

FIBROSIS RETROPERITONEAL

Dres. Pautasso, O. S.*; Marengo, R.; Mascó, A.; Bertetti, D.

RESUMEN: *Se presentan 5 casos de fibrosis retroperitoneal, diagnosticados en un término de 15 años. Dos pertenecían al sexo masculino y las edades oscilaban entre los 37 y 57 años.*

Se describen la sintomatología y los procedimientos diagnósticos empleados, destacando la importancia de los procedimientos radiológicos contrastados como pilares del diagnóstico.

Los pacientes fueron operados. En todos ellos, se practicó la ureterólisis seguida de la intraperitonización del uréter por vía transperitoneal. Dos enfermos requirieron previamente normalizar la función renal mediante nefrostomía en uno y colocación de catéteres ureterales (pigtail) en otro.

La evolución fue satisfactoria en todos los pacientes, con remisión de los síntomas, normalización de la función renal y mejoramiento de las imágenes radiológicas.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 59, N° 4, Pág. 182, 1994)

Palabras clave: Retroperitoneo; Fibrosis retroperitoneal.

INTRODUCCION

La fibrosis retroperitoneal es una rara enfermedad cuya etiología y fisiopatología, aún no han sido determinadas con precisión.

Consiste fundamentalmente en un proceso fibroesclerótico ubicado en el espacio retroperitoneal, a nivel del promontorio y que en su desarrollo puede englobar a los elementos que recorren ese sector como los grandes vasos, los uréteres y estructuras de los sistemas nervioso y linfático.

Puede ser de origen primario o secundario; mencionándose como probables causas de la misma, los procesos autoinmunes con vasculitis, infecciones, traumatismos, lesiones quirúrgicas, fármacos, neoplasias y tratamientos radiantes.

Suele afectar a ambos sexos, con mayor incidencia a partir de la quinta década. Hay casos descritos en la infancia y en embarazadas.

MATERIAL Y METODOS

Nuestra experiencia abarca 5 pacientes diagnosticados en un período de 15 años. Dos eran hombres y 3 mujeres, con edades que oscilaban entre 37 y 57 años. (media: 52 años).

Los síntomas, similares en todos ellos, consistían en dolor lumbar gravativo de comienzo insidioso, acompañado por alteraciones del estado general de intensidad variable en cada paciente, en función al grado de deterioro de la función renal existente.

Tres pacientes tenían antecedentes de infecciones urinarias reiteradas.

Dos enfermos se presentaron a la consulta por un cuadro de insuficiencia renal severa con cifras de urea por encima de 2 g/l y anemia significativa.

Todos los pacientes fueron estudiados con análisis de rutina, bacteriológico de orina, urograma de excreción,

* Profesor Titular de la 2ª Cátedra de Clínica Urológica,
Universidad Nacional de Córdoba.
Jefe del Servicio de Urología. Hospital T. C. de Allende - Córdoba.

pielografía ascendente y en los casos más recientes, ecografía y tomografía computada. En 2 enfermos, también se utilizó la cámara gamma para analizar la función residual y la severidad y organicidad de la obstrucción mediante la prueba diurética.



Foto 1: Paciente de sexo masculino. I.R.C. Urograma preoperatorio (caso 1).

El diagnóstico, basado en todos los casos en estudios contrastados, demostró la desviación ureteral hacia la línea media, a nivel del promontorio, en un corto trayecto, con ureterohidronefrosis unilateral (1 caso) o predominantemente bilateral (4 casos).

La ecografía reveló dilatación de las cavidades pielo-caliciales y del uréter, mientras que la tomografía, demostró la presencia de tejido fibroso abundante en la zona referida, con retracción medial de los uréteres y lesiones arterioscleróticas aórticas.

Los 5 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente.

En 2 casos, debió previamente restablecerse la función renal mediante nefrostomía en uno y colocación de catéteres pigtail en otro.

En todos los pacientes operados se realizó la ureterólisis uni o bilateral seguida de la intraperitonización del trayecto ureteral comprometido. El abordaje fue por la línea media en los bilaterales y mediante incisiones oblicuas en los unilaterales, por vía transperitoneal, procediendo a movilizar el ciego o el colon como paso previo. En todos los casos se observaron adherencias muy firmes entre el uréter y la aorta o los vasos ilíacos. La disección del uréter fue realizada con tijeras para evitar

su desvascularización y durante la intraperitonización se procuró resguardar al máximo la nutrición arterial del mismo.



Foto 2: El mismo paciente. Pielografía ascendente con estenosis ureteral (caso 1).

