

11227

201 52



**Universidad Nacional Autónoma de México**

Facultad de Medicina

División de Estudios de Post-Grado

Hospital General "Gral. Ignacio Zaragoza"

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



**MASA ABDOMINAL PALPABLE.  
ESTUDIO PROSPECTIVO DE 128 CASOS.**

**TESIS DE POST-GRADO**

Que para obtener el título de la

Especialidad en Medicina Interna

P r e s e n t a :

**Dr. Angel Rodolfo Rivas Castelán**

Director de Tesis: DR. EUTIQUIO VELAZQUEZ



México, D. F.

1986

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

# I N D I C E

	PAGS.
GENERALIDADES.	1
SISTEMATICA DE LAS TUMORACIONES DE ABDOMEN.	1
TUMORES RETROPERITONEALES.	28
GRANDES TUMORACIONES ABDOMINALES.	32
OBJETIVOS.	35
MATERIAL Y METODOS	36
RESULTADOS	37
CONCLUSIONES	63
SEGUN LOS RESULTADOS OBTENIDOS PODEMOS ESTABLE CER LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS.	66
PROPOSICIONES	71
REFERENCIAS	72

## I N T R O D U C C I O N

### GENERALIDADES.

El diagnóstico de los tumores abdominales sigue - siendo un reto para el médico especialista no obstante contar con métodos de gabinete altamente especializa - dos como son, el ultrasonido, la angiografía selectiva TAC, rectosigmoidoscopia y la biopsia dirigida, sin em bargo es necesario en algunos casos llegar hasta la la parotomía exploradora para confirmar el diagnóstico -- etiológico.

En la cavidad abdominal se centra una gran parte de la patología lo mismo inflamatoria que parasitaria y oncológica de la especie humana. Cuando la simple ex - ploración física señala la presencia de una tumoración abdominal, surge la inquietud de conocer a que organo - corresponde o en que estructura se ha originado. -- Para orientar el diagnóstico es preciso seguir un algo ritmo el cual incluya técnicas generales y también --- especiales para las diferentes regiones. (1)

### SISTEMATICA DE LAS TUMORACIONES DE ABDOMEN.

La mayoría de los órganos contenidos en la cavi - dad abdominal son únicos, y la patología varia conside rablemente según las diferentes áreas abdominales (58)

Para establecer la topografía abdominal se utilizan dos líneas de referencia horizontales, cruzadas -- por dos verticales, entre las cuales quedan limitadas las distintas regiones del abdomen. La línea horizontal superior o subcostal une la parte más baja de las décimas costillas, proyectada en la parte posterior -- está a la altura del disco que separa la segunda de la tercera vértebra lumbar. La inferior o transtrabecular pasa por los tubérculos de las crestas iliacas y corresponde por detrás a la quinta vértebra lumbar. Las verticales se trazan por la mitad de la distancia que hay entre la línea media y la espina iliaca anterosuperior. De esta forma se establecen nueve regiones --- abdominales tres centrales y seis laterales; Las centrales son epigastrio, mesogastrio e hipogastrio. Las laterales hipocondrio derecho e izquierdo, flanco derecho e izquierdo y fosa iliaca derecha e izquierda. --- (1,58).

La proyección visceral en las diferentes zonas topográficas del abdomen es aproximadamente la siguiente (sujeto en decúbito dorsal).

**Epigastrio.**- estómago (curvatura menor, cuerpo, antro- y canal pilórico) duodeno (bulbo y parte de la segunda y cuarta porciones), hígado (lóbulo izquierdo y parte del lóbulo derecho, vesícula biliar, páncreas (cabeza y parte del cuerpo), arteria aorta vena cava inferior, plexo celiaco.

**Hipocondrio derecho.**- hígado (lóbulo derecho en su mayor parte) colon (ángulo derecho), riñón derecho, glándula suprarrenal derecha.

**Hipocondrio izquierdo.**- Estómago (fondo y parte del cuerpo), bazo, colon (ángulo izquierdo), páncreas (cola), riñón izquierdo, y glándula suprarrenal izquierda.

**Mesogastrio.**- estómago (parte inferior del cuerpo), duodeno (parte de la segunda, tercer y cuarta porción), yeyuno, colon transversal (menos los extremos), páncreas (parte de la cabeza), pélvis renales y ureteros.

**Flanco derecho.**- colon ascendente, riñón (polo inferior)

Flanco izquierdo.- colon descendente.

Hipogastrio.- Intestino delgado (parte inferior), colon sigmoideo, vejiga, ureteros (parte inferior).

Fosa iliaca derecha.- ciego, apéndice, ileón.

Fosa iliaca izquierda.- colon sigmoideo.

La proyección descrita de los órganos abdominales no es siempre la misma para todos los individuos (58), aún siendo normales. Depende del hábito constitucional. El colon transverso por ejemplo puede descender hasta el hipogastrio (conservando en su sitio los ángulos derecho e izquierdo) sin que ello tenga significado patológico.

