urethra. *Anat. Rec.*, 141: 11, 1961.
21. *Woodburne, R. T.*: The ureter, ureterovesical junction and vesical trigone. *Anat. Rec.*, 151: 243, 1965.

Hospital Fernández
Servicio de Urología

XI Congreso Argentino de Urología
Rev. Arg. Urol.-Nefrol. Tomo 40, año 1971

LESION METASTASICA RETROPERITONEAL POR SEMINOMA

Por los Dres. EFRAIN NESTOR JEANMAIRE y RODOLFO MATHIS (h)

Se presenta a continuación un caso de un seminoma cuya evolución local pasó inadvertida a los médicos tratantes, los cuales dirigieron su planteo terapéutico hacia el proceso lumbar que manifestaba la sintomatología más importante como luego veremos. Creemos interesante presentar este caso, debido a la evolución y forma en que se diagnosticó uno de los tumores de testículo más comunes.

A continuación se relata la Historia Clínica que lleva el N° 40934 del Hospital Fernández,

P. A. F. de 38 años, argentino, casado, empleado.

Motivo de internación: Cólico renal derecho. Ingreso el 18-12-67.

Antecedentes hereditarios: sin particularidades.

Antecedentes personales: Orquiepididimitis derecha en 1965, recidivó en dos oportunidades, la última hace cuatro meses. El clínico que lo envía lo trató con antibióticos y antiinflamatorios. Aconsejó no efectuar terapéutica quirúrgica por una supuesta atrofia del testículo izquierdo. Operado de hernia inguinal izquierda hace un año.

Enfermedad actual: Comenzó hace diez días con dolor lumbar derecho de carácter intenso que se irradia al flanco y región inguinal del mismo lado, fue medicado con analgésicos y antiespasmódicos.

Se aconsejó su internación, dada la persistencia de los fenómenos dolorosos.

Estado actual: Enfermo dolorido, ansioso, inquieto, pálido. Se queja de dolores en región lumbar derecha. Estado subfebril. Cabeza, cuello y tórax: nada digno de mención.

Aparato circulatorio: Se auscultan tonos cardiacos normales.

Presión arterial: 130/80.

Pulso: 90 por minuto, igual, regular, amplio.

Electrocardiograma: Sin particularidades.

Abdomen: Blando, depresible e indoloro. Escaso panículo adiposo. Simétrico. Bazo e hígado sin anormalidades.

Región inguinal: No se comprueba la presencia de sacos herniarios. Se encuentran adenopatías inguinales y crurales no dolorosas, tampoco se encuentran adheridas a los planos superficiales ni profundos.

Sistema urogenital

Uretra: Permeable al explorador Nº 20. No se recoge residuo vesical. Pene normal. Próstata s/p.

Escroto: El compartimiento izquierdo aloja una glándula discretamente atrofiada (secuela operación de hernia), menor tamaño, superficie lisa, consistencia casi normal, se delimita bastante bien la glándula del epidídimo. El lado derecho, escroto ligeramente tumefacto; el contenido está compuesto por una masa irregular que engloba al testículo y al epidídimo, de consistencia fibrosa y dura en algunas zonas. No se delimita el testículo del epidídimo. Este proceso escrotal fue tratado durante varios meses con antibióticos antiinflamatorios.

Cordón inguinal: Deferente libre, algo engrosado, liso, consistencia conservada. No se percibe latido de la espermática.

Riñones: El derecho palpable, discretamente aumentado, de superficie lisa, móvil, algo doloroso. El izquierdo se palpa su polo inferior liso e indoloro. Puño percusión derecha dolorosa.

Radiografía de tórax: Sin particularidades.

Radiografía simple del árbol urinario: Ambas siluetas renales de bordes regulares, el derecho algo aumentado de tamaño. No se observan imágenes correspondientes a litiasis.

Urograma de excreción

Riñón izquierdo: Elimina a los 5'; se visualiza el sistema pielocalicial y uréter dentro de las características normales.

Riñón derecho: La eliminación es sumamente pobre, prácticamente excluido. Cistograma sin alteraciones.

Piclografía ascendente derecha: Con cierta dificultad se cateteriza el

uréter derecho, el catéter se introduce 20 cm y se inyectan 20 cc. de yoduro de sodio al 15 %. Existe una imagen piélica anormal, como vicio de rotación el uréter presenta un segmento de unos 2 cm rígido, que hace pensar en una esclerolipomatosis o una periureteritis plástica.

Análisis de rutina: Normales, salvo discreta anemia (3.920.000).

Planteamiento diagnóstico

Con los antecedentes suministrados por el clínico que lo había atendido durante varios meses con el diagnóstico de orquiepididimitis crónica y el rechazo de la extirpación de ese proceso genital derecho que no curaba por medios clínicos porque se consideraba que el testículo atrófico impedía la posible terapéutica radical.

Nosotros dimos fe en parte a estas consideraciones y teniendo en cuenta la evidente alteración anatómica y funcional del riñón derecho, pensamos en la unidad del proceso patológico (¿T.B.C. urogenital?) y decidimos practicar la lumbotomía y resolver sobre el campo.

