

CORRELATO.

TUMORES RETROPERITONEALES EN EL NIÑO

Dr. FOLCO ROSA

Es éste un tema cuya importancia surge del hecho que un mejor conocimiento de él nos permitirá realizar diagnósticos más precoces y precisos, con directrices terapéuticas cada vez más adecuadas y, como consecuencia, un mayor número de sobrevividas serán logradas en casos hasta ahora irreparables.

La experiencia nacional, y más aún la nuestra, es escasa. Por consiguiente nuestra contribución se limitará a una breve síntesis sobre los tumores retroperitoneales (T. R.) en el niño.

FRECUENCIA

Según la edad.— Pettinari, en 1955 (casuística entre 1950 y 1955), sobre 572 casos de la bibliografía, encuentra las siguientes cifras relativas a los niños:

30 poco después del nacimiento (5,2 %).

63 en los diez primeros años (11,9 %).

9 en el segundo decenio (1,5 %).

Según el sexo.— En general, predomina el sexo masculino en todos los tipos, con excepción de los teratomas, que son más frecuentes en las niñas.

Según el tipo de tumor.— Predominan los tumores malignos primitivos de las células nerviosas de los ganglios simpáticos y en menor proporción los teratomas. Se han descrito, además, linfangiomas, lipomas, mixomas, etc.

SINTOMAS

Pese a la gran variedad de tipos y la complejidad histológica, estos tumores tienen en común muchos síntomas derivados de:

- 1º) La particular constitución anatómica del retroperitoneo.
- 2º) Fenómenos mecánicos de compresión y desplazamiento de los órganos vecinos.

En los niños, especialmente lactantes, el síntoma primordial es el tumor, frecuentemente descubierto por el médico en un examen de rutina. Esto demuestra la enorme importancia que tiene para el futuro del enfermo la palpación cuidadosa del abdomen, puesto que si bien frecuentemente la tumoración es evidente, otras veces sólo se encuentra buscándola minuciosamente.

Esta tumoración tiene los mismos caracteres que los ya descritos en el adulto, con la salvedad que en los lactantes invade rápidamente las zonas anteriores porque su tamaño desborda su lugar de origen, como consecuencia del tamaño exiguo de la fosa lumbar a esa edad.

En general indoloras; son dolorosas a la palpación en algunas ocasiones, especialmente cuando son voluminosas.

Otras veces la enfermedad se inicia con una sintomatología general: anorexia, astenia, adelgazamiento, anemia; o bien con síntomas funcionales digestivos: estado nauseoso, vómitos o diarreas y se descubre la tumoración en el curso del examen, por el estudio radiológico o bien en la laparotomía exploradora, como sucedió en un caso nuestro.

DIAGNOSTICO

Por la sintomatología expuesta más arriba sólo puede hacerse un diagnóstico de "probabilidad", el que será confirmado por los exámenes complementarios y certificado, por el examen anatomopatológico.

Exámenes complementarios.—*Radiología:* Simple de abdomen; mostrará una masa más o menos opaca con calcificaciones en algunos casos (neuroblastoma), dientes, huesos (teratomas). Algunas veces se verán desplazamientos del colon.

Urografía de excreción: Visualizará el desplazamiento y las deformaciones pieloureterales y la funcionalidad renal, pero no debe olvidarse que un tumor renal polar puede respetar las cavidades y que un tumor extrarrenal puede comprimir el uréter dando como resultado un bloqueo o retardo de la excreción que podría imputársele al riñón. Por lo tanto no debe darse un valor absoluto al resultado de la urografía de excreción. Cuando hubiera dudas sobre ella estará indicada la urografía ascendente.

Neumorretroperitoneo: De gran valor en las tumoraciones medianas o chicas, pero en las voluminosas las adherencias peritoneales pueden falsear los resultados.

Aortografía: Nos puede suministrar una serie de detalles sobre la densidad vascular, más marcada en los tumores malignos que en los benignos, la situación de los pedículos renal y principal del tumor, de los vasos ilíacos e hipogástricos, los desplazamientos vasculares preaórticos, sus relaciones con el tumor, etc. Detalles que tienen especial interés para la intervención quirúrgica. Pero en los niños no deben prodigarse, porque implican efectuar una anestesia general y la técnica ofrece mayores dificultades que en los adultos.

Cavografía: No ha tenido aún suficientes aplicación en el diagnóstico de los T. R.; la experiencia, pues, es limitada.

Radiografía de esqueleto (cráneo y huesos largos) y tórax: Nos mostrarán la existencia de metástasis cuando ellas existan. En suma: frente a la sospecha de un T. R. en el niño el estudio radiológico se orientará de la siguiente manera:

- 1) Radiografía simple.
- 2) Urografía de excreción.
- 3) Si hubiera dudas sobre la ubicación retro o intraperitoneal de la tumoración: estudio contrastado, gastro-duodenal o cólico.
- 4) Si topográficamente se ubica en el sector retroperitoneal y existen dudas sobre su localización, el neumorretroperitoneo es de gran utilidad.