Sin embargo debemos recordar que los cuadrantes en que se divide la topografía abdominal, no tiene límites tajantes por lo cual es forzoso que se produzcan interferencias, además en ocasiones el tumor es tan grande que rebasa los límites de la zona donde se ha originado. (1,58).

La palpación del abdomen se realiza de manera ordenada, progresiva, de la superficie hasta alcanzar su pared posterior y los órganos contenidos en su cavidad

Es más fácil si el sujeto es delgado y se encuentra relajado, aprovechando las fases espiratorias en que disminuye el tono parietal. El enfermo se coloca en decúbito supino con los miembros inferiores estirados y superiores cómodamente extendidos a lo largo del cuerpo. La respiración debe ser tranquila, costoabdominal con la boca entreabierta, salvo cuando se explora la movilidad respiratoria del hígado y bazo que exige respiraciones profundas. Se recurre tanto a la palpación manual como a la bimanual, ya sea con ambas manos activas o una activa y la otra ejerciendo un papel pasivo. La palpación de la región superior del abdomen se completa colocando el enfermo sentado en la cama con las piernas ligeramente flexionadas, el médico se coloca a espaldas del paciente de modo que pueda sostener el tronco del enfermo si lo inclina un poco hacia atrás, así, se relajan los músculos de la pared abdominal y el hígado y bazo descienden por su propio peso para aplicarse contra los dedos que palpan. También utilizando una inspiración profunda se puede mejorar el contrato entre órgano y mano. (1,58).

De este modo la exploración abdominal se debe practicar procurando no provocar dolor y su consecuencia que es la defensa de la pared abdominal. A toda masa abdominal se le deben estudiar 10 características:



- |                  |                                       |
|------------------|---------------------------------------|
| 1) localización  | 6) desplazamiento con la respiración. |
| 2) forma         | 7) contacto lumbar (fija)             |
| 3) tamaño        | 8) relación con la pared.             |
| 4) bordes        | 9) dolor o no.                        |
| 5) consistencia. | 10) late o no.                        |
|                  | 11) superficie (lisa o nodular)       |

Además se procurara relacionar o deslindar la tumoración respecto a los órganos macizos (hígado, genitales internos) o sonoros (segmentos del tubo digestivo) normalmente situados en la zona del abdomen donde se palpe el tumor.

Las tumoraciones abdominales se dividen en; Únicas o múltiples, localizadas o difusas y pequeñas o grandes tumoraciones abdominales. Las tumoraciones múltiples siempre nos obligarán a pensar en; 1) riñón poliúístico si son bilaterales y ofrecen las características de los tumores renales. 2) hidatidosis peritoneal. 3) metastasis neoplasicas. 4) peritonitis tuberculosa de forma fibrosa.

#### Tumoraciones Localizadas Abdominales.

Tumoraciones Epigástricas.- El hecho de que un tumor de esta región resulte desplazable manualmente sugeri-

ra en principio que pueda corresponder a órganos móviles como el estómago y el colon transverso. (1,22,28,-29). Sin embargo ello es sólo parcialmente cierto ya que el tumor más frecuente de esta zona, el cáncer gástrico, muchas veces al hacerse palpable esta ya fijo a la pared posterior. Debemos recordar que las tumoraciones gástricas más accesibles a la palpación son las del antro pilórico y pared anterior del cuerpo. (1,29-31,33).

La palpación de un tumor en la parte más alta de esta región que sea relativamente superficial, no discernible del hígado nos llevara a pensar en una tumoración del lóbulo izquierdo hepático. El estudio radiológico con medio de contraste del esófago inferior y del estómago al revelar que las porciones yuxtacardiales de ambos segmentos resultan desplazadas hacia la izquierda confirman la suposición. (1).

Una tumoración fija correspondera muy probablemente al páncreas. Ya que sabemos que el páncreas normalmente es prácticamente inaccesible a la palpación, por su situación y profundidad, sólo si adquiere un volumen suficiente (cáncer, quistes, pseudoquistes) se percibe como una masa profunda, renitente o dura, inmóvil pasi

vamente y con la respiración. (1,49,54).

Los tumores benignos y los falsos tumores (bezo - res) son mucho menos frecuentes. Además cuando resul - tan palpables suelen estar dotados de una mayor movili - dad. Si el tumor es algo más bajo puede corresponder-- a colon transverso. También debemos recordar los tumo - res quísticos de epiplón mayor los cuales se manifies - tan por la tríada de Pean (58) la cual esta integrada - por; a) situación superficial del tumor (los tumores-- de epiplón mayor establecen contacto directamente con - la pared abdominal anterior sin interposición intesti - nal alguna. b) movilidad manual del tumor (se percibe - en todos los sentidos más hacia uno y otro lado, con - cierta limitación hacia abajo, además el tumor es de - superficie lisa y de forma ovoide, situado en la parte media abdominal algo hacia la derecha y por debajo del ombligo). c) falta de manifestaciones patológicas orgá - nicas. (1,22,58).

