

TUMORES PRIMARIOS DE LA REGION RETROPERITONEAL

DR. JORGE SOLÍS M.*

DR. JUAN I. GUTIÉRREZ S.**

EL ESPACIO RETROPERITONEAL, región olvidada por anatomistas, patólogos, clínicos y cirujanos, es sitio, en el que tienen origen una variedad de raros e interesantes tumores.

Los tumores primarios retroperitoneales están formados por neoplasias, de diversa estirpe y su relativa rareza explica el hecho de que no existen numerosas y bien documentadas publicaciones sobre ellos. Pack,¹ en su excelente monografía, refiere que hasta 1954 solamente se habían publicado 750 casos de tumores retroperitoneales, a los que él agregó 120, estudiados en el Hospital Memorial de la ciudad de Nueva York. Alvarez Ierena,² recopiló los observados en nuestro medio y concluyó que solamente han sido estudiados 30 casos.

Un factor importante en la ausencia de estudios sobre el tema, lo constituye la falta de conocimiento e interés en ellos, que tienen importancia práctica para el médico, el cirujano, el urólogo y el ginecólogo.

Nuestro interés al publicar este trabajo es difundir la experiencia acumulada en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición en el estudio y tratamiento de 32 tumores primarios del espacio retroperitoneal y del epiplón mayor.

Datos anatómicos. Para poder comprender la compleja patología y cuadros clínicos ofrecidos por estos tumores, es indispensable tener un correcto conocimiento anatómico de la región retroperitoneal.

Esta región anatómica, un espacio casi virtual en estado de salud, está comprendida desde el nivel de la 12ª vértebra dorsal y 12as. costillas hasta el nivel del coxis. Por adelante está limitada por la hojilla peritoneal posterior y por detrás por la cara anterior de los músculos que forman la pared abdominal posterolateral.

* Cirujano del Hospital de Enfermedades de la Nutrición.

** Ex médico residente del Hospital de Enfermedades de la Nutrición.
Leído en la sesión del 28 de junio de 1961.

Su límite superior está formado por las fuertes inserciones tendinosas del diafragma a nivel del cuerpo de la 12ª vértebra dorsal y a todo lo largo de las últimas costillas.

Su límite posterior lo constituyen las fascias aponeuróticas que cubren la cara anterior de los siguientes músculos: psoas, cuadrado lumbar y porción aponeurótica del músculo transverso del abdomen. A nivel de la fosa ilíaca por el psoas y el ilíaco y a nivel de la pelvis por los obturadores, piriformes, elevadores del ano y coxígeo.

Su límite anterior está formado por: el segmento posterior del lóbulo derecho del hígado, en la porción que carece de revestimiento peritoneal, la cara posterior del colon y recto, el duodeno, la cara posterior del cuerpo y cabeza de páncreas y principalmente por la hojilla peritoneal posterior así como sus repliegues, que extienden este espacio a lo largo de la raíz del mesenterio y del mesocolon.

Incluidos en este espacio se encuentran numerosos órganos de vital importancia: la aorta y sus principales ramas abdominales, la vena cava, la vena aorta, el páncreas, el duodeno, los riñones y ureteros, las glándulas suprarrenales, elementos nerviosos de los sistemas de relación y neurovegetativo, extensas cadenas ganglionares y sistemas colectores linfáticos que desembocan en la cisterna de Pequet y que dan origen al conducto torácico.

Los espacios dejados entre sí por estas estructuras se encuentran rellenos por un tejido adiposo laxo y por los restos embrionarios del tracto urogenital.

MATERIAL Y MÉTODO

Este trabajo se limita a estudiar aquellos neoplasmas originados en el espacio retroperitoneal y que no tenían origen en alguno de los órganos normalmente presentes en esta región en forma independiente (duodeno, páncreas, riñones, aorta, etc.). También excluye aquellos casos en los que las masas tumorales fueron metastásicas de tumores primarios situados en la cavidad abdominal o en cualquier otra parte del cuerpo.

Por tumores primarios del espacio retroperitoneal hemos comprendido tumores que tienen su origen en el tejido adiposo, tejido conectivo, fascias, músculo estriado y liso, tejido vascular, tejido nervioso, ganglios y conductos linfáticos, restos embrionarios del tracto urogenital y un caso de seminoma en el que el testículo, durante el desarrollo, quedó detenido a nivel de la raíz del asa sigmoidea, dando origen a un tumor que tuvo todas las características de tumoración primaria del espacio retroperitoneal.

Entre 40,000 expedientes acumulados en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición durante los años de 1946 a 1960 se encontraron 32 casos de tumo-

res primarios de la región retroperitoneal y del epiplón mayor. La existencia de estudio histopatológico del tejido tumoral fue requisito indispensable para incluir el caso. La frecuencia de estas tumoraciones fue de 1 caso por cada 1,250 pacientes admitidos al Hospital.

Cada expediente fue cuidadosamente analizado desde el punto de vista, de los datos aportados por el laboratorio, los estudios radiológicos, sus características patológicas y las técnicas operatorias empleadas, así como, en la medida de lo posible, su evolución postoperatoria.

Edad y sexo. La frecuencia con que estos tumores se encuentran en los niños, ha sido descrita hasta en un 15 por ciento.³ En el grupo estudiado por nos-

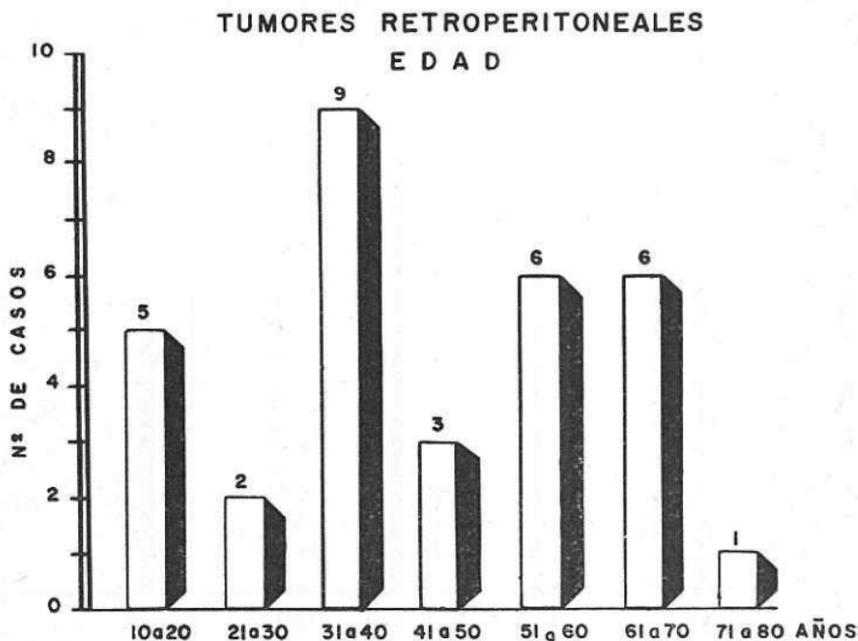


FIGURA 1

otros, no pudo valorarse este dato, dado que la organización del Hospital de Enfermedades de la Nutrición prohíbe la admisión de menores de 10 años. La distribución por edades a partir de la segunda década de la vida puede estudiarse en la figura 1. Todas las etapas de la vida están representadas, quizás con cierto predominio durante la cuarta década.

En el sexo masculino se encontraron 19 tumores, uno de ellos benigno. En el sexo femenino se encontraron 13 tumores, tres de ellos benignos.

Síntomas. La sintomatología inicial es pobre y tardía, debido a lo extenso y laxo del espacio retroperitoneal, que permite a estos tumores crecer fácilmente hacia adelante desplazando los órganos vecinos y solamente produciendo manifestaciones clínicas cuando han alcanzado un gran tamaño o cuando han invadido órganos vitales.