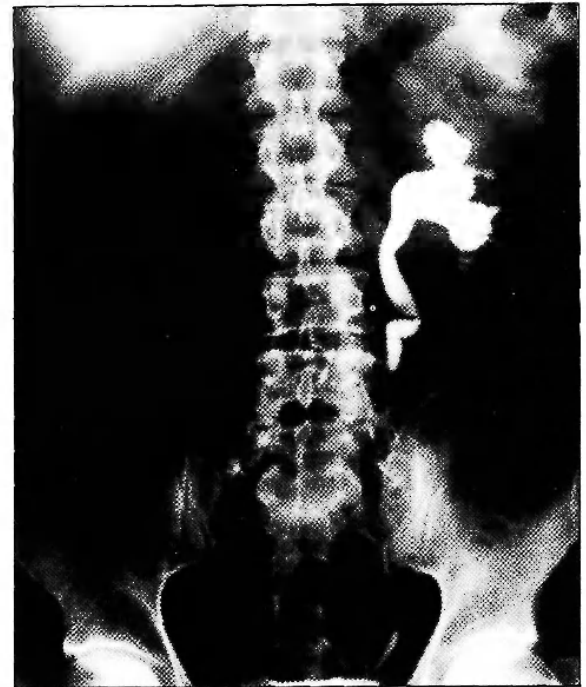


Foto 3: Inyección de material de contraste por la nefrostomía (caso 1).



Foto 4: *El mismo estudio con focalización en el sitio estenosado (caso 1).*

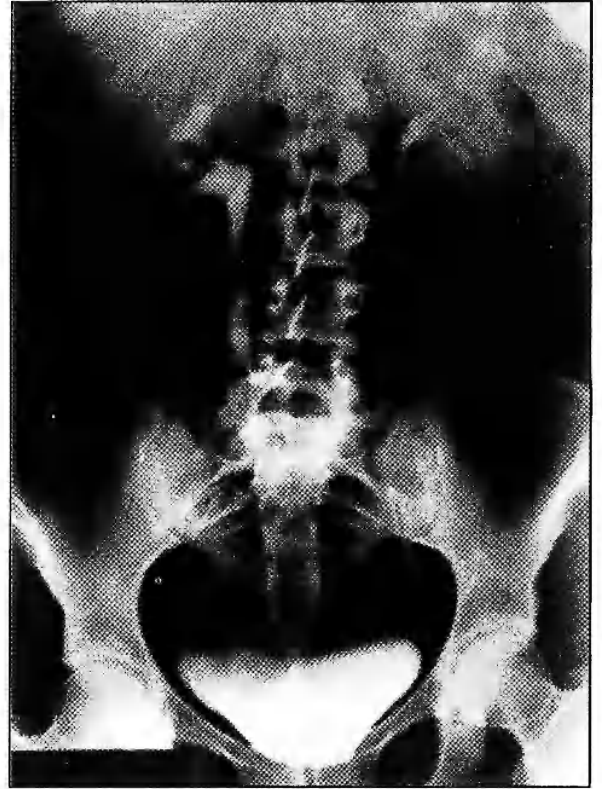


Foto 6: *Paciente de sexo femenino. Urograma preoperatorio (caso 2).*



Foto 5: *Control postoperatorio inmediato por la nefrostomía. Buen pasaje distal (caso 1).*