#### Tumoraciones de Mesogastrio.

En esta región encontraremos neoplasias de colon - transverso, asas yeyunales o de los gán - glios del mesen - terio. En la primera eventualidad el hemicolón derecho estará dilatado y con un enema baritado se aclarará el

diagnóstico de localización, en el segundo caso el paciente cursará con cuadro clínico de oclusión intestinal alta y la exploración radiológica con medio radioopaco hidrosoluble identificará la situación del tumor (1).

Debemos recordar que los gánglios de ésta región motivarán imágenes de compresión sobre los segmentos del tubo digestivo en que se apoyen. Los quistes del mesenterio, las más de las veces intraumbilicales suelen ser muy móviles, se sitúan por debajo del colon -- transverso y rechazan periféricamente las asas del intestino delgado. No influyen en la topografía del marco duodenal, de los riñones y de los ureteres.

Una tumoración menos superficial y fija inducirá a pensar en cáncer, quistes o pseudoquistes del pán -- creas, el tumor maligno que asentado en el cuerpo y -- cabeza de la glándula llega a hacerse palpable, abre -- el marco duodenal y altera su morfología intrínseca, -- en las tumoraciones del cuerpo de la víscera en el --- ángulo duodeno-yeyunal se mantienen en su sitio o puede estar desplazado hacia abajo y afuera, el estómago -- estará rechazado o comprimido hacia adelante según el -- tamaño de la tumoración. (1,49,58).

El cuadro clínico resulta de gran valor para el diagnóstico etiológico de las tumoraciones pancreáticas. (1,54). Recordemos aquí únicamente que las neoplasias de pancreas no llegan a hacerse palpables mas que en fases muy avanzadas, en tanto que los pseudoquistas y los quistes verdaderos la tumoración constituye el hecho más destacado. (1,53,58). Desde Korte se viene señalando que los quistes del páncreas pueden seguir una evolución intragastrohepática, intergastrocólica o subcólica.

Una tumoración muy posterior, dura, dolorosa a la presión pulsatil e irregularmente fusiforme puede corresponder a un aneurisma de la aorta abdominal, la apreciación radiográfica de calcificaciones y la erosión de la parte anterior de los cuerpos vertebrales (radiografía transversal) permite asegurar el diagnóstico, la exploración con medio de contraste pondrá de manifiesto el desplazamiento anterior del ángulo duodenoyeyunal. (1).

En las tumoraciones nerviosas de esta región pueden desarrollarse neurofibromas o neurinomas. Las tumoraciones ganglionares retroperitoneales pueden ser primitivas o secundarias, en ambos casos la tumoración ofrecera las características radiológicas de formación

retroperitoneal.

#### Tumorações de Hipocondrio Derecho.

Frente al hallazgo de una tumoración en esta zona el primer órgano a explorar es el hígado. (1) El hígado puede estar agrandado de manera difusa o bien presentar anomalías morfológicas que resultan del aumento del volumen circunscrito a zonas limitadas del mismo. Lo primero se observa en las hepatitis y tumefacciones inflamatorias de ésta víscera en el curso de enfermedades infecciosas agudas. (,58) En los obstáculos mecánicos al flujo biliar (colestasis intra o extrahepática) en la insuficiencia del ventrículo derecho, en las enfermedades por depósito de glucógeno, de lípidos, en el cáncer primitivo difuso etc. El aumento de volumen exclusivo o predominante en un lóbulo se señala en el derecho, absceso, quiste hidatídico, neoplasias y cirrosis posthepática, mientras que el izquierdo en la sífilis y rara vez en la estasis cardíaca. En los procesos biliares crónicos se hipertrofia la porción hepática adyacente a la vesícula que pende hacia el vacío derecho (lóbulo flotante o de Riedel), dando al ser palpado la impresión errónea de una vesícula biliar dilatada. Sin embargo es importante para su diferencia

ción el detalle de que aquél tiene borde y esta última no. (1,29,58).

Otros datos de importancia al palpar una masa en-hipocondrio derecho es su consistencia, sabemos que es dura en procesos neoplásicos muy dura en procesos sifilíticos o en cirrosis, en cuanto a la renitencia-- (sensación de resistencia elástica en que el órgano -- recobra su forma no bien cesa la presión) es propia -- de la infiltración amiloidea y de las colecciones líquidas a gran tensión. La fluctuación (sensación semejante a la que se obtiene cuando se palpa una bolsa -- de goma llena de agua) se obtiene en el absceso y en -- los nódulos carcinomatosos reblandecidos. (1,29,60).

Las características de los bordes hepáticos es de gran importancia ya que sus anomalías traducen y sintetizan cuanto ocurre físicamente en el hígado, normalmente es cortante, aunque por su consistencia semiblanda escapa a la palpación, aparece romo y renitente, en la amiloidosis, romo con dureza leñosa en el cáncer, romo y tenso en la estasis biliar, afilado y duro en la cirrosis atrófica. (1,42,43,58,60).

