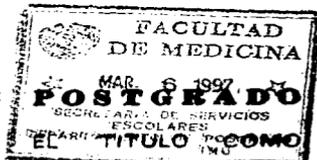




11209 18 Ri.  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**TUMORES RETROPERITONEALES  
PRIMARIOS**



**TESIS DE POSTGRADO**  
PARA OBTENER **EL TITULO COMO**  
**ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL**  
**P R E S E N T A :**  
**DR. MANUEL MARTIN CARAZO PRECIADO**



MEXICO, D. F.

FEBRERO 1997

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

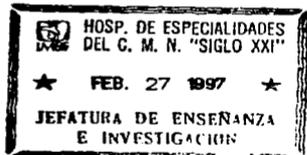
**ASESOR  
DR. PATRICIO SANCHEZ  
FERNANDEZ**



**JEFE DEL SERVICIO  
DR. ROBERTO BLANCO  
BENAVIDES**



**JEFE DE ENSEÑANZA  
DR. NIELS H. WACHER  
RODARTE**



## **AGRADECIMIENTOS.**

**A Dios.**

A quien ha sido mi guía espiritual y un ejemplo a seguir.

**A mis Padres.**

José Luis Carazo Vega "Arenero"(finado) quien con su comportamiento ejemplar y valentía en los momentos difíciles me guio a través del camino del bien.

Dolores Preciado Vda. de Carazo, quien con su dulzura y amor consoló mis momentos difíciles y me motivo a seguir adelante.

**A mi Esposa y su Familia.**

Rosa Luz Monreal de Carazo, quien me ha tolerado los sinsabores que otorga esta carrera y que día a día me ha ayudado a superarlos .Y a quien sería injusto solo dedicar estas líneas, sino debería dedicar un libro completo.

**A mis Hermanos y sus familias.**

Luis Ramón, José Luis, Francisco Víctor, Luis Alonso, Dolores Macarena, quienes sin guardar un orden de importancia han sido un ejemplo además de saber que cuento con ellos en forma incondicional.

**A mis Maestros.**

Quienes con sus enseñanzas tanto en HGZ y el CMN, me enseñaron lo que algún día será el sustento de mi familia.

**A mi Asesor.**

Dr. Patricio Sánchez Fernández, a quien considero un buen amigo.

**Y por último dedicó esta tesis a:**

**Mi Hija.**

Maria de La Luz Carazo Monreal, quien llevo hace 6 meses a esta vida y le dio nuevos bríos a mi corazón y que con su sonrisa angelical me dice te quiero.

## **INDICE.**

<b>CAPITULO</b>	<b>PAGINAS</b>
1) Antecedentes.....	1-3
2) Planteamiento del problema.....	4
3) Objetivos.....	4
4) Material y métodos.....	4
5) Resultados.....	5-9
6) Discusión.....	10-13
7) Conclusión.....	14
8) Bibliografía.....	15-16
9) Anexos	

## **ANTECEDENTES.**

La zona retroperitoneal es una área amplia que se extiende del tórax a diafragma pelviano, entre las crestas iliacas y las puntas de las duodécima costillas lateralmente. En esta región gran variedad de tejido tiene posibilidad de crecimiento ilimitado y producción de tumores. (1,2,4,10,11)

Para considerar a los tumores retroperitoneales primarios deben ser aquellas neoplasias que se originan en tejidos que ocupan el espacio retroperitoneal. Se desarrollan en forma independiente y no tienen conexión aparente con otros órganos o vasos grandes excepto por el tejido areolar; o sea los que se originan en la cresta urogenital embriológica y los del tejido conectivo, la grasa, la fascia, los músculos, los ganglios linfáticos y en los nervios simpáticos del espacio retroperitoneal.(8,10)

