

# Tumores Retroperitoneales Primarios

\*\*Dr. Juan J. Pucci Coronado  
 \*\*\*Dr. Juan Arce Villalobos  
 \*\*Dr. Eduardo Flores Montero

## RESUMEN.

Se presentan 16 casos de tumores retroperitoneales primarios, diagnosticados en los primeros ocho años de existencia del Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social; todos pacientes laparotomizados y con estudio histológico de la lesión.

Se encontró un promedio de edad menor que el mencionado en otras series. Predominaron dentro del cuadro clínico la presencia de masa y dolor abdominal. Se confirmó la alta incidencia de malignidad (87.5%) y el mal pronóstico de estos pacientes (56.3% de mortalidad general).

Se discute además, el valor de los métodos de diagnóstico y su relación con el buen porcentaje de diagnóstico preoperatorio correcto.

## INTRODUCCION.

Los tumores primarios del retroperitoneo representan un variado y poco frecuente grupo de neoplasias (0.2% de 60.000 pacientes con tumores en la serie de Pack) (10).

La clasificación de éstos excluye lesiones del riñón, ureteros, suprarrenales, duodeno, páncreas, recto y tumores metastásicos secundarios a neoplasias de otros sitios (2,5, 10).

El espacio retroperitoneal se encuentra limitado anteriormente por el peritoneo parietal posterior; posteriormente por la fascia transversalis y músculos de la pared abdominal; superiormente por el diafragma e inferiormente por la pelvis (2,5), lo que cons-

tituye una amplia área, que explica la gran variedad histológica de estos tumores y el hecho de ser manejada por múltiples especialidades quirúrgicas.

La gran mayoría son lesiones malignas (1, 2) y sus características especiales anteriormente mencionadas, como infrecuencia, variabilidad histológica, localización, así como su difícil diagnóstico y clasificación, además del hecho de guardar una íntima relación con una gran variedad de órganos, los hace de especial interés para el Cirujano General, Urólogo y Ginecólogo.

## MATERIAL Y METODOS.

La presente revisión recoge los casos de tumores retroperitoneales primarios diagnosticados en los Servicios de Cirugía General, Cirugía Infantil, Urología y Ginecología del Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social, en el período comprendido entre setiembre de 1969 y agosto de 1977. El diagnóstico se realizó mediante laparotomía y estudio histológico en todos los pacientes los cuales a su vez, fueron todos seguidos hasta su defunción o estado en esa fecha.

## RESULTADOS.

Se encontraron un total de 16 casos, 8 de cada sexo, lo que representa un promedio anual de dos casos en nuestro Hospital.

Se presentaron casos en todos los grupos de edad (Cuadro # 1), el menor de 28 días de edad, en un recién nacido con un teratoma embrionario y el mayor de 70 años con un linfoma histiocítico; siendo el promedio general de 31 años y presentándose la mayoría de los casos en las primeras décadas de la vida.

(\* )Trabajo presentado en el XLIII Congreso Médico Nacional.

(\*\*) Residentes del Servicio de Cirugía General No. 2, Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social.

(\*\*\*) Jefe de Clínica del Servicio de Cirugía General No. 2, Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social.

El tiempo de evolución del cuadro clínico fue en la mayoría de los casos de 1 a 5 meses (43.7%); únicamente tres pacientes (18.7%) consultaron antes de un mes de iniciado el cuadro y tres lo hicieron después de un año, incluyendo una paciente con un ganglioneuroma, de 10 años de evolución. El promedio de tiempo de evolución del cuadro clínico fue de 7 meses.

El 87.5% de los pacientes, notaron la presencia de una masa abdominal (Cuadro # 2), siendo éste el síntoma más frecuente, seguido de dolor abdominal en el 56.3% de los casos. Con relativa baja frecuencia se presentaron síntomas generales (pérdidas de peso e hiporexia en 37% y 31% de los casos, respectivamente). Dos pacientes presentaron manifestaciones de estasis en miembros inferiores, lo que traduce obstrucción venosa o linfática por la lesión retroperitoneal. También en un caso se presentó hematuria, en un paciente con un tumor pélvico que invadía la vejiga.

