

# TUMOR RETROPERITONEAL DE LA ATMOSFERA ADIPOSA PARARENAL DE GEROTA

Por el Dr. A. GRANARA COSTA

Después de la enunciación del título, parecería que el tumor desarrollado en la atmósfera adiposa pararenal de Gerota, no entrase en la posibilidad de un trabajo inherente a la Urología, pero como presenta signos clínicos y semiológicos, que lo confunden con los de afecciones renales y signos radiológicos renoureterales, justifica su publicación.

Los tumores retroperitoneales fueron estudiados por Iravez en 1892 por Terrier y Guillemain, aunque se le acuerda la paternidad de la primera observación sobre lipomas retroperitoneales a Valsalva; después Brocca y Moynier describen lipomas encontrados en autopsias. Son los que toman origen o se desarrollan por detrás del peritoneo parietal posterior y por delante de la pared abdominal posterior.

Descartando los publicados como retroperitoneales pero que en realidad se trata de tumores mesentéricos, los casos retroperitoneales propiamente dichos, presentados en la literatura médica, no llegan a un par de cientos.

Por su localización, se clasifican en medianos, laterales o lumboilíacos y de la pequeña pelvis.

Por su constitución anatómopatológica se dividen en quísticos y sólidos, estos últimos los más frecuentes; en un 50 % aproximadamente son malignos (carcinomas), un 25 %, lipomas o fibrolipomas y los restantes en orden de frecuencia se adjudican, a fibromas, fibromiomas, mixomas etc.

El estudio de estos tumores ha creado un interesante capítulo en la patología lumbo-abdominal, y si bien la génesis no está bien aclarada, no dejan de escasear las reflexiones y estudios que han trazado con acierto la nomenclatura y clasificación de esta enfermedad.

Siendo mi propósito, considerar únicamente la variedad que corresponde a nuestro caso clínico, me limitaré a estudiar el capítulo de los tumores sólidos

retroperitoneales desarrollados en la atmósfera adiposa pararrenal de Geota, zona fácilmente decolable, paso obligado para abordar quirúrgicamente riñón por vía lumbar, es la región comprendida entre la fascia de Zuckerkandlt por delante y la pared lumbar, en particular la aponeurosis del cuadrado lumbar por detrás. Esquema N° 1.

#### FRECUENCIA

En su totalidad los autores al hablar de tumores retroperitoneales, lumbares o paranefríticos, los hacen participar en relación casi íntima con riñón, sin aclarar, si se encuentran por delante o por detrás de la fascia de Zuckerkandlt; es por ello que se hace muy difícil especificar la cantidad de tumores desarrollados en la atmósfera adiposa pararenal de Géota; de cualquier manera y a pesar de no haber podido establecer netamente en los trabajos consultados, las relaciones anatómicas del tumor con riñón, es dable reconocer que este tipo de tumores es de extremada rareza.

#### ANATOMIA PATOLOGICA

Teniendo en cuenta los tumores retroperitoneales consultados, el tamaño de los mismos puede ser considerable, llegando en uno de ellos a alcanzar 25 kilos de peso, el tumor extirpado por nosotros tiene el tamaño algún más grande que el de un huevo de avestruz y pesa 1 kilo 300 gramos.

La relación del riñón con el tumor, que es lo interesante, se hace por intermedio de la fascia de Zuckerkandlt, siempre que ésta no sea invadida por el tumor.

La consistencia, depende en gran parte de su constitución histológica, siendo en general elástica y variando de una zona a otra del tumor, teniendo una superficie multilobulada, de coloración grisácea y translúcida, la mayoría de ellos.

Los tumores sólidos retroperitoneales son de naturaleza conjuntiva, estando asociados en su casi totalidad el tejido fibroso y adiposo, encontrándose en orden de frecuencia la combinación de fibrolipomas, de fibrolipomixomas y de lipomiomas, no faltando en casos rarísimos tumores mixtos. En nuestro caso, se trata de un fibromixosarcoma, lo, que posiblemente nos esté indicando mayor frecuencia de los de naturaleza maligna, como en realidad se comprueba en la estadística de estos tumores.

#### SINTOMATOLOGIA

Por la situación en que se encuentran, no dan síntomas hasta que no adquieren cierto volumen, pudiendo decir con certeza, que ellos están en relación al mayor tamaño del mismo. Cuando es de poco volumen, no se les descubre sino en un examen radiológico o semiológico casual.