Foto 7: *Control postoperatorio UIV al sexto mes (caso 2).*

ISONITYN

2 mg
5 mg

TERAZOSIN CLH

PARA UNA RAPIDA Y COMPLETA RECUPERACION FUNCIONAL EN
HPB

*Rápida Mejoría en la
Sintomatología Irritativa
y Obstructiva.*

*No interfiere en el Equilibrio
Hormonal.*

*Cómoda Dosificación de
1 Comprimido al Día.*



ABBOTT

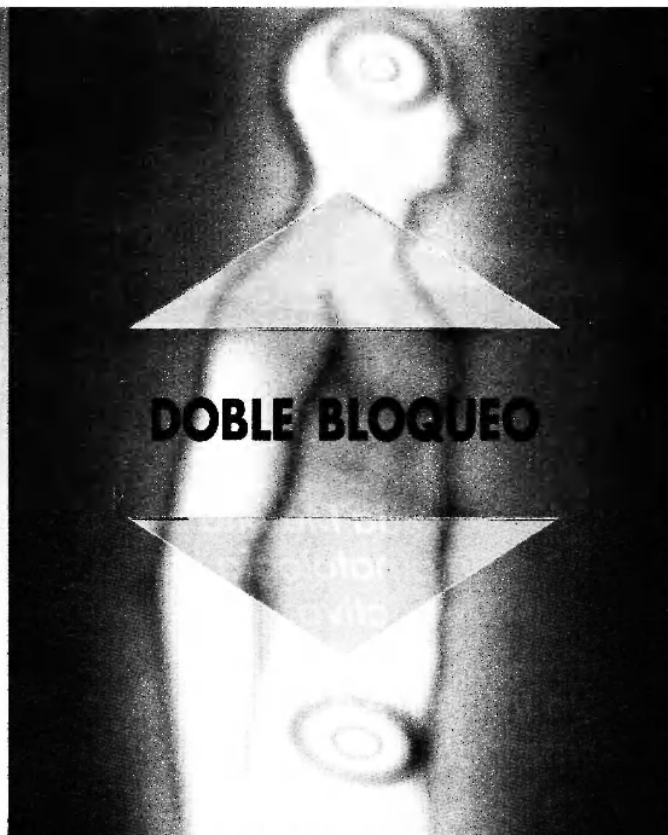
ABBOTT LABORATORIES ARGENTINA S.A.
DIVISION PRODUCTOS FARMACEUTICOS

RUBIDOX®

Acetato de Ciproterona

BLOQUEO ANDROGENICO COMPLETO EN CARCINOMA DE PROSTATA

Bloqueo de la actividad del eje hipotálamo-hipofisario,
inhibiendo la producción de testosterona.



Bloqueo de la captación de testosterona por los receptores
androgénicos en el tumor y en sus metástasis.

