

# Fibrosis maligna retroperitoneal Oclusión rectal, duodenal y ureteral

Dres. Gustavo Rodríguez<sup>1</sup>, Héctor Navarrete<sup>2</sup>,  
Gerardo Bruno<sup>3</sup>, Gustavo Malfatto<sup>4</sup>, Raúl Praderi<sup>5</sup>

## Resumen

Los autores relatan dos observaciones clínicas de fibrosis retroperitoneal maligna secundaria, una de ellas a un cáncer mamario y otra a un cáncer de páncreas. Ambos casos presentaron oclusión duodenal, ureteral y rectal. Fueron tratados con gastroenterostomía, colostomía, ureterostomía y pielostomía. En uno de ellos se consiguió una sobrevida de seis meses.

**Palabras clave:** Fibrosis maligna retroperitoneal—diagnóstico.

## Summary

The authors present two clinical observations of retroperitoneal malignant fibrosis; one of them was secondary to breast cancer and the other to cancer of the pancreas. Both cases presented rectal, duodenal and ureteral occlusion. They were treated by means of gastroenterostomy, colostomy, ureterostomy and pyelostomy. A survival of six months was obtained in one of the cases.

## Introducción

Relataremos dos observaciones de fibrosis maligna retroperitoneal, tema del cual hay muy pocas referencias en la literatura y ninguna en la bibliografía nacional.

Si bien mostraremos en detalle estos dos casos, uno de nosotros (R. P.) operó en 1970 a un paciente de 58 años, de sexo masculino, realizándole una

gastrectomía total por cáncer. Un año después consultó por distensión abdominal y constipación. El tacto rectal y el estudio radiológico mostraron una oclusión colorrectal.

Se operó por una incisión mediana infraumbilical encontrando un megarrecto y un megasigmoides. En la descripción operatoria se consigna que existía una fibrosis retroperitoneal como si se hubiera rellenado el espacio subperitoneal posterior con yeso, pues constituía un verdadero enyesado retroperitoneal y pelviano.

Volvimos a ver un caso similar pocos años después, en un paciente que había sido operado de un cáncer gástrico (linitis plástica). Consultó cinco meses después y lo reoperamos constatando también una fibrosis neoplásica retroperitoneal con mesenteritis retráctil. Sobrevivió tres meses pese a que no se le realizó tratamiento.

En ese entonces, revisando la literatura encontramos muy pocos trabajos sobre esta patología.

Casi todas las publicaciones recientes se refieren a fibrosis retroperitoneal idiopática, designada así por Raper<sup>(1)</sup> en 1956 y Ormond<sup>(2)</sup> en 1960. Este último autor la había identificado en 1948 llamándola proceso inflamatorio retroperitoneal<sup>(3)</sup>. Recordemos que la primera descripción de esta afección la hizo Albarrán en 1905 quien la definió como una periureteritis<sup>(4)</sup>.

La gran mayoría de publicaciones sobre el tema se encuentra en la bibliografía urológica y hay muy pocas referencias a las compresiones del tubo digestivo determinadas por esa enfermedad.

En 1992 se nos presentó una nueva paciente con esta patología de origen neoplásico y otra similar en el curso de este año. Por esta razón traemos estas dos últimas observaciones a la Sociedad de Cirugía.

## Caso clínico Nº 1

Mujer de 50 años, CASMU. Operada en 1989 por cáncer de mama derecha, realizándosele una cuadrantectomía superoexterna derecha y vaciamiento

1. Asistente de Clínica Quirúrgica.

2. Ex Profesor Agregado de Anatomía Patológica.

3. Ex Residente de Clínica Quirúrgica.

4. Médico Urólogo del CASMU.

5. Ex Profesor de Clínica Quirúrgica, Jefe del Dpto. de Cirugía del CASMU.

Trabajo del Departamento de Cirugía del CASMU.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, 10 de agosto de 1994.

**Correspondencia:** Dr. Gustavo Rodríguez. Maldonado 814 apto. 502, CP 11.100. Montevideo, Uruguay.

celulolinfoganglionar basiaxilar. La anatomía patológica reveló un carcinoma lobulillar infiltrante con focos de carcinoma lobulillar in situ. Metástasis en tres de ocho ganglios examinados. No consta si recibió tratamiento coadyuvante.

Ingresa nuevamente el 23 de agosto de 1992 por cuadro de vómitos, constipación y deterioro general. Al examen: anemia clínica, distensión abdominal y al tacto rectal presenta una estenosis rectal alta, con mucosa sana, determinada por una tumoración dura que ocupaba el fondo del saco de Douglas. El tabique recto vaginal impresiona infiltrado.