Con el aumento de tamaño, aparecen los síntomas lógicos de compresión nerviosa y desplazamiento de pared.

*Signos subjetivos:* Dolor no muy intenso en región lumbar irradiado o no: sensación de pesadez y abultamiento de base de tórax: región lumbar y flanco correspondiente, de acuerdo al tamaño del tumor.

*Signos objetivos:* Inspección. Cuando ha adquirido cierto volumen, puede ser observado, haciéndose manifiestamente notable en los muy considerables el abultamiento de la hemibase de tórax, región lumbar y flanco correspondiente.

En los medianos y grandes se observa red venosa colateral, y aunque menos frecuentemente, varicocele sintomático.

#### SIGNOS RADIOLOGICOS

*Palpación:* Poco o nada sensible, de superficie abollonada y de consistencia variada según la mayor o menor participación de tejido adiposo o fibroso en la constitución del tumor.

En los tumores medianos y grandes, el contacto lumbar y el pelteo es constante: y la movilidad en la inspiración y expiración forzada es poca o nula.

*Percusión:* Mate en la zona donde el intestino grueso no se interpone, siendo timpánica, sonoridad característica, por delante y debajo del tumor delatando en esta forma su asiento retroperitoneal.

*Radiografía simple:* Sombra más o menos nítida, más o menos grande, localizada en el cuadrante superior abdominal.

*Radiografía de colon:* El ascendente y ángulo hepático puede encontrarse rechazado hacia la línea media y abajo, el descendente y ángulo esplénico puede estarle formando marco o rechazado a la línea media.

*Pielografía descendente:* Posiblemente el examen más demostrativo cuando el nefropieloureterograma es nítido; señala la forma y tamaño de los mismos, lo cual nos indica que la tumoración no tiene con el riñón y sus cavidades otra relación más que la de simple vecindad, imprimiéndoles un cambio de posición hacia arriba y a la línea media, tanto mayor cuanto más grande sea el tumor.

*Uréteropielografía ascendente:* Muestra las cavidades de forma normal en contraste con el tamaño del tumor, índice de no tratarse de una neoplasia renal.

#### FUNCIONALISMO RENAL

Teniendo en cuenta que el tumor no ataca directamente al parenquima renal y que no existe entre ambos más relaciones que la de vecindad, el funcionalismo renal está conservado.

## OTROS SINTOMAS

Los fenómenos de compresión son raros, el intestino y el aparato urinario funcionan normalmente a pesar de haberse observado tumores muy grandes; el caso en estudio presenta una discreta red venosa colateral y varicocele del mismo lado.

El edema de los miembros inferiores y la ascitis se observó en un sólo caso.

## EVOLUCIÓN

Si son de naturaleza benigna, la evolución es lenta, insidiosa y progresiva, molestando más que poniendo en peligro la vida del enfermo, a no ser que adquiriera tamaño inusitado. En caso de malignidad, repercute en forma prematura sobre el estado general, que se altera progresivamente, con adelgazamiento, anorexia, astenia, terminando en la caquexia y muerte.

## DIAGNOSTICO

El examen semiclógico subjetivo y objetivo es en un todo incompleto para hacer el diagnóstico diferencial con el de los tumores renales o con los de la atmósfera perirenal, estos últimos estudiados como tumores paranefríticos en 1919 por Lecéne y Thevénot.

La sonoridad timpánica característica del colon pasando por delante o por abajo de la tumoración, nos puede demostrar el alojamiento lumbar y retroperitoneal de la misma.

En las disquisiciones diagnósticas, con el examen clínico, pueden entrar en orden de posibilidad, los tumores de riñón, los paranefríticos de Lecéne y Thévenot, de hígado, quistes de pancreas, mesenterio, ovario, etc. El no presentar hematuria, frecuente aunque no infaltable en los tumores renales, y el funcionalismo normal del riñón, nos aproxima al de un tumor extrarenal, pero como dije anteriormente y en honor a la verdad si no se practica el examen radiológico y en especial la nefropielouréterografía descendente o la uréteropielografía ascendente, el diagnóstico de tumor extra renal se hace imposible.

