

TUMOR RETROPERITONEAL NECROSADO

Dr. Castría, Marco A. - Dr. Fasola, Jerónimo - Dr. Biso, Nori - Dr. Ponce, Jorge - Dr. Diego, Ricardo
Dra. Toscano, Josefina - Dra. Cremona, Ana María

Resumen

Se presenta un caso clínico de tumor retroperitoneal cuya característica fundamental lo constituye la necrosis total de su complejo tisular, que al imposibilitar su identificación histopatológica, merece por su infrecuencia su comentario.

Fue Morgani en 1761 quien por vez primera hace la descripción de un tumor retroperitoneal, pero su individualización clínica se debe a Lecenne, Hartman, Albarrán e Imbert, quienes señalan también su diferenciación con los tumores renales.

El concepto topográfico del espacio retroperitoneal ha sido delimitado anatómicamente de diversas maneras, aceptándose en general el área lumbosacra comprendida entre la pared posterior de la cavidad abdominal y la hoja posterior del peritoneo, la bóveda diafragmática a nivel aproximado de la duodécima vértebra dorsal y de la duodécima costilla hacia arriba y de la base del sacro y la cresta ilíaca por abajo, para otros el suelo de la pelvis ósea.

Lateralmente y a ambos lados por dentro la cava y la aorta, y por fuera el segmento vertical del colon.

Los tumores primitivos retroperitoneales constituyen procesos anatomopatológicos de variada estructura histológica que se desarrollan a expensas de complejos tisulares normales o restos embriológicos que no han involucionado o han sufrido transformación heterotópica. La clasificación publicada por Patel y Tublana en 1947 y apoyada en su histogénesis nos parece práctica y de criterio académico, sólo objetable al no incluir los tumores parasitarios (equinococosis hidatídica).

Desde el punto de vista clínico una característica los identifica, y es que, incluidos en un espacio de fácil extensibilidad producen el desplazamiento o compresión de órganos, visceras o elementos anatómicos circundantes, como tiempo previo a su faz invasiva que en ocasiones suele observarse.

Estos tumores pueden manifestarse con una tríada signológica típica, dolor, tumor palpable y compresión, a los que podemos anexar síntomas generales inespecíficos y circunstancialmente fenómenos agudos, si bien es cierto que el silencio clínico con que evolucionan estas tumoraciones es su característica.

La tumoración palpable se objetiva en 45 % de los casos en el adulto y en 90 % en los niños en quienes suele ser el único signo presente.

La fijeza del tumor a la exploración clínica nos debe orientar hacia su probable origen retroperitoneal, de tal suerte que la compresión, no ya de órganos situados en dicho espacio, sino intraperitonealmente se manifiestan por fenómenos seudooclusivos y variados síntomas inespecíficos que traducen el estado evolutivo del tumor.

La secuencia radiológica impone la evaluación desde la radiografía simple hasta las técnicas de más alta precisión, como lo constituye la Tomografía Axial Computada, de indudable valor en el diagnóstico de las adenopatías con certificación de extensión y topografía, permitiendo el reconocimiento de masas lumbares, mesentéricas, hiliares espleno-hepáticas, etc., como las probables lesiones asociadas de los órganos circundantes.

La ecografía constituye un procedimiento de gran utilidad en el diagnóstico diferencial de tumores sólidos o líquidos, así como también el de topografía lesional.

La falibilidad de la clínica, aun con el apoyo que le brindan los exámenes complementarios de laboratorio y radiológicos, imponen en ocasiones la intervención quirúrgica como posibilidad de diagnóstico y tratamiento, operación que no deja de ser compleja por el gran desarrollo de la masa tumoral y su vinculación con estructuras vitales. A pesar de ello la exéresis constituye la única terapéutica para los tumores retroperitoneales, pero habida cuenta que siempre quedan restos dispersos, la recidiva es la regla, certificando el grave pronóstico de esta patología.

Consecuentemente está en vigencia lo sustentado por Melicow al afirmar que "el espacio retroperitoneal es primero el campo de la gloria para las células neoplásicas, luego durante un tiempo una muda tierra de nadie y al final frecuentemente el Waterloo de los cirujanos".

En razón de haber asistido a un paciente portador de un tumor retroperitoneal con la característica de su necrosis total, nos indujo a presentar esta comunicación por considerarla infrecuente.

G. J. H. C. 514.566. Hospital Interzonal Luis Güemes (Haedo). 73 años de edad, casado, empleado.

Antecedentes urológicos

Refiere discreta disuria y polaquiuria.

Enfermedad actual (14/4/85)

Manifiesta, desde hace varios meses, padecer de dolores lumbares a predominio izquierdo de tipo gravativo, discontinuo, que se exacerba con los movimientos, de intensidad variable, que en ocasiones se irradia al hipogastrio.

Estado actual

Paciente en regular estado general.

Riñón izquierdo: en hipocondrio y flanco se palpa una masa tumoral fija, de superficie irregular, indolorosa, del tamaño de un pomelo grande.