Debemos también explorar la movilidad respiratoria; Por su relación con el diafragma el hígado des -

ciende durante la inspiración este dato sirve para distinguir las enfermedades de este órgano y de la vesícula biliar de otros procesos morbosos que se desarrollan en la vecindad, los tumores que no dependen del hígado o no están adheridos a él no muestran una movilidad, apreciable durante la inspiración, mientras que por lo contrario los tumores unidos al hígado siguen en el mismo sentido los movimientos respiratorios de esta víscera. (1,57,58).

Normalmente la superficie hepática es lisa, pero aparece groseramente abollada en el cáncer, cirrosis, enfermedad poliquística. De las tumoraciones hepáticas la mayoría son metastásicas, de las primarias las más frecuentes son las carcinomas. Estos generalmente se presentan en pacientes con cirrosis hepática. (1,57).

La observación de una tumoración superficial y más o menos redondeada, relacionada con la cara inferior del hígado sugerirá que puede tratarse de una vesícula distendida. Debemos recordar que la vesícula normal y la esclerosa no se palpan, su volumen aumenta con la oclusión calculosa del conducto cístico con persistencia de la secreción mucosa que se acumule en la



vesícula (hidrocolécisto) y cuando existe un obstáculo en el colédoco estando la vesícula sana y con sus paredes distensibles, circunstancias que se dan en el cáncer de la cabeza del páncreas o de la ampolla de Vater y rara vez en el cálculo impactado. En la mayoría de los casos es válida la ley de Courvoisier la cual dice que obstrucción cancerosa, vesícula grande, y a obstrucción calculosa vesícula retraída. (1,3,21).

Sin embargo cualquiera que sea la causa de la distensión (neoplasia de la cabeza de páncreas o del colédoco, hidrocolécisto), la vesícula conserva su forma de pera, con polo inferior perfectamente limitable y gran capacidad de descenso a la inspiración, su consistencia es renitente, aunque a veces llega a estar sometida a gran tensión. (,58).

En los raros casos de neoplasias malignas de la vesícula biliar la tumoración suele cursar con dolor e ictericia y está íntimamente fijada al lecho hepático, el tumor es duro y mal limitado. Cuando la exploración colecistográfica revela una vesícula biliar normal ante una tumoración de características parecidas a las ya mencionadas deberá pensarse en la posibilidad de un quiste hidatídico subhepático pediculado, las pruebas biológicas facilitarán muchas veces el diagnóstico.

En resumen frente a una tumoración de hipocondrio derecho la consideración de los datos de orden clínico nos llevará a practicar primero, ultrasonografía o TAC nunca iniciar con contraste baritado ya que esto retrasaría ulteriores exploraciones. (1,3,41,58).

#### Tumoraciones de Flanco Derecho.

En esta región topográfica es importante diferenciar entre masas de riñón y vesículas biliar palpable, además también con las tumoraciones de flanco derecho en contacto lumbar.

Normalmente sólo se puede palpar el polo inferior del riñón si se trata de personas delgadas con buena relajación de la pared, el riñón se identifica por ser un órgano en forma de habichuela, sin aristas, de consistencia elástica y más firme que el hígado, de superficie lisa, levemente sensible de unos 6 cm. de ancho y 12 de largo. Por su situación retroperitoneal des -- ciende poco en las inspiraciones forzadas (como máximo 2 cm) y dado que no tiene extensa relación con el diafragma, haciendo presión suave sobre él se lo puede -- retener durante la espiración (signo de Minkowski). -- (1,58).

Debe tenerse presente que una tumoración hepática posterior o incluso el hígado difusamente agrandado -- puede motivar un descenso en el riñón parecido al de los tumores pararrenales (quistes, lipomas, fibromas - fibrosarcomas, tumores neurogénicos etc), los tumores de las cápsulas suprarrenales aún sin tener volúmen -- suficiente para resultar palpables pueden desplazar el riñón de su localización habitual, con la particularidad de que tales riñones seudoptosados no resultan reducibles. (1)

Cualquier tumor que evolucione por detrás del peritoneo parietal posterior desplazará la segunda porción del duodeno hacia adelante y muchas veces levantará también en igual sentido la parte alta del colon -- ascendente. (1,35,37).

García Capurro y Paggio (1) otorgan mucho valor - al desplazamiento duodenal hacia adelante; El segmento supravateriano sería desviado por las tumoraciones hepáticas retropediculars, mientras que el infravateria no traduciría la existencia de una tumoración renal o pararrenal.

Para el diagnóstico preciso de las tumoraciones - del plano posterior es útil la urografía excretora o -

la pielografía ascendente, si la primera resulta negativa, el estudio radiológico de el duodeno y del colon ascendente y siempre que se estime preciso al retroneuromoperitoneo con las dos primeras técnicas se podrá precisar si el tumor es renal (neoplasias, hidronefrosis) o en caso contrario revelará en que sentido está desplazado no sólo el riñón sino también el ureter. (1,35 37,58).