El nefropielouréterograma, se encuentra de forma, tamaño y contornos normales, estando en cambio modificado en su situación, llevado hacia arriba y hacia la línea media; y en su posición, el eje mayor del nefrograma se dirige de arriba abajo y de afuera adentro en contraposición a lo normal: En una radiografía de perfil el pielouréterograma puede encontrarse rechazado hacia delante de los cuerpos vertebrales; todo nos indica por consiguiente encontrarnos ante un tumor pararenal. Lo interesante, una vez llegado a este diagnóstico sería hacer la diferenciación entre un tumor alojado en el tejido adiposo perirrenal con el del alojado en la atmósfera pararenal de Gérota: aquí la tarea es más

difícil y a veces imposible: dijimos que este último no puede sino imprimir al nefropieloureterograma normal una desviación hacia arriba y a la línea media, característica, lógica de la situación del tumor en relación al riñón, siempre postero inferior, pudiendo no ser así en ciertos casos de tumor paranefrítico de la atmósfera perirrenal, que según donde se desarrolle, puede imprimir al riñón otras posiciones. El hacer el diagnóstico entre ambos tipos de tumores tiene importancia bajo el punto de vista quirúrgico: lógicamente el acto está facilitado en el caso de tumor de la atmósfera adiposa pararrenal de Gérota, sobre todo teniendo en cuenta que en los pararrenales o para-nefríticos de Lecéne y Thévenot las relaciones con el riñón frecuentemente son tan íntimas que disocian el pedículo renal, obligando al cirujano a efectuar la nefrectomía.

#### TRATAMIENTO

El tratamiento lógico es el quirúrgico, siendo de resultados más favorables cuando más precoz haya sido hecho.

La vía más natural para abordar este tipo de tumor es la lumboilíaca, resecaando si es necesario la 12ª costilla, a no ser en aquellos tumores grandes en que debe elegirse la vía paraperitoneal, con la incisión vertical axiloilíaca y un debridamiento paralelo al reborde costal, o la transperitoneal con incisión para mediana paralela al borde externo del músculo recto, preferible en los tumores enormes, donde el cirujano debe ser claramente las relaciones del tumor con los órganos que lo rodean.

Es aconsejable después de la extirpación tumoral, el tratamiento radioterápico de la región.

#### CASO CLINICO

*Fibromixosarcoma retroperitoneal localizada en la atmósfera adiposa pararrenal de Gérota.*

Enfermo: J. V. Internado en el Servicio de Urología del Hospital Pirovano. Cama 25

Nacionalidad: Argentino.

Edad: 38 años.

Estado: Soltero.

Profesión: Empleado.

Fecha de entrada: enero 10 de 1946.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Nada de particular.

*Enfermedad actual:* Hace unos meses comienza con molestias de poca intensidad en región lumbar derecha. Desde hace unos 15 o 20 días dolor de cierta intensidad que se irradia hacia el flanco del mismo lado; además nota sensación de peso y al observarse tiene abultado el costado derecho. Ha disminuído 4-5 kilos de peso; razones todas que lo deciden a consultarnos.

*Estado actual:* Micción: Nada de particular. Dificultad de la micción: no hay. Modificación del chorro: ninguna. Dolor. Localización. Dolor provocado: no acusa.

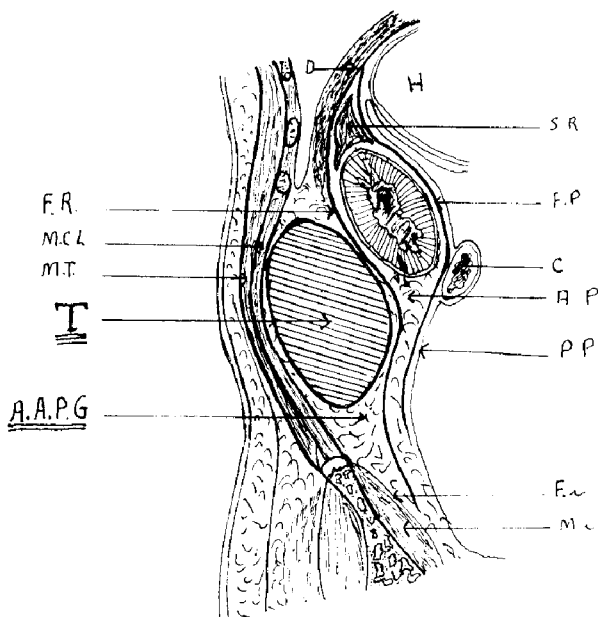
*Examen clínico general:*

Temperatura: normal.

