

11209  
2 ej' 62



# Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez"

I.S.S.S.T.E.

## TUMORES PRIMARIOS DEL RETROPERITONEO EN EL HOSPITAL GENERAL FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ.

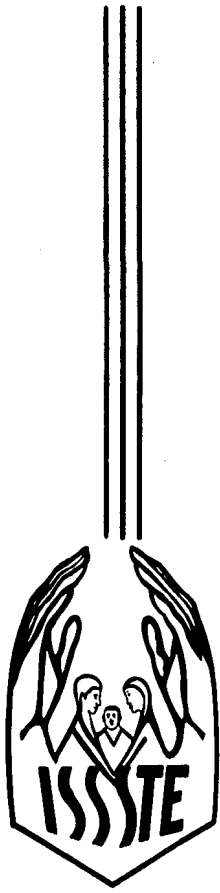
### T E S I S

Que para obtener el título en la Especialidad de:

CIRUGIA GENERAL

Presenta el Doctor:

**HIDROMIRO FLORENTINO MURRIETA GUEVARA**



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*  
1985

IMPRESA 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 está 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.

## INDICE

INTRODUCCION	Pag. 1
OBJETIVOS	6
HIPOTESIS	8
MATERIAL Y METODOS	9
RESULTADOS	14
DISCUSION	20
CONCLUSIONES	22
BIBLIOGRAFIA	23

## INTRODUCCION

La región retroperitoneal es un espacio casi virtual en estado de salud, escondido en lo mas profundo del abdomen, y que puede dar origen a una extensa variedad de raros e interesantes tumores.

El espacio retroperitoneal, desde el punto de vista del cirujano es un espacio potencial que se extiende desde el diafragma respiratorio por arriba, hasta el diafragma pelviano por abajo. Sus límites posteriores son los cuerpos vertebrales, los músculos psoas y cuadrado lumbar, y las porciones aponeuróticas de los músculos transversos del abdomen. Por debajo de las crestas ilíacas está limitado por el sacro, el psoas y los músculos piramidales por detrás, y por los músculos ilíacos y obturador interno lateralmente. El límite anterior del espacio retroperitoneal es principalmente el peritoneo parietal posterior, pero además está formado por la superficie posterior del hígado, las porciones ascendente y descendente del intestino grueso, la porción retroperitoneal del duodeno y el recto.

Incluidos en este espacio se encuentran numerosos órganos de importancia vital, la aorta y la vena cava, así como sus principales ramas abdominales, el páncreas, el duodeno, los riñones y los ureteres, así como las glándulas suprarrenales.

Además existen elementos nerviosos de los sistemas de relación y neurovegetativos, extensas cadenas linfáticas y colectores ganglionares que desembocan en la cisterna de Pequet y dan origen al conducto torácico masas musculares y el espacio dejado entre sí por estas estructuras, el cual se encuentra ocupado por un tejido adiposo laxo y por los restos embrionarios del tracto urogenital. También se localizan en esta área los vasos espermáticos-

y ováricos.

Como vemos, en esta región existen todo tipo de tejidos: grasa, tejido areolar, fascia, músculos, nervios, estructuras linfáticas, vasculares y elementos embrionarios, que son capaces de dar origen a todo tipo de tumores, de toda estirpe posible, benignos y malignos, independientes de los órganos mayores que se alojan o atraviesan el espacio retroperitoneal.

La mayoría de los tumores que se desarrollan en la región retroperitoneal, derivan de los órganos retroperitoneales mayores: Páncreas, Riñones -- y Glándulas Suprarrenales; ésto es lo usual, sin embargo, esta tesis se limita a aquellas neoplasias originadas en el espacio retroperitoneal y que no tienen su origen en algunos de los órganos ya mencionados que normalmente se encuentran en esta área, los tumores originados en estas estructuras son clasificados específicamente como lesiones tumorales de cada uno de estos órganos y no deben ser considerados como tumores primarios de esta región. -- También se excluyen aquellos casos en los que las masas tumorales son metastásicas de tumores primarios situados en órganos de la cavidad abdominal o en cualquier otra parte del cuerpo.

Los tumores primarios del espacio retroperitoneal comprenden aquellos tumores que tienen su origen en el tejido adiposo, tejido conectivo, fascias, músculo estriado y liso, tejido vascular, --excluyendo los grandes vasos--, tejido nervioso, ganglios y tejido linfático así como restos del tracto urogenital.

Esto hace que los tumores primarios del retroperitoneo sean bastante raros, en estudios realizados en New Orleans, se encontró que la incidencia es del 0.004% de las admisiones hospitalarias y representa sólo el 0.16% de las neoplasias malignas de su hospital.