La urografía ascendente se realizará cuando existan dudas sobre la naturaleza de la tumoración. La aortografía, con las reservas que hemos expuesto, puede ser un complemento valioso cuando el diagnóstico presenta dificultades.

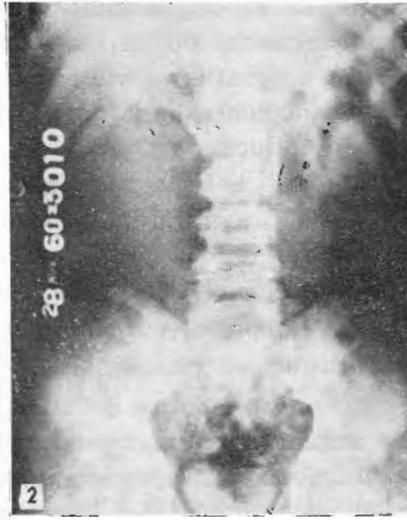
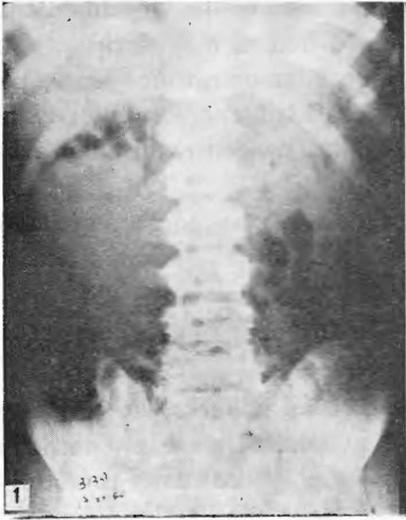
El interés del ajuste en el procedimiento o táctica a seguir en el estudio radiológico estriba en usar el mínimo de procedimientos que aseguren el diagnóstico, con el máximo ahorro de tiempo y manipulación del enfermo y por consiguiente de la tumoración.

Otros exámenes: Hemograma, mielograma.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Nefroblastoma (tumor de Wilms).—Según Gross son los tumores abdominales más frecuentes en el niño. Para Campbell cada 1.500 ingresos a la clínica infantil uno corresponde a un tumor de Wilms. Tienen los siguientes caracteres:

- 1) De mayor frecuencia en los cuatro primeros años de vida (Aberhouse), con un promedio de tres años y dos meses.
- 2) Superficie regular o suavemente lobulada.
- 3) Cruza raramente la línea media y cuando lo hace es a nivel de la zona media del abdomen.
- 4) Conservan en general por largo tiempo su movilidad.
- 5) Aparecen metástasis pulmonares mucho antes que en otros órganos o en el esqueleto.
- 6) Radiología simple de abdomen: opacidad del hemivientre correspondiente con desplazamiento intestinal hacia adentro. Puede haber calcificaciones dentro de la masa tumoral; esto es más evidente en las radiografías de contraste por enema baritado observándose en la primera etapa un desplazamiento del colon derecho e izquierdo hacia adentro; cuando son muy voluminosos desplazan también hacia adentro, el ángulo cólico correspondiente. La urografía de excreción muestra frecuentemente un pielograma excluido; cuando es visible al principio puede ser normal, pero más adelante se observan la pelvis y los cálices estrechados y alargados como sucede en otros tipos de tumores expansivos que distorsionan las vías excretoras. El neumorretroperitoneo puede delimitarlo con precisión.



Hidatidosis retroperitoneal

Fig. 1.—Opacidad del flanco derecho. Halo calcificado.

Fig. 2.—Urografía de excreción. Desplazamiento uréterorrenal.

Fig. 3.—Urografía, dos meses después de operado.

Hidronefrosis.—Relativamente frecuente en los niños, especialmente lactantes, está condicionada a un defecto congénito del árbol canalicular. Frecuentemente acompañada de fiebre, piuria, dolor y síntomas gastrointestinales.

La tensión del líquido, que la hace perceptible como de consistencia sólida, el tamaño considerable de la tumoración, a

lo que se agrega muchas veces la ausencia de sintomatología funcional hacen en ciertas ocasiones difícil el diagnóstico.

La urografía de excreción puede no mostrar imágenes, por la disminución o anulación de la capacidad excretora del riñón o por la dilución grande de la sustancia de contraste en el contenido de la bolsa hidronefrótica.

Si la urografía muestra imágenes, éstas serán cavidades distendidas. La urografía ascendente mostrará las modificaciones cavitarias en toda su magnitud.

Carcinoma primitivo renal.— No lo planteamos por su extraña rareza en el niño.

El quiste hidático del riñón y el riñón poliúístico.— Presentan los mismos caracteres que en el adulto, así como también la hidatidosis retroperitoneal de la que presentamos el estudio radiológico simple (donde se ve un halo calcificado) y la urografía de excreción pre y postoperatoria de un caso nuestro (figs. 1, 2 y 3).