Piel y mucosas: normales.

*Aparato digestivo y anexos:* Regular apetito. Buena dentadura. Lengua húmeda, poco saburral.

*Aparato circulatorio:* Pulso regular, tenso, igual. Tonos cardíacos normales.



Esquema 1

A. A. P. G.: Atmósfera adiposa pararenal de Gérota. T.: Tumor, fibro-mixo-sarcoma. R.: Riñón. M. T.: Músculo transverso. M. C. L.: Músculo cuadrado lumbar. F. R. Z. Fascia retrorenal de Zuckerkandlt. F. P.: Fascia retrorenal. D. Diafragma. H.: Hígado. S. R.: Glándula suprarrenal. C.: Colon. A. P. Atmósfera perirenal. P. P.: Peritoneo parietal posterior. F. i.: Fosa iliaca. M. i.: Músculo iliaco.

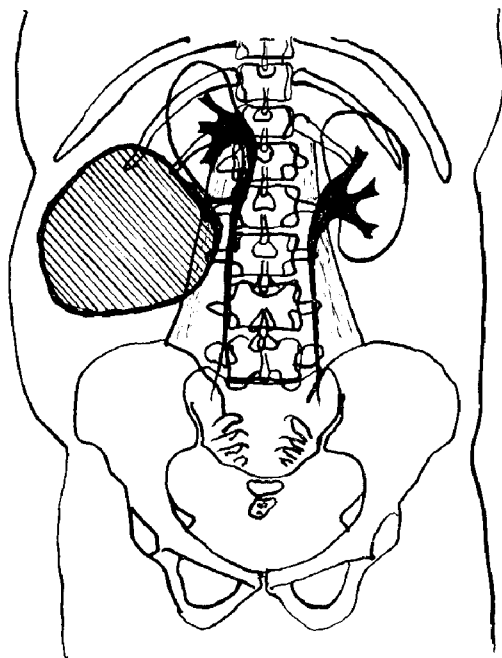
*Aparato respiratorio:* No hay ruidos sobreagregados.

*Sistema nervioso:* Nada de particular.

#### EXAMEN UROLOGICO

*Inspección de la esfera genitourinaria:* Región lumbar y flancos derecho abultado mostrando franca asimetría con el lado opuesto. Discreta red venosa colateral.

*Riñones:* En la región lumbar y flanco derecho se palpa una tumoración grande del tamaño de una cabeza de recién nacido de consistencia algo dura, de superficie abollonada, con franco contacto lumbar, por delante (flanco derecho); la tumoración llega hasta cerca del borde externo del músculo recto del abdomen. Hacia abajo, llega casi hasta dos traveses de dedo por encima de la cresta ilíaca. Por arriba se insinúa por debajo del reborde costal. Excursiona poco por los movimientos respiratorios. Peloteo renal de Guyón: positivo. Percusión de sonoridad timpánica, característica del colon, formando marco por debajo y dentro de la masa tumoral.



Esquema 2

Nefropieloureterogramas de forma y tamaño normales. Eliminación de substancia opaca a los 5 minutos. El riñón derecho ha cambiado de situación y posición debido al desarrollo tumoral T.

*Uretra:* Examen clínico: nada de particular. Examen instrumental: nada de particular. Explorador Nº 18.

*Vejiga:* Examen clínico: orinas limpidas. Examen instrumental: nada de particular.

*Cistoscopia:* Vejiga normal. Cuello, meatos ureterales y trigono: normal.

*Próstata:* Caracteres normales.

*Vesículas seminales:* No se palpan.

*Testículos, epidídimos y cordones:* Discreto varicocele derecho.

*Examen funcional global:* Depuración Ureica de Van Slyke: 53. 01%.

*Examen funcional de riñón por separado:* Indigo Carmin. R. D. 5' R. I. 6'

*Examen radiográfico: Radiografía simple* N° 20.766. En el cuadrante superior derecho se observa una tumoración que por arriba se pierde con la sombra hepática; por debajo llega hasta 3 traveses de dedo por encima de la cresta iliaca, rechazando hacia abajo el ángulo hepático y mitad derecha de colon relleno, de gases. Hacia la línea media se pierde con los cuerpos vertebrales.