La paraclínica mostró azoemia de 1 gr%, creatinemia de 3,5 mg%. La ecografía abdominal describe una ureterohidronefrosis bilateral.

La biopsia transrectal de la tumoración pelviana fue informada así: células carcinomatosas con intensa reacción dermoepitelial, secundarias a carcinoma mamario (H.N.).

Con diagnóstico de insuficiencia renal por uropatía obstructiva supra vesical uno de nosotros (G. M.) realiza el 1º de setiembre de 1992 la intubación endoscópica de ambos uréteres con tubos en doble J. Mejora la función renal rápidamente.

Una semana después persiste con vómitos y detención de tránsito para materias y gases por lo cual se opera.

Laparotomía exploradora (R.P., G.R., G.B.): Hígado sano. A nivel pelviano, retro y subperitoneal tumoración dura que ocupa gran parte de la pelvis. Compresión vesical ureteral y rectal (figura 1).

Oclusión duodenal de tercera porción por tumoración pétreo de 8 x 8 cm con mesenteritis retráctil. Se biopsia. Gastroyeyunostomía. Colostomía (figura 2) ilíaca izquierda. Anatomía patológica: Carcinoma sólido de células medianas dispuestas en paquetes, con áreas de marcada reacción dermoepitelial (H. N.).

Alta al décimo día, pasa bien seis meses, reingresa el 1º de marzo de 1993 y fallece el 28 de marzo de 1993.

## Caso clínico Nº 2

Mujer de 71 años, CASMU. Ingresa en agosto de 1992 con ictericia fría y adelgazamiento de 5 kg en un mes de evolución.

*Ecografía y TAC abdominal:* cáncer pancreático.

El 12 de agosto de 1992 laparotomía exploradora: Cáncer de cuerpo de páncreas con invasión cefálica irresecable. Se biopsia. Hepaticoyeyunostomía en asa diverticular, con sección y abandono del colédoco. No se realizó derivación gastroyeyunal.

*Anatomía patológica:* Adenocarcinoma medianamente diferenciado de células ductales (H.N.).

Posoperatorio sin incidentes, alta al octavo día.

Pasa bien 1 año y 3 meses. En diciembre de

1993, durante un control, le encontramos una tumoración supraumbilical, pero estaba asintomática.

La TAC abdominal mostró el tumor pancreático sin otros elementos de valor; se decidió una conducta expectante. El 25 de abril de 1994 ingresa por distensión abdominal y vómitos.

Laparotomía exploradora el 3 de mayo de 1994: doble oclusión duodenal y rectal. Duodenal a nivel del sector retroperitoneal de tercera porción por placa fibrosa pétreo que se biopsia y rectal por fibrosis neoplásica del Douglas.

Se realizó gastroenterostomía y colostomía ilíaca izquierda.

En el posoperatorio desarrolla una ascitis y un derrame pleural bilateral que se trata y puncionan. Alta al mes. Reingresa el 1º de julio de 1994, presentando edemas de miembros inferiores, oliguria y ascitis; insuficiencia renal por obstrucción ureteral bilateral.

Se realiza una pielostomía percutánea bilateral. El estudio Doppler mostró la cava inferior permeable. Fallece el 26 de julio de 1994.

## Comentario

Ambas pacientes, aunque con patologías originarias distintas, tuvieron un curso clínico parecido.

La primera sobrevivió tres años, lo cual no es llamativo en un carcinoma mamario resecado.

La segunda enferma, que tenía un cáncer de páncreas irresecable por sus características macroscópicas, vivió casi dos años con una buena anastomosis biliodigestiva.

En la primera paciente aparecieron simultáneamente las obstrucciones duodenal, rectal y ureteral bilateral; mientras que en la segunda la obstrucción ureteral se manifestó casi dos meses después.

A ambas enfermas se le practicaron los mismos procedimientos sobre el tubo digestivo: gastroenterostomía por la oclusión duodenal y colostomía por la oclusión rectal.

Es posible que en el segundo caso el tumor pancreático determinara por su propia masa la oclusión duodenal a nivel de la tercera porción, pero existía igualmente una zona de fibrosis neoplásica a ese nivel, por lo cual fue difícil establecer la patogenia exacta.

La primera enferma a la cual se le pudo cateterizar precozmente ambos uréteres sobrevivió casi seis meses. En cambio a la segunda se le realizaron pielostomías bilaterales y vivió tres meses. Falleció por una complicación respiratoria por aspiración de vómito.