Dentro de la historia se reporta que los primeros estudios de tumores retroperitoneales primarios los realizó Pemberton, Whitlock y Morgani en 1761, siendo Lobstein en 1829

quien fué el primero en hacer una descripción macroscópica. en 1893 Kerss-Sseghi encontró 19 casos reportados agregando a estos 2 de su propia experiencia. Stele encuentra 61 casos y hace la descripción de los signos y síntomas. Posteriormente Donnelly en 1946. Herdman en 1953 y Pack y Tabha en 1954. son los que hacen los reportes de las series más grandes de su época. En 1965 Armstrong realiza una revisión de 41 casos. En 1954 Ackerman categorizo a los tumores malignos primarios del retroperitoneo de origen mesodermal incluyendo schwannoma. neuroblastoma. paraganglioma maligno y feocromocitoma maligno y tumores de origen de remanentes embriológicos: teratoma maligno primario y cordoma.(1.4.8.9.10.11)

Los tumores retroperitoneales primarios son raros con una incidencia reportada por Armstrong y Cohn del 0.004% de las internaciones hospitalarias y del 0.16% de las lesiones malignas atendidas en hospitales de Nueva Orleans. (1.10)

El principal síntoma de presentación es el dolor abdominal y el signo más frecuentemente hallado es el de masa abdominal palpable. También se menciona la pérdida de peso, masa palpable a la exploración ginecológica y tacto rectal, dolor de miembros inferiores acompañado de edema de miembros inferiores. (1,2,4,10,11)

Su incidencia mayor es hacia la 5ta y 6ta década de la vida con máximo de frecuencia a los 60 años, presentándose el 15% en mayores de 10 años. (10,11,15)

El diagnóstico principalmente se realiza por laparotomía exploradora y toma de biopsia, pero el estudio de gabinete de mayor utilidad es la tomografía axial computada de abdomen que nos ayuda a establecer la composición del tumor la ausencia o presencia de necrosis, con evidencias de metástasis hepáticas. (2,10,11,15)

El tratamiento consiste en manejo quirúrgico con resección de la tumoración, con ayuda de la radioterapia y la quimioterapia. (10,11,15,16)

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

¿Que importancia tiene el estudio de los tumores retroperitoneales primarios en el servicio de Cirugía Gastrointestinal del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI?

## **OBJETIVO.**

Analizar la frecuencia de tumores retroperitoneales primarios en el servicio de Cirugía Gastrointestinal del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

## **MATERIAL Y METODOS.**

Es un estudio longitudinal,descriptivo,retrospectivo que se realizo,en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XX,en el servicio de Cirugía Gastrointestinal.

Se revisaron los expedientes de 7 pacientes quienes fueron tratados en esta unidad con el diagnóstico de tumoración retroperitoneal primaria,en el periodo comprendido entre 1987 y 1997.

## **RESULTADOS.**

Cuatro hombres y tres mujeres con un rango de edad de entre 15 a 73 años y un promedio de 50.57 años:se realizo revisión de forma de presentación.modo diagnóstico.reporte histopatológico y terapéutica utilizada.

De los 7 casos se observo que en 5(71.4%) de los pacientes se sospechaba de tumoración retroperitoneal primaria antes de la intervención quirúrgica y en 2(28.5%)el diagnóstico fué realizado en el acto quirúrgico siendo ingresados al quirófano con los siguientes diagnósticos,uno por probable absceso hepático amibiano a descartar perforación intestinal por salmonella y el otro por una colección intrabdominal determinada.

El tiempo de presentación entre la enfermedad y las manifestaciones clínicas fué de 40 a 365 días con un promedio de 162.8 días(5.4 meses) caracterizado en su mayoría por sintomatología de tipo dolor abdominal en 5(71.4%)

pacientes.aumento del perímetro abdominal en 4(57.14%)  
pacientes.pérdida de peso en 3(42.8%) pacientes.

La signología se manifestó como masa abdominal palpable en 5(71.4%) pacientes.dolor de miembro inferior acompañado de edema del mismo en 1(14.28%) paciente.fiebre de hasta 39.5°C en 1(14.2%).(Gráfica 1.cuadro 1)

El diagnóstico se realizó en un inicio por sospecha en los datos de historia clínica,y se corroboraron con realización de tomografía axial computada.complementando con ultrasonido abdominal .urografía excretora.cavografía en 1 caso.