*Urografía excretora:* Discreta eliminación de substancia opaca de ambos lados a los 10'



Figura 1  
Radiografía simple.

y 30'. El nefrograma derecho se observa de tamaño normal, rechazado hacia arriba y hacia la línea media. El polo inferior se encuentra por encima de la 2ª apófisis transversa y el riñón en cambio de dirigirse de arriba abajo y de adentro afuera, se dirige de arriba abajo y de afuera adentro. Esquema N° 2.

*Pielografía ascendente derecha:* La pelvis y cálices del lado derecho, de características normales en cuanto a forma y tamaño, estando modificada su situación, pues se encuentran a nivel del cuerpo vertebral de la duodécima vértebra dorsal y aplicada contra el mismo. En cuanto al ureterograma, es normal; por su forma y tamaño se encuentra rechazado en su tercio superior hacia la línea media siguiendo su desplazamiento al riñón.



*MARCHA DE LA ENFERMEDAD.*

El examen semiológico y radiológico nos indicaba que nos encontrábamos ante un enfermo con un proceso tumoral originado en riñón o en su vecindad y teniendo en cuenta la extraña rareza de los tumores pero o pararenales, fué llevado a la mesa de operaciones, más con propósitos exploratorios que con un diagnóstico definido; siempre con el espíritu de que se trataba de un tumor originado en retro-peritoneo.

Operado el 15 de enero de 1946. Anestesia raquídea. Cirujano: doctor Granara Costa. Ayudantes: doctores Molina y Gorodner.

Incisión lumboiliaca clásica de Israel. Se incinde piel y músculos, inmediatamente por



Figura 2  
Urografía a los 5 minutos.

debajo de los mismos, nos encontramos con una tumoración del tamaño de una cabeza de recién nacido, que rechaza el peritoneo hacia delante y que se pierde por debajo de la parrilla costal.

Introduciendo la mano entre la parrilla costal y tumor se encuentra una plano de clivaje que nos lleva a desprender con toda facilidad la masa tumoral, sorprendiéndonos el que no hubiese un pedículo definido. Queda en su lugar una loge de gran tamaño de superficie sangrante, haciendo la exploración de la misma constatamos que sus paredes se hallan constituidas (pared superoanterior) por la fascia de Zuckerkandlt; por arriba y atrás por diafragma y pared muscular lumbar particularmente aponeurosis del cuadrado lumbar en su sector inferior, peritoneo por delante al reclinarsse sobre fosa iliaca por detrás.

Se deja un taponaje de gasa, única forma de cohibir la hemorragia en napa, drenaje y cierre por planos.

*Indicaciones post-operativas:* Sueros fisiológico y glucosado: 500 y 500 c.c. Coramina cada 6 horas. Suero glucosado hipertónico 20 c.c.

18-1-46. Buen estado general; se retira el taponaje y drenaje.

28-1-46. Herida cerrada.

2-11-46. Alta curado.

*Examen anatomopatológico:* El examen microscópico revela tratarse de una formación

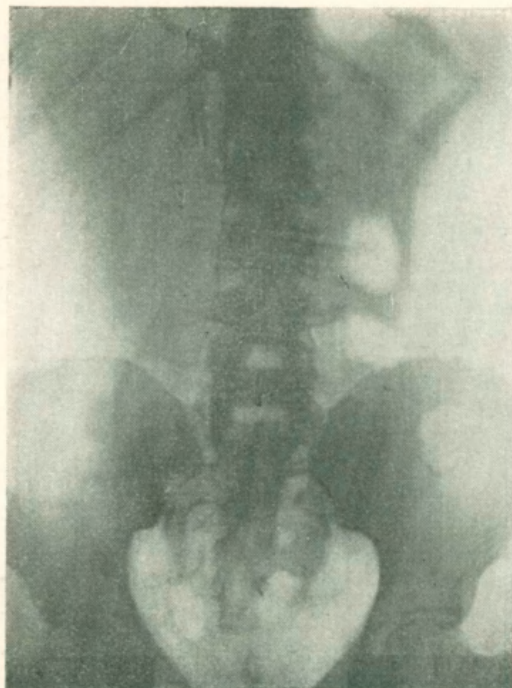


Figura 3  
Pielografía ascendente derecha.