Dentro de los exámenes de laboratorio, únicamente la presencia de anemia fue significativa (68.8%). No se presentó ningún caso de hipoglicemia, hallazgo reportado en tumores retroperitoneales que infiltran páncreas o producen sustancias similares a la insulina (1, 5).

A la mayoría de los pacientes se les practicó únicamente estudios radiológicos convencionales (Cuadro # 3) los cuales en su gran mayoría se encontraron alterados (fundamentalmente compresión o rechazamiento de las estructuras visualizadas), ayudando a establecer el diagnóstico preoperatorio correcto, de tumor retroperitoneal, en el 62.5% de los casos, recordando que algunos de estos casos fueron laparotomizados de emergencia (básicamente por obstrucción intestinal), sin que se practicaran este tipo de estudios. Esto significa que a los pacientes adecuadamente estudiados, se les hace el diagnóstico preoperatorio correctamente, en un alto porcentaje de casos.

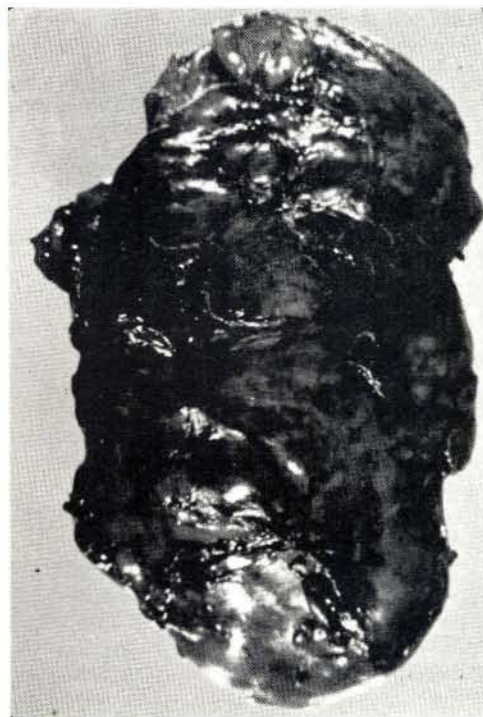
A dos pacientes con tumores pélvicos, se les hizo el diagnóstico preoperatorio erróneo de tumor ovárico, a pesar de haberseles practicado estudios radiológicos.

Finalmente, únicamente a tres pacientes se les practicó algún estudio angiográfico, contribuyendo para el abordaje quirúrgico

del caso, únicamente la cavografía en un paciente que presentaba una úlcera estásica en un miembro inferior, debido a una compresión severa de la vena cava inferior, por la tumoración retroperitoneal.

Se encontró un franco predominio de tumores malignos (87.5%), hecho descrito en otros estudios (1, 2, 3, 4, 5, 9, 10), existiendo dentro de éstos, una gran variedad de tipos histológicos (Cuadro # 4), siendo ligeramente más frecuente los de origen mesenquimatoso (histiocitomas) y los de origen nervioso, sin encontrarse en realidad, un predominio significativo de ningún tipo histológico de tumor.