Su relativa rareza explica el hecho de que no existan numerosas y -- bien documentadas publicaciones acerca de ellos. Pack en su monografía refiere que hasta 1954, sólo se habían reportado 750 casos de tumores primarios del retroperitoneo en la literatura mundial, en su estudio él agregó 120 casos más, estudiados en el Hospital Memorial de la Ciudad de Nueva York. -- Sin embargo, actualmente existen más reportes y cada vez con más frecuencia, aunque ninguno tan completo como el ya mencionado.

Quizá el aumento de los reportes, así como del mismo diagnóstico de estos tumores, sea debido, al progreso dentro de los estudios de gabinete y el mayor uso de Laparotomías.

Utilizando su origen embriológico y sus características Histológicas, Ackerman realizó la clasificación de los tumores malignos del espacio retroperitoneal, la cual hasta nuestros días sigue vigente. Esta clasificación enunciada por primera vez en 1954, también toma en cuenta el comportamiento de estos tumores ya sea benigno o maligno.

Los tumores retroperitoneales más frecuentes, son aquellos de origen Mesodérmico, tal como ha sido documentado en tres de las series más importantes publicadas, las cuales, son quizás, las que con mayor número de pacientes cuentan.

En 1954, Pack y Tabah (4) estudiaron 120 casos, de los cuales 54% -- de ellos fueron Sarcomas y 24% Linfomas. Así también en 1967, Braasch y -- Mon (7) analizaron 88 casos, de los cuales el 43% correspondieron a Sarcomas y 32% a Linfomas. Gill y colaboradores (2) en 1970 haciendo una revisión de la literatura mundial, encontraron que el 70% de los tumores primarios del retroperitoneo eran Sarcomas y que el 15% correspondían a Linfomas.

En las tres series presentadas, los tumores malignos del retroperitoneo, que se originaron del tejido nervioso, del tracto urogenital, de remanentes embriológicos y aquéllos en los cuales los hallazgos histológicos fueron de indiferenciación, correspondía al menos del 25% de todos los casos analizados.

En forma particular existen algunas divergencias en cuanto al tipo de Sarcoma que es el más frecuente, quizás el que cuenta con mayor frecuencia es el Liposarcoma, sin embargo, existen series reportadas en las cuales el más frecuente resultó ser el Leiomioma (1) y en otra, el Fibrosarcoma se presentó en igualdad con el Liposarcoma (2).

Con respecto al cuadro clínico de presentación, éste es poco específico, aunque ha sido documentado en la literatura mundial, es importante, -- más que todo, tener presente la existencia de los tumores primarios del retroperitoneo para poder sospecharlos e iniciar el estudio de gabinete y laboratorio necesario para poder llegar al diagnóstico definitivo. Es importante mencionar que la laparotomía exploradora aún continúa jugando un doble papel, -- tanto diagnóstico como, cuando las condiciones lo permiten, de tratamiento.

Debemos recordar que estos tumores, generalmente alcanzan un gran tamaño e invaden estructuras circunvecinas, lo cual en ocasiones limita su resecabilidad.

Así pues, también está establecido que el tratamiento de elección para los Linfomas es la radioterapia y en el caso de los Sarcomas, la resección quirúrgica amplia, tratando de extraer todo el tumor; éste es lo mejor y más -- recomendado, aunque recientemente se habla del tratamiento multimodal, que incluye: Cirugía, Radioterapia y/o Quimioterapia según las características --

de cada caso en particular, dependiendo de la estirpe Histológica del tumor. Aunque las tasas de recurrencia han disminuido en forma importante de 30 años para acá, aún la sobrevida a 5 años no es la deseada, ni tampoco la tasa de curación.

Sabemos que hasta la fecha no existe un método de seguimiento adecuado después del tratamiento, cualquiera que éste haya sido y el peligro de residiva, sobre todo en los sarcomas, potencialmente continuará existiendo.



## OBJETIVOS

Los objetivos de este trabajo de tesis, serán expuestos a continuación, así como su fundamentación para dar validez al mismo.

Como primer punto sabemos que corresponde a una parte de la cirugía que es poco común, sin embargo, reviste una importancia fundamental en la formación de cualquier Cirujano, además de un reto a la clínica para el diagnóstico, ya que es una entidad difícil de diagnosticar si no se piensa en ella así pues, se muestran 5 casos clínicos de la experiencia del Hospital Gral.- Fernando Quiroz Gutiérrez.

