

## COMENTARIO AL TRABAJO DEL DR. SOLÍS SOBRE TUMORES PRIMARIOS DE LA REGION RETROPERITONEAL

DR. HORACIO ZALCE

LA COMUNICACIÓN que acaba de presentar a nuestra consideración el Dr. Solís es particularmente interesante, tanto desde el punto de vista de la mera cantidad —ya que en esta sola revisión más que duplica la casuística entera de la literatura nacional— como de la calidad conceptual y de trabajo, tanto más cuanto que ha excluído a las vísceras del espacio retroperitoneal, que son el más importante vector de tumoraciones de dicho espacio.

Como oncólogo, sin embargo, soy particularmente sensible a que nos haya omitido de la enumeración hecha por él en el tercer párrafo de su presentación.

Creo que la limitación anatómica que concede al espacio en cuestión se completaría ventajosamente señalando como su límite externo la vertical levantada sobre la mitad de la cresta ilíaca, que gruesamente corresponde a la porción aponeurótica del transversal del abdomen.

Como el Dr. Solís, pienso que la frecuencia de tumores autóctonos de la región que nos ocupa es baja, aunque en términos generales no tanto como el análisis de la literatura lo hiciera pensar, ya que, desafortunadamente, los médicos mexicanos somos más bien remisos en la publicación de casos personales o institucionales, y aquí una vez más el trabajo del Dr. Solís es meritorio en la medida en que constituye estímulo para el estudio y publicación de casos de estos tumores, no tan olvidados cuanto víctimas de injustamente exigua atención profesional y académica.

En la Unidad de Cancerología del Hospital General, sin embargo, no ha habido, de 1945 a la fecha, sino una escasa media docena de casos que cumplan los *desiderata* marcados por el Dr. Solís, y en mi práctica privada no he tenido sino cuatro en el mismo período. En cambio en el Hospital Infantil el número de casos se eleva, fundamentalmente por los neuroblastomas, ganglioneuromas

\* Leído en la sesión del 28 de junio de 1961.

y simpaticoblastomas, pero no llegan, ni con mucho, al 15 por ciento mencionado, como dato de literatura, por el ponente y me pregunto, —y a él también— si este porcentaje está calculado sobre el total de admisiones o simplemente sobre el de neoplasias.

Los tumores retroperitoneales, benignos o malignos, no tienen lenguaje clínico propio, y apenas si en fase tardía el ataque al estado general señala hacia una posible naturaleza maligna, no específica de por sí para ninguna localización. Estóy, pues, de acuerdo en la descripción del cuadro clínico y me parece conveniente enfatizar que estas manifestaciones, integradas en una tríada, son índice de un grado avanzado en la evolución de la neoplasia. En esta fase me parece de particular valor propedéutico, y en el que se debe hacer hincapié, el hecho de que la masa palpable profundamente en el abdomen clínico, —que no anatómico— no sigue el descenso que el diafragma imprime a las vísceras abdominales durante la inspiración. Añadiría yo la frecuente sensación de llenura mal definida en la fosa lumbar correspondiente.

Es importante cumplir con los requisitos de exploración radiológica que él señala, y el interés en que se lleve al cabo en todo enfermo, institucional o privado, si se quiere completar en forma precisa el diagnóstico y, por ende, estar mejor preparado para la planeación inteligente de un tratamiento adecuado.

Por nuestra reducida experiencia nacional, ampliamente complementada por la adquirida en instituciones extranjeras, creemos, sin embargo, que el retroneumoperitoneo tiene más valor que el aparentemente concedido por el Dr. Solís, en el trabajo que me ocupa, así como el desplazamiento de órganos normales o pacificables. Desplazamiento, compresión extrínseca e invasión serían fases progresivas de ensombrecimiento pronóstico.

Los seis primeros estudios propuestos nos informan de la situación regional. El séptimo, además, de la posible diseminación a distancia y por ello de la incurabilidad operatoria de un caso dado, ante la presencia de metástasis pulmonares.

De la lectura de los tipos histopatológicos encontrados, resulta de inmediato que, a pesar de la infinita variedad posible, los casos estudiados caen dentro de tres grandes grupos: sarcomas (indiferenciado, rabdomio y liposarcoma), linfomas (3 sin clasificar, linfo y reticulosarcoma), y embrionarios (carcinoma embrionario, seminoma, disgerminoma). El carcinoma indiferenciado se presta difícilmente a ser explicado de no invocarse metaplasia tisular o metástasis de un primario no determinado, ya que excepción hecha del componente epitelial de los teratomas o de las vísceras que ocupan el espacio retroperitoneal, normalmente no se encuentra tejido epitelial en esta región.