La existencia de dolor fue descrita en 28 de los 32 casos, poco intenso, continuo, gravativo en la mayoría de los pacientes.

TUMORES RETROPERITONEALES SÍNTOMAS GENERALES

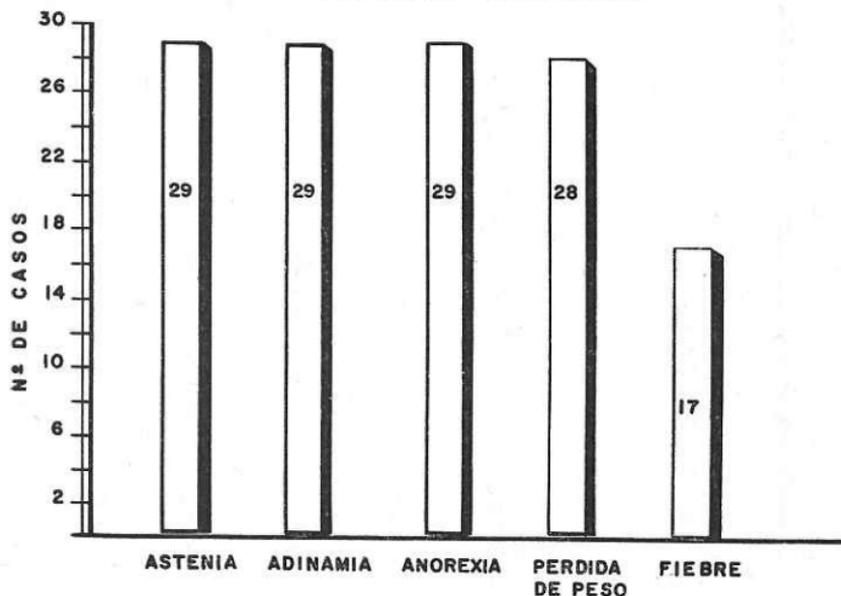


FIGURA 2

La presencia de una masa abdominal fue percibida por 27 pacientes. Estos dos síntomas unidos a enflaquecimiento, fiebre, astenia, anorexia y en una palabra, ataque al estado general (fig. 2), constituyen la tríada sintomática más característica para establecer la sospecha de tumor retroperitoneal. El resto de

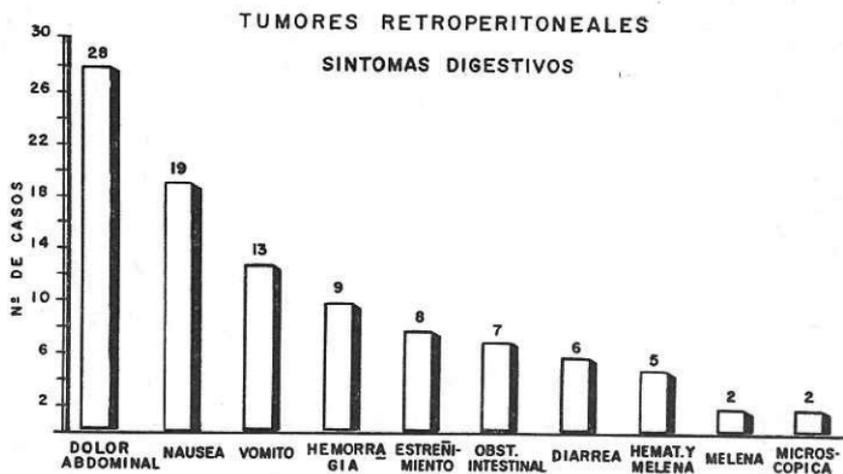


FIGURA 3

la profusa sintomatología carece de especificidad y está condicionada por el órgano o los órganos invadidos por la neoplasia.