Tacto rectal: adenoma de próstata grado 1.

Los análisis de laboratorio solicitados revelan como valores dignos de mención los siguientes: discreta anemia, eritrosedimentación elevada; albuminuria 10 g % persistente, regular cantidad de pirocitos y moderada leucocitosis.

Urograma excretor

Placa simple: a nivel del hipocondrio izquierdo se observa una masa redondeada de aparente densidad homogénea que desplaza el riñón hacia abajo sin límite de separación precisa.

En las distintas fases de secreción se corrobora lo anteriormente descrito, apreciándose los fenómenos compresivos de los grupos calciliares superiores del riñón descendido por acción mecánica de peso.

Ecografía retroperitoneal

En el hipocondrio y flanco izquierdo, formación sólida redondeada que mide 141 x 127 x 128 mm, con importante área anecogénica central que correspondería a focos de necrobiosis. Dicha masa se encuentra en el espacio espleno-renal izquierdo, no pudiéndose determinar su origen renal o suprarrenal. Diagnóstico presuntivo: tumor sólido con fenómenos de necrobiosis en el hipocondrio y flanco izquierdos.

Tomografía axial computada del abdomen

Riñón izquierdo descendido y aumentado de tamaño. La cara posterointerna se ensancha irregularmente y en las posteriores se pierde toda estructura, observándose tejido con zonas hipodensas con tumor que tiene gran contacto posterior. Con contraste, tinción de la pelvis y cálices inferiores, con tejido tumoral en fase de necrobiosis. No se visualiza la suprarrenal izquierda.

Diagnóstico: probable adenocarcinoma renal izquierdo de gran tamaño con aparente ruptura de la cápsula e invasión en la vecindad. No se evidencian adenopatías ni metástasis.

Arteriografía

La faz panorámica y selectiva izquierda revelan una gran masa aparentemente redondeada y de densidad homogénea que desplazan el riñón en dirección caudal con acentuada elongación de su pedículo vascular, manteniendo su propia identidad los perfiles de la glándula y la masa tumoral.

Diagnóstico: tumor retroperitoneal izquierdo avascular.

Con diagnóstico de tumor retroperitoneal izquierdo se opera el 20/5/85 realizándose por vía anterior la exéresis del mismo.

Anatomía patológica

Macroscopia: información capsulada de 15 cm de diámetro mayor. La superficie de la cápsula es lisa con áreas de puntillado amarillento. Al corte el parénquima se presenta reblandecido con zonas hemorrágicas y otras amarillo-verdosas con aspecto necrótico. Cápsula sin particularidades; espesor: 3-5 mm.

Se efectuaron 49 cortes a diferentes niveles.

Microscopia: se observa tejido totalmente necrosado con áreas de hemorragia reciente y antigua. Glándula suprarrenal sin alteraciones histológicas significativas ubicada por fuera de la cápsula.



Figura 1. Tumor seccionado. Superficie externa.

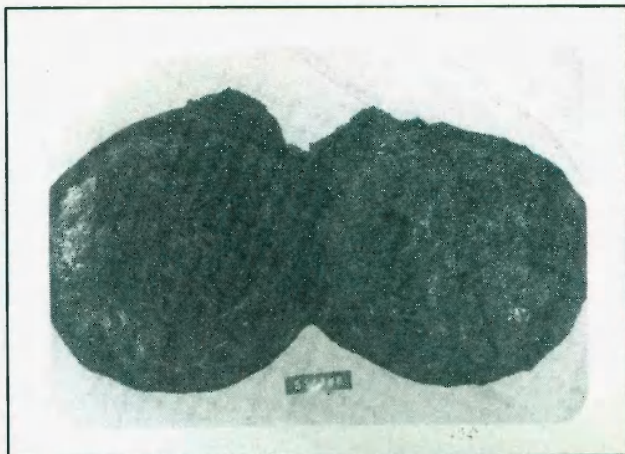


Figura 2. Superficie interna. Tejido totalmente necrosado. Glándula suprarrenal sin alteraciones histológicas significativas.

Consideraciones

Las neoformaciones capaces de proliferar en el espacio retroperitoneal son múltiples, y atento a la bibliografía consultada y a nuestra experiencia, las más frecuentes serían, dentro de las malignas: el liposarcoma, leiomiomasarcoma, hemangiopericitoma, carcinoma embrionario, carcinomas indistinguibles; en tanto, para las benignas: el mioblastoma de células granulares y el feocromocitoma activo.

Ante el hallazgo de una formación proliferativa capsulada como la referida, nos inclinamos a pensar en su origen primitivo.

Bibliografía

- OMS: "Tipos histológicos de tumores de los tejidos blandos".
Ackerman, Lauren V.: "Tumors of the retroperitoneum, mesentery and peritoneum".
Purdy Stout, Arthur, y Lattes, R.: "Tumors of the soft tissues".