Los hallazgos tomográficos reportados en 5 pacientes fué de una tumoración que ocupaba el espacio retroperitoneal y que se podía originar del mismo.

De los siete casos encontrados en 6(85.7%) se realizó intervención quirúrgica de estos como se menciona en párrafos anteriores solo 4 ingresaron con diagnóstico de tumoración

retroperitoneal primaria.los otros 2(28.75%) casos fueron hallazgos transoperatorios.(Gráfica 2)

El caso en que no se realizo intervención quirúrgica fué diagnosticado por medio de TAC aunada a la USG con toma de biopsia de la tumoración por medio del ultrasonido.El reporte específico de la tomografía fué la presencia de múltiples ganglios retroperitoneales.en la cavografía se observo oclusión extrínseca de la cava inferior con gran cantidad de vasos colaterales.El reporte histopatológico de la biopsia realizada fué de linfoma de células grandes.motivo por el cual se decidió no intervenir y enviar a quimioterapia.

El manejo transoperatorio que se dio a los hallazgos de los pacientes que fueron sometidos a cirugía fué el siguiente.en 5(83.3%) se realizo toma de biopsia y solo en 1(16.6%) se realizo resección de la tumoración.(Gráfica 3)

Dentro de los reportes histopatológicos definitivos se mostró que en 4(57.14%) de los casos el hallazgo fué un linfoma de

células grandes.1(14.28%) se reportó como adenocarcinoma.1 (14.28%) más como hiperplasia linforeticular y otro (14.28%) fué un liposarcoma.(Gráfica 4.cuadro 2)

La mortalidad reportada de los 6 casos operados en el postoperatorio inmediato fué de 1(16.6%)caso secundario a problemas respiratorios.el reporte histopatológico de este paciente fué de adenocarcinoma moderadamente diferenciado con implantes peritoneales.

Al paciente en que se realizo resección completa del tumor su reporte histopatológico fué de liposarcoma mixoide retroperitoneal de 22cm que infiltraba a la corteza renal.Nefritis intersticial crónica focal.

Los 6 casos restantes incluyendo al que se realizo diagnóstico por toma de biopsia por USG,se trasladaron al Hospital de Oncología del CMN para manejo con radio y quimioterapia. Presentando una mortalidad a 5 años de 83.3%,sobreviviendo en la actualidad solo el paciente que se atendió en diciembre de 1994 y

que cuenta con el diagnóstico histopatológico de linfoma de células grandes.

## **DISCUSION.**

Los tumores retroperitoneales primarios son poco frecuentes en su aparición, ya que de las series revisadas la que mayor número de casos tiene reportada es la de Pack y Tabha en 1954, la cual es de 120 casos en un periodo aproximado de 12 años (9). En la experiencia del servicio observamos que en 10 años solo se han visto 7 casos de tumores retroperitoneales primarios y de estos se podría descartar a uno de ellos ya que de acuerdo al reporte histopatológico correspondería a metástasis de algún otro tumor, nos referimos al adenocarcinoma, ya que estos tumores no son propios de este sitio.

Los síntomas y signos presentados por nuestros pacientes van de acuerdo a lo escrito por otros autores ya que el principal síntoma manifestado fue el dolor abdominal y el signo encontrado en la exploración física es una masa abdominal palpable de diversos tamaños. (1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 15)

La tomografía es el estudio de mayor utilidad para el diagnóstico de esta patología como nos reporta Storm en su serie de 1991. aunque no descarta la utilidad de la serie esofagastroduodenal el enema baritado. el pielograma intravenoso. la radiografía de tórax e incluye la resonancia magnética que ofrece la relación entre el tumor y los órganos sólidos. el aortograma y la venocavografía dependiendo de la localización del tumor. (10,15)

La extirpe histológica encontrada coincide también con la literatura Universal siendo el linfoma maligno o linfosarcoma el que se presenta con mayor frecuencia. (2,10,11)

En cuanto al grupo etario se observa que la mayor incidencia de presentación por promedio fué el grupo de la 6ta década de la vida con reporte de 2 casos a los 70 años. 2 a los 50 años. 1 a los 47 años. 1 a los 37 años y otro a los 15 años. En cuanto al sexo no se mostró mayor diferencia.

