

Leiomioma renal con invasión intraperitoneal a través del mesocolon * **

Dr. RAUL PRADERI *** y Br. J. PARDIE ****

Pasamos a referir la historia de un tumor renal que sin infiltrar ni desplazar el mesocolon izquierdo, progresó a través de un orificio avascular del mismo, formando otro tumor intraperitoneal unido al primero por un cuello en forma de reloj de arena.

CASO CLINICO

M. G. de L., sexo femenino. Paciente de 41 años portadora de una neurofibromatosis múltiple que desde hace varios meses nota una tumoración de flanco izquierdo, que fue aumentando progresivamente de tamaño, indolora y móvil en sentido vertical. Hace 1 mes la tumoración aumentó rápidamente de tamaño, lo que motivó su consulta. Ha tenido episodios de distensión abdominal con ruidos hidrogaseosos. No tuvo fiebre ni trastornos urinarios.

Examen. Moderado toque del estado general. Bien hidratada. Discreta palidez. Diseminadas en cara, tronco y miembros manchas color café con leche acompañadas de tumoraciones cutáneas de diverso tamaño (neurofibromatosis de Recklinghausen). *Abdomen:* a la inspección, gruesa deformación hemiesférica a nivel del flanco, fosa ilíaca izquierda e hipogastrio, que no se moviliza con la respiración y que disminuye su relieve con la contracción muscular. A la palpación, es una tumoración ovoidea a gran eje oblicuo abajo y adentro y adelante de 30 cm. de diámetro, bien limitada, que ocupa flanco izquierdo, F.I.I. e H.I. con contacto lumbar externo. Lisa, indolora, de consistencia blanda, mate a la percusión. Se percute y palpa bazo que es independiente de la tumoración. No se palpa hígado. Traube conservado. En el tacto genital se hace contacto mediato con la tumoración que se desplaza hacia arriba.

Exámenes complementarios. Hemograma: G.R. 3.200.000; G.B. 8.200 (10 % de eosinófilos). Orina: albúmina, 0,10 gr. En el sedimento gran cantidad de bacterias y leucocitos.

En la urografía de excreción se aprecia un desplazamiento de las cavidades pelvicas iz-

quierdas hacia arriba, con ausencia de los cálices inferiores. No se visualiza el uréter y existe una deformación vesical por falta de relleno del extremo izquierdo.

La radiografía simple de abdomen mostró el desplazamiento del intestino delgado hacia la derecha.

Con diagnóstico de tumor retroperitoneal izquierdo con desplazamiento anterior de los mesos, se decide operar, sin poder definir si es renal o perirrenal.

Operación (19-XII-65). Anestesia general. Dr. Raúl Praderi, Pte. Pardié, Pte. externo. Incisión transversa de flanco izquierdo, prolongada a la línea media. Abierto el peritoneo se encuentra una gruesa tumoración recubierta por el epiplón mayor que está congestivo. El tumor adhiere a asas delgadas, sigmoides y al peritoneo parietal anterior en hipogastrio.

En el resto del abdomen hay nódulos rosados en el mesenterio y peritoneo parietal. Hígado sano. Bazo aumentado de tamaño. Utero de

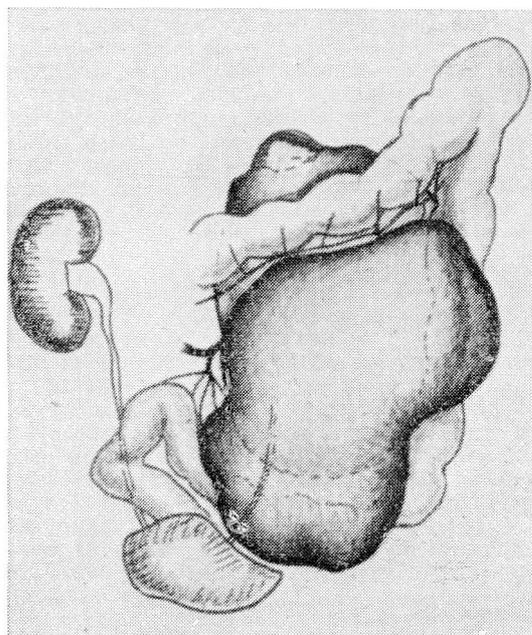


FIG. 1.—El tumor "in situ".

* Trabajo del Servicio de Cirugía del Prof. Julio Nin y Silva, Hospital Pasteur.

** Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 30 de octubre de 1968.

*** Docente Adscripto de Cirugía. Mones Roses 6435, Montevideo.

**** Practicante Interno

tamaño normal. Quistes de ovario bilaterales. Se libera el tumor del recubrimiento de epiplón mayor. Sangrado abundante. la masa es friable y muy vascularizada. Se despega de las asas delgadas y del sigmoides. Al separarlo de la pared anterior se rompe una pequeña cavidad quística con contenido achocolatado. El colon descendente está rechazado hacia atrás y afuera porque el tumor ha pasado desde el retroperitoneo a través de una brecha en el mesocolon descendente. Es decir que se dispone en forma de reloj de arena, con un cuello a través del área avascular, determinada por la arteria cólica superior izquierda y el tronco de las sigmoideas.

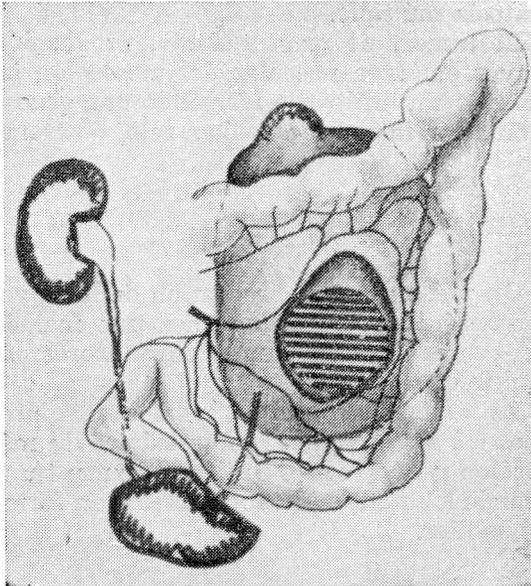


FIG. 2.—Después de extraer la porción intraperitoneal del tumor.

Se decola la fascia de Toldt del colon descendente y se entra al retroperitoneo, donde se enuclea una gruesa tumoración envuelta en la grasa perirrenal, y en la que se distingue en su parte superior un polo renal. Desde la línea media le llegan los vasos renales que se ligan y seccionan. En la parte inferior de la tumoración se liga y secciona el uréter y el pedículo lumboovárico. Se extraen por separado ambos trozos del tumor que se han dividido en su porción estrecha. Se drena la fosa lumbar por contraabertura, se aplica atrás el colon descendente y se cierra la brecha del peritoneo parietal a nivel de la fosa lumbar. Cierre de la pared por planos.

Anatomía patológica. El estudio de la pieza, realizado por el Dr. Cassinelli, mostró al examen macroscópico:

a) Tumoración renal ampliamente seccionada, de superficie ahora muy deformada; pesa 1 kilo 50 gramos; en un sitio se identifica un polo renal con dilatación calicial, pero en el

resto sólo la superficie algo tuberosa del tumor, sugiere que incluye restos laminados del parénquima renal; el tumor es sólido, blando, con extensas porciones necrosadas y desintegradas; es de color blanquecino amarillento. Ahora es imposible identificar el hilio renal y sus elementos.

b) Son 400 gramos de trozos irregulares del tumor, correspondientes a la porción de crecimiento intraabdominal, y los caracteres macroscópicos son similares a los del tumor originario renal.

c) Nódulo de 1 cm. extraído del pedículo renal.

d) Pequeño trozo desgarrado, identificado como ganglio mesentérico.

e) Fragmento de piel, de 2 cm. con tejido adiposo subcutáneo.

En el estudio histológico: los fragmentos del tumor renal tienen la estructura de un sarcoma de células fusiformes, con caracteres citológicos (forma, acidofilia citoplasmática, forma de núcleo) correspondientes a los de un miosarcoma (leiomyosarcoma), pero es difícil reconocer estriación miofibrilar, incluso con el recurso de técnicas apropiadas. Hay zonas de pobre diferenciación celular, y otras de un notable atipismo y polimorfismo citológico, con inusitada cantidad de elementos gigantocelulares, polinucleados, algunos sugestivos de traducir manifestaciones regresivas, degenerativas de las células neoplásicas, pero otras parecen células polimorfas "viables".

Se ve la zona de contacto del neoplasma con restos de parénquima renal representada por una línea de inmediata contigüidad entre ambos tejidos, sin reacción fibrosa separando ambas extensiones, pero tampoco hay una imagen de infiltración clara del tejido sarcomatoso hacia el parénquima visceral. Muchas porciones del tejido sarcomatoso tienen una singular infiltración leucocitaria linfoide intestinal, originando una apariencia granulomatosa.

El ganglio hiliar, no tiene metástasis.

El "nódulo de mesenterio", es una porción del leiomyosarcoma infiltrando el tejido adiposo mesentérico, y no tiene caracteres vestigiales de tejido linfoide ganglionar.

El fragmento de piel contiene un pequeño fibroma dérmico, joven, celular, relativamente circunscripto, pero no encapsulado.

Evoluciona bien sin incidentes. Se retira el drenaje al 4º día y se da de alta a los 12 días de operada en buenas condiciones.