El segundo punto objetivo es crear la conciencia del Cirujano, que -- aunque raros, los tumores primarios del retroperitoneo, deberán ser sospechados, para poder establecer su diagnóstico.

El tercer objetivo de esta tesis será el análisis de la sintomatología y signología que presentaron nuestros pacientes, así como una comparación con la literatura mundial, para poder estandarizar un cuadro clínico de presentación, el cual, nos obligue a pensar en tumoración primaria del retroperitoneo, cuando nos enfrentamos a ésta.

El cuarto objetivo es realizar una revisión de los estudios de laboratorio y gabinete mas recomendados en la literatura, valorar los que en nuestro Hospital se realizan, valorar su porcentaje diagnóstico y estandarizar una -- secuencia lógica de estudios con el objeto de realizar un mejor diagnóstico.

El quinto punto es establecer la importancia de la Cirugía en estos tumores, desde 2 puntos de vista diferentes; El primero de los cuales es con respecto al establecimiento de un adecuado diagnóstico y el segundo con respecto al tratamiento, ya sea paliativo o de curación.

El sexto y último punto objetivo es realizar un análisis de nuestro porcentaje de diagnóstico pre-operatorio, trans-operatorio y de los criterios de tratamiento observados en nuestro Hospital.

## HIPOTESIS

Se formuló la siguiente hipótesis en base a lo referido en hojas anteriores:

Debido a que nuestra serie de casos es pequeña, el valor estadístico es limitado, pero aun así, pienso que se pueden establecer dos interrogantes para corroboración posterior.

1.- El Liposarcoma es el tumor primario del retroperitoneo que con mayor frecuencia se presenta en las series reportadas ( 5 ) . Nosotros postulamos que el Liposarcoma deberá ser el tumor primario del retroperitoneo que - con mayor frecuencia encontraremos en nuestros pacientes.

2.- Trataremos de corroborar que el tratamiento instituido en el Hospital Gral. Fernando Quiroz Gutiérrez se encuentra de acuerdo con los esquemas terapéuticos de actual utilización.

Como en toda tesis, estos dos puntos anteriores pueden ser comprobados o no, sin que ésto cause detrimento del trabajo, ya que es poco lo que se ha escrito en México acerca de estos tumores, pues sólo en el Instituto Nacional de la Nutrición se han revisado sus estadísticas y características que atañen a nuestro país.

## MATERIAL Y METODOS

Se realizó una investigación de los pacientes con tumoraciones primarias del retroperitoneo que en los últimos 14 años se han presentado en el Hospital Fernando Quiroz Gutiérrez, realizándose una selección en base a aquellos en los cuales se cuenta con todo el expediente completo, incluyendo exámenes de laboratorio, estudios de gabinete y Rx, así como, la corroboración Histopatológica de estas tumoraciones.

Se presentan 5 casos, en los cuales se analizarán, desde las manifestaciones de inicio así como la forma de presentación en la primera consulta en nuestro servicio de Cirugía General, el sexo y la edad de presentación, los estudios de laboratorio y gabinete, así como el tratamiento instituido.

CASO I.- Se trata de una mujer de 59 años de edad; con el antecedente de que un año anterior a su padecimiento principal, se le realizó safenorexéresis izq. por insuficiencia venosa izq.

Su padecimiento actual lo inició 20 días antes de su ingreso, presentando dolor de tipo cólico en hipogastrio después de evacuar. Este fue el primer síntoma por el que acudió a consulta, encontrándose en su interrogatorio intensionado que había una pérdida de peso de 7 kgr. en 1 año.

A la exploración física sólo se encontró una tumoración de 10 X 15 cm. de consistencia dura, lisa, desplazable, no dolorosa, que ocupaba todo el hmbdomen izq.

El estudio de laboratorio de BH, QS, EGO, no mostró alteraciones.

Los estudios de gabinete y Rx se iniciaron con Colon por enema el cual mostró rechazamiento del colon izq. hacia adelante. La Urograffa excretora; mostró rechazamiento del riñón izq. y su uretero hacia adelante. La lleo

cavografía y la Aortografía se mostraron sin alteraciones.

La paciente fue llevada a Laparotomía Exploradora con diagnóstico de tumoración retroperitoneal en estudio. Se encontró una tumoración de 14 X 19-cm. la cual tomaba parte del riñón izq. ( polo Inf. ), en este caso fue posible la resección total de la tumoración, incluyendo el riñón izq. y realizándose esplenectomía accidental. La evolución post-operatoria fue satisfactoria.

El estudio Histopatológico reportó Leiomioma.