En cuanto al tratamiento se menciona que la resección quirúrgica. aunada en su mayoría de las veces a la radioterapia

mejora el pronóstico de las tumoraciones, además de evitar nuevas recidivas, ya que se ha observado que aunque en varias series la resección del tumor ha sido completa con límites histopatológicos libres de tumor, la recidiva de estos se presenta hasta 30-50% y se reporta que en cada nueva aparición se vuelven más malignos. Dentro de lo último reportado por Sindelar es la utilización de radioterapia intraoperatoria con adecuados resultados. (1-16)

El porcentaje de mortalidad 1 (14.28%) paciente en el postoperatorio inmediato es de acuerdo a la reportada en la literatura mundial que es de 10 a 25%, con una supervivencia a 5 años de 10%. En este rubro observamos que la mortalidad de nuestro universo de trabajo fue de 83.3% a 5 años, descartando el último caso que fue operado en diciembre de 1994 y posteriormente enviado a quimioterapia y que no ha cumplido 5 años de diagnóstico y manejo.

El neuroblastoma y el liposarcoma ofrecen el mejor pronóstico con supervivencias promedio de 4 y 5 años. La mayoría de los pacientes con otro tumor retroperitoneal primario malignos fallece al

**cabo de 2 años a causa de metástasis difusas.obstrucción intestinal o urinaria y hemorragia por invasión a grandes vasos sanguíneos.(11.12)**

**Una de las dudas en el trabajo es a quien podemos otorgar el beneficio de la radioterapia y como lo menciona Schwartz en el capitulo correspondiente de su libro es aquellos pacientes que presente o sean:**

- 1)Inoperables.**
- 2)Recurrencias.**
- 3)Tumor residual**
- 4)Radiosensibilidad sobre todo en linfomas malignos.**
- 5)Coadyuvante a la intervención quirúrgica de neoplasia maligna como neuroblastomas.liposarcomas,rabdomio-sarcoma y sarcomas anaplásicos indiferenciados.**

## **CONCLUSION.**

Podemos concluir que los tumores retroperitoneales primarios en nuestro servicio a pesar de ser uno de los centros de concentración que maneja mayor número de población en la república son extremadamente raros ya que en 10 años solo se reportan 6 casos confirmados por estudio histopatológico, presentándose en un promedio de .60 por año lo que nos refleja que no es ni 1 caso por año, algo que es de suma importancia y que no podemos dejar en el olvido es que esta patología la debemos sospechar en todos aquellos pacientes que presenten alguna manifestación similar a la referida en nuestra revisión y que no se tenga un diagnóstico preciso. Como ejemplo podemos observar a los 2 casos en que se penso en otro diagnóstico en el momento de programar la cirugía y no debemos descartar en toda tumoración abdominal de origen no bien definido un probable tumor retroperitoneal.