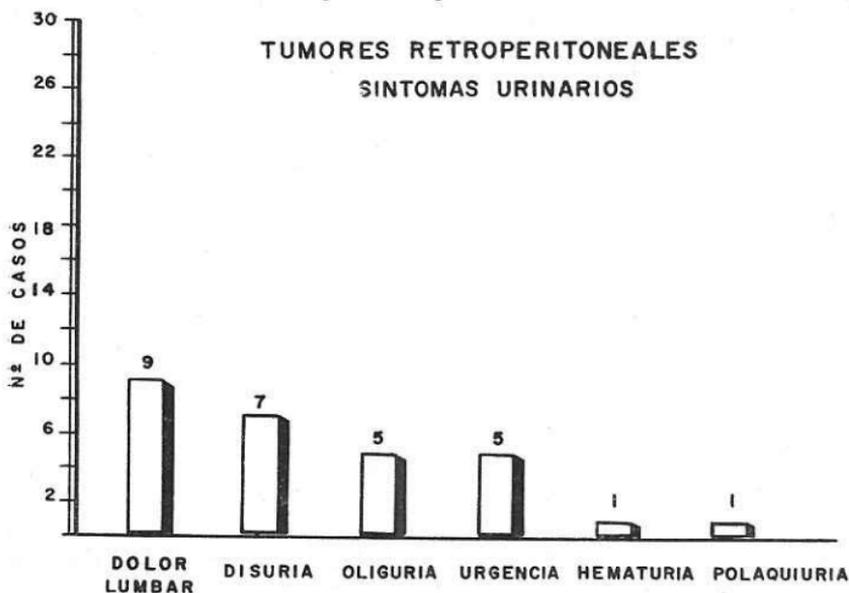


FIGURA 4

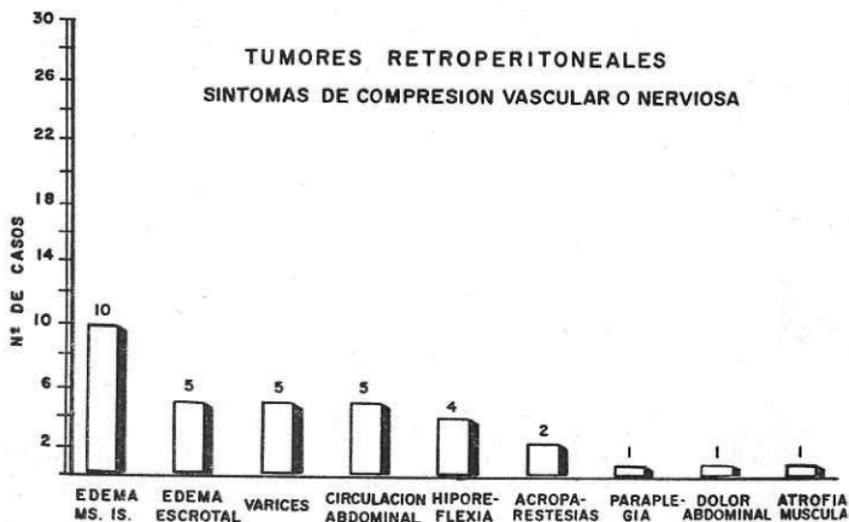


FIGURA 5

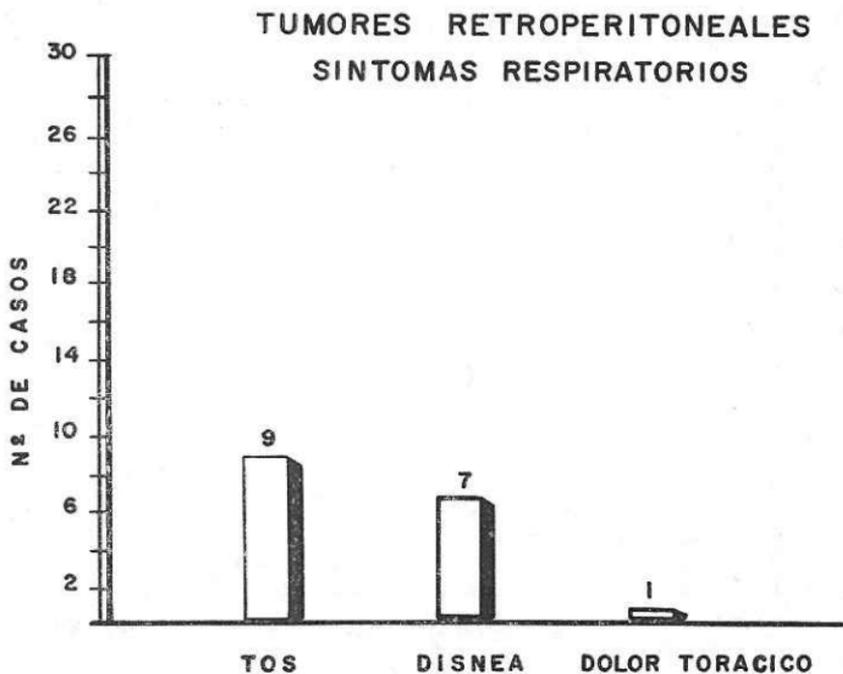


FIGURA 6

Fueron observados con frecuencia diversos síntomas gastrointestinales tales como náusea, vómitos, constipación, diarrea, sangrado del aparato digestivo, obstrucción intestinal y ascitis (fig. 3).

El dolor lumbar, la disuria, oliguria o urgencia urinaria, fueron síntomas que indicaron la invasión o compresión de estructuras urológicas (fig. 4).

La frecuente presencia de edema en miembros inferiores, escroto o vulva, la aparición de várices o de circulación abdominal vicariante fueron manifesta-

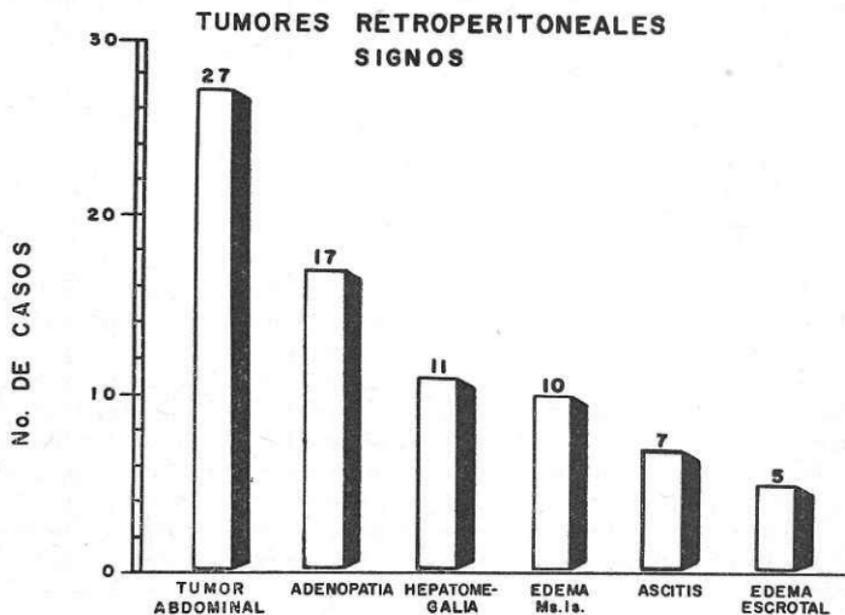


FIGURA 7

ciones clínicas de compresión de troncos venosos o linfáticos (fig. 5).

Los síntomas respiratorios más comunes fueron tos, disnea y dolor torácico (fig. 6).

Un caso de paraplegia indicó la invasión del raquis.

Signos. La exploración física mostró acentuado ataque al estado general. La presencia de una masa abdominal fue frecuentemente palpada, grande, lobulada, profunda, fija, dura, que no seguía los movimientos respiratorios. Frecuentemente se observó adenopatía y hepatomegalia. Ocasionalmente hubo hidrotórax y ascitis (fig. 7).

Datos radiológicos. Un estudio radiológico permite precisar las caracterís-

ticas topográficas de los tumores retroperitoneales y en la mayoría de los casos excluir que el tumor tenga su origen en alguno de los órganos intrabdominales.

A pesar de que ninguno de los tumores retroperitoneales puede ser directamente opacificado por procedimientos radiológicos, las compresiones e invasiones que son capaces de causar en los órganos vecinos, permiten establecer el diagnóstico.

El examen radiológico necesario para estudiar correctamente una masa abdominal sospechosa de tener su origen en el espacio retroperitoneal, debe de incluir los siguientes exámenes:

1. Placa simple de abdomen.
2. Urografía excretora.
3. Pielografía ascendente.
4. Colon por enema.
5. Serie gastroduodenal.
6. Tránsito intestinal.
7. Telerradiografía de tórax.

El estudio cuidadoso de estos exámenes permite establecer el diagnóstico de tumor retroperitoneal. La naturaleza histológica del mismo, sólo puede ser determinada mediante la biopsia operatoria o la autopsia.

Se han empleado otros procedimientos radiológicos que tienen valor en el estudio de estos tumores. El retroneumoperitoneo, la insuflación perirrenal, la aortografía, la venografía de la cava y la esplenoportografía son estudios que en determinado caso pueden proporcionar datos de importancia diagnósticas, pero que, en nuestra opinión no deben ser empleados en forma rutinaria.

La placa simple de abdomen, anteroposterior y lateral, muestra con frecuencia la presencia de una masa anormal que desplaza órganos vecinos, calcificaciones y a veces invasión directa de vísceras digestivas (figs. 8, 9 y 10).

Los tumores retroperitoneales casi siempre desplazan a las estructuras del aparato urinario, sus vecinos más inmediatos, y por ello el estudio urológico tiene gran importancia diagnóstica. El estudio descendente o ascendente muestra desplazamiento en riñones o ureteros, y con frecuencia obstrucción urinaria con pielouretectasis. Las radiografías deben incluir placas laterales, pues en ocasiones el desplazamiento es en sentido anteroposterior. Emmett,⁴ considera que el estudio urológico proporcionó datos de importancia diagnóstica en el 72.5 por ciento de los tumores retroperitoneales estudiados en la Clínica Mayo (figs. 11 y 12).

El estudio radiológico digestivo que debe incluir cuidadosa observación fluoroscópica y toma de placas en diversas incidencias permite observar la invasión directa o el rechazamiento de los órganos digestivos, que demuestra con claridad

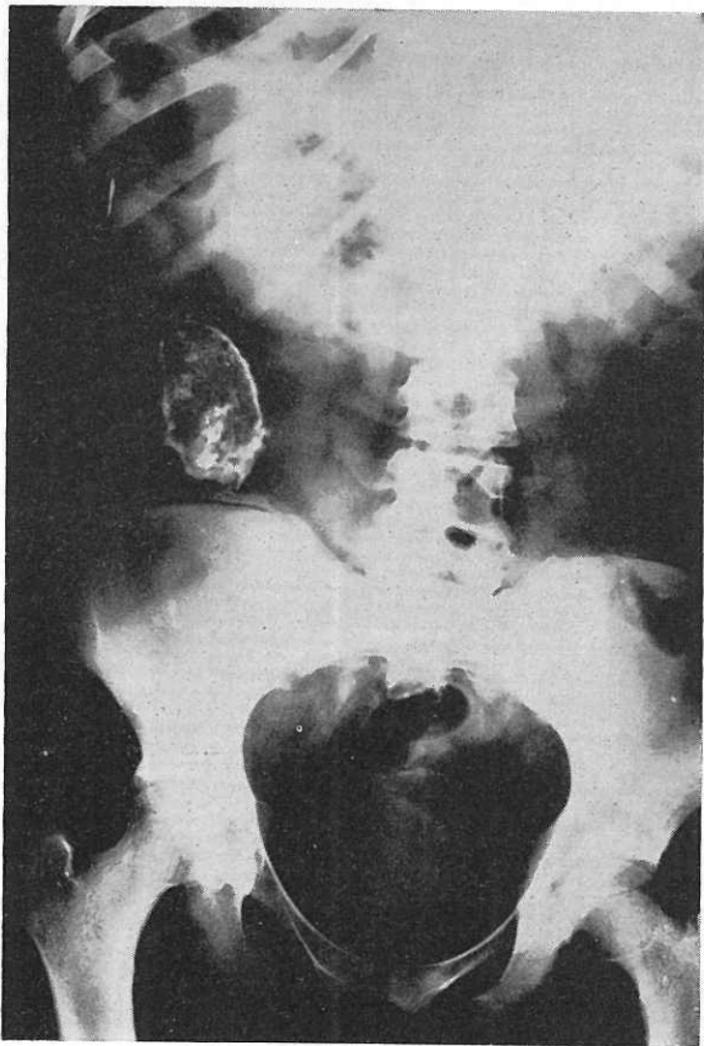


FIG. 8. Placa simple de abdomen. Teratoma calcificado.

la situación y tamaño del tumor así como el grado de invasión del órgano estudiado (figs. 13, 14, 15 y 16).