#### Tumoraciones de Hipocondrio Izquierdo.

Debemos recordar todos los órganos que se encuentran en esta región topográfica, siendo las masas más frecuentes en esta zona las del bazo, riñón y con menos frecuencia las de cola de páncreas. (1).

Normalmente el bazo es retrocostal y no es palpable, excepto en la rara eventualidad de estar descendido (esplenoptosis) por laxitud de los ligamentos que le fijan a la celda esplénica. Normalmente la superficie esplénica puede ser lisa (leucemia mieloide crónica) o irregular o abollada (formaciones quísticas o tumorales malignas especialmente sarcomas o linfomas y abscesos). En cuanto a la consistencia los bazos congestivos o sépticos vgr. El de la fiebre tifoidea son-

blandos, mientras que los leucémicos y tumorales son duros y fáciles de encontrar. Se aprecia aumento de la sensibilidad en abscesos, neoplasias, sobre todo si son de crecimiento rápido. (1,5,58)

Una tumoración que emerge del reborde costal izquierdo nos obliga a pensar ante todo en el bazo, la inmensa mayoría de las veces los datos semiológicos resultan inconfundibles, pero en ocasiones es extraordinariamente difícil establecer clínicamente el diagnóstico diferencial, entre bazo gigante, tumor de la cola del páncreas y tumor pararenal. Tengamos en cuenta que en los tres casos el riñón izquierdo puede estar desplazado hacia abajo. (1,34,35,51,54,58)

La exploración radiológica de los segmentos altos del tubo digestivo presta un valioso concurso a tal diferenciación. Como sea que las tumoraciones del bazo y de la cola de páncreas se desarrollan intraperitonealmente, no producirán desplazamiento anterior del ángulo duodeno yeyunal, pudiendo en cambio moverlo algo hacia la derecha (García Capurro y Piaggio Blanco), en cambio es típico de las tumoraciones retroperitoneales el desplazamiento anterior del ángulo de treitz, (1,54,58)

Además siempre se estudiaran las modificaciones que las tumoraciones aparecidas a este nivel puedan inferir-

al estómago, colon transverso, ángulo esplénico y colon descendente.

#### Tumoraciones de Flanco Izquierdo.

En esta región debemos de tener en cuenta también las neoplasias renales además de las perinefritis supuradas en la cual se difumina el contorno del riñón y deja de observarse el borde externo del músculo psoas raramente experimentan evolución anterior, en ésta eventualidad el tumor resulta palpable a través de la pared abdominal anterior, en el colon descendente pueden apreciarse imágenes de pericolicitis. (1,35,57,58)

Debemos recordar que toda tumoración de flanco izquierdo nos obliga a precisar la situación del bazo (ultrasonografía, TAC) y del riñón izquierdo (radiografía simple), cualquier duda acerca de este último órgano se resolverá recurriendo a la urografía intravenosa o a la pielografía, el estudio con contraste de los segmentos altos del tubo digestivo y en especial de la topografía del ángulo de Treitz es mucho más trascendente que establecer la situación del ángulo esplénico del colon. (1,22,23,58)

#### Tumoraciones de Fosa Iliaca Derecha.

Debemos recordar todas las estructuras comprendidas -

en ésta región además también es importante el plano posterior o muscular integrado principalmente por el psoas-iliaco por cuya vaina descienden los abscesos osifluentes de origen vertebral. Esta región puede también estar ocupada por tumoraciones que no han tenido origen en ninguno de sus órganos o formaciones, así no es infrecuente que desciendan a ella algunas de las tumoraciones descritas al tratar el hipocondrio derecho, tampoco que asciendan a ella tumoraciones originadas en el anexo derecho. Una tumoración en esta región reclama que sea establecida la topografía del ciego, de la última asa ileal y de ser posible del apéndice. (1,58)

El ciego normal se reconoce por las siguientes características forma y tamaño como el de una pera, con la -- parte ensanchada hacia abajo, consistencia blanda, superficie lisa, desplazable 2 a 4 cm hacia adentro, indoloro y da origen a la producción de ruidos hidroaereos o gorgoteos por la colisión líquido-gaseosa del contenido. En condiciones anormales el ciego puede encontrarse a la -- palpación; reducido de tamaño con diámetro menos, cilíndrico, duro y doloroso (colon irritable), aumentado de tamaño (tiflitis), mientras que en el caso de un tumor - da lugar a una tumefacción constante de contornos imprecisos, superficie irregular o lisa, consistencia aumentada, escasa o nula movilidad y variable sensibilidad. - -

(1,23,58)

El apéndice normal no se palpa aunque la pared abdominal sea delgada e hipotónica, si está inflamado y de gran tamaño puede comprobarse como un cordón duro, del diámetro de un lápiz, de movilidad escasa y que no da lugar a ruidos hidroaéreos. (1,58)