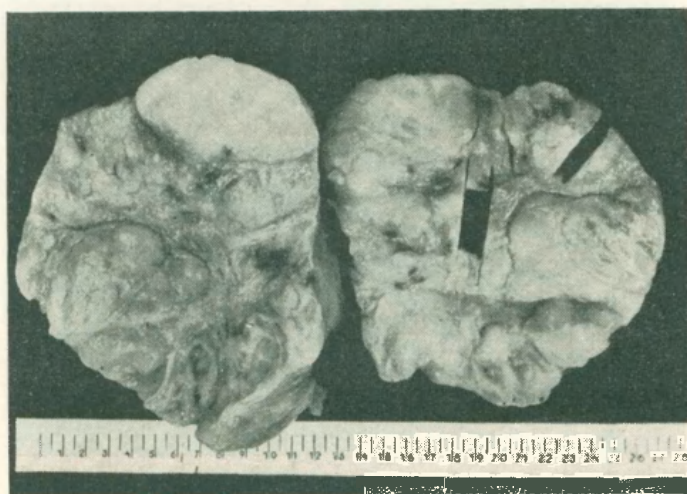
tumoral del tamaño aproximado de un huevo de avestruz de forma regularmente ovoidea y de coloración grisácea, con la parte superficial translúcida, dando la impresión cabal de que en su estructura interviene en gran proporción tejido mixomatoso.

El examen externo no permite establecer más que en ciertas partes, la existencia de una membrana envolvente, notándose por el contrario una superficie irregular, desgarrada que pone de manifiesto que el tumor se halla aunque flojamente adherido a los tejidos vecinos, habiendo determinado las maniobras quirúrgicas tendientes a su extracción, los desgarramientos aludidos, por ausencia de una verdadera membrana de envoltura del tumor. También es posible por el examen externo determinar la existencia de lobulaciones de tamaños diferentes e incompletamente delimitados entre sí.



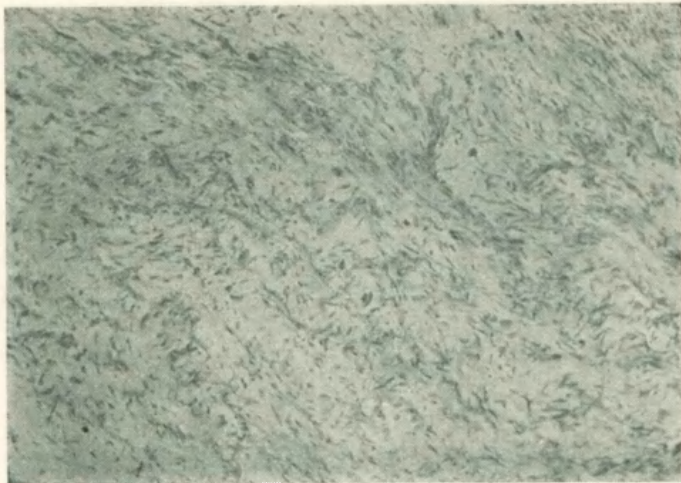
*FOTOGRAFIA 1*

Vista exterior de la masa tumoral.



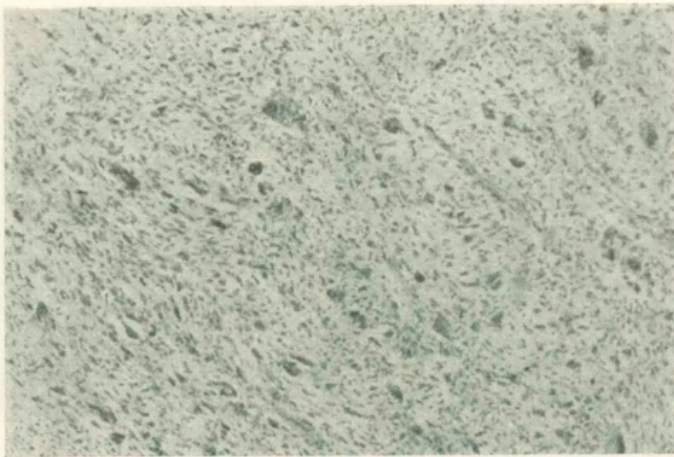
*FOTOGRAFIA 2*

Aspecto interior de la neoplasia. Las faltas de sustancia corresponden a los sitios en los cuales se efectuaron las tomas para el examen histopatológico.



