

FIBROSIS RETROPERITONEAL

Dr. Roberto María Quintana

Conclusión

Por los antecedentes revistados y los resultados obtenidos se concluye que, de ser realizable, la ureterólisis e intraperitonización es la mejor solución a la fibrosis retroperitoneal. Esto es de fácil realización en caso de intervenir cuando el proceso se encuentra aún en los estadios histológicos I o II.

En el caso expuesto no se pudo comprobar la etiología medicamentosa por methysergida u otras, ni otra; quedando etiquetado como proceso primitivo del retroperitoneo, e idiopático.

Resumen

Se presenta un caso de fibrosis retroperitoneal. Se efectúan consideraciones generales de la enfermedad, su etiopatogenia y los diversos métodos terapéuticos. Se observó excelente resultado con la ureterólisis e intraperitonización del uréter.

La fibrosis retroperitoneal (FRT) es un proceso fibroescleroso de etiología desconocida, no encapsulado que forma un block de espesor variable en el retroperitoneo a nivel lumbar bajo o ilíaco, que en su extensión de medial a lateral puede englobar diversos órganos retroperitoneales, en particular el uréter.

Denominada también periureteritis obliterante o fibrosa, lipoesclerosis retroperitoneal, y otros términos que carecen de rigor en la definición del proceso, esta enfermedad fue descrita por primera vez por Albarrán en 1905, pero la descripción clínica como una entidad nosológica independiente fue hecha por Ormond, primero en 1948 y luego en 1965, con consideraciones etiológicas.

La fibrosis retroperitoneal es más frecuente entre los 40 y 60 años, y más en la población masculina (70 %).

Por la descripción histológica se ha comprobado que cursa en estadio I, donde se observan focos inflamatorios en el tejido adiposo retroperitoneal; estadio II, donde el tejido graso va siendo reemplazado en su totalidad por las patentes microscópicas del tejido inflamatorio, y en estadio III, donde ya se ha establecido la fibrosis cicatricial.

La etiopatogenia de esta afección es discutida y diversas teorías han sido enunciadas; de todos modos se puede resumir que la fibrosis retroperitoneal traducirá una reacción exudativa del tejido retroperitoneal a una noxa local o general pero primitiva del mismo, descartándose aquellas dependientes de lesiones del aparato urinario, o a simple difusión de procesos vecinos inflamatorios o neoplásicos.

Clínicamente la manifestación más frecuente es el dolor lumbar, sordo e intermitente, pero también puede aparecer por cualquier sintomatología correspondiente a una insuficiencia renal crónica, secundaria al proceso obstructivo, o por cólicos de retención renal o anuria. Son valiosos los datos de otras compresiones extrauritarias: edemas de miembros inferiores, etc., y la observación de la eritrosedimentación elevada.

El objeto de esta comunicación es presentar un caso de fibrosis retroperitoneal, el modo como se llegó a su diagnóstico, el tratamiento efectuado y los resultados obtenidos.

Material y método

Se presenta el paciente J. R., de 59 años, con antecedentes de politraumatismo sin hematuria por accidente automovilístico 24 años. Su enfermedad actual comienza un año antes de la consulta urológica con dolor sordo en fosa ilíaca derecha, irradiado a región lumbo sacra. Se realizó además del examen clínico, colon por enema y rectosigmoidoscopia que fueron normales. Varios meses después, y siendo medicamentado con antiespasmódicos, se agregan al cuadro polidipsia, poliuria, diarrea, descenso ponderal.

Es etiquetado como probable neoplasia y se le efectúa seriada gastroduodenal que es normal. El laboratorio indicó eritrosedimentación de 100 mm en primera hora, α globu-

linas elevadas, urea 60 mg % y creatininemia de 2,50 mg %. Con estas comprobaciones es derivado a nuestras manos, donde se recibe un paciente con discreto grado de insuficiencia renal crónica, desmejoramiento del estado general y los síntomas antedichos.