En lo que hace al tratamiento, así como a los resultados y por tanto a pronóstico, la aseveración del Dr. Solís me parece de una validez absoluta: la Cirugía

es el método curativo primordial en términos absolutos para los tumores benignos y el de mayores probabilidades curativas para los malignos. Pero hay algunas consideraciones que me parece pertinente hacer.

En primer término me referiré a las vías de acceso. En las tumoraciones de la mitad superior la vía de elección es la toraco-abdominal; en las de la mitad inferior, la laparotomía (media, paramedia o subcostal con prolongación hacia abajo a partir de su extremidad externa). Pero siempre se seguirá, combinado o simple, el abordaje anterior. La lumbotomía no debe hacerse nunca si se sospecha tumor retroperitoneal maligno, ya que va contra las reglas oncológicas de a) exploración de cavidad peritoneal, hígado, etc., investigando metástasis; b) exploración y manejo temprano de los elementos vasculares; c) valoración adecuada del grado de invasión o indemnidad de órganos vitales, cosas estas o imposibles o muy difíciles de usarse el abordaje lumbar.

En segundo término, el concepto de operabilidad en función de las dimensiones del tumor. El gran tamaño, de por sí, nunca debe ser elemento que detenga al cirujano. El que habla operó y extirpó dos casos en que, por laparotomía, el tumor se había calificado, por su volumen, de inextirpable. Mediante toracoparotomía se pudo determinar que, no invadiendo el tumor la aorta, el único órgano secundariamente invadido era el riñón izquierdo, que se resecó en bloque con el tumor.

El tercer punto a comentar es el de la invasión a los vasos. La gran mayoría de los tumores se originan en la canaladura lumbar posterior o sobre el psoas, por lo que la invasión comenzaría por el borde externo de los grandes vasos. Por otra parte, la arteria se deja invadir menos temprana y fácilmente que la vena, por lo que la resección de tumores del lado derecho va acompañada de mayor dificultad y riesgo de hemorragia. En el lado izquierdo, además de la relativa ventaja en su manejo que presenta la aorta, hay el hecho favorable de que es por la cara anterior del vaso que emergen las colaterales importantes desde el punto de vista quirúrgico, ya que la renal izquierda puede ser sacrificada así como la mesentérica inferior o sus ramas.

En la casuística del Dr. Solís es evidente la baja proporción de resecabilidad en los casos de tumor maligno, en tanto que la de enfermos sometidos a exploración operatoria es alta. Esto refleja el hecho de que el enfermo que acude al Hospital de la Nutrición es de nivel educacional más alto que el que ocurre al Hospital General (se deja operar), pero menos que el de la práctica privada, en donde la proporción de tumores extirpables es mayor (fase más temprana).

En lo que hace a resultados, me parece muy juiciosa su actitud para valorarles y el énfasis que pone en el elevado número de enfermos que desertan la Consulta Externa, factor que hace negativo cualquier esfuerzo estadístico serio. Por otra parte, los tumores retroperitoneales comportan siempre un pronóstico grave por su alto porcentaje de recidivas, tal como el Dr. Solís menciona. Ade-

más, existe el hecho anatómico que imposibilita o reduce casi a la nada la realización de uno de los desiderata de la cirugía oncológica aplicada a los tumores de partes blandas: el margen tridimensional. En esta localización, más que en ninguna otra no es olvido sino necesidad lo que lleva al cirujano a buscar planos de despegamiento, mal necesario cuando se trabaja en lo que es prácticamente un espacio virtual.

Esta dificultad se traduce en forma evidente en las cifras publicadas recientemente por el Dr. James en una revisión de la literatura oncológica durante cinco años, en la que estudia en forma global los resultados obtenidos en casi todas las esferas orgánicas mediante el tratamiento, ortodoxo o no, y tomando como elemento de juicio la sobrevida neta de cinco años. Los tumores malignos de partes blandas de extremidad superior (78 casos) dio un 46 por ciento; los de extremidades inferiores (195 casos), 32 por ciento; los del tronco (120 casos) 50 por ciento; los retroperitoneales (149 casos) 16 por ciento.