La paciente fue enviada a radioterapia.

CASO II.- Femenino de 54 años de edad, con antecedentes sin relación con el padecimiento actual.

Su padecimiento actual lo inicia dos meses antes de su ingreso al Hospital, con dolor en hipogastrio, hiporexia, pérdida de peso de 9 Kgr. y malestar general.

A la Exploración Física se encontró una tumoración en hipogastrio de 14 X 20 cm. de bordes lisos, dura, no dolorosa a la palpación y no desplazable.

Los estudios de Laboratorio: BH y QS no mostraron alteraciones, sólo el EGO reportó ; aspecto turbio y leucocituria.

La Urografía excretora mostró, desplazamiento de los ureteros en su tercio distal hacia afuera y hacia adelante.

La paciente fue llevada a Laparotomía Exploradora con diagnóstico de tumoración retroperitoneal en estudio. Se encontró una tumoración de 27 X 30-cm. y 2500 grs. de peso, la cual fue posible reseca en su totalidad, juntamente con 30 cm. de ileon terminal y colon ascendente ( hemicolectomía derecha ) reparada con ileo-transverso anastomosis, ya que ambas partes de es--

tos órganos estaban afectados por la tumoración. La paciente evolucionó en forma satisfactoria.

El estudio Histopatológico reportó Leiomiomas retroperitoneal.

La paciente fue manejada posteriormente con Radioterapia.

CASO III.- Se trata de paciente femenino de 68 años de edad, con antecedentes sin relación con el padecimiento actual.

Su padecimiento actual lo inicia dos meses antes de su ingreso, con trastornos del ritmo de la defecación así como astenia, adinamia y pérdida de peso de 25 Kgr.

A la Exploración Física se encontró que existía una tumoración abdominal, confinada a mesogastrio, de consistencia pétreo, no dolorosa ni desplazable, de 18 X 7 cm.

En los estudios de Laboratorio se encontró: BH con anemia, la QS y el EGO sin alteraciones.

El estudio de Rx y gabinete se inició con ; Colon por enema que de -- mostró ausencia de patología intrínseca del mismo, encontrándose sólo diverticulosis del colon sigmoide. La Urografía excretora mostró desplazamiento de ureteros en su tercio distal. La Ultrasonografía fue reportada como una masa retroperitoneal anterior a la Aorta; de aproximadamente 20 X 10 cm.

La paciente fue llevada a Cirugía con diagnóstico de tumoración retroperitoneal en estudio; Se encontró una tumoración la cual fue considerada como irresecable por el compromiso vascular con los grandes vasos. La paciente, después de la cirugía evolucionó satisfactoriamente.

El estudio Histopatológico fue reportado como Liposarcoma.

El paciente recibió tratamiento con radioterapia y Quimioterapia.

CASO IV.- Paciente masculino de 64 años de edad, el cual, cuenta -- con antecedentes de Síndrome ácido péptico de 2 años de evolución.

Su padecimiento actual se manifestó por astenia y adinamia, sensa-- ción de llenitud postprandial, distensión abdominal de 3 meses de evolución, lo cual fue achacado a su Síndrome ácido péptico, incluso el motivo de ingre-- so al hospital fue por HTDA, la cual fue controlada con tratamiento médico, -- sin embargo, al interrogatorio intencionado, mencionó pérdida de peso de 8- Kgr.

A la Exploración Física; se encontró una masa abdominal en epigastrio e hipocondrio izq., de 15 cm. de diámetro, de consistencia semidura, lisa, -- poco móvil y no dolorosa.

El Laboratorio: Se encuentra una BH con Hb de 9.2, Hto de 29, muy -- probablemente debida mas a la HTDA, QS y EGO normales.

El estudio de Rx y gabinete se inició con la SEG D observándose; Her-- nia Hiatal, úlcera de curvatura menor, rechazo del estomago hacia adelante y a la izq., el arco duodenal aumentado. El colon por enema; con rechazo del colon transversal hacia adelante. La Urografía excretora con rechazo del ri-- ñón izq., hacia abajo y hacia la izq., aumentó de volumen del mismo, con-- alteraciones del sistema pielocalicial. La Arteriografía selectiva de arteria re-- nal izq. no mostró anormalidades.

Se llevó al paciente a Laparotomía con diagnóstico de tumoración re-- troperitoneal en estudio; Se encontró una tumoración retroperitoneal de 20 X -- 20 cm. la cual fue considerada como irreseccable, la evolución post-operato-- ria fue buena. La biopsia tomada durante el acto quirúrgicos fue enviada pa-- ra estudio.

