

NEUROBLASTOMA PELVIANO DEL LACTANTE. COMPLICACIONES UROLOGICAS

Dr. Lata, Jaime R. - Dr. Mazza, Osvaldo N. - Dr. Vallone, Cayetano - Dr. Venditti, Julio

Resumen

Se presenta a un lactante del sexo femenino portador de un neuroblastoma pelviano, localización poco común de dicho tumor, que interesa al urólogo por presentar uropatía obstructiva baja. Destacamos la importancia del tratamiento quirúrgico por vía combinada abdominoperineal, con la asociación de quimioterapia antiblastica pre y posoperatoria.

Introducción

El neuroblastoma es una de las neoplasias malignas más comunes de la infancia. Tiene su origen en la glándula suprarenal y en los ganglios de la cadena simpática. Su localización más común es la abdominal, encontrándose menos frecuentemente en tórax, cuello y pelvis, esta última sólo en 6 % de los casos. Los neuroblastomas pelvianos se presentan generalmente como localización única, tienen una mejor evolución que los abdominales, siendo menor su índice de metástasis.

Presenta su mayor incidencia en los lactantes antes del décimo mes de vida, evidenciando un tumor abdominal palpable que obligará a descartar a los teratomas sacrococccigeos, lipomas retroperitoneales, ependimomas maxilopapilares, linfangiomas, cordomas, hemangiomas quísticos, rabdomyosarcomas, etc.

Historia del caso

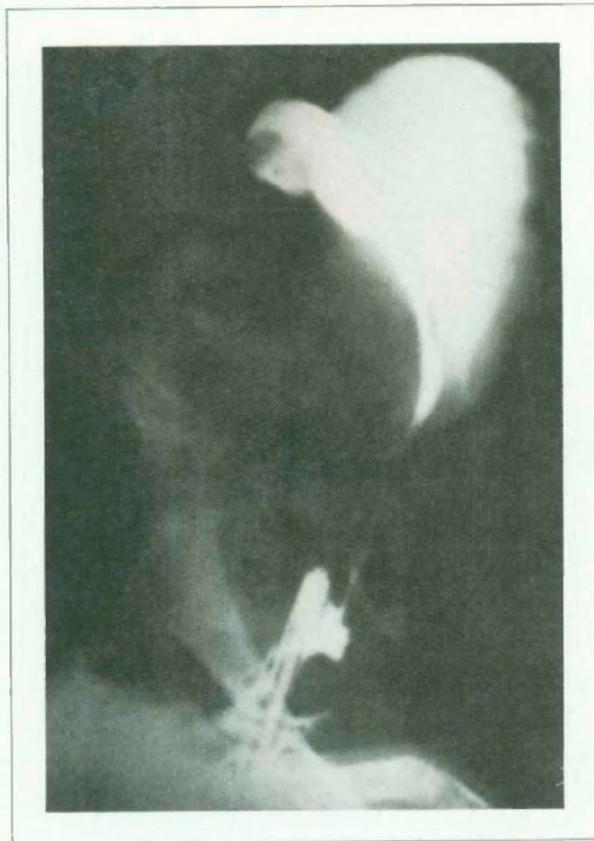


Figura 1. Placa lateralizada con contraste vesical y colónico que muestra ambos órganos elevados y lateralizados por el tumor.

A. M., niña de 7 meses de edad que consultó por retención aguda y completa de crina, episodios que desde los 5 meses presentó en forma cada vez más frecuente, resueltos mediante cateterismo vesical.

El examen físico presentó una lactante en buen estado general, con un peso de 7,700 kg, con una marcada tumorción infraumbilical; el tacto bimanual posmicción delimitaba un tumor de 12 cm de diámetro, duro, pétreo, superficie lisa, ubicado a 2 cm por encima del margen del ano, extendiéndose a hipogastrio y fosa ilíaca izquierda, no desplazable, adherida al sacro y que respetaba la mucosa rectal. La endoscopia vesical y los estudios radiológicos contrastados del árbol urinario y colon demostraban que la masa tumoral, radiolúcida, era ajena a esos órganos. Aunque el laboratorio (adrenalina, noradrenalina y ácido vainillil mandélico) arrojaba valores normales, se diagnosticó como un neuroblastoma pelviano, iniciándose un esquema quimioterápico de tres drogas (adriamicina, ciclofosfamida y vincristina).

Al mes de iniciado el tratamiento, la palpación bimanual demostró una reducción de 40 % de la masa tumoral, decidiéndose la extirpación quirúrgica por vía combinada transabdominal y perineal (fig. 2). Se extrajo un tumor encapsu-

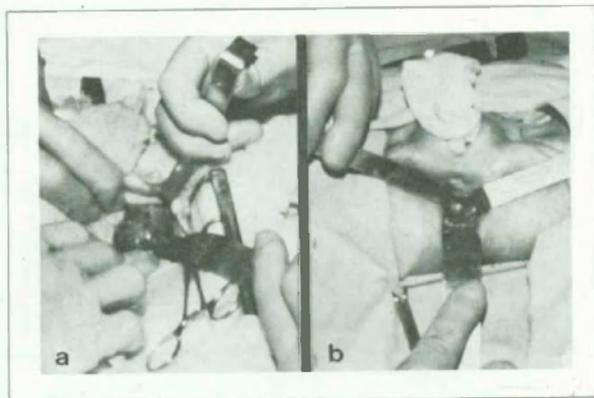


Figura 2. a) tumor asomando por la incisión abdominal; b) tumor observado por la incisión perineal.

lado muy vascularizado, intensamente adherido al sacro, del cual se disecó extirpándose en casi su totalidad, restando una base inextirpable de aproximadamente el 10 %, que fue electrocoagulada. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de neuroblastoma.

El posoperatorio inmediato y alejado (1 año de seguimiento) cursó sin complicaciones, continuando su quimioterapia antiblastica 1 mes después de la intervención quirúrgica, con similar esquema al del posoperatorio.

Discusión

Nuestra paciente presentó la forma más común de manifestación de los neuroblastomas pelvianos, la retención de orina, sin llegar a comprometer el árbol urinario alto. Los estudios radiológicos contrastados no sólo permitieron ubicar topográficamente al tumor, sino a aproximarnos al diagnóstico de su naturaleza.

El tratamiento quirúrgico fue efectuado en todos los casos publicados, a veces en más de una oportunidad, dado que

si bien este tumor es inicialmente encapsulado, se hace prontamente infiltrante, impidiendo generalmente su extirpación total.

Destacamos en nuestro caso la utilidad de la vía combinada abdominoperineal, la que no es mencionada en la literatura consultada y que nos permitió un óptimo acceso quirúrgico a la masa tumoral.

Hasta el momento la paciente no presenta signos de metástasis ni recidiva, sus micciones son completas, sin residuo ni infección, con controles urográficos normales.