En la revisión bibliográfica encontramos muy pocas observaciones de fibrosis maligna. Sin embargo Ormond<sup>(5)</sup> en 1965 revisa la etiología y menciona

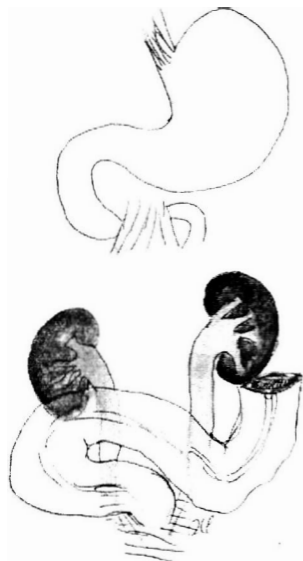


Figura 1.

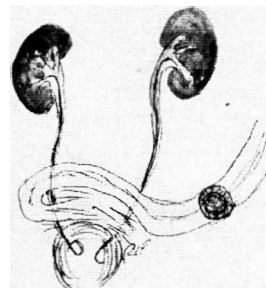
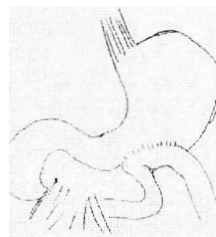


Figura 2.

observaciones secundarias a cáncer de mama, estómago, próstata y tumores de cuello. Küss<sup>(6)</sup> en el mismo año describe cuatro casos de periureteritis maligna y en uno de los casos el tumor primario fue una linitis plástica.

Webb<sup>(7)</sup> relata dos casos, uno de carcinoma mamario y gástrico; recordemos que nuestras dos observaciones previas correspondían a cáncer de estómago.

La fibrosis maligna retroperitoneal es casi siempre la traducción de una enfermedad neoplásica diseminada. Según Lepor y Walsh<sup>(8)</sup> los mecanismos por los cuales se puede producir la fibrosis retroperitoneal maligna son tres:

- 1) metástasis retroperitoneal periureteral;
- 2) tumor primario retroperitoneal, y
- 3) tumor carcinoide productor de serotonina.

Las metástasis retroperitoneales más frecuentes corresponden a cáncer de mama, estómago, próstata, pulmón, riñón, páncreas, colon y recto.

Grabstald<sup>(9)</sup> en 6.000 casos de cánceres de mama encuentra sólo 24 casos (0,4%) de obstrucción ureteral e hidronefrosis secundaria a metástasis; las cuales estaban limitadas al tejido fibroadiposo periureteral y linfático determinando una fibrosis con encarcelamiento del uréter, o bien formaban parte de grandes tumoraciones pelvianas o intraabdominales.

La enfermedad de Hodgkin, los linfomas no hodgkinianos y los carcinomas anaplásicos son tu-

moreos primarios del retroperitoneo que pueden determinar fibrosis retroperitoneal.<sup>(8)</sup>

Koep y Zuidema<sup>(10)</sup> en una revisión de 25 años de la literatura encuentran 481 casos de fibrosis retroperitoneal de las cuales 7,9% (39 pacientes) correspondían a fibrosis maligna.

En la mayoría de los casos el diagnóstico primario fue de fibrosis retroperitoneal idiopática y luego debió ser corregido. Muchos pacientes fueron sometidos a una o dos laparotomías y recién en una nueva laparotomía o durante la autopsia se reveló el carácter maligno de la enfermedad. Esto señala la dificultad de diferenciar las formas idiopáticas y malignas de la fibrosis retroperitoneal.

La realización de múltiples biopsias es imprescindible para la confirmación histopatológica.

Wagenknecht, citado por Bedoz<sup>(11)</sup> reunió 276 casos de fibrosis retroperitoneal, en los cuales había 30 pacientes con fibrosis maligna.

La fibrosis retroperitoneal se presenta como una placa blanco grisácea, fibrosa, que se extiende desde las arterias renales hasta el sector inferior de la pelvis y lateralmente por fuera del borde externo del psoas.

En su crecimiento es capaz de involucrar todas las estructuras del retroperitoneo.

Las compresiones duodenales y colorrectales en esta patología son excepcionales.

Schneider<sup>(12)</sup> reporta un caso de obstrucción duodenal, ureteral, biliar y de la vena cava inferior por fibrosis retroperitoneal idiopática. Recordemos que en nuestra segunda paciente el estudio Doppler

no mostró obstrucción de la cava inferior. Leffall<sup>(13)</sup> en 1964 publica un caso de oclusión rectal de igual etiología.

En la literatura hemos recogido casos de ictericia obstructiva por compromiso de la vía biliar principal<sup>(1,12,14)</sup>; de hipertensión portal<sup>(14,15)</sup>, así como de obstrucción arterial ilíaca<sup>(16)</sup> determinadas por fibrosis retroperitoneal.