El reporte Histopatológico fue de un Linfoma de Histiocitos.

El paciente fue manejado con radioterapia.

CASO V.- Paciente masculino de 41 años de edad, con antecedentes - de Síndrome ácido péptico de 6 meses de evolución.

Su padecimiento lo inicia 3 meses antes de su ingreso con astenia, adinamia, agruras, sensación de llenitud postprandial, distensión abdominal, evacuaciones con moco, pujo y tenesmo, así como pérdida de peso de 15 Kgr.

A la Exploración Física; se encontró tumoración abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho de 12 X 8 cm., con superficie irregular, consistencia dura, no móvil y sumamente dolorosa.

El estudio de Rx y gabinete fue iniciado con la SEGD, en la cual, se observó desplazamiento hacia adelante del duodeno y un divertículo duodenal. Se tomó Cavografía observándose rechazo de la cava hacia la derecha y hacia adelante. La Aortografía mostró desplazamiento a la derecha y la arteriografía renal selectiva derecha, mostró una tumoración parahiliar derecha, que rechaza al riñón hacia ese lado, con elongación de los vasos renales. La TAC reportó tumoración retroperitoneal entre cava y aorta que rechaza al riñón der.

El Laboratorio reportó los siguientes datos: BH con Hb de 10.6, Hto de 36, la QS normal y el EGO con Albuminuria.

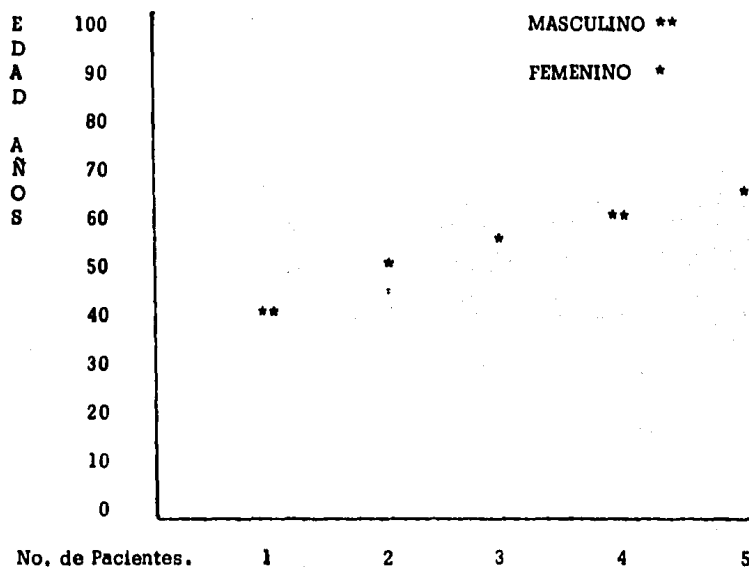
Se realizó Laparotomía Exploradora con Diagnóstico de tumoración retroperitoneal en estudio, observándose una masa irresecable de aspecto linfóide, de 25 cm. a la cual, se le tomó Biopsia trans con reporte de Linfoma de Linfocitos bien diferenciado, realizándose biopsia hepática y esplenectomía, reportadas sin infiltración linfomatosa. Fallece 12 días después de la intervención por falla orgánica múltiple.



## RESULTADOS

De nuestros 5 casos presentados observamos la distribución por sexo, la cual es de 3 pacientes femeninas por dos masculinos, con una relación de 1.5 a 1 a favor del sexo femenino así también la edad de presentación en nuestros casos da un promedio de 57.2 años con un rango que va de 41 a 68 años.

Estos datos se encuentran en la gráfica No. 1.



GRAFICA No. 1.- Se muestra la distribución de acuerdo a edad y sexo de los tumores primarios del retroperitoneo, en el Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez.

El cuadro clínico de nuestros casos con el cual se presentaron por --

primera vez, estuvo caracterizado por corto tiempo de evolución, teniendo como promedio 58 días desde el inicio de la sintomatología y su ingreso al Hospital, con un rango de 20 días y 3 meses como mínimo y máximo respectivamente.

La sintomatología que con mayor frecuencia se presentó fue la pérdida de peso, la cual fué referida en los 5 casos, la anorexia se presentó en 4 de los 5, la astenia en 3 casos así como síndrome ácido-péptico en 2, trastornos del ritmo de la defecación en 2, dolor abdominal en 2, distensión abdominal en 2, y sensación de llenura post-prandial en 1.

Los datos encontrados a la exploración física son pobres, contando sólo con la palpación de una masa abdominal en el 100% de los casos y datos de insuficiencia venosa periférica en miembro inferior izq. en un solo caso.