En esta fosa ilíaca derecha es frecuente palpar un riñón flotante, esta tumoración suele identificarse fácilmente (consistencia, forma, contacto lumbar, posibilidad de reducirlo a su topografía habitual) en aquellos casos en que puedan suscitarse dudas entre este y los quistes de mesenterio (raros) y algunas tumoraciones pediculadas (ovario quistes hepáticos), la urografía en posición horizontal y vertical nos sería bastante útil. (1,35,37,58)

Las tumoraciones del anexo derecho que evolucionan hacia la fosa ilíaca desplazan hacia arriba la última asa ileal, desapareciendo el ángulo agudo que normalmente forma con el ciego, además comprimen el fondo cecal, cuando la tumoración es inflamatoria con frecuencia solidariza entre sí y con el tumor, las últimas asas ileales el ciego y el apéndice. (1,14,15,16,58)

Pueden palparse en ambas fosas ilíacas tumoraciones -



Íntimamente unidas al hueso y por lo tanto absolutamente fijas, el estudio radiológico de los huesos de la pélvis pondría de manifiesto las imágenes correspondientes. (1,- 58)

Las tumoraciones originadas en la pared posterior, - pueden según su tamaño y evolución desplazar hacia adelante, afuera o adentro el ciego y la última asa ileal.- Un dato de gran valor para el diagnóstico de tumoración retraperitoneal lo constituye la observación de una distopia del uréter. (1)

Cuando un proceso pseudotumoral afecta el psoas, determina la contractura del músculo (extremidad inferior-flexionado sobre el abdomen y en rotación externa), las psoítis en ocasiones resultan palpables lo mismo que los abscesos osifluentes. La localización junto al arco cruzal de una colección purulenta, obliga al estudio radiográfico de la columna vertebral desde el segmento dorsal inferior. (1,58)

En resumen topográficamente el ciego constituye la formación básica de esta región, por consiguiente en todo caso se estudiarán su forma y situación, recordemos - que las tumoraciones intraperitoneales pélvicas suelen - desplazar el ciego hacia atrás o arriba en tanto que los

procesos retroperitoneales lo rechazan hacia adelante. -  
(1,58).

Tumoraciones de Fosa Iliaca izquierda.

El colón sigmoideo representa el órgano básico de esta región se dice que es el segmento intestinal más fácil de palpar por su situación superficial, descansar sobre un plano resistente osteomuscular y por carecer de meso en la mayor parte de los casos. Se percibe como un cilindro de grosor aproximado de un dedo pulgar, de consistencia firme de superficie lisa, o ligeramente abollonada (por concreciones fecales poco o nada sensible y que se puede hacer rodar o desplazar hacia afuera o dentro según la longitud del meso. En condiciones anormales puede encontrarse a la palpación; Reducido de tamaño, de superficie lisa, duro movable y muy doloroso (colítis, colon irritable) o aumentado de tamaño con un grosor varias veces aumentado lo normal (megacolón), en el caso de neoplasias se percibe una masa de superficie irregular, poco dolorosa, dura, y con escasa movilidad. (1,22,23,58).

También pueden observarse a este nivel tumoraciones inflamatorias originadas en divertículos de dicha asa sigmoidea. Unas veces se trata de perisigmoiditis pseudotumorales estenosantes y otros de abscesos localizados.

zados, en ambas eventualidades la visión radiológica mediante enema opaca, de múltiples formaciones diverticulares y en ocasiones de trayectos fistulosos, suele --- permitir una clara interpretación diagnóstica de la tumoración relacionada con el sigmoides. (1).

La evolución de una tumoración anexial izquierda hacia esta región motivará desplazamiento del asa sigmoidea hacia atrás; si esto se pone de manifiesto mediante enema opaca se apreciará muchas veces la compresión de un segmento de aquella por el pedículo de la tumoración signo de Mirizzi). (1,14,15,16,58).

Con respecto a los procesos de la pared posterior de los huesos de la pélvis, cursa con las mismas características ya mencionadas para fosa ilíaca derecha.

#### Tumoraciones de Hipogástrico.

En esta última región es donde se manifiestan más las diferencias entre el varón y la hembra, de los órganos que podemos designar como básicos al objeto que nos ocupa, la vejiga urinaria es extraperitoneal lo mismo que el útero y los anexos. Las tumoraciones palpables son en general tumores de dichos órganos y su diagnóstico suele ser fácil recurriendo a técnicas obligatorias-

sencillas. (1,56,58).

Cuando los datos directos ofrescan dudas, el estudio del desplazamiento experimentado por los órganos -- vecinos ayudará a situar topográficamente la tumoración. Así los procesos del fondo de saco de Douglas desplazan el recto hacia atrás, en tanto que en el varón comprimen hacia adelante la vejiga urinaria y en la mujer el útero y la vejiga. (1,22,23).

Las tumoraciones más frecuentes son las uterinas, en los grandes fibromiomas la tumoración es central y puede resultar visible en la radiografía directa, en tal caso es frecuente observar la interposición de una estrecha banda clara entre el tumor y la vejiga urinaria comprimida (García Capurro y Piaggio) (1). No son raras las calcificaciones en forma de núcleo. Debe tenerse en cuenta la posible existencia de un pseudotumor por embarazo negado o insospechado. (1,10,11,58).

