

FIBROSIS RETROPERITONEAL

EDITORIA: CARINA SPAGNOLI*

Paciente varón de 36 años, con antecedente de litiasis renal que visita al urólogo por lumbalgia crónica y astenia. Se le solicita laboratorio que arroja aumento de reactantes de fase aguda y leucocitosis. La tomografía (TC) de abdomen y pelvis con contraste endovenoso (EV) muestra a la aorta abdominal infrarrenal rodeada en su borde anterior y lateral por masa de densimetría de partes blandas, de bordes pobremente definidos y con leve realce tras la administración de contraste EV, que mide 80 mm de longitud, se extiende hasta la bifurcación ilíaca (Fig 1) y comprime parcialmente al uréter izquierdo provocando leve hidronefrosis pielocalicial (Fig 2). La luz, el trayecto y diámetro aórticos no muestran alteraciones. Se completa su estudio con TC tórax, ecografía testicular con doppler color que no muestran alteraciones y con Resonancia Magnética de abdomen y pelvis con gadolinio EV. En dicho estudio se visualiza la misma masa periaórtica isointensa en secuencias T1 e hipointensa en secuencias T2 con claro refuerzo de la misma luego de la inyección EV de gadolinio (Fig 3). Se constata indemnidad de la aorta mediante angioRM.

El servicio de diagnóstico por imágenes plantea la posibilidad de fibrosis retroperitoneal como primer diagnóstico diferencial. Se solicita biopsia de la lesión para su confirmación, que demuestra tejido fibrótico, confirmando el diagnóstico de fibrosis retroperitoneal, en este caso idiopática. El paciente comienza tratamiento con prednisona y metotrexate, denotando mejoría de sus síntomas y de laboratorio a los 20 días.

Dos tercios de los pacientes con fibrosis retroperitoneal responde a la forma idiopática, el tercio restante es secundaria a neoplasias, aneurismas aórticos, traumas y cirugías retroperitoneales, infecciones (tuberculosis, histoplasmosis), drogas (derivados del ergot), terapia radiante y exposición al asbesto. La enfermedad suele tener manifestaciones inespecíficas con síntomas generales como astenia, pérdida de peso, febrícula, lumbalgia y/o dolor abdominal sordo. A medida que progresa la fibrosis el cuadro clínico se debe principalmente a la compresión de estructuras retroperitoneales pudiendo provocar hidronefrosis con falla renal e hipertensión por compromiso del hilio renal. Raramente afecta al duodeno. Su curso luego del tratamiento suele ser satisfactorio dependiendo fundamentalmente del compromiso renal.

La TC multidetector y RM son los métodos de imagen y de diagnóstico no invasivo de mayor utilidad. La TC con contraste EV presenta la ventaja de examinar en menor tiempo tórax y abdomen en búsqueda o evaluación de enfermedades de base, pero su uso podría estar limitado en pacientes con falla renal. Por otro lado, la RM brinda mayor resolución tisular, aún sin gadolinio, por lo cual sería de elección en casos de deterioro de la función renal, ya que en estos pacientes este medio de contraste puede derivar en fibrosis nefrogénica sistémica.

La tomografía por emisión de positrones (PET CT) no es un método de elección por brindar alta sensibilidad pero baja especificidad en esta patología.