R
RONTAG

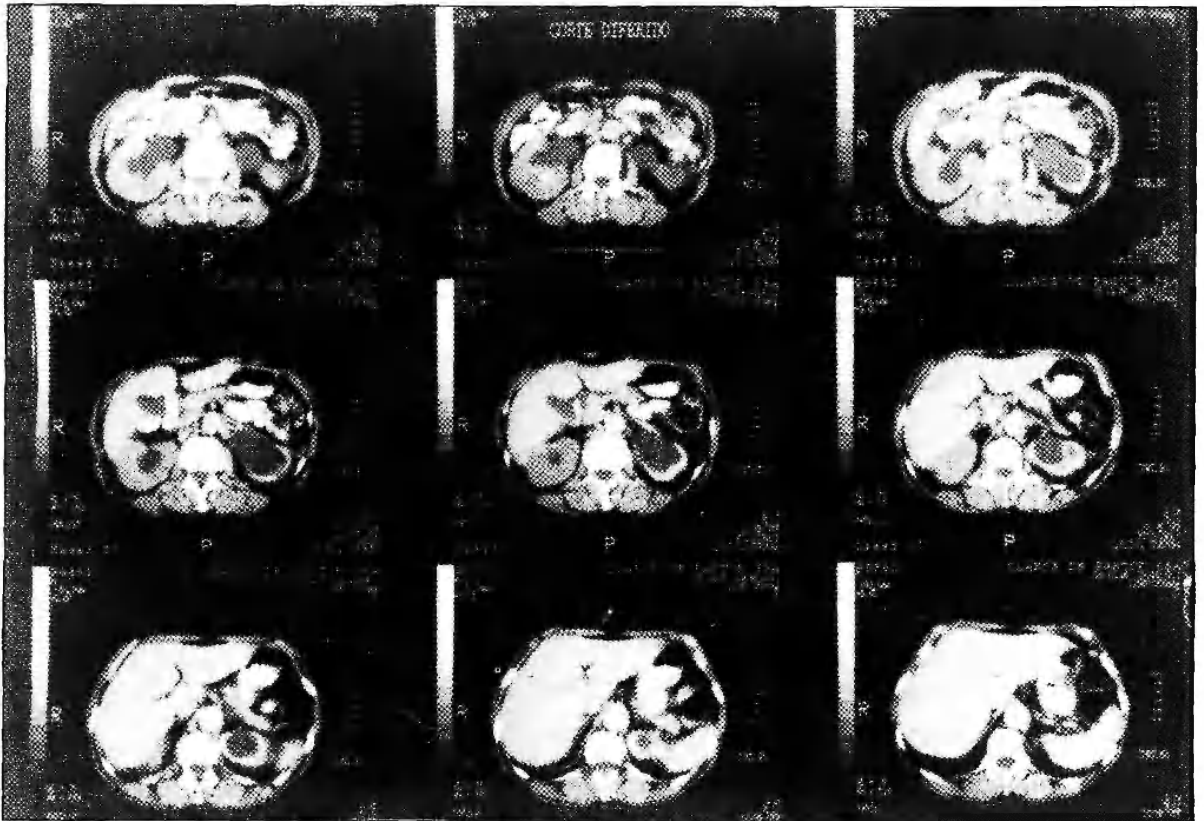


Foto 8: *Paciente de sexo femenino. IRC. TAC. Uronefrosis bilateral (caso 3).*



Foto 9: *Pielografía ascendente izquierda (caso 3).*

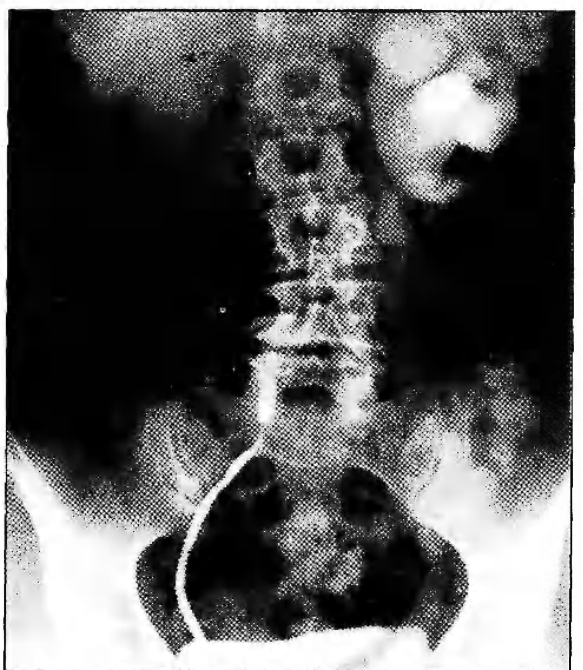


Foto 10: *Pielografía ascendente derecha (caso 3).*



Foto 11: Urograma prequirúrgico con pigtail (caso 3).

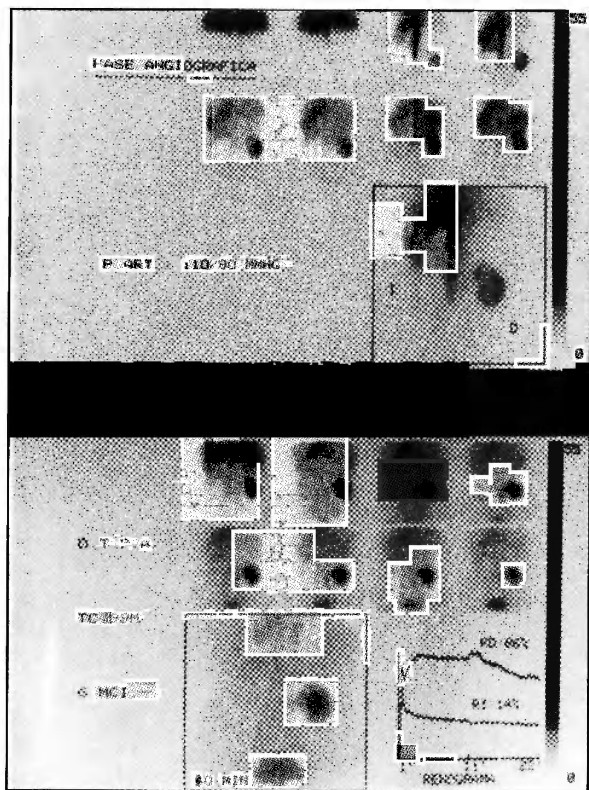


Foto 12: Cámara gamma, preoperatorio de la misma paciente (caso 3).

Ninguno de nuestros pacientes recibió corticoides. Se tomaron muestras del tejido que englobaba los uréteres.

No se registraron complicaciones inmediatas ni alejadas. Todos los enfermos presentaron remisión del dolor y de las infecciones, con normalización de la función renal global. El paciente más antiguo con 15 años de evolución, ha requerido tratamientos complementarios por arteriopatía obstructiva de sus miembros inferiores, pero desarrolla una actividad normal. El caso más reciente tiene sólo 70 días de evolución, y aunque había recibido una propuesta de hemodiálisis, hoy desarrolla una vida normal.

DISCUSION

La *fibrosis retroperitoneal* es una rara enfermedad que afecta a personas adultas de ambos sexos. Se ha descrito excepcionalmente en niños y embarazadas⁽¹⁻²⁾.

Albarrán describió el primer caso a principios de siglo; a partir de entonces se conoce la enfermedad que incluso fue denominada de muy diversas maneras: periaortitis crónica, periureteritis plástica, etc.