Las neoplasias malignas de útero y de vejiga urinaria cuando llegan a resultar palpables desde el abdomen suelen estar en un estado tan avanzado de evolución que no plantean problema diagnóstico. (1,56,58).

En el varón una gran tumoración central, de consistencia firme, forma ovoide, que se hunde detrás del - -

púbis obligará a pensar en la vejiga urinaria distendida (seudotumor) el sondaje ureteral disipará las posibles dudas. (1,56).

Las tumoraciones intraperitoneales pelvianas de situación lateral desplazan hacia el lado opuesto, los órganos centrales de la excavación, recto, vejiga urinaria y útero en la mujer. Entonces la patología tumoral-pélvica se confunde con la de las fosas ilíacas. Dada la frecuencia de las tumoraciones ováricas hemos de recordar que una exploración cuidadosa permite separarlas de útero, cuyo tamaño y consistencia resultan normales y sólo queda desplazado hacia el lado opuesto a la tumoración. Los movimientos impresos a la masa tumoral no repercuten sobre el cuello uterino, como en cambio es la regla en las tumoraciones de útero (1,14,15,16,17,10 11).

Un tumor iniciado en el hipogástrico puede evolucionar hacia abajo e introducirse en la pélvis, los órganos huecos pelvianos quedan entonces desplazados de arriba hacia abajo.

Toda tumoración intraperitoneal no modifica la situación del tercio inferior de los uréteros, mientras que las tumoraciones subperitoneales, al motivar un ---

ascenso de la vejiga desplaza también el segmento distal del ureter. Este detalle identifica la tumoración como retroperitoneal. (1,58)

## TUMORES RETROPERITONEALES.

### Historia.

Las primeras descripciones de tumores de ésta localización se deben a Morgagni (1761) pero el término "tumores retroperitoneales" fue empleado por primera vez - en 1829 por Lobstein. Este autor incluyó en tal denominación tanto a los tumores primitivos como a los secundarios, posteriormente se procedió a la delimitación -- del concepto, excluyendo las metastasis e igualmente -- los tumores con punto de partida en los órganos retroperitoneales. Algunos autores siguen incluyendo el linfomasarcoma, el reticulosarcoma y la enfermedad de Hodgkin.- Mientras que el linfomasarcoma y el reticulosarcoma aislados retroperitoneales pueden ser incluidos bajo la denominación que encabeza, no es justo comprender a los tumores aparecidos como parte integrante de una enfermedad de sistema. Así pues se considera como tumores retroperitoneales a todas las tumoraciones aparecidas en el espacio retroperitoneal que no sean tumores de vísceras, metástasis neoplásicas o manifestaciones integrantes de una enfermedad de sistema. (1,2,58).

### El Espacio Retroperitoneal.

Este espacio que desde 1952 se considera como una-

entidad anatómica estructural, no pose unos límites precisos. Newmann y Pinck señalaron su límite superior a nivel de la XII vértebra dorsal y de la XII costilla, - el lateral siguiendo el borde externo del cuadrado lumbar, el inferior en la base del sacro y cresta ilíaca, - por delante tiene el peritoneo posterior y por detrás - a los músculos de la región lumbar. Contiene tejido conjuntivo laxo alojándose los riñones y las cápsulas suprarrenales, se le adosan el páncreas y el marco duodenal y es atravesado por numerosas e importantes estructuras como los ureteres, la aorta, la vena cava inferior, los vasos renales, los verdaderos tejidos del espacio retroperitoneal no tienen conexión anatómica con ninguno de los órganos de tal región. (1,2,58).

#### Clasificación y etiología.

Los tumores retroperitoneales primitivos suelen ser divididos en dos grandes grupos; Tumores sólidos y tumores quísticos, los primeros pueden ser benignos (lipoma mixoma, fibroma etc.) o malignos (sarcoma, linfosarcoma reticulosarcoma etc.), mientras que los quistes suelen ser benignos (quistes dermoides, teratomas, quistes quílosos etc.).

En general los tumores retroperitoneales serían --



algo mas frecuentes en el hombre que en la mujer (2;1) - Judd y Larson), sin embargo los lipomas serían mas frecuentes en las mujeres (3;) (Wahlendorf) y representan aproximadamente el 0.2% de todos los tumores humanos. -- (1,2,58).