Se realiza urograma excretor que mostró en placas retardadas una ureterohidronefrosis bilateral con comienzo a nivel del lumbar III-IV, y con desvío medial de *ambos ureteres* lumbares (ver figuras). En radiografía oblicua anterior derecha se observa el desplazamiento hacia adelante del segmento ureteral afectado.

Con el diagnóstico presuntivo de fibrosis retroperitoneal fue intervenido, confirmándose por la sintomatología intraoperatoria y la biopsia por congelación (luego diferida) la presencia de esta enfermedad. En dos intervenciones sucesivas se realizó la ureterólisis y la intraperitonización por laparotomía, comenzando por el lado más afectado. El posoperatorio inmediato fue satisfactorio.

Observamos en las fotografías el urograma excretor de control a los 6 meses con disminución manifiesta de la ureterohidronefrosis, con cifras normales de urea y creatinina, orinas estériles y fundamentalmente con el paciente asintomático.

Hasta la fecha el seguimiento es de 4 años, con excelente evolución clínica y radiológica.

Discusión

Es clásico el cuadro clínico descrito como así también el camino previo al diagnóstico de la fibrosis retroperitoneal, estando el enfermo caratulado como "probable neoplásico". No se comprobó el uso de diversos medicamentos antimigración, como la methysergida u otro, que han sido descritos como desencadenantes. Se descartaron asimismo la etiología carcinomatosa o por procesos vecinos inflamatorios.

Quizá la radiología fue el método base para el diagnóstico de la fibrosis retroperitoneal, y su diferenciación de otras entidades, como el uréter retrocavo, etc.

No fueron necesarias pielografías ascendentes o cavografías para completar el estudio, siendo hecho el diagnóstico de certeza por biopsia intraquirúrgica, y por la topografía que descartó la mesenteritis retráctil con compromiso periureteral y la fibrolipomatosis pelviana. Diversos son los tratamientos propuestos quirúrgicos o no, desde que Albarrán realizara su ureterólisis simple, pero aquel que, según la literatura mundial y nuestra escasa experiencia, señala como el de mejor resultado es la ureterólisis e intraperitonización por laparotomía. Esta operación se basa en una observación histológica que demuestra que el peritoneo es una barrera natural a la extensión de la fibrosis retroperitoneal, no siendo el mismo ni siquiera invadido.

Existe un paralelo entre el estadio histológico antes mencionado y las complicaciones intraoperatorias. En los estadios I y II la ureterólisis sigue un plano de clivaje fácil; no