## **BIBLIOGRAFIA.**

- 1) Armstrong JR, Cohnl. Primary malingt retroperitoneal tumours . Am J.Surg.110:937.1965.
- 2) Braasch JW, Mon AB, Turetroperitoprimarios. Clinic. Quirur. Norte América 47:663.1967.
- 3) Cody HS, Turnbull AD, Fortner JG, Hajdu SI. The continuing challenge of retroperitoneal sarcomas. Cancer 47:2147.1981.
- 4) Donnelly BA. Primary retroperitoneal tumours; report of 95 cases and review of literature. Surg. Gynec. & Obst. 83:705.1946:
- 5) Herdman JP. Primary retroperitoneal tumours. Br. J. Surg. 40:331. 1953.
- 6) Kinne DW, Chu FCH, Huvos AG, Yagad A, Fortner JG. Treatment of primary and recurrent retroperitoneal liposarcoma; twenty five-year experience at Memorial Hospital. Casncr 31:53.1973.
- 7) Mcgrath PC, Neifeld JP, Lawrence W, Demay RM, Kay S, Horsley JS, Parker GA. Improved survival following complete excision of retroperitoneal sarcomas. Ann. Surg. 200:200.1984.
- 8) Moore SV, Aldrete JS. Primary retroperitoneal sarcomas: the role of surgical treatment. Am. J. Surg. 142:358.1981.
- 9) Pack GT, Tabha EJ. Collective review; primary retroperitoneal tumours: study of 120 cases. Surg. Gynec. Obst. 99:209.1954.
- 10) Schwartz SI, Ellis H, Husser WC. Lesions of the mesentery . omentum and retroperitoneum. Maingot's Abdominal Operations 9a Ed I :390 .1990.
- 11) Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, Husser WC. Pared abdominal. epiplón mesenterio y retroperitoneo. Principios de cirugía 6a De II:1353.1994.
- 12) Serio G, Tenchini P, Nifosi F, Iacono C: surgical strategy in primary retroperitoneal tumours. Br. J. Surg 76:385.1989.
- 13) Sindelar WF, Hoekstra HJ, Kinsella TJ. Surgical approaches and techniques in intrabdominal retroperitoneal and pelvic neoplasms. Surgery 103:247 1988.
- 14) Sindelar WF, Kinsella TJ, Chen, PW, Delaney TF , Teper JE, Rosenberg SA, Glasteing E. Intraoperative radiotherapy in

retroperitoneal sarcomas. final results of prospective  
randomized clinical trial. Arch. Surg: 128:402. 1993.

15) Storm KF, Mahvi DM. Diagnosis and management of  
retroperitoneal soft tissue sarcoma. Ann. Surg 214:2. 1994.

16) van Doorn RC, Hart AM, Gortzak E, Gallee MPW, Putgers  
EJT, Van Coevorden F, Keus RB, Zoetmulder F. Resectable  
retroperitoneal soft tissue sarcomas: The effect of extent of resection  
and Postoperative radiation therapy on local tumor control. Cancer  
73:637. 1994.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

## **ANEXOS**

## **TUMORES RETROPERITONEALES**

---

### **SINTOMATOLOGIA Y SIGNOLOGIA**

---

MASA ABDOMINAL	71.42%
DOLOR ABDOMINAL	57.14%
AUMENTO PERIMETRO ABDOMINAL	57.14%
PERDIDA DE PESO	42.85%
EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES	14.28%
DOLOR DE MIEMBROS INFERIORES	14.28%
FIEBRE	14.28%