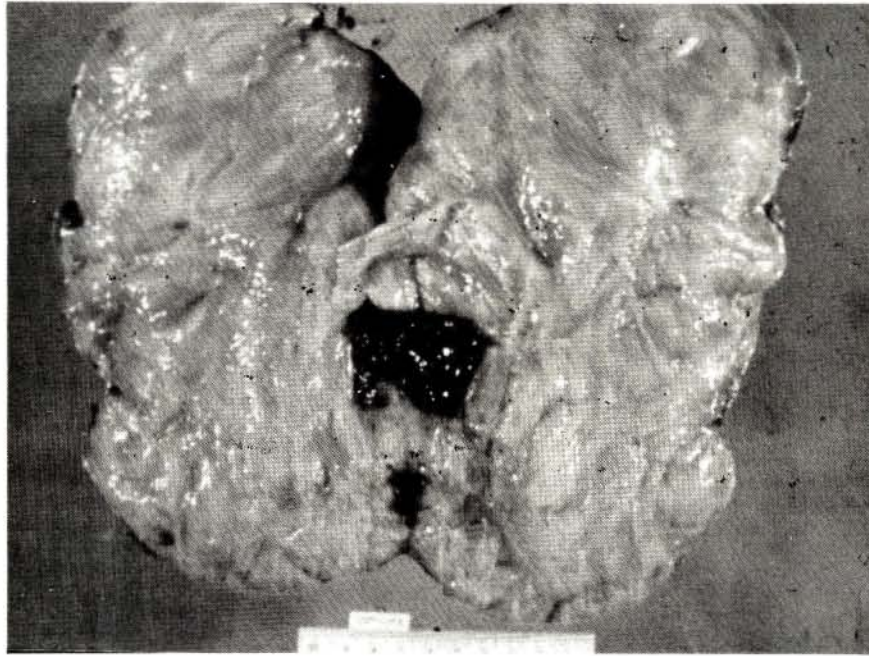
El tumor de mayor tamaño, lo fue un ganglioneuroma de 2 kg. de peso, que midió 15 X 25 cms., con una historia de 10 años de evolución. (Fotografías



*Aspecto macroscópico de la superficie externa, de un ganglioneuroma retroperitoneal de 2 kg. de peso.*

Del total de 16 casos (que incluyen dos tumores benignos), a 7 (43.7%) se les logró resear por completo la tumoración, según la





*Ganglioneuroma retroperitoneal de 15 x 25 cms. en una mujer de 16 años. Aspecto macroscópico de la superficie de corte.*

apreciación del cirujano (Cuadro # 5). De éstos, hasta la actualidad, seis han sobrevivido y únicamente un paciente falleció por sangrado en el postoperatorio. Cabe mencionar que a dos de los pacientes anteriores hubo de practicárseles una segunda intervención, por recurrencia de la lesión, describiendo de nuevo el cirujano, la resección total de la misma. Del resto de pacientes, a quienes únicamente se les practicó resección parcial del tumor o biopsia, sólo uno sobrevive (una niña de 8 meses, con un neuroblastoma, tratado con Cobaltoterapia, hace más de 3 años). (Cuadro # 6).

El porcentaje de sobrevida, en general, es de 43.7% y de 35.7% en los casos de tumor maligno, sin evidencia de recidiva actual en ningún caso.

De los nueve pacientes fallecidos, a siete se les practicó autopsia (Cuadro # 7). De éstos, tres murieron de enfermedad maligna diseminada, y cuadro (44% del total de pacientes fallecidos), de complicaciones quirúrgicas (sangrado masivo en dos casos y peritonitis en los otros dos), porcentaje elevado que refleja el difícil abordaje de estos tumores.

#### Comentario y conclusiones

En nuestra serie no existe diferencia de incidencia, en relación al sexo, lo que coincide con otros reportes (2, 4, 5, 9, 10).

Existen casos en todos los grupos de edad, sin embargo, el 69%, son menores de 40 años, con un promedio de 31 años, edad menor que en otras series (5, 9, 10), lo cual puede deberse en parte, a que en ésta se incluyen tres pacientes del Servicio de Cirugía Infantil, menores de 13 años. La edad promedio de los pacientes adultos es de 38 años.

El síntoma más frecuente es el de masa o crecimiento abdominal (87.5%), seguido de dolor abdominal, lo que concuerda con otros autores (2, 3, 5, 10). Llamamos la atención dos pacientes con manifestaciones estáticas en miembros inferiores (12.6% del total de casos), lo que traduce la importancia de un estudio adecuado en este tipo de pacientes.