TRATAMIENTO

En los tumores malignos:

- 1) *Agentes físicos:* radioterapia, cobaltoterapia, fósforo radioactivo. (Serán desarrollados por el doctor Raúl Leborgne.)
- 2) *Tratamiento quirúrgico.*

Previamente a la intervención en los lactantes, es conveniente tener cateterizada una vena (de preferencia la safena interna) con un tubo de polietileno a fin de poder mantener la volemia sin inconvenientes. La cantidad de sangre transfundida variará en relación con el peso del niño y la cantidad de sangre perdida.

Anestesia: general; intubación traqueal cualquiera sea la edad del enfermo.

Incisión: en los niños la vía de abordaje transperitoneal es la más utilizada.

Según los diversos autores la incisión podrá ser vertical o transversa; esta última es más ventajosa porque:

- 1º) Cuando el tumor se extiende más allá de la línea media puede prolongarse sin inconveniente hacia el lado opuesto.
- 2º) Principalmente en los lactantes las incisiones transversas amplias deben tener preferencia, por su casi nula tendencia a la evisceración o a la eventración, frecuentes en las incisiones verticales.

Visualizado el tumor la táctica a seguir dependerá del tamaño y la vinculación con órganos y estructuras vecinas.

Cuando está afuera de las posibilidades quirúrgicas debemos realizar una biopsia.

Si por el contrario la exéresis es posible, debe hacerse con criterio oncológico en su más amplia extensión: exéresis del tumor, de la atmósfera que lo rodea y de los ganglios satélites.

Se dejará drenaje retroperitoneal en el lugar de elección.

En los tumores benignos la exéresis es la conducta a seguir.

Postoperatorio:

- 1º) Intubación gastrointestinal como prevención del íleo paralítico que puede seguir a estas intervenciones.
- 2º) Mantenimiento del equilibrio hidrosalino.
- 3º) Antibioterapia.

PRONOSTICO

Nos referiremos únicamente al de los tumores malignos.

La mortalidad por cáncer en los niños menores de quince años ha aumentado en los últimos diez años (en Estados Unidos en un 50 %).

Un alto porcentaje corresponde a los tumores retroperitoneales. Pero no debemos olvidar que las causas de muerte, por enfermedades no neoplásicas, han disminuido y que por otra parte los métodos de diagnóstico han mejorado considerablemente, lo cual explicaría ese aumento en la última década. Hay una cierta tendencia a pensar que el cáncer del niño es invariablemente de curso fatal y se dan al respecto los argumentos siguientes:

- 1º) La edad, que condiciona un pronóstico tanto más sombrío cuanto menor sea el enfermo.
- 2º) La anatomía patológica, mostrando tumores que histológicamente configuren aspectos de la más alta malignidad, que dan rápidamente metástasis, frecuentemente radiosensibles, pero no radiocurables.

Estas razones no son, sin embargo, de un valor absoluto:

- 1º) Las mejores estadísticas de sobrevividas corresponden muy a menudo a pacientes tratados en temprana edad.
- 2º) El aspecto histológico catalogado frecuentemente como de "la más alta malignidad" es evidente que en muchos casos no condiciona una evolución desfavorable.
- 3º) Las metástasis muchas veces tienen su origen en el diagnóstico tardío o en la complicación innecesaria en la elaboración del plan de tratamiento.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1º) Alrededor del 17 % es la proporción de los T. R. en los niños con relación a los adultos (según la casuística de Pettinari).

2º) Los más frecuentes son los tumores malignos primitivos de las células nerviosas de los ganglios simpáticos, los que ocupan el segundo lugar, detrás de los tumores de Wilms, entre las tumoraciones abdominales del niño.

3º) El síntoma primordial es el tumor, pese que algunas veces pueden presentarse con una sintomatología general o bien con síntomas funcionales digestivos.

4º) El diagnóstico será sospechado por la clínica, confirmado por los exámenes complementarios y certificado por la anatomía patológica.

5º) Los exámenes radiológicos fundamentales son: radiografía simple de abdomen, urografía de excreción, los estudios contrastados y el neumorretroperitoneo.

6º) El diagnóstico diferencial más importante es con el tumor de Wilms y en segundo término con la hidronefrosis.

7º) El tratamiento de elección es el quirúrgico, siempre que él sea posible.

8º) Por último, volvemos a repetir, que un mejor conocimiento de estos tumores permitirá realizar más rápidamente el diagnóstico, lo que permitirá actuar sobre ellos precozmente y como resultado aumentarán las sobrevividas de más de cinco años y, poniéndonos en un plano más ambicioso, las curaciones.

Tratamiento de las peritonitis agudas.

Dr. Julio Piñeyrúa Saavedra.

Peritonitis biliares.

Dr. Marcelino Pino.