El estudio radiográfico del tórax permite observar la elevación diafragmática, el hidrotórax o las metástasis pulmonares.

El cuadro 1 muestra el resultado de los estudios practicados en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición. Debe mencionarse que varios de los pacientes fueron internados en estado de suma gravedad y murieron antes de que fuera posible completar su estudio.

CUADRO 1
ESTUDIOS RADIOLÓGICOS

<i>Estudio</i>	<i>Estableció diagnóstico</i>	<i>Estableció sospecha</i>	<i>Normal</i>	<i>Total</i>
P.S.A.	3	11	6	20
S.G.D.	7	1	7	15
Trans. Intest.	2	4	7	13
Colon	1	9	6	13
Urografías	6	5	5	16
Retroneumoperitoneo	2			

El conjunto de estudios radiológicos fue capaz de establecer correctamente el diagnóstico con el 67 por ciento de los pacientes estudiados, pero además estableció la sospecha de tumor retroperitoneal en un 30 por ciento adicional.

Datos de laboratorio. Ninguno de los estudios de laboratorio que fueron practicados presentó especificidad. Nos llamó la atención la frecuencia con la que la citología hemática evidenció anemia, leucocitosis, neutrofilia y linfopenia. Cuadro 2.

CUADRO 2
ESTUDIO HEMOCITOLÓGICO

Total de casos	32
Anemia	25
Leucocitosis	15
Neutrofilia	16
Linfopenia	12

DATOS ANATOMOPATOLÓGICOS. En todos nuestros pacientes se contó con tejido tumoral para estudio histopatológico. En 24 casos el tejido fue obtenido por biopsia y en 8 mediante estudio necrópsico.

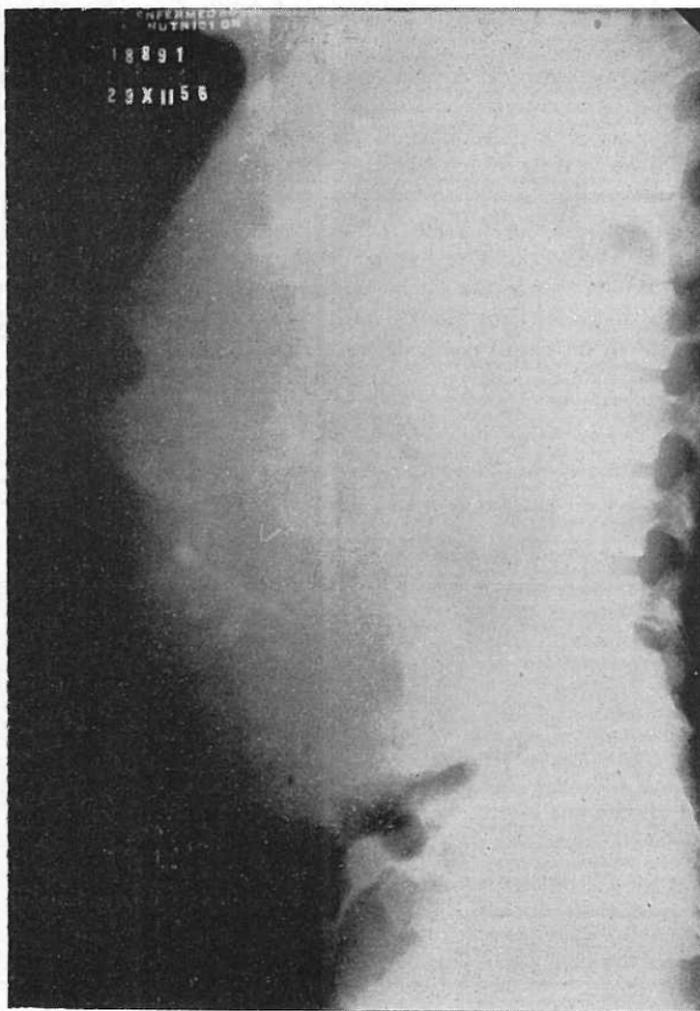


FIG. 9. Placa simple de abdomen. Posición lateral. Liposarcoma que desplaza el estómago hacia adelante y ulcera la pequeña curvatura.

Los tumores retroperitoneales tienen características comunes a todos ellos, que explican su comportamiento clínico y su elevada inoperabilidad, morbilidad y mortalidad.

Por lo extenso y laxo del espacio retroperitoneal los tumores situados en esta región pueden fácilmente crecer hacia adelante, desplazando e invadiendo órganos vecinos, antes de producir síntomas que conduzcan a una correcta investigación médica. Si además tomamos en cuenta que la mayoría de ellos tienen características de malignidad, es fácil comprender porqué cuando llegan al quirófano, han invadido órganos vitales, y por lo tanto son inoperables.

Numerosas clasificaciones se han empleado para su estudio, la mayoría de ellas insatisfactorias.⁵ A causa de la variedad de tejidos presente, pueden encontrarse casi todos los tipos histológicos de tumor. Por ello, decidimos agrupar nuestros casos en un simple orden de frecuencia. Cuadro 3.

CUADRO 3

TUMORES RETROPERITONEALES

Hospital de Enfermedades de la Nutrición

1946 - 1960

<i>Tumores malignos</i> (28)	
Leiomioma	2
Sarcoma neurogénico	1
Rabdomioma	1
Liposarcoma	3
Linfosarcoma	4
(Linfomas linfocítico y linfoblástico)	
Linfoma de células reticulares	4
(Reticulosarcoma)	
Linfoma de Hodgkin	4
Linfoma mixto	1
(Hodgkin y de células reticulares)	
Carcinoma indiferenciado	4 (1 de epiplón)
Carcinoma embrionario	1
Disgerminoma	1
Seminoma	1
Simpaticoblastoma	1
<i>Tumores benignos</i> (4)	
Teratoma	2 (1 de epiplón)
Condroma	1
Fibroleiomioma	1

TRATAMIENTO. En todo paciente con tumor retroperitoneal, debe practicarse exploración quirúrgica, que permite determinar la operabilidad de la lesión y cuando el tumor sea extirpable, la biopsia del mismo.

El tratamiento de elección consiste en la correcta y total extirpación quirúrgica, seguida, en casos susceptibles, por la administración de radioterapia y/o quimioterapia.

Mayor énfasis debe ser puesto en la oportunidad del diagnóstico dado que mientras más precozmente sea establecido, las lesiones serán de menor tamaño y más asequibles al tratamiento quirúrgico.