Los exámenes de laboratorio son inespecíficos, y el único hallazgo frecuente (68.8%) es el de anemia moderada, que traduce enfermedad crónica, enfermedad metastásica u otras enfermedades concomi-

tantes (5). No encontramos ningún caso de hipoglicemia, alteración reportada ocasionalmente, en relación con sarcomas del retroperitoneo (1).

**CUADRO 1**

**EDAD**

0 - 9	3	18.8%
10 - 19	3	18.8%
20 - 29	2	12.5%
30 - 39	3	18.8%
40 - 49	1	6.2%
50 - 59	2	12.5%
60 - 69	0	0
70 - 79	2	12.5%
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100.0%</b>
Menor: 28 días		
Mayor: 70 años		

**CUADRO 2**

**SINTOMAS**

Masa abdominal	14	87.5%
Dolor abdominal	9	56.3%
Pérdida peso	6	37.5%
Hiporexia	5	31.3%
Vómitos	3	18.8%
Hematuria	1	6.3%
Úlcera M.I.I.	1	6.3%
Edema M.I.	1	6.3%

La mayoría de los tumores se localizaron en el hipogastrio, lo que dio lugar a confusión clínica con tumores de ovario en dos casos.

**CUADRO 3**

**ESTUDIOS RADIOLOGICOS**

Estudio	No.	Positividad
Colon	8	75%
P.I.V.	7	86%
S.G.D.	2	100%
Cavografía	1	100%
Linfografía	1	0%
Caliacografía	1	0%

A pesar de que a la mayoría de los pacientes se les practicó únicamente estudios radiológicos convencionales (colon por enema, pielograma, serie gastroduodenal), el diagnóstico preoperatorio se hizo correctamente en la mayoría de los casos (62.5%), y vemos así que estos estudios se encuentran casi siempre alterados y definitivamente colaboran en el diagnóstico. Sin embargo, debe recalcarse la importancia que tienen los estudios angiográficos para evaluar el abordaje quirúrgico (5, 6, 8). Otros métodos de diagnóstico más sofisticados, como la ultrasonografía, tomografía computarizada y ecografía, no usadas en nuestros casos, puesto que no existen en nuestro medio, y mencionadas recientemente como métodos no invasivos para el diagnóstico de masas abdominales, no dejan de ser un método más de diagnóstico, y es únicamente mediante la laparotomía y biopsia en que se llega al diagnóstico definitivo.

Existe un franco predominio de tumores malignos (87.5%), con una gran variedad de tipos histológicos, siendo ligeramente más frecuentes los de origen mesenquimatoso y nervioso, hecho que no concuerda con otras series, en que predominan los liposarcomas y linfomas (3, 4, 5, 10).

Todos los pacientes fueron laparotomizados y a siete (43.7%) se les logró resear por completo la lesión, según la apreciación del cirujano; de éstos, seis han sobrevivido hasta la actualidad. De los pacientes en que la resección quirúrgica completa no fue posible, únicamente uno sobrevive.

Los tumores malignos tienen apenas un 35.7% de supervivencia. Actualmente en ningún caso existe evidencia de recidiva, sin embargo, el tiempo de supervivencia aún es corto.

Se presentó una alta incidencia de mortalidad quirúrgica, (44% del total de pacientes fallecidos); porcentaje elevado, que refleja el difícil abordaje de estos tumores, por su localización, gran tamaño y frecuente invasión a órganos adyacentes.

Finalmente, llegamos a la conclusión de que la mejor esperanza de curación para estos pacientes, lo es, la de tener un tumor quirúrgicamente resecable, independientemente de la edad y estirpe histológica de la lesión; recomendándose, además, dejar como medida terapéutica a la radioterapia, en pacientes con linfoma, tumor inoperable, recurrencia postoperatoria, o como coadyuvante de la cirugía en algunos tumores sarcomatosos.