Operación 9/1/68

Lumbotomía transmuscular derecha, se aborda el riñón, con discreta perinefritis, se libera la pelvis y uréter lumbar aprisionados en una vaina fibrosa, que se extiende en varios centímetros. El material resecado es enviado para su ulterior estudio anátomo-patológico. Como la glándula y sus vías de excreción no ofrecen otros caracteres de importancia se efectúa pexia a lo Demming y se procede a la síntesis por planos según técnica.

Postoperatorio: El paciente sigue un postoperatorio normal sin dolores y con orinas limpias. Cicatriz operatoria de buena evolución.

Alta: 18/1/69.

Informe anátomo-patológico N° 68860, 31/1/68, Dr. Mauricio Rapaport. Material: Vaina periureteral de unos 4 por 0,5 cm con apariencia de tejido fibroso.

Microscopía: Seminoma retroperitoneal primitivo, o metastásico de seminoma testicular.

El enfermo fue dado de alta recuperado de sus problemas dolorosos, y se trasladó a la provincia de Córdoba sin tener todavía el resultado del estudio anatomopatológico.

Al hacernos cargo del control postoperatorio alejado nos llegó el diagnóstico del Dr. M. Rapaport. Retomamos el hilo de esta historia y conseguimos advertir al médico de cabecera de la urgente necesidad del reingreso a nuestro Servicio.

Se interna el 2/3/68, sala 6, cama 27, hallándose el enfermo sin mayores dolores y recuperado parcialmente de su estado general. Como puede comprobarse con los exámenes que se describen a continuación:

Glóbulos rojos: 4.100.000. Glóbulos blancos: 7.200.

Hemoglobina 12,27 80 %. Hematocrito: 42 %.

Eritrosedimentación: 1ª hora 37 mm, 2ª hora: 73 mm. Índice de Katz 36,75.

Se procede urgentemente a la orquiectomía derecha y se aclara previamente al enfermo que su presunta atrofia de testículo izquierdo no es tal y que el resultado de la biopsia lumbar torna imperativa la extirpación del contenido escrotal derecho, la que se efectúa el 7/3/68.

El informe anatomopatológico que lleva el N° 69.305 dice;

Material enviado: testículo: mide 69 por 50 por 35 con aspecto multinodular de color ocre pálido uniforme con zonas amarillentas.

Microscopía: Seminoma.

Sincrónicamente con su postoperatorio mediato e inmediato se efectuaron los exámenes de control respectivos.

Rx. directa del árbol urinario: negativa. Urograma excretor: eliminación por ambos lados a los 5 minutos, imagen prácticamente normal de la vía de excreción del lado derecho. *Rx. tórax s/p.*

Por circunstancias ajenas a nuestra voluntad la linfografía que debiera practicarse se posterga y se inicia tratamiento actínico (Dra. Aurora Feliú), complementado con Ciclofosfamida que se inició en el preoperatorio.

Se realizó Telecobaltoterapia 18 aplicaciones y 3450 rads como dosis, aplicándose 200 rads por campo irradiado. En cuanto a la Ciclofosfamida se dieron en total 10 grs. en dosis de 200 grs. diarios.

La linfografía realizada el 22/6/68 nos muestra: ausencia de la cadena lumbar derecha y de los ganglios intercavaoórticos. Se observan algunos ganglios excavados agrupados en conglomerados y también hipertrofiados.

El paciente concurre regularmente al hospital para los controles de laboratorio y radiológico como así también para el examen clínico.

La última consulta la realizó hace 2 meses, siendo su estado actual muy bueno y muy satisfactorio. No existen problemas genitales.

Comentario

Un caso de seminoma metastásico retroperitoneal con un cuadro clínico absolutamente frustrado se diagnostica en una primera intervención exploradora en la región lumbar derecha, estableciéndose la existencia de un proceso retroperitoneal, periureteral y perirenal.

El seminoma informado por el Dr. Mauricio Rapaport como metastásico o primitivo nos conduce a la ectomía del testículo derecho que llevaba un sello clínico de orquiepididimitis crónica de más de seis meses de evolución, con presunta atrofia de la glándula adelfa.

El cuadro clínico por el que fue enviado al Servicio de Urología del Hospital Fernández obedecía principalmente a un proceso doloroso renoureteral derecho con desmejoramiento marcado del estado general, fenómenos sépticos y depresión síquica por un dudoso problema genital. Todo ello, si no lo justifica, explica por lo menos la conducta terapéutica adoptada, que pese a la inversión de los términos no ha sido lamentable ante la recuperación lograda y el estado satisfactorio que se mantiene a los 2 años de su ingreso.

Resumen: Se presenta un tumor de testículo en un adulto de 38 años que se diagnostica por la metástasis retroperitoneal derecha.

El órgano tumoral ofrecía los caracteres de un proceso inflamatorio crónico (orquiepididimitis), y como tal fue tratado; luego se practicó la castración quirúrgica que confirmó el diagnóstico de la metástasis.

La normalización funcional del riñón derecho, la desaparición de los fenómenos dolorosos del mismo y la recuperación del estado general, sucedieron a las dos intervenciones practicadas y al complemento terapéutico aplicado.

A los 2 años el control sigue siendo favorable.