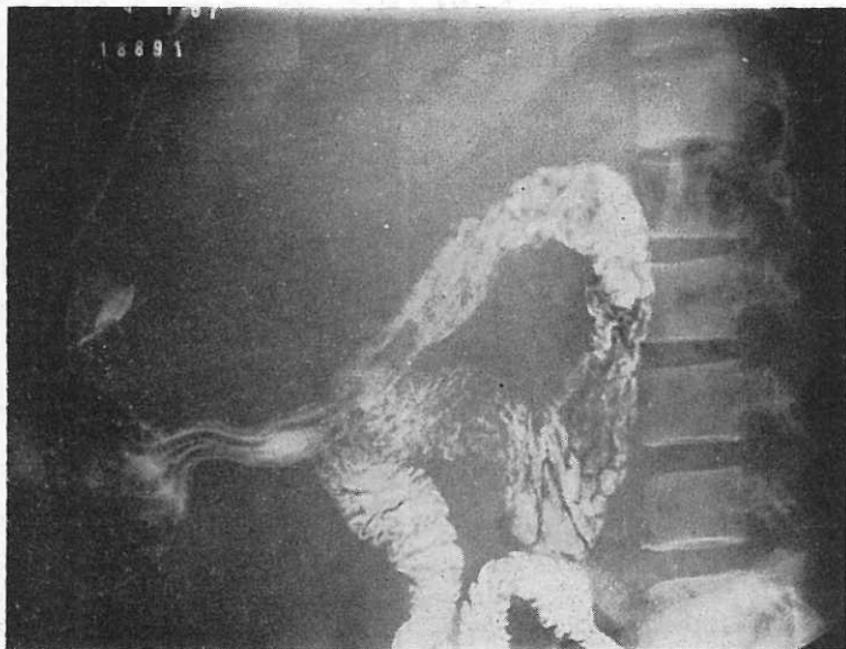


FIG. 10. S.G.D. del mismo paciente de la fig. 9. Liposarcoma. Nótese el rechazamiento del estómago hacia adelante, la elongación del duodeno y la úlcera en la pequeña curvatura.

Debido a lo tardío del diagnóstico, estos tumores habitualmente son inoperables. En todos los estudios publicados el porcentaje de enfermos que pudieron ser sometidos a cirugía radical es pequeño,^{1, 6, 7, 8} oscilando entre el 7 y 36 por ciento. Además, solamente un pequeño grupo es susceptible de ser tratado por métodos no quirúrgicos, con alguna posibilidad de curación.

Cuando el tumor puede ser correctamente extirpado, las posibilidades de

curación tampoco son muy buenas, pues existe un índice de recurrencia que llega a ser del 50 por ciento.

Ya hemos mencionado, que la amplitud y laxitud del espacio retroperitoneal es uno de los factores que impiden el diagnóstico oportuno. A ello hay que agregar el hecho de que los importantes vasos sanguíneos que tienen su origen en la aorta abdominal proyectan el espacio retroperitoneal hacia adelante a lo largo de los mesos intestinales. Estas arterias tienen fijeza posterior y son precozmente invadidas, haciendo imposible la resección.

Una correcta exposición quirúrgica es factor que facilita o dificulta la extirpación de estos tumores. Numerosas vías de acceso han sido descritas^{1, 3, 9} y todas ellas ofrecen ciertas ventajas particulares.

Una meticulosa revisión de la historia clínica, datos de palpación y datos radiológicos, permite conocer con relativa exactitud el sitio y la invasión del tumor, factores que deben decidir el tipo y la amplitud de la vía de acceso.

Solamente 24 de nuestros casos fueron sometidos a exploración quirúrgica. Las incisiones empleadas pueden observarse en el cuadro 4.

CUADRO 4

VÍAS DE ACCESO OPERATORIO

Laparotomía media	7
Laparotomía media izquierda	6
Laparotomía paramedia derecha	3
Lumbolaparotomía izquierda	3
Lumbotomía	3
Sub-costal izquierda	1
Toracolarparotomía	1

La incisión más empleada fue la laparotomía media y las laparotomías paramedias. Estas incisiones ofrecen un fácil acceso a los pedículos de las vísceras abdominales, facilitando la extirpación cuando esta es posible. Además, en los tumores situados en la región media del abdomen, la incisión puede ser fácilmente ampliada hacia abajo o arriba según se considere necesario.

Tumores situados en la parte alta, sub-diafragmática del abdomen, deben ser atacados por medio de toracolarparotomías que ofrecen la amplitud necesaria para diseccionar correctamente las estructuras invadidas.

Los tumores situados en la profundidad de la pelvis habitualmente son atacados a través de una incisión media o paramedia infraumbilical y muy excepcionalmente por vía posterior.

El único procedimiento quirúrgico posible en 17 casos, fue la exploración

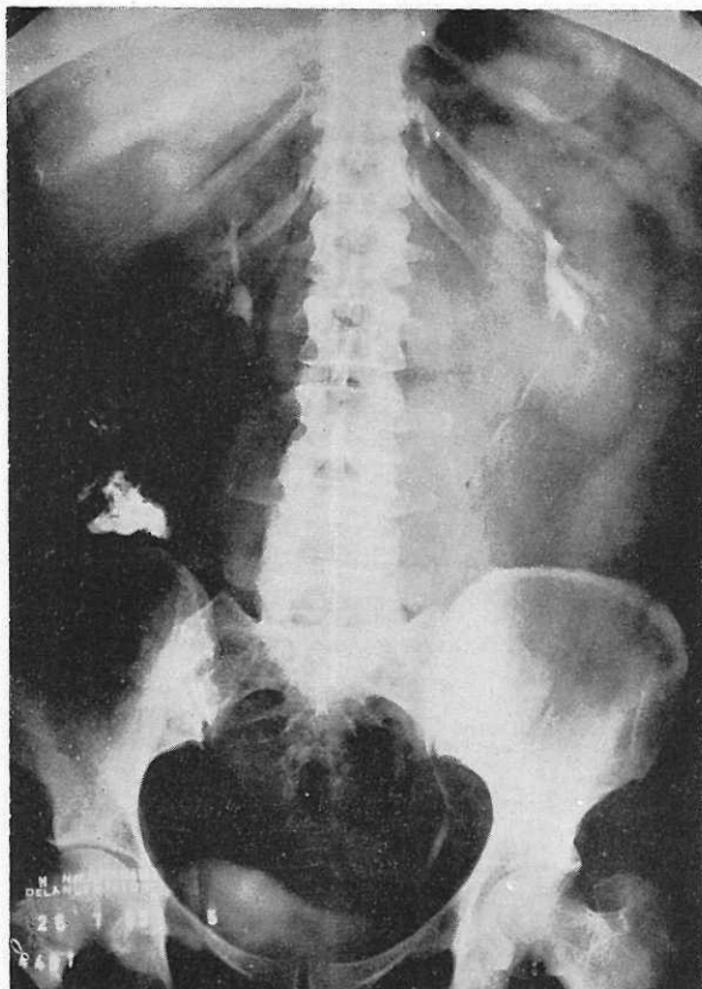


FIG. 11. Urografía excretora. Linfoma. Nótese el desplazamiento del riñón y uretero izquierdo.

y biopsia del tumor. Todos ellos fueron considerados inoperables debido a su tamaño e invasión de estructuras vitales, principalmente los vasos sanguíneos posteriores y órganos vecinos.

En cuatro casos fue posible resecar el tumor en forma parcial. Con frecuencia estos tumores presentan numerosas lobulaciones, lo que sugiere un origen multicéntrico, y explica la extirpación parcial y la frecuente recidiva, aún en aquellos casos en los que el cirujano considera haber hecho una resección total.

En solo tres pacientes fue posible practicar una extirpación completa del tumor. Debe mencionarse que dos de ellos fueron teratomas, bien encapsulados y clasificados como benignos. Un solo caso de tumor maligno, un seminoma originado en un testículo ectópico, pudo ser correctamente extirpado. Cuadro 5.