**CUADRO 4**  
**HISTOLOGIA**

Histología	No.	Vivos	Fallecidos
Ganglioneurona . . . . .	1	1	0
Leiomioma . . . . .	1	1	0
Histiocitoma fibroso M. . . . .	3	2	1
Teratoma maligno . . . . .	2	0	2
Neuroblastoma . . . . .	2	1	1
Schwannoma maligno . . . . .	1	0	1
Retículosarcoma . . . . .	1	0	1
Fibrosarcoma . . . . .	1	1	0
Liposarcoma . . . . .	1	0	1
Rabdomiosarcoma . . . . .	1	0	1
Leiomiomasarcoma . . . . .	1	1	0
Hemangiosarcoma . . . . .	1	0	1

**CUADRO 5**

Cirugía	No.	%	Vivos	Fallecidos
Resección total	7	43.75	6	1
Resección parcial	3	18.75	0	3
Biopsia	6	37.50	1	5
Total	16	100.00	7	9



**CUADRO 6**  
**PACIENTES VIVOS**

Sexo	Edad	Histología	Tratamiento	Tiempo evolucion.
F.	30 a.	Histiocitoma F.M.	Resec. total +RA (+)	3 a 5 m.
F.	8 m.	Neuroblastoma	RA	3 a. 4 m.
F.	33 a.	Fibrosarcoma	Resec. total +RA+Q.(*)	3 a.
F.	25 a.	Leiomioma	Resec. total	2 a. 4 m.
F.	16 a.	Ganglioneuroma	Resec. total	1 a. 2 m.
M.	44 a.	Histiocitoma F.M.	Resec. total	1 a. 1 m.
F.	70 a.	Leiomiocarcinoma	Resec. total	4 m.