Tres meses después, es vista en policlínica, se comprueba la aparición de una tumoración epigástrica. Se hace radioterapia en el Servicio del Dr. Leborgne.

Seis meses después de operada reingresa a Sala, con un cuadro oclusivo y con gran deshidratación y colapso. Se hace reposición hidroelectrolítica, antibióticos y se opera al día siguiente.

Reintervención (22-V-68). Mediana infraumbilical prolongada después hacia arriba. Abierto el peritoneo se encuentra un conglomerado de asas delgadas adheridas entre sí y a la pared, rodeadas de un tejido lardáceo similar al tumor primitivo. Se liberan las asas de la pared, y en la región supramesocólica se encuentra pus fétido en gran cantidad que se drena. Hígado

y gastroduodeno normales. En el flanco derecho se encuentra otra logia llena de pus y rodeada por tejido tumoral, donde hay una asa ileal perforada con un orificio de 2 cm. de diámetro en medio de una zona totalmente infiltrada por el tumor. Se coloca un tubo en la perforación enteriolizándolo por contraabertura. Parece tratarse de un asa distal. Se sigue explorando y se comprueba una diseminación tumoral difusa de todo el abdomen inferior que engloba la totalidad del delgado. En algunas asas hay fragmentos necróticos de tumor, que sangran difusamente. No pudiendo hacerse hemostasis se coloca una mecha de gasa que se saca por la comisura inferior de la herida. Cierre de la pared en un plano, con puntos totales. En el postoperatorio, la ileostomía funciona y permite una sobrevida de 15 días en precarias condiciones.

La anatomía patológica de los nódulos intraperitoneales mostró que histológicamente se reproduce la estructura de las zonas más picas del leiomiocarcinoma originario, con abundantes células neoplásicas gigantes, multinucleadas del leiomiocarcinoma originario, con abundantes células neoplásicas gigantes, multinucleadas, con numerosas monstruosidades nucleares. Periféricamente había una delgada banda de necrosis con exudación purulenta.

COMENTARIOS

Las características de las piezas permitieron afirmar que se trataba de un leiomiocarcinoma renal originado probablemente en la cápsula o en el tejido muscular de las vías excretorias o de los vasos.

Los tumores renales, cualquiera sea su origen, se mantiene encapsulados y desplazan el peritoneo parietal y las vísceras hacia adelante. A veces pueden infiltrar el colon, duodenopáncreas o dar manifestaciones peritoneales, hemorragia, abscedación, fistulización (2). No es ello habitual. Pero lo curioso es que sin invadir el colon ni el mesocolon, este tumor haya progresado a través de un área avascular del mesocolon descendente invadiendo la cavidad peritoneal y comportándose en su sector anterior como un tumor intraperitoneal, desplazando incluso el colon izquierdo hacia atrás. Tal vez la explicación se encuentre en la existencia de un foramen congénito del mesocolon como hemos visto provocando hernias internas (1).

El tumor habría progresado por un orificio de ese tipo y esa sería explicación de que no haya infiltrado el colon y su meso.

De todas maneras, como se ve en la historia, el tumor era de una gran malignidad y recidivó en la cavidad peritoneal. El tra-

tamiento quirúrgico y actínico fueron inoperantes o de muy poca efectividad. Según Lowsley (3) estos tumores llevan casi invariablemente a la muerte. Aunque no estamos acostumbrados a manejar la bibliografía urológica, no hemos encontrado referencias de casos similares.

RESUMEN

Se presenta una observación de leiomiocarcinoma de riñón izquierdo en una paciente de 41 años portadora de una neurofibromatosis múltiple.

El tumor, de gran tamaño, progresó a través del área vascular del mesocolon izquierdo sin infiltrarlo formando una gruesa lobulación intraperitoneal en reloj de arena.

RÉSUMÉ

On présente une observation de leiomyosarcome du rein gauche chez une malade de 41 ans atteinte d'une neurofibromatose multiple.

La tumeur de grande dimension a progressé à travers la zone avasculaire du mésocolon gauche sans l'infiltrer, formant une grande lobulation intraperitonéale en forme de sablier.

SUMMARY

The paper presents the results of the observation of a leiomyosarcoma of the left kidney in a 41-year-old patient with multiple neurofibromatosis.

The tumor, of very large size, grew through the avascular area of the left mesocolon without infiltrating it, forming a thick intraperitoneal lobulation shaped like an hourglass.

BIBLIOGRAFIA

1. PRADERI, R. Oclusión neoplásica de colon y estrangulación en orificio congénito mesentérico. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 32: 540, 1961.
2. CAMPBELL, M. *Urology*. Saunders, Philadelphia, 1954.
3. LOWSLEY, O. and KIRWIN, T. *Clinical urology*. Williams & Wilkins, Baltimore, 1956.