* Correo electrónico: carina.spagnoli@gmail.com

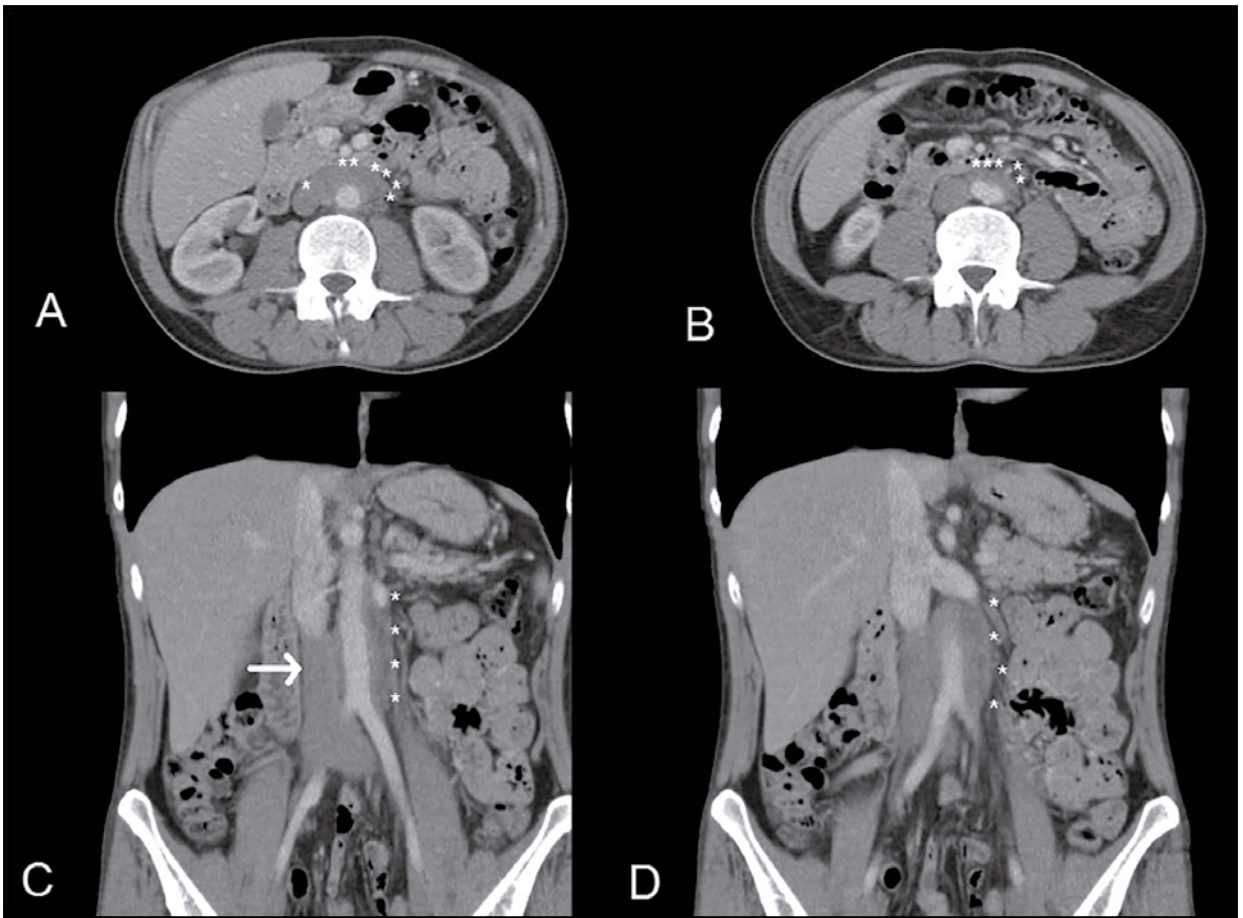


Figura 1: TC con contraste EV, A y B: plano axial; C y D: plano coronal. Se visualiza la aorta abdominal contrastada por el yodo EV, rodeada por tejido sólido (*). Flecha blanca: vena cava inferior.

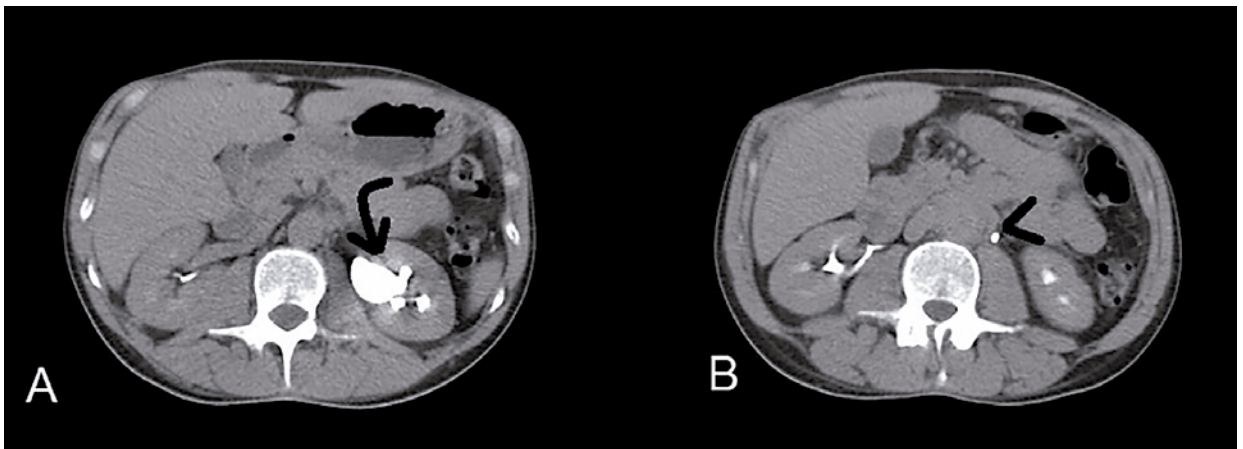


Figura 2: TC con contraste EV en fase excretora, plano axial. A: flecha curva: leve dilatación de pelvis renal izquierda. Punta de flecha: uréter izquierdo en íntimo contacto con la masa periaórtica.