(+) = Radioterapia  
(\*) = Quimioterapia

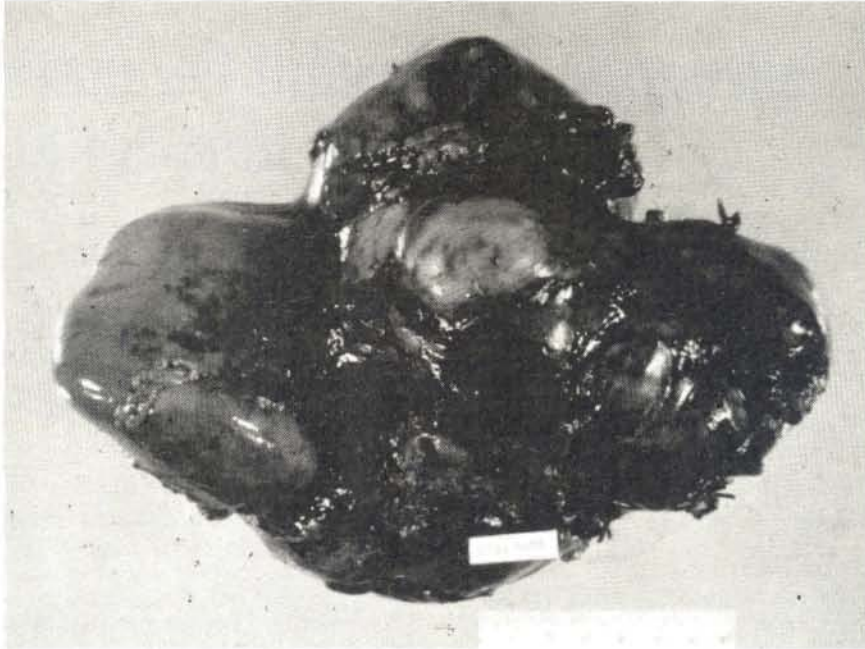
**CUADRO 7**

**CAUSA DE MUERTE**

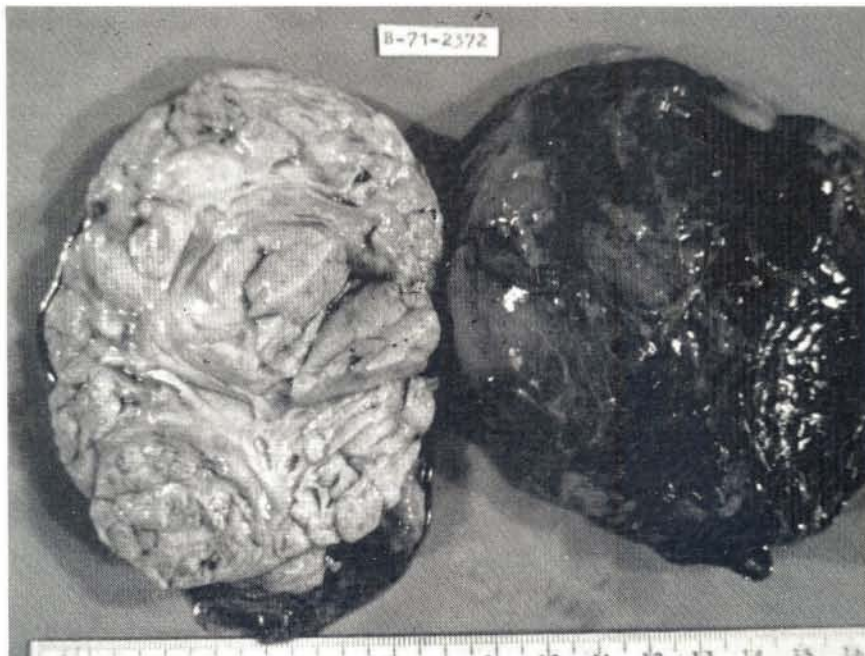
Metástasis .....	3
Vólvulus + peritonitis .....	1
Perforación int. + peritonitis .....	1
Hemoperitoneo postoperatorio .....	1
Sangrado transoperatorio .....	1

**BIBLIOGRAFIA**

- 1.- ACKERMAN, L.V.: Tumours of retroperitoneum, mesentery and peritoneum (Atlas of Tumor Pathology) Section 6, Fascicles 23, 24 Washington, D.C., Armed Forces Institute of Pathology. P. 136; 1954.
- 2.- ARMSTRONG, J.R. and COHN, I.: Primary malignant retroperitoneal tumors. Am. J. Surg. 110: 937; 1965.
- 3.- BOSE, D. and BOAKE, A.C.: Obstructive uropathy due to primary retroperitoneal tumour: report of 2 cases and review of the literature. Br. J. Surg. 63: 934; 1976.
- 4.- BRAASCH, J. W. and MON, A.B.: Primary retroperitoneal tumors. Surg. Clin. North. Am. 47: 663; 1967.
- 5.- DUNCAN, R.E. and EVANS, A. T.: Diagnosis of primary retroperitoneal tumors. J. Urol. 117: 19; 1977.
- 6.- FILLER, R.M.; HARRIS, S.H. and EDWARDS, E.A.: Characteristics of the inferior cava venogram in retroperitoneal Cancer. New Engl. J. Med. 266: 1194; 1962.
- 7.- KAY, S. and MC. NEILL, D.D.: Leiomyosarcoma of retroperitoneum Surg. Gynecol. Obstet. 129: 285; 1969.
- 8.- LOWMAN, R.M.; GANJA, V.; PECK, D.R. et al: The angiographic patterns of primary retroperitoneal tumours.: The role of lumbar arteries. Radiology, 104: 259; 1972.
- 9.- NORTH, J.P.: Primary tumor of the retroperitoneum. Ann. Surg. 152: 693; 1960.
- 10.- PACK, G.T. and TABAH, E.J.: Collective review; primary retroperitoneal tumours. A study of 120 cases. Int. Abstr. Surg. 99: 209. 1954.



*Fibrosarcoma retroperitoneal con invasión renal, por lo cual se resecó el tumor, en conjunto con el riñón comprometido.*



*Superficie externa y de corte, de una leiomyosarcoma retroperitoneal, mostrando el aspecto en "carne de pescado", característico de los sarcomas.*