Figura 1



Figura 3

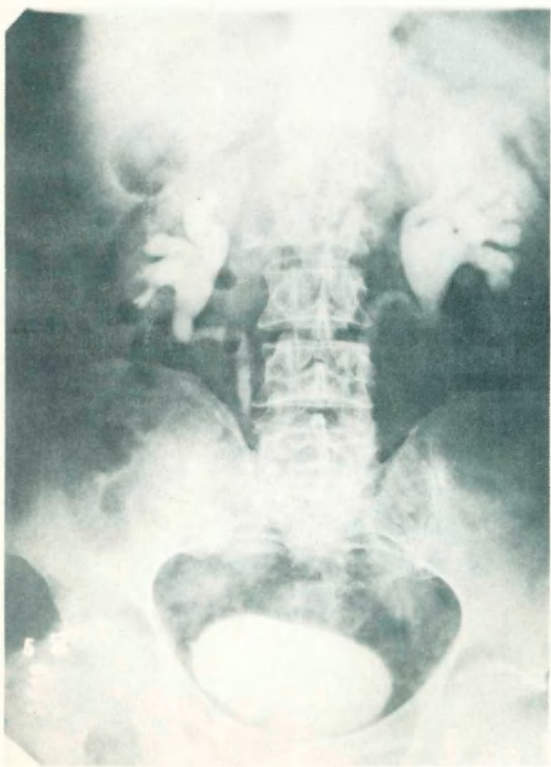


Figura 2

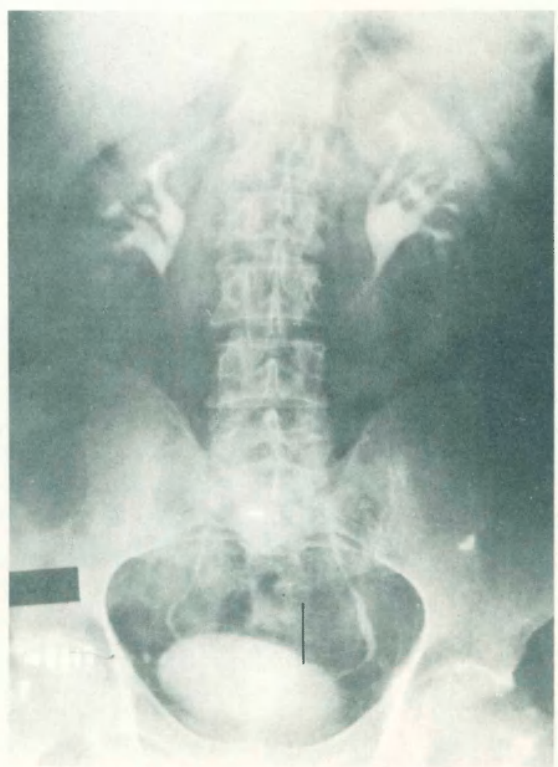


Figura 4

así en el estadio III, donde la disección siempre entraña un gran peligro.

En el caso presentado se obtuvo una buena liberación, y la intraperitonización resultó sencilla. En ningún caso se intentó la liberación de vasos arteriales o venosos, maniobra que es proscripta dado la íntima relación del proceso fibroso y la adventicia de aquéllos.

Se han descrito las sustituciones de uréter por asa ileal y el *autotrasplante renal*. Pero evidentemente éstas son indicaciones de necesidad aplicables cuando el compromiso

ureteral es grave, quedando desvitalizado o falo de sustancia durante la ureterólisis. La derivación alta (nefrostomía) transitoria, para permitir un segundo tiempo de reemplazo ureteral, y la nefrectomía como tratamiento extremo, se encuentran en el arsenal terapéutico.

Se mencionan también la radioterapia a dosis antiinflamatorias (2000 R) y la corticoterapia; consideramos que la primera evolucionaría un estadio II, con mejores probabilidades quirúrgicas, a un estadio III.

La terapia medicamentosa es universalmente aceptada como inconstante y no curativa del proceso obstructivo.

Bibliografía

1. Albarrán, J.: "Rétention rénale par périurétérité. Libération externe de l'uréter". Mem. Disc. Franc. Urologie, 9:511, 1905.
2. Ormond, J. K.: "Bilateral ureteral obstruction due to envelopment and compression by an inflammatory retroperitoneal process". J. Urol., 59:1072, 1948.
3. Ormond, J. K.: "Idiopathic retroperitoneal fibrosis: discussion of ethiology". J. Urol., 94:385, 1965.
4. Engels, E. P.: "Sigmoid colon and urinary bladder in high fixation: roentgen changes simulating pelvic tumor". Radiology, 72:419, 1959.
5. Kuss, R.; Camey, M.; Dimopoulos, S.: "A propos de certaines périurétérités d'origine néoplasique". J. Urol. et Nephrol., 71:81, 1965.
6. Lent, V.; Haferkamp, H.: "El tratamiento de la fibrosis retroperitoneal idiopática". Dtsch. Med. Wschr., 98:45, 2144, 1973.
7. Mocellini Iturralde, J.; Millan, J. C.: "Fibrosis retroperitoneal". Rev. Arg. de Urol., tomo 1, pág. 32, 1968.
8. López Engelking, R.: "Fibrosis retroperitoneal o ureteritis plástica". Rev. Arg. de Urol., vol. 36, pág. 81, 1967.
9. Bianchi, F.; Borghi, V.: "La fibrosis retroperitoneale". Atti della Società Italiana di Urologia (XLII Congresso Merano 1969).
10. Le Guillou, M.; Chatelain, C.: "Fibrose rétropéritonéale". Enc. Med. Chir., 18162-A50, 1974.