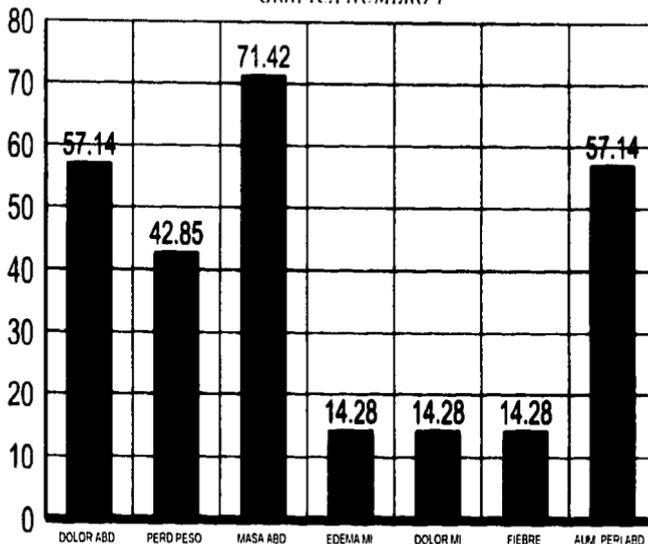
---

CUADRO I  
PORCENTAJE DE PRESENTACION

# TUMORES RETROPERITONEALES

## SINTOMATOLOGIA Y SIGNOLOGIA

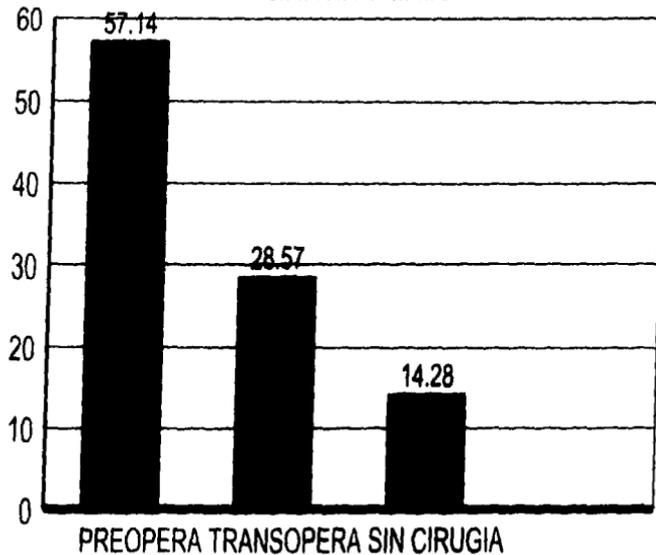
GRAFICA NUMERO 1



# TUMORES RETROPERITONEALES

*SITUACION DIAGNOSTICA*

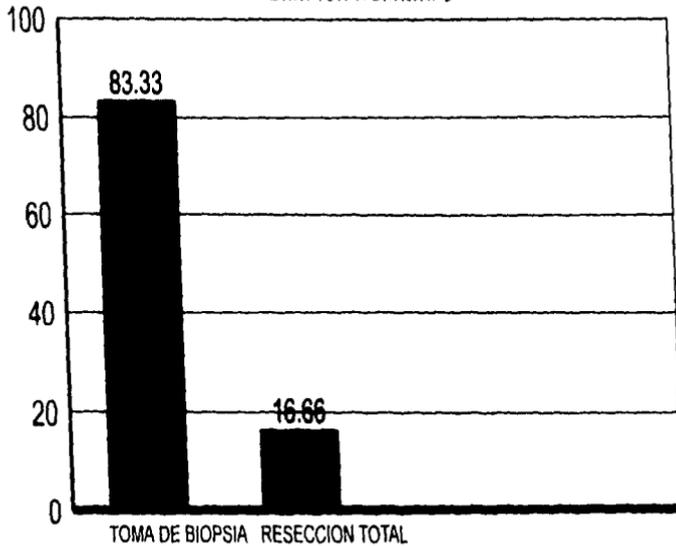
*GRAFICA NUMERO 2*



# TUMORES RETROPERITONEALES

## MANEJO TRANSOPERATORIO

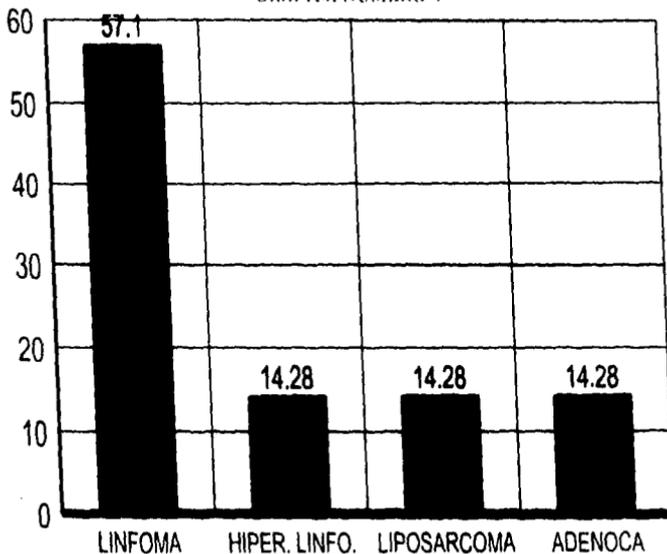
GRAFICA NUMERO 3



# TUMORES RETROPERITONEALES

## DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

GRAFICA NUMERO 4

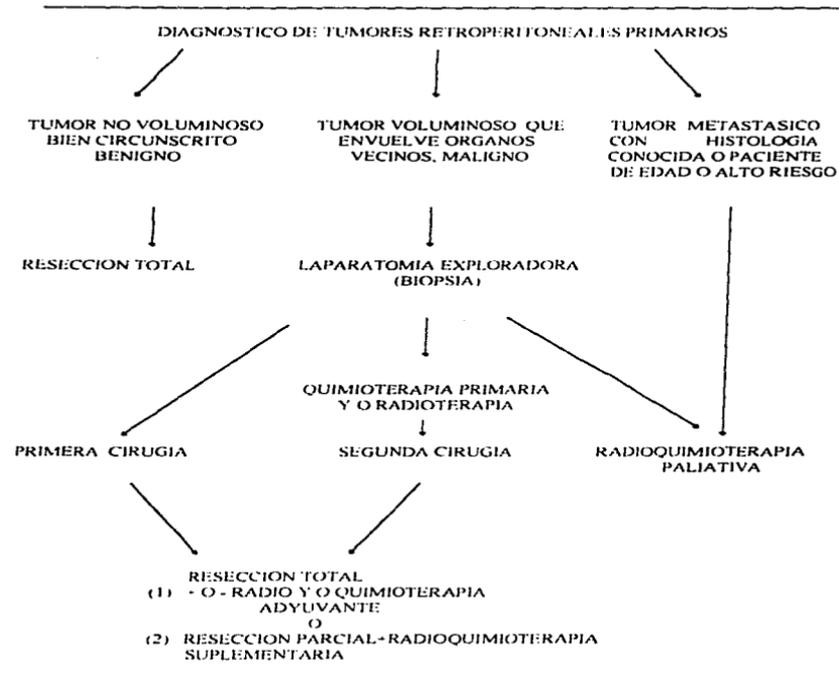


### CLASIFICACION DE TUMORES RETROPERITONEALES

TIPO HISTOLOGICO	TUMORES BENIGNOS	TUMORES MALIGNOS
Tejido linfatico Ganglios linfaticos	Linfangioma	Linfagosarcoma Linfosarcoma Enfermedad de Hodgkin Sarcoma de células de reticulo
Tejido adiposo	Lipoma	Liposarcoma
Tejido fibroso	Fibroma	Fibrosarcoma
Músculo liso	Leiomioma	Leiomiomasarcoma
Elementos nerviosos	Neurilemoma Neurofibroma Ganglioneuroma	Schwannoma maligno Simpatocoblastoma(neuroblastoma) Cordoma
Músculo estriado	Rabdomioma	Rabdomiosarcoma
Tejido mucoso	Mixoma	Mixosarcoma
Tejido vascular	Hemangioma	Hemangiopericitoma maligno
Tejido mesotelial		Mesotelioma
Meséquima		Mesenquimoma
Tejido cromafínico extrasuprarrenal	Feocromocitoma benigno	Feocromositoma maligno
Tejido glandular	Adenoma	Carcinoma
Restos embrionarios	Quistes nefrógenos	Tumor del reborde urogenital
Restos celulares	Dermoides	Teratoma
Diversos	Xantogranuloma Fibromatosis "agresiva"	Sinovioma Disgerminoma Tumor maligno indiferenciado

**CUADRO 2**

**ALGORITMO PARA EL TRATAMIENTO DE TUMORES  
RETROPERITONEALES PRIMARIOS**



**CUADRO 3**