Los porcentajes de síntomas y signos se muestran en el cuadro No. 1.

CUADRO No. 1

SINTOMAS Y SIGNOS	PORCENTAJES
1.- Pérdida de peso .....	100%
2.- Anorexia .....	80%
3.- Astenia .....	60%
4.- S. Acido-péptico .....	40%
5.- Trastornos del ritmo de la defecación .....	40%
6.- Dolor abdominal .....	40%
7.- Distensión abdominal .....	40%
8.- Sensación de llenura post-prandial .....	20%
9.- Tumorción Abdominal palpable .....	100%
10.- Insuf. Venosa de Miembros Inf. ....	20%

De los exámenes de laboratorio, éstos no fueron contribuyentes al diagnóstico y sólo observamos la presencia de anemia en dos casos, en uno quizá sea más debido a la HTDA que se presentó en forma concomitante, la química sanguínea no se alteró en ninguno de nuestros casos, así como el EGO sólo en dos casos en que la tumoración se encontraba comprimiendo ríñón y/o ureteres, sin embargo, sólo reflejan los estragos hechos por la tumoración en la economía general de una manera indirecta.

Con respecto a los estudios de Rx y gabinete; encontramos que el estudio más utilizado es la Urografía Excretora, la cual fue realizada en 4 casos, el segundo estudio más solicitado fue el Colon por Enema, realizándose en 3 casos, la Aortografía se utilizó en 3 casos y en dos se realizó Arteriografía renal selectiva, la SEGDA fue realizada en 2 casos, la ileocavografía se utilizó también en 2 casos, la ultrasonografía como procedimiento moderno, sólo fue utilizada en un caso, al igual que la Tomografía Axial Computarizada (TAC).

El porcentaje diagnóstico de cada uno de estos estudios fue sacado, con relación al número de pacientes en que se utilizó y los datos que aportaron para confirmar la sospecha de tumoración del retroperitoneo.

Se presentan en el cuadro II los porcentajes de diagnóstico de cada uno de los estudios en nuestra serie. Debido al número reducido de pacientes su valor estadístico es relativo, sin embargo en la discusión se hará una comparación con porcentajes obtenidos en otras series de mayor número de pacientes, con el fin de verificar si lo encontrado en nuestra serie concuerda con lo demás.

C U A D R O No. 2

---

1.- UROGRAFIA EXCRETORA.....	100%
2.- COLON POR ENEMA.....	80%
3.- AORTOGRAFIA.....	75%
4.- SERIE ESOFAGOGASTRODUODENAL.....	50%
5.- ILEOCAVOGRAFIA.....	50%
6.- ULTRASONOGRAFIA ABDOMINAL.....	100%
7.- TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA.....	100%

---

Con respecto al diagnóstico preoperatorio, éste fue posible establecerlo en los 5 casos de nuestra serie, sin embargo, por las características clínicas de estos tumores, no es posible establecer un diagnóstico de certeza, así que se etiquetaron como tumoración retroperitoneal en estudio.

Los cinco casos fueron llevados a Cirugía, realizándose Laparotomías Exploradoras en todos, a través de una incisión media, que abarcó desde el apéndice Xifoides hasta poco mas arriba de la sínfisis del pubis, con el objeto de lograr una buena exposición de la tumoración. En todos los casos la Laparotomía estableció el diagnóstico de tumoración primaria del retroperitoneo ( diagnóstico de certeza ) y contribuyó al diagnóstico Histopatológico, con tomas de biopsia y/o con la tumoración resecada. De tal manera que en 3 casos la Cirugía fue considerada como curativa y en dos sólo contribuyó al diagnóstico Histopatológico. Esto traspolado a porcentaje representa el 60% diagnóstica y curativa y el 40% sólo diagnóstica.

De los estudios Histopatológicos realizados, el reporte que con mas frecuencia se dió fue de Leiomioma en 2 casos, Liposarcoma en uno, -- Linfoma Linfocítico bién diferenciado en uno y Linfoma de Histiocitos en otro.

Esto da como consecuencia 3 sarcomas contra 2 linfomas, que traspólandolo a porcentaje representa el 60% de lesiones sarcomatosas contra el 40 % de linfomas.

Los porcentajes de presentación en nuestra serie se dan en el cuadro No. III.

---

CUADRO No 3

---

1.- LEIOMIOSARCOMA .....	40 %
2.- LIPOSARCOMA .....	20 %
3.- LINFOMA LINFOCITICO .....	20 %
4.- LINFOMA DE HISTIOCITOS .....	20 %

---

Uno de nuestros pacientes murió 12 días después de la Cirugía por falla orgánica múltiple, lo cual representó una mortalidad del 20%.