CUADRO 5

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Número de casos operados	24
Biopsia	17
Resección parcial	4
Resección total	3
Resección total en solo 12.5 por ciento	

CUADRO 6

MORBILIDAD Y MORTALIDAD OPERATORIA

Obstrucción intestinal	2
Infección en la herida	2
Peritonitis	1
Neumonía	11
Hemorragia digestiva	2
Muertes	5
Mortalidad operatoria 21 por ciento	

RESULTADOS

El análisis global de los resultados obtenidos en el tratamiento de los tumores retroperitoneales, carece de valor, debido a lo diferente de estructura histológica y por ello cada tipo de tumor, es analizado individualmente en los cuadros 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 15.

Debe mencionarse, que en nuestro medio debido al elevado número de pacientes que deserta la consulta externa y no pueden ser localizados, es imposible valorar correctamente los resultados obtenidos.

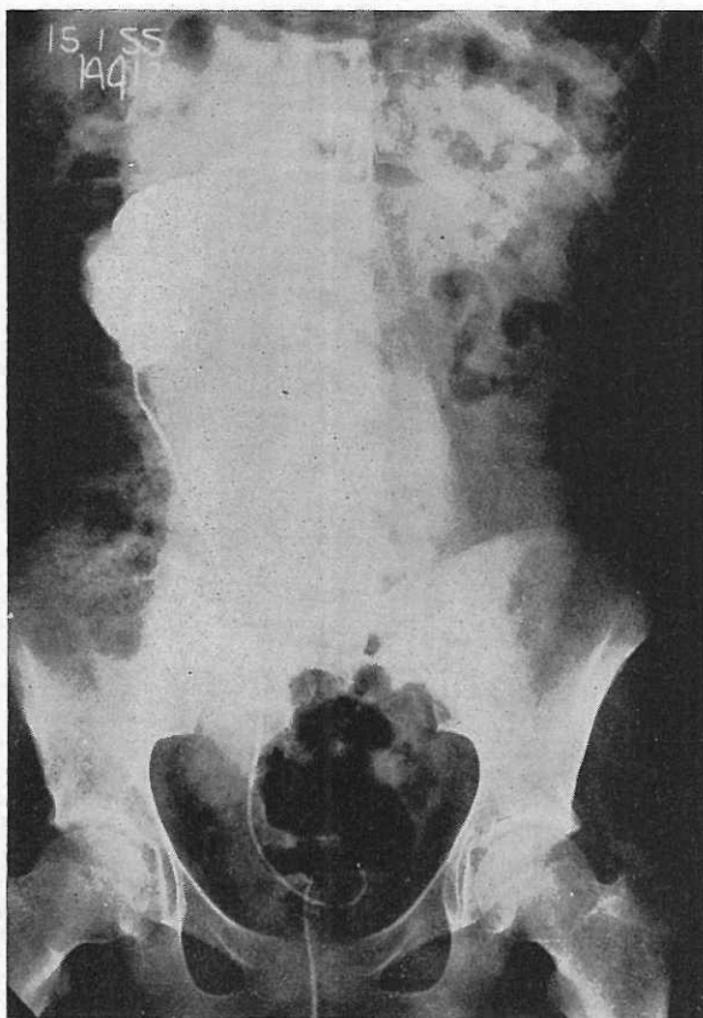


FIG. 12. Pielografía ascendente. Rabdomiosarcoma que produce hidronefrosis y desplazamiento del riñón derecho.

TUMORES RETROPERINEALES

LEIOMIOSARCOMA

<i>Caso N°</i>	<i>Características macroscópicas</i>	<i>Invasión directa a:</i>	<i>Metástasis a:</i>
1	Tumores duros, lobulados,	Duodeno Páncreas Yeyuno	Hígado
9		Duodeno Páncreas	Hígado
11		Duodeno Páncreas Hígado Riñón Suprarrenal	Ganglios regionales Pulmón Hígado

RABDOMIOSARCOMA

<i>Caso N°</i>	<i>Características macroscópicas</i>	<i>Invasión directa a:</i>	<i>Metástasis a:</i>
30	Tumor de gran tamaño, originario en psoas duro, fibroso, de color oscuro, con franco carácter invasor.	Vejiga Ureteros Recto Sigmoides	

Fue operado tomándose biopsia. Recibió tratamiento con bomba de cobalto. Desertó la consulta externa.

CARCINOMA EMBRIONARIO

15	Tumor duro, lobulado, irregular.	Estómago Páncreas Vasos posteriores	Ganglios regionales Mediastinales Auxiliares Pulmón Hígado Epiplón Suprarrenal Mamas
----	----------------------------------	---	---

Falleció durante su estudio. Se practicó autopsia.

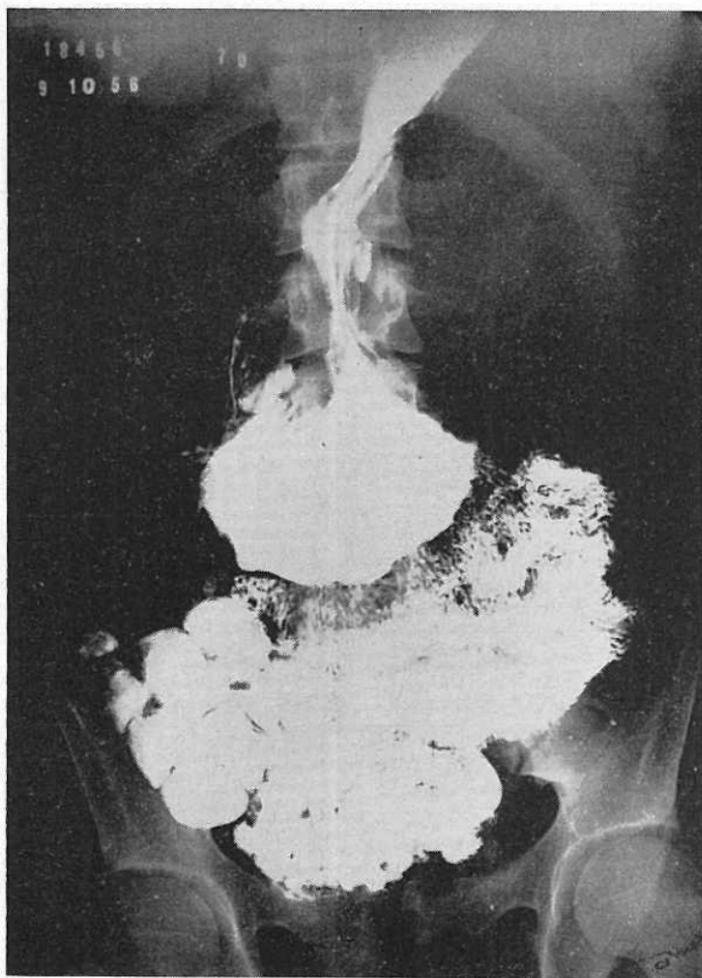


FIG. 13. S.G.D. Liposarcoma. Nótese el rechazamiento y ulceración del estómago.

TUMORES RETROPERINEALES

LINFOSARCOMA

<i>Caso N°</i>	<i>Características macroscópicas</i>	<i>Invasión directa a:</i>	<i>Metástasis a:</i>
5	Enormes tumores blandos, de color amarillento, con franco carácter invasor. Uno de ellos pesó 9.5 Kg.	Estómago Páncreas Colédoco	Ganglios regionales Mediastinales Axilares Pulmón
12		Estómago Páncreas Yeyuno Colon Hígado Riñón Suprarrenal Psoas Hueso iliaco	Ganglios regionales Endocardio Tiroides Pleura
28		Colon Vértebras Vasos posteriores	

Solamente uno pudo ser operado tomándose biopsia. Desertó la consulta externa. Dos casos murieron en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición y se practicó autopsia. La causa inmediata de la muerte fue en un caso bronconeumonía y en el otro peritonitis aguda secundaria a perforación gástrica.