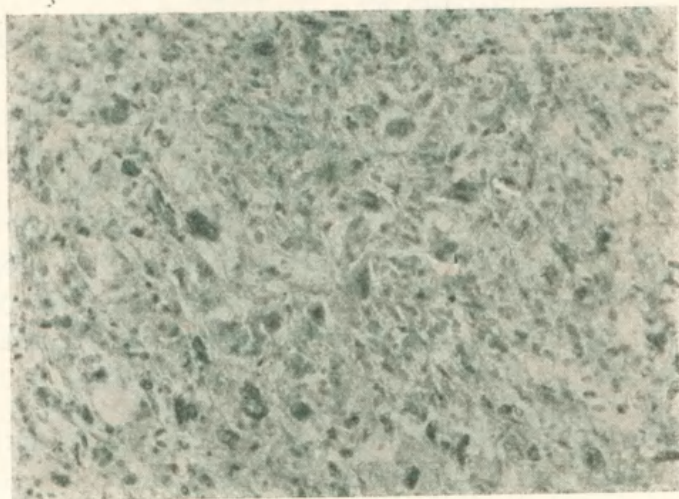
*MICROFOTOGRAFIA 1*

Zona de la neoplasia en la que predomina la estructura fibromixomatosa.



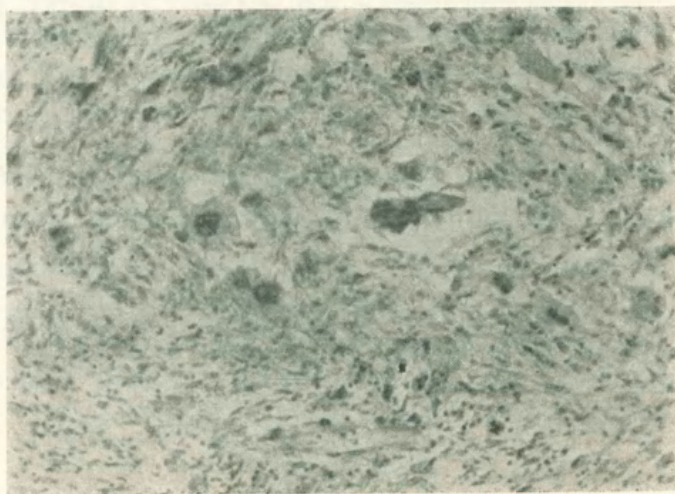
*MICROFOTOGRAFIA 2*

Vista con pequeño aumento, en la que se pueden apreciar numerosas células con caracteres monstruosos, en medio de una estructura general fibromatosa joven.



*MICROFOTOGRAFIA 3*

Vista con mayor aumento, en la que se ve la estructura mixosarcomatosa del tumor, con verdaderas monstruosidades celulares.



*MICROFOTOGRAFIA 4*

Otra vista microscópica en la que se pueden ver elementos celulares neoplásicos sarcomatosos, verdaderamente monstruosos.

La consistencia de la neoplasia es firme y muy elástica revelando además la palpación que se trata de un tejido resbaladizo. lo que ratifica la primera impresión sobre la naturaleza predominante mixomatosa de la estructura del tumor. Fotografía N° 1.

El examen de la superficie de sección revela en un todo caracteres. semejantes a los observados en el examen externo. Fotografía N° 2.

Del conjunto de los caracteres macroscópicos se recoge la impresión de tratarse de un fibromixoma: sin embargo la mencionada falta de cápsula envolvente que se comprueba en ciertas partes del tumor, despierta la sospecha del carácter maligno del mismo.

*Examen histopatológico:* del tumor pararenal, revela tratarse de un fibromixosarcoma. Microfotografías Nros. 1. 2. 3 y 4.

#### COMENTARIOS

1° — Se trata de un tumor, fibromixto sarcoma de la atmósfera adiposa pararenal de Gérota.

2° — Presenta características clínicas, semiológicas, semejantes a las de un tumor renal o a las de un tumor paranefrítico de Lecéne y Thevénot.

3° — El único examen capaz de hacer el diagnóstico diferencial es el radiográfico y en especial la urografía.

4° — La característica, es que el nefropielouréterograma es de forma y tamaño normal, solo puede estar modificado en su situación, llevado, hacia arriba y a la línea media, debiéndose a que el tumor es siempre posterior, inferior y externo en relación al riñón y por otra parte a que no tiene con él más que las relaciones de vecindad, interponiéndose entre ambos la fascia de Zuckerkandlt y el tejido adiposo perirrenal.