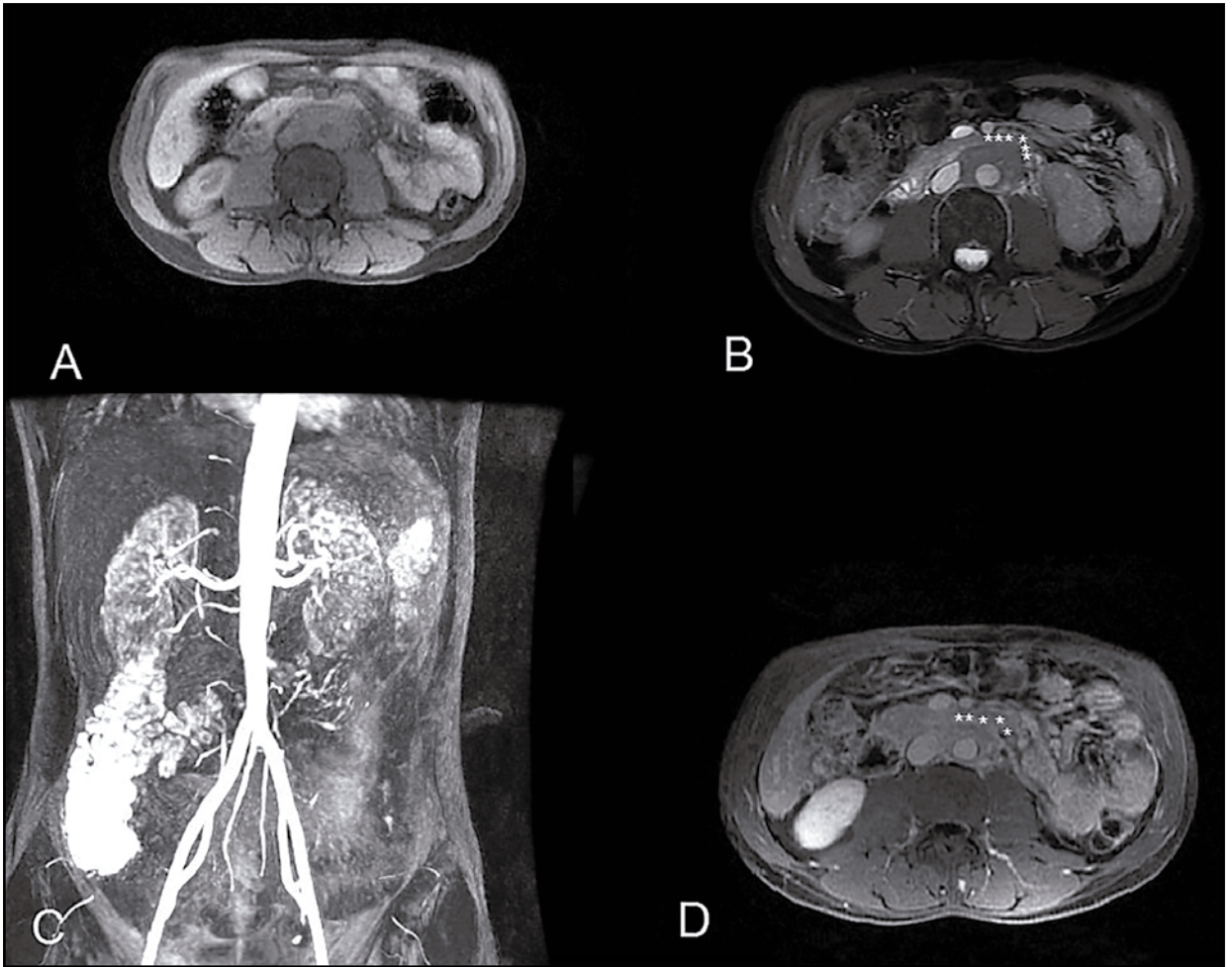


Figura3: RMN de Abdomen con AngioRMN. A: T1 plano axial: Aorta rodeada por masa isointensa. B: T2 con saturación grasa, plano axial: Mejor delimitación de bordes de la masa periaórtica (*) hipointensa. C: Efecto angiográfico mostrando calibre y trayecto conservados de aorta abdominal y sus ramas. D: T1 SPGR con gadolinio, plano axial: denota refuerzo de la masa periaórtica (*)

Bibliografía

- Oliveira Caiafa R, Sierra Vinuesa A, Izquierdo R y col. *Retroperitoneal Fibrosis: Role of Imaging in Diagnosis and Follow-up.* RadioGraphics 33:535–552, 2013.
- Vaglio A, Maritati F. *Idiopathic Retroperitoneal Fibrosis.* J Am Soc Nephrol 27: 1880–1889, 2016.
- Orlich-Castelán C, Gutierrez Góngora J. *Fibrosis retroperitoneal.* Acta méd. Costarric 47:3, 2005.