El tratamiento de las obstrucciones duodenal y rectal por fibrosis maligna del retroperitoneo sólo admite procedimientos paliativos como son la gastroenterostomía y la colostomía ilíaca izquierda.

El compromiso del aparato urinario con compresión ureteral puede ser diagnosticado mediante la ecografía como ocurrió en nuestra primera paciente.

La urografía de excreción muestra una tríada característica descrita por Hoffman y Trippel<sup>(17)</sup> que consiste en: hidronefrosis, desviación medial del uréter y evidencias de compresión extrínseca de uréter.

La tomografía computada abdomino-pélvica así como la resonancia nuclear magnética permiten obtener buenas imágenes de la fibrosis retroperitoneal, pero ninguna de ellas puede ser usada para diferenciar las formas idiopáticas de las malignas<sup>(18)</sup>.

La obstrucción ureteral plantea un problema terapéutico: en las fibrosis malignas no es posible realizar el tratamiento quirúrgico mediante ureteolisis y transposición intraperitoneal de ambos uréteres como se hace en algunos casos de fibrosis retroperitoneales idiopáticas<sup>(19)</sup>.

La cateterización de ambos uréteres por vía endoscópica retrógrada con prótesis en doble J dio resultados aceptables en nuestra primera paciente. No obstante, una reciente publicación, en la cual se realiza una revisión de 100 pacientes con estenosis ureterales de diferente etiología tratados mediante este procedimiento, concluye que en las fibrosis re-

troperitoneales idiopáticas los resultados son buenos, no así en las obstrucciones malignas<sup>(20)</sup>.

## Bibliografía

1. **Raper FP.** Idiopathic retroperitoneal fibrosis involving the ureters. *Br J Urol* 1956; 28: 436.
2. **Ormond JK.** Idiopathic retroperitoneal fibrosis, and established clinical entity. *JAMA*, 1960; 174: 1561.
3. **Ormond JK.** Bilateral ureteral obstruction due to envelopment and compression by and inflammatory retroperitoneal process. *J Urol* 1948; 59: 1072.
4. **Albarran J.** Rétention rénale par périurétérite; libération externe de l'urètre. *Ass Fr Urol* 1905; 9: 511.
5. **Ormond JK.** Idiopathic retroperitoneal fibrosis: a discussion of the etiology. *J Urol* 1965; 94: 385.
6. **Kuss R, Camey M, Dimopoulos C.** Obstruction urinaire par périurétérite. *J Urol Nephrol* 1965; 71: 81.
7. **Webb AJ, Dawson-Edwards P.** Malignant retroperitoneal fibrosis. *Br J Urol* 1967; 54: 505.
8. **Lepor H, Walsh P.** Idiopathic retroperitoneal fibrosis. *J Urol* 1979; 122: 1.
9. **Grabstald H, Kaufman R.** Hidronefrosis secondary to ureteral obstruction by metastasis breast cancer. *J Urol* 1969; 102: 569.
10. **Koep L, Zuidema GD.** The clinical significance of retroperitoneal fibrosis. *Surgery* 1977; 81: 250.
11. **Bedoz F, Cibert J.** Urología, la terapéutica y sus bases. Barcelona, 1989.
12. **Schneider CF.** Idiopathic retroperitoneal fibrosis producing vena cava biliary, ureteral and duodenal obstructions. *Ann Surg* 1964; 159: 316.
13. **Leffall L, White J, Mann M.** Retroperitoneal fibrosis Two unusual cases. *Arch Surg* 1964; 89: 1070.
14. **Hardy JD.** Some lesions of the biliary tract, idiopathic retroperitoneal fibrosis and other problems. *Am J Surg* 1962; 103: 457.
15. **Eiseman B, Yeoh KS.** Portal hipertension associated with idiopathic retroperitoneal fibrosis. *Br J Surg* 1962; 50: 225.
16. **Perlow S.** Obstruction of the iliac artery caused by retroperitoneal fibrosis. *Am J Surg* 1963; 105: 285.
17. **Hoffman WW, Tripel OH.** Retroperitoneal fibrosis: etiologic considerations. *J Urol* 1961; 86: 222.
18. **Amis ES.** Retroperitoneal fibrosis. *Am J Roentgenol* 1991; 157: 321.
19. **Utz DC, Henry JD.** Retroperitoneal fibrosis. *Med Clin North Am* 1966; 50: 1091.
20. **Pocock RD, Stower HJ, Ferro MA, Smith PJB, Gingell C.** Double J Stents. A review of 100 patients. *Br J Urol* 1986; 58: 629.