No es bien conocida su etiología, siendo la mayoría de los casos idiopática. Se mencionan como probables causas, la ingestión de determinados fármacos, infecciones, traumatismos, radioterapia, etc.⁽³⁾. También es oscura su etiopatogenia, pero se supone que se iniciaría como un proceso autoinmune, con reacción alérgica hacia el tejido graso (arteriosclerosis). Existe una proliferación de células fusiformes y abundancia de macrófagos, que iniciarían un mecanismo de disparo induciendo la producción de citoquinas, que estimularían la proliferación de fibroblastos con la consecuente fibrosis⁽⁴⁾.

Este mismo mecanismo de acción resultaría válido para otros procesos como la fibrosis retroorbitaria, mediastinal, escrotal, etc., que suelen asociarse a la denominada fibrosis retroperitoneal⁽⁵⁻⁶⁾.

En el retroperitoneo aparece como una formación blanquecina de consistencia firme que engloba a los uréteres, grandes vasos, linfáticos e incluso el duodeno⁽²⁾. Ejerce una tracción de los uréteres hacia la línea media y mediante compresión de los mismos, determina una uronefrosis; en altura no sobrepasa los 3 ó 4 centímetros y se sitúa a nivel del promontorio.

La sintomatología no es típica y predominan el dolor lumbar gravativo, de comienzo insidioso; infecciones urinarias, y en los casos más avanzados, insuficiencia renal con todo su cortejo sintomatológico.

En la actualidad, ha cambiado tal vez el orden de los estudios complementarios, que se inician con una ecografía que muestra dilatación de la vía excretora, seguida de la TAC que permite, además, poner en evidencia el tejido fibroso periaórtico y descartar a ese nivel una neoplasia como causa de la obstrucción^(3,7). La RNM permite en esa dirección ratificar el diagnóstico.

En nuestros pacientes, los estudios contrastados clásicos como el urograma excretor y la pielografía ascendente fueron los pilares del diagnóstico etiológico, formulado preoperatoriamente en todos los casos.

El tratamiento puede ser médico o quirúrgico. Dentro del primero, se mencionan los corticoides y la azothioprine⁽³⁻⁷⁾ como monoterapia o asociados a la cirugía; los mismos no fueron empleados en nuestros enfermos.

Han sido propuestos diversos tratamientos quirúrgicos: la ureterólisis seguida de intraperitonización o envoltura ureteral con epiplón, la sección y posterior anastomosis del uréter, el reemplazo del uréter con intestino delgado, etc.⁽⁸⁾.

Nuestra conducta en todos los pacientes intervenidos fue la ureterólisis seguida de la intraperitonización del sector ureteral comprometido, por vía transperitoneal. Aquellos pacientes con insuficiencia renal y severa dilatación, pueden requerir tratamientos previos complementarios: nefrostomía, colocación de catéteres ureterales, etc.

Es recomendable mantener estos pacientes durante largo tiempo bajo control, debido a que el proceso fibroso puede en el futuro, comprometer elementos vasculares, digestivos, etc.

BIBLIOGRAFIA

1. Chvatal, L.; Tecl, F.: Retroperitoneal fibrosis in children. *Klinika detske chirurgie*, 72:270-1, setiembre, 1993.
2. Belfort, M. A.; Young, R.; Kirshon, B.: Maternal death from severe retroperitoneal fibrosis. *South. Med. J.* 86 (10):1154-5, octubre, 1993.
3. Piegsa, M.; Fiegel, P.: *Dtsch. Med. Wochenschr.* 118 (48):1759-64, diciembre, 1993.
4. Hughes, D.; Buckley, P.: Idiopathic retroperitoneal fibrosis is a macrophage-rich process. Implications for its pathogenesis and treatment. *Am. J. Surg. Pathol.* 17 (5):482-90, mayo, 1993.
5. Mc Carthy, J. M.; White, V.; Harris, G. y col.: Idiopathic sclerosing inflammation of the orbit: immunohistologic analysis and comparison with retroperitoneal fibrosis. *Mod. Pathol.* 6 (5):581-7, setiembre, 1993.
6. Nistal, M.; Paniagua, R. y col.: Idiopathic peritesticular fibrosis associated with retroperitoneal fibrosis. *Eur. Urol.* 12 (1):64-8, 1986.
7. Vincenzi, V.; Costan Biedo, F. y col.: Idiopathic retroperitoneal fibrosis: effectiveness of surgery combined with corticosteroid therapy. *Minerva Med.* 84 (6):351-4, junio, 1993.
8. Aulenti, V.; Taher, B. y col.: Idiopathic retroperitoneal fibrosis. *Arch. Ital. Urol. Nefrol. Androl.* 65 (1):63-6, marzo, 1993.