5° — El diagnóstico diferencial entre el de un tumor paranefrítico de la atmósfera perirrenal y el de la atmósfera pararenal de Gérota, es muy difícil, sino imposible de realizar.

6° — El tratamiento lógico es el quirúrgico, lo más prematuro posible, seguido de tratamiento radioterápico, en el caso de ser maligno.

#### BIBLIOGRAFIA

- Althabe y Di Paola.* — Archivo de los Hospitales de Beneficencia de Buenos Aires. Año 1919.  
*Avoni A.* — Archivo Italiano de Cirugía. Tomo VII. pág. 360. Año 1925.  
*Bengolea.* — "Revista de la Asociación Médica Argentina" Año 1926.  
*Oleaga y Alarcón.* — Revista de Cirugía de Buenos Aires. Año 1930.

- Velazco Suárez.* — Revista de Cirugía de Buenos Aires. Año 1929.
- Parzenczewsky.* — (Luzer) Tesis de la Université de Montpellier. Año 1919. Nº 5.
- Hartman y Lócene.* — Trav. de chir. anat. clín. 1905.
- Pedro Minuzzo y C. Torresi.* — Revista Arg. de Urología. Año 1940. Nº 7 y 8. Pág. 285.
- R. Disulafé et Salvy.* — Journal d'Urology. T. 47. Año. 1939. Pág. 259.
- Prof. Steiner.* — Journal D'Urology. Tomo 44. Año 1937. Pág. 345.
- Gutiérrez Alberto.* — "Revista de la Asociación Médica Argentina" Año 1932.
- Gutiérrez Alberto.* — "Boletines y trabajos de la Sociedad de Cirugía de Bs. A., Año 1930.
- Guaceto A.* — "Norgagni" Archivo. Tomo LXI. Año 1919.
- Lemos I.* — La Pres Médicale. Pág. 502. Año 1921.
- arbono y Houssay.* — Revista de la Sociedad Médica Argentina. Año 1913.
- Choussat.* — Thése Motpellier. Año 1898.
- R. Mich:l-Béchet.* — Journal d'Urology. Tomo 35. Año 1933. Pág. 368.

## DISCUSION

Dr. Trabucco. — *Desearía conocer la fórmula leucocitaria y el recuento de glóbulos de ese enfermo.*

*Hace pocos días, hemos tenido en nuestra Sala, un caso idéntico al descrito por el doctor Granara Costa, que hemos operado con error de diagnóstico. Se trataba de un joven de 20 años que al bajar de una escalera, pierde pie, sufre un traumatismo; tiene en consecuencia, hematurias profusas, observando hinchazón de la región lumbar. Al cabo de un mes, cesó la hematuria y comenzó a tener una fiebre persistente de 39 y 40°.*

*Al examen físico se constató un bultoma muy doloroso; se punzó comprobándose que era ciego, no daba absolutamente nada.*

*Se operó con el diagnóstico de tumor perirrenal pero a coágulos, suponiendo que se trataba de una fracción de riñón que ha tenido hematurias y que ha hecho su formación de coágulos perirrenales, tumor que en un momento determinado ha supurado o tiende a resolverse pero con supuración, ocasionando fiebre después de un mes del traumatismo.*

*Hecho los análisis de sangre, constatamos 20.000 glóbulos blancos y una leucocitosis marcada. Operamos y hallamos un tumor exactamente igual al descrito por el doctor Granara Costa en esta comunicación, con la diferencia de que la relación que existía con el riñón era un poco más distante.*

Dr. Granara Costa. — *Lamento tener que informarle al doctor Trabucco que en ese caso no se hizo recuento globular, porque no existían los antecedentes de traumatismo que existían en el caso que nos ha relatado.*

Dr. Trabucco. — *En nuestro caso, no nos explicábamos la elevación de la*

*fórmula leucocitaria. Macroscópicamente, es un tumor embrionario. Da la impresión de ser un tumor a tres capas: una cavernaria; otra, hialina de tipo gelatinoso y una tercera, central de tipo grasoso. Todavía no poseo las imágenes histológicas.*

Dr. Granara Costa. — *Nosotros no hicimos dicho examen porque el estado general del enfermo era muy bueno.*