(Linfomas linfoblástico y linfocítico)

<i>Caso N°</i>	<i>Características macroscópicas</i>	<i>Invasión directa a:</i>	<i>Metástasis a:</i>
	blanquecinos con franco carácter invasor. Todos alcanzaron gran tamaño.	Estómago Páncreas Colon Riñón Suprarrenal	
3		Raíz de mesenterio y mesocolon Vasos posteriores	
23		Duodeno Páncreas	Ganglios regionales
32		Raíz de mesenterio Mesocolon	Ganglios regionales

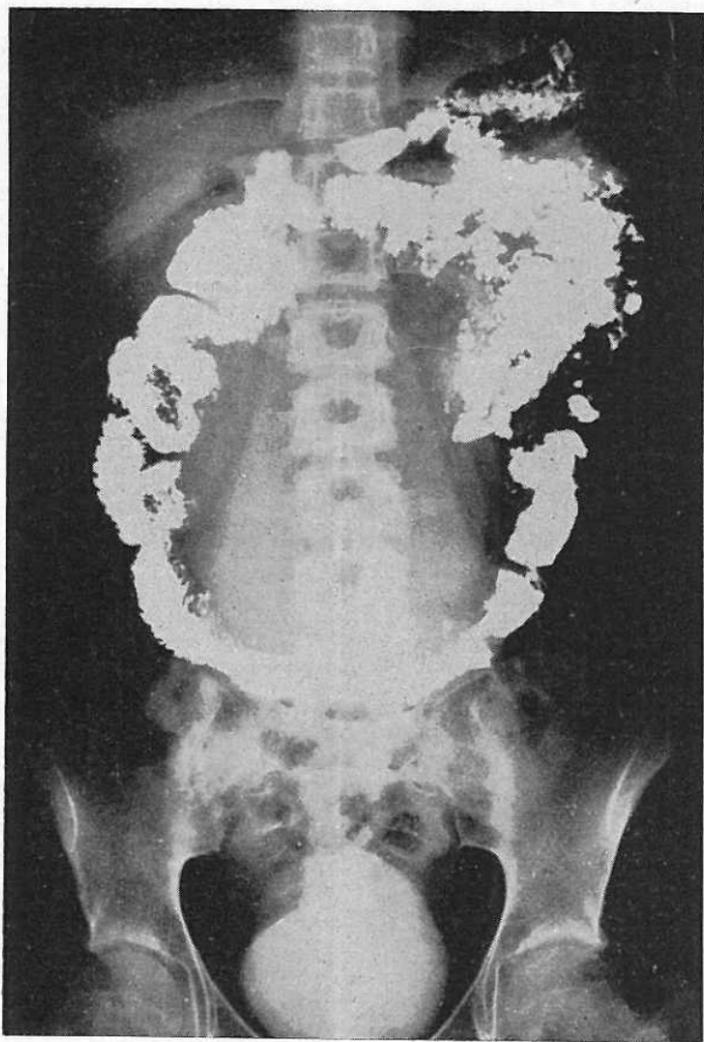


FIG. 14. S.G.D. y tránsito intestinal. Disgerminoma. Nótese el rechazamiento de las asas intestinales.

Todos fueron operados. Se tomó biopsia. Uno murió en el postoperatorio y la autopsia demostró hemorragia digestiva profusa.

Tres pacientes recibieron tratamiento con bomba de cobalto y quimioterapia. Sobrevivieron 6, 4 y 1 años. Dos de ellos se encuentran vivos al escribir este trabajo.

TUMORES RETROPERINEALES

LINFOMA DE CÉLULAS RETICULARES

Caso N°	Características macroscópicas	Invasión directa a:	Metástasis a:
7	Tumores duros, blanquecinos con franco carácter invasor.	Riñón Suprarrenal Raíz de mesos	
16		Riñón Suprarrenal Vértebras	Ganglios regionales
17		Estómago Duodeno Páncreas Hígado Bazo	Ganglios regionales Mediastinales Axilares
19		Yeyuno Vasos posteriores	

Solamente uno pudo ser operado y se le hizo resección del tumor. En dos que murieron se practicó autopsia. Uno murió por peritonitis secundaria a perforación. El otro por trauma ocasionado por caída de la cama.

El paciente operado fue sometido a tratamiento con bomba de cobalto. Cuatro meses después y en buenas condiciones generales desertó la consulta externa.

LINFOMAS
(Hodgkin)

2	Tumores duros, lobulados, blanquecinos, con franca tendencia invasora.	Estómago Duodeno Páncreas Colon Yeyuno Bazo Vasos posteriores	Ganglios regionales Mediastinales Inguinales Auxiliares
27		Yeyuno Mesos	

Todos fueron operados. Se tomó biopsia. Uno murió y fue autopsiado. No se determinó la causa inmediata de la muerte. Los otros dos recibieron tratamiento con bomba de cobalto y desertaron la consulta externa, uno y seis meses después.

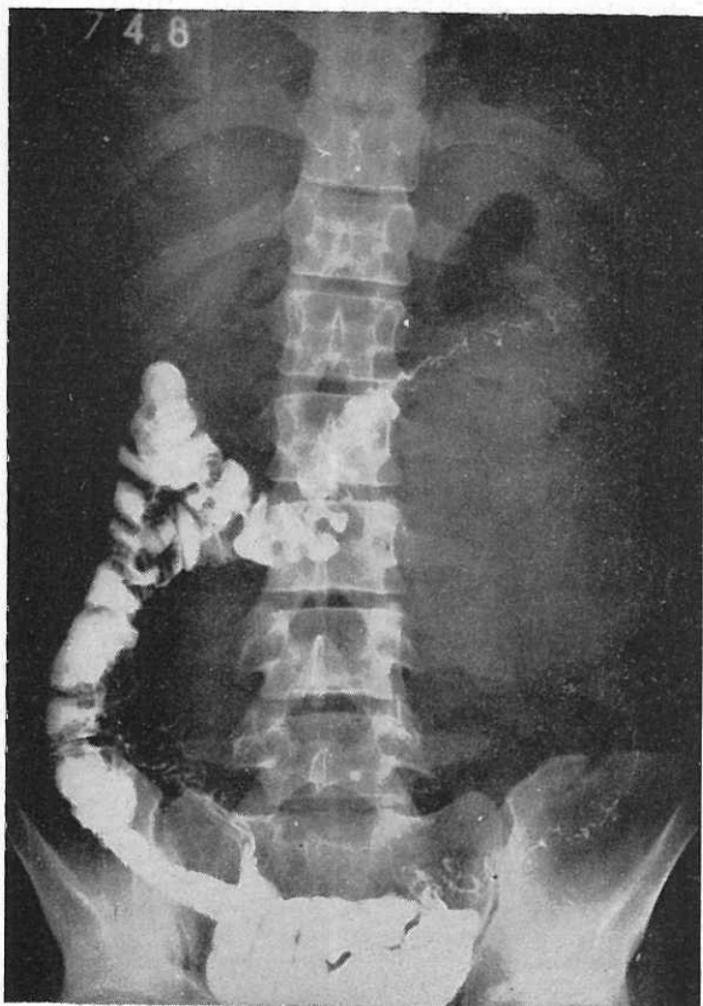


FIG. 15. Colon por enema, Sarcoma. Nótese el desplazamiento del colon transverso hacia arriba.

TUMORES RETROPERINEALES

LIPOSARCOMA

<i>Caso N°</i>	<i>Características macroscópicas</i>	<i>Invasión directa a:</i>	<i>Metástasis a:</i>
10		Yeyuno Colon descendente	Ganglios regionales
8		Estómago Yeyuno Colon transverso	

LINFOMA MIXTO

14		Bazo	Ganglios regionales
----	--	------	---------------------

CARCINOMA INDIFERENCIADO

18	Tumores duros, de gran tamaño, de color grisáceo o café, irregulares, con gran tendencia invasora. No se encontró tumor primario en ninguna otra región del cuerpo.	Peritoneo	
21		Estómago Duodeno Colon transverso	
25		Psoas Vasos iliacos	
29	Tumor originario.	Colon Yeyuno Raíz de mesenterio	

Todos fueron operados. Se tomó la biopsia en tres. Se practicó resección parcial en uno. Sobrevivió tres años y medio. Tres de ellos desertaron la consulta externa pocos meses después de operados. Sus condiciones eran muy malas.