El seguimiento a largo plazo de nuestros pacientes es difícil de realizar, por las características de nuestra Institución, así como la falta de educación médica de los pacientes, de tal manera que sólo sabemos de los casos I, II y III, se encuentran libres de enfermedad después de 2, 14 y 1 años respectivamente, todos recibieron radioterapia y el último también quimio-

rapia. El IV caso dejó de asistir y no sabemos de él, siendo el V caso en el -  
cual se mantuvo una evolución tórpida, muriendo 12 días después.

La edad y sexo están acordes con lo reportado con otros autores, observándose una mayor incidencia en la 5ª y 6ª décadas de la vida, y sin diferencia significativa con respecto al sexo. ( 1, 2 )

El cuadro clínico tiene la particularidad de presentarse en forma tardía ( 3, 16, 17 ) ya que sólo se detectan estos tumores cuando se presenta una masa abdominal palpable, pérdida de peso importante y signos así como síntomas generales de repercusión o los ocasionados por la compresión de la tumoración sobre otros órganos adyacentes. ( 4, 5, 6 )

El estudio con un mayor porcentaje diagnóstico en la actualidad es la TAC, ya que nos permite establecer una mejor relación de la tumoración con vísceras, vasos sanguíneos y nódulos linfáticos adyacentes. ( 1 ) También permite establecer la presencia de metástasis abdominales y actualmente está siendo utilizada como seguimiento realizándola en forma periódica, para las residivas ( 13, 14, 15 ). Cuando no es posible contar con TAC, la Urografía excretora es el estudio con mayor porcentaje diagnóstico ( 2 ), el resto de los estudios contribuyen con sugerir la presencia de una masa retroperitoneal, principalmente la USG, como método poco costoso y no invasor debe ser utilizado. ( 8, 9 ) El porcentaje diagnóstico de los estudios expuestos en los resultados, coincide con la literatura mundial. ( 1, 2, 8, 9, 13, 14, 15 )

El estudio preoperatorio permitió hacer el diagnóstico de tumoración retroperitoneal en estudio, en el 100% de nuestros casos, sin embargo, el diagnóstico histológico que juega un papel importante para el tratamiento ( 7, 10 ), sólo fue establecido mediante Laparotomía Exploradora. ( 11, 12 )

El resultado Histopatológico, no va de acuerdo con lo reportado en la literatura ( 4, 5, 7, 12 ), sin embargo, esto puede ser debido al reducido número de casos de nuestra serie. Hemos encontrado otros autores los cuales también encontraron que el tumor mas frecuente de los primarios del retroperitoneo es el leiomiomasarcoma ( 1 ), la mayoría dá como mas frecuente al liposarcoma. Así mismo nuestro porcentaje de lesiones sarcomatosas se encuentra por arriba de las linfomatosas, lo cual, si concuerda con la literatura ( 3, 4, 6, 9, 11, 12 ).

La mortalidad en nuestra serie fue del 20%, sin embargo, ésta no puede ser achacada como mortalidad operatoria ya que ocurrió 12 días después de la intervención, pero la causa de la defunción fue por falla orgánica múltiple, tal como es referida por algunos autores, ( 5 ).

El tratamiento instituido fue la resección quirúrgica amplia, cuando esto es posible ( 1, 5, 16, 17, 18 ), estamos de acuerdo con la literatura en que siempre estará indicada la Laparotomía Exploradora con el objeto de establecer el diagnóstico histológico e intentar la resección total o paliativa, ( 1, 7, 10, 12, ). Aunque no se ha establecido el valor de la Radioterapia y Quimioterapia, observándose un desacuerdo general, algunos autores refieren aumento de la sobrevida ( 2, 15 ) y otros muchos no han notado mejoría significativa en aquellos pacientes en que sólo se utilizó el tratamiento quirúrgico con resección amplia ( 1, 3, 8 ). En los casos en que sí está bien establecido el tratamiento con radioterapia, es en los Linfomas, ( 12, 16, 17 ) En todos nuestros pacientes se trató de instituir un tratamiento multimodal, con base en Cirugía con radioterapia y/o quimioterapia.



## CONCLUSIONES

Se estableció que las tumoraciones primarias del retroperitoneo son raras, aunque pueden presentarse a cualquier edad, se presentan con mas frecuencia en la edad adulta, no tienen preferencia por sexo, el cuadro clínico es pobre y ocurre cuando la tumoración ha avanzado en forma importante, su diagnóstico se basa en la sospecha clínica y estudios de laboratorio y gabinete, de éstos el mejor es la TAC. Su tratamiento en caso de los sarcomas es a base de Cirugía con resección amplia; en el caso de los linfomas, será a base de radioterapia. La Laparotomía Exploradora, siempre estará indicada para establecer el Diagnóstico Histológico.

La variedad mas frecuente de Sarcomas, es el Liposarcoma, aunque en nuestra serie resultó ser el Leiomiomasarcoma; con respecto a los Linfomas, el mas frecuente es el Linfoma de Hodgkin, sin embargo, en nuestra serie se encontraron 2 linfomas diferentes entre sí y al de Hodgkin. Por lo tanto, el primero punto de nuestra hipótesis no fue comprobado.

Con respecto al esquema terapéutico utilizado en el Hospital Fernando Quiroz Gutiérrez, éste se encuentra de acuerdo con los últimos avances en cuanto al tratamiento multimodal, con base en Cirugía, con lo que el punto 2 de la hipótesis se corrobora positivamente.

Por último se concluye que los objetivos de esta tesis han sido alcanzados.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- PATRICK C. McGRATH, JAMES P. NEIFELD, et, al. Improved Survival - Following Complete Excision of Retroperitoneal Sarcomas. *Ann Surg.* - August, 1984; 200.
- 2.- SANDRA V. MOORE, JOAQUIN S. ALDRETE. Primary Retroperitoneal Sarcomas: The Role of Surgical Treatment, *The American Journal of Surgery*, September 1981; 142: 358.
- 3.- NORTH JP. Primary Tumors of the Retroperitoneum. *Ann Surg* 1970; 151: 693.
- 4.- PACK GT, TABAH EJ. Primary Retroperitoneal Tumors: a Study of 120 Cases. *Surg Gynecol Obstet* 1954; 99: 209.
- 5.- CODY HS, TURNBULL AD, FORTNER JG, HAJDU SI. The Continuing Challenge of Retroperitoneal Sarcomas. *Cancer* 1981; 47: 2147.
- 6.- BOSE B. Primary Malignant Retroperitoneal Tumors: Analysis of 30 Cases. *Can J Surg* 1979; 22: 215.
- 7.- BRAASCH JW, MON AB. Primary Retroperitoneal Tumors. *Surg Clin North Am* 1967; 47: 663.
- 8.- BENGMARK S, HAFSTROM L, JONSSON PE, et al. Retroperitoneal Sarcoma Treated by Surgery. *J Surg Oncol* 1980; 14: 307.
- 9.- ARMSTRONG JR, COHN I, Primary Malignant Retroperitoneal Tumors. *Am J Surg* 1965; 110: 937.
- 10.- WILE AG, EVANS HL, ROMSDAHL MM. Leiomyosarcoma of Soft Tissue:- a clinicopathologic Study. *Cancer* 1981; 48: 1022.
- 11.- CASTRINI G, et, al. Retroperitoneal Tumors; Consideración de 29 casos *Minerva Chir.* Octubre, 1983; 15,38: 1397.

- 12.- PEREZ ALVAREZ R. et al, Retroperitoneal Tumors: Study of 65 cases And-  
Literature Review. Rev. Clin. Esp. Aug. 1983; 15: 31.
- 13.- NEIFELD L.P. WALSH JW, LAWRENCE W. Computed Tomography in the Ma-  
nagement of soft tissue tumors. Surg Gynecol Obstet 1982; 155: 535.
- 14.- DESANTOS LA, GINALDI S, WALLACE S, Computed Tomography in Lipo-  
sarcoma. Cancer 1981; 47: 46.
- 15.- ORIANA S, BONARDI P, PEDA F. Primary Retroperitoneal Tumors. Tumq  
ri 1977; 63: 397.
- 16.- RODNEY MAINGOT. Abdominal Operations. Appleton-Century-Crofts/--  
New York. Seventh Edition. 1954.
- 17.- DAVID C. SABISTON Jr. Tratado de Patología Quirúrgica Interamericana -  
1980; 843.
- 18.- JOSE DE JESUS VILLALOBOS PEREZ. Gastroenterología. Méndez Oteo ---  
1981; II: 660.
- 19.- ACKERMAN LV. Tumors of the Retroperitoneal Mesentery and Peritoneum.  
en; Atlas de Patología de tumores. Sec II. Fasc. 23-24. Washington --  
DC; Armed Forces Institute of Pathology, 1954: 136.