DISGERMINOMA

26	Tumor lobulado, duro, firme de color rojizo, con franco carácter invasor.	Vasos posteriores Vértabras	
----	---	--------------------------------	--

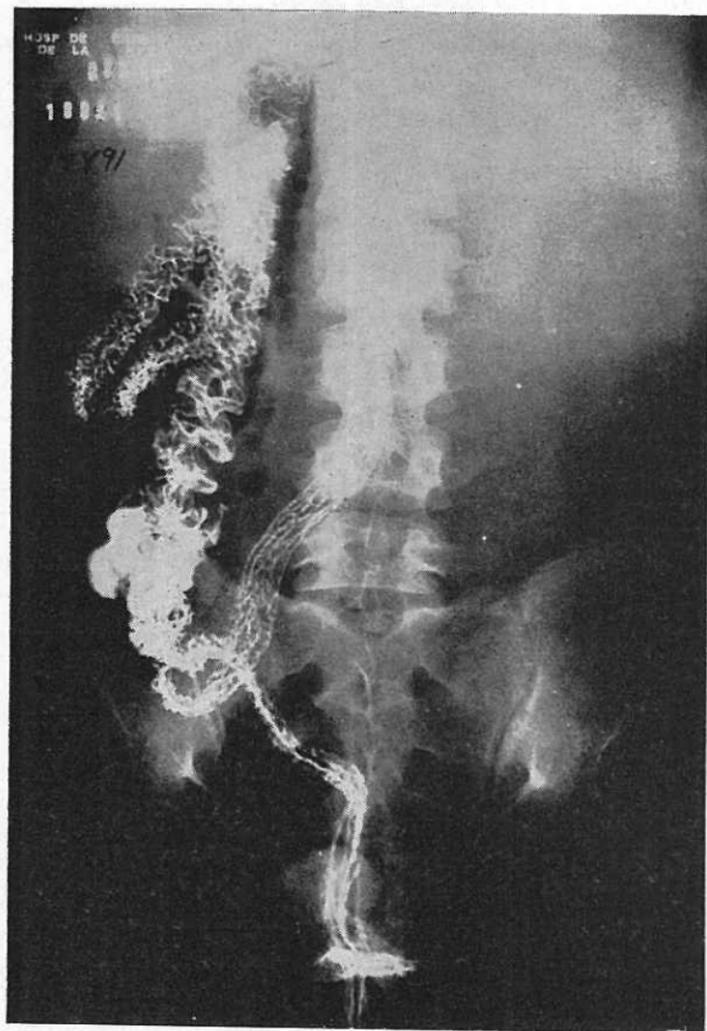


FIG. 16. Colon por enema. Liposarcoma. Nótese el rechazamiento del colon izquierdo hacia la derecha.

TUMORES RETROPERINEALES
SIMPATICOBLASTOMA

Caso Nº	<i>Características macroscópicas</i>	<i>Invasión directa a:</i>	<i>Metástasis a:</i>
24	Enorme tumor, duro, irregular carácter invasor.	Estómago Vasos posteriores	

SEMINOMA

20	Tumor blanquecino, bien encapsulado situado en raíz de sigmoides.		
----	---	--	--

Fue operado: Resección total del tumor. Desertó la consulta externa.

TERATOMAS

2	Tumor duro, lobulado, bien encapsulado, calcificado.		
22	Tumor de epiplón, duro, lobulado, bien encapsulado.		

En los dos casos se practicó resección total del tumor. Uno fue estudiado durante un año encontrándose asintomático en su última consulta.

CONDROMA

6	Pequeño tumor situado en la vecindad de los cuerpos vertebrales.		
---	--	--	--

Fue operado tomándose biopsia. Vive en excelente estado de salud.

FIBROLEIOMIOMA

31	Extenso tumor, duro, fibroso, firmes, con franca tendencia invasora.	Psoas Colon Vasos iliacos Uretero	
----	--	--	--

Este paciente había sido sometido previamente a dos resecciones parciales. En el Hospital de Enfermedades de la Nutrición se practicó resección parcial, fue necesario extirpar el riñón izquierdo y el colon descendente. Un año después fue reinternada por recurrencia.

RESUMEN

1. En el Hospital de Enfermedades de la Nutrición durante los años comprendidos entre 1946 y 1960 se estudiaron 30 casos de tumor primario de la región retroperitoneal y dos casos de tumor primario del epiplón mayor.

2. Estas historias clínicas fueron cuidadosamente analizadas estudiándose los aspectos anatómicos, clínicos, de laboratorio, Rayos X, patología y problemas quirúrgicos.

3. La frecuencia de los tumores de la región retroperitoneal fue de 1 caso en cada 1,250 pacientes registrados en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición.

4. Diecinueve tumores fueron encontrados en pacientes del sexo masculino, uno de ellos benigno. 13 tumores fueron encontrados en el sexo femenino, tres de ellos benignos. Todas las edades de la vida estuvieron representadas en este grupo de enfermos, existiendo ligero predominio durante la cuarta década.

5. La existencia de dolor abdominal, la palpación de una masa y notable ataque al estado general fue la triada sintomática característica de estas neoplasias.

6. El examen físico generalmente reveló la presencia de un gran tumor abdominal, duro y fijo.

7. Numerosos estudios radiológicos son necesarios para poder precisar el sitio y las características de estos tumores, que se manifiestan principalmente por desplazamientos e invasión de órganos vecinos. Los estudios radiológicos practicados establecieron el diagnóstico en el 67 por ciento de los pacientes estudiados, pero además establecieron la sospecha de tumor retroperitoneal en un 30 por ciento adicional.

8. Las características patológicas de los diversos tipos de tumor encontrados es analizada. La invasión a órganos vecinos, las metástasis distantes, así como el tipo de tratamiento efectuado y los resultados obtenidos, es presentada en forma individual para cada tipo histológico de tumor.

9. Solamente fue posible practicar resección total del tumor en el 12.5 por ciento del total de casos estudiados, pero en la mayoría de estos, la lesión neoplásica fue de tipo benigno.

10. Se hace mención a la elevada morbilidad. La Mortalidad operatoria fue de 21 por ciento.

REFERENCIAS

1. Pack, G. T. y Tabah, E. J.: *Primary Retroperitoneal Tumors Abstracts of Surgery*, 99:209, 1954.
2. Alvarez I. J, Jesús: *Tumores Retroperitoneales en Woolrich J.* Urología. Impresiones Modernas, México, D. F., 1960.
3. Newmann, H. R. y Pick, B. D.: *Primary Retroperitoneal Tumors*. Arch. Surg. 60: 879, 1950.
4. Schulte, T. L. & Emmett, J. L. *Urography in the Differential Diagnosis of Retroperitoneal Tumors*. J. Urol. 42:215-219, 1939.
5. Ackerman, L. V.: *Tumors of the Retroperitoneum, Mesentery and Peritoneum Armed Forces Institute of Pathology*. Washington, D. C., 1954.
6. Andrews, C. B.: *Primary Retroperitoneal sarcoma*. S. C. & O. 36:480, 1923.
7. Judd, E. S. y Larson, L. M.: *Retroperitoneal Tumors*. Surg. Clinic. North Amer. 13:823, 1933.
8. Donnelly, B. A.: *Primary Retroperitoneal Tumors*. S. G. & O. 83:705, 1946.
9. Tidrick, R. T. & Goldstein, M. S.: *Surgical Treatment of Retroperitoneal Tumors*. Arch. Surg. 70:203, 1955.