#### Distribución Topográfica.

Por lo común es posible palpar una masa abdominal relacionada con la pared posterior, la mayor parte de las veces se trata de un tumor no desplazable manualmente ni con la respiración (signo de Minkowski) localizado a un lado de la columna vertebral. Es mas frecuente hallarlo a la izquierda, con bastante frecuencia hay -- lobulaciones, la consistencia varía entre blanda y dura. Al desplazar a un segmento cólico hacia adelante, puede presentarse el conocido fenómeno de que la matidez tumoral sea cruzada por una banda sonora. El intestino delgado es desplazado hacia el lado opuesto. No es infrecuente que el diagnóstico preciso sólo sea establecido mediante laparotomía exploradora. El hecho del contacto lumbar pueden confundirse con los aumentos de volumen del riñón o de su atmósfera (hipernefroma, riñón poliquístico, hidronefrosis etc.), la urografía y la gammagrafía renal suelen dilucidar las dudas. Por lo general

es fácil separarlos de las tumoraciones inflamatorias y neoplásicas que pueden asentar en el tubo digestivo. -- Más difícil es diferenciarlos de los tumores de páncrea y de algunas esplenomegalias. También cuando el tumor retroperitoneal evoluciona hacia la pélvis suele ser -- difícil distinguirlo en la mujer de los tumores del aparato genital. (1,2,9,58)

También debe ser tomada en cuenta la fibrosis retroperitoneal ideopática; Ante un caso de englobamiento bilateral de los ureteros debe pensarse ante todo en un tumor retroperitoneal o en metastasis de un cáncer de mama, postata o de otros órganos pelvianos (Ormond) -- (I), pero puede tratarse de un caso de fibrosis retroperitoneal, sólo la biopsia tomando varios fragmentos, -- permitirá el diagnóstico. (1,10,58)

## Grandes Tumorações Abdominales.

Por lo común una enorme tumoración abdominal obedecerá a alguno de los siguientes procesos;

**Esplenomegalias Gigantes.**- las grandes esplenomegalias-observables especialmente en casos de leucemia, ictericia hemolítica, Kala-azar Etc. se ofrece con los caracteres de una tumoración, que emergiendo de el reborde costal izquierdo, puede llegar a ocupar todo el hemiabdomen homonimo o incluso rebasar la línea media. Sus contornos en especial el interno y el polo inferior, suelen definirse perfectamente; La consistencia es uniforme y en ocasiones se llega a percibir la típica escotadura nunca un bazo tan grande cursa como esplenomegalia solitaria sino que se acompaña del cuadro clínico y biológico de la enfermedad general. (1,5,58)

**Hepatomegalias.**- Las grandes hepatomegalias de las neoplasias hepáticas casi siempre metastásicas, no es infrecuente que rebasen el ombligo. Lo mismo ocurre con los quistes hidatídicos múltiples del hígado y algunas cirrosis hipertróficas, no suele ser difícil identificar como hepática la gran tumoración del hemiabdomen superior. (1,58,60)

Quistes Voluminosos del Ovario.- Las tumoraciones quísticas del ovario en general mucoides, de disposición predominantemente central, suele tener forma ovoide, -- siendo el polo superior el más voluminoso, su superficie es irregular (como abollada), y la consistencia es fuerte por la tensión, aunque no muy dura. La exploración revela un útero de tamaño normal, poco desplazable y lateralizado que no sigue los movimientos impresos al tumor. (14,15,16,17,18,19)

Grandes Hidronefrosis.- Aparte de los antecedentes y -- las molestias referidas a una fosa lumbar, la tumoración suele ser asimétrica, dominando en el lado donde se ha originado, algo fluctuante e indolora, se debe explorar el contacto lumbar. (1)

Copromas.- En pacientes con anomalías anales pueden -- formarse, enormes copromas en el sigmoides extraordinariamente distendido capaces de prolongarse hasta la región epigástrica, aparte de los datos suministrados por la historia y la exploración abdominorectal, la radiografía directa puede definir bien los límites y evidenciar el típico aspecto moteado. (1).

Peritonítis Encapsulante.- Cursa con cuadro clínico de oclusión intestinal, palpándose en el centro del abdo -

men una gran tumoración tensa de superficie lisa, la --  
la exploración radiológica del tubo digestivo revela --  
que las asas de intestino delgado se introducen en el -  
seno de la tumoración, donde pueden observar imágenes -  
hidroaereas.

#### Diagnóstico Diferencial.

Las grandes tumoraciones del abdomen pueden presenu  
tarse a diagnóstico diferencial, con los abultamientos-  
difusos del abdomen, que pueden obedecer a; a) ascitis-  
libre. b) meteorismo simple. c) suboclusión intestinal.  
d) ileo reflejo. e) trombósis mesentérica. f) volvulos-  
de intestino delgado o colon. g) intususcepción. h) her-  
nia interna. En estos casos un exámen clínico atento --  
permitirá eliminar las posibles dudas. (1,4,58).

**OBJETIVOS :**

Revisar a todos los pacientes con masa abdominal palpable que ingresaran al servicio de gastroenterología en el hospital 20 de Noviembre; establecer el dx definitivo y de esta manera un protocolo diagnóstico -- para masa abdominal de acuerdo a su topografía y características palpatorias.

## MATERIAL Y METODOS.

Todos los pacientes con masa abdominal palpable -- que ingresaron en el centro hospitalario 20 de Noviembre del ISSSTE, en el periodo comprendido entre mayo de 1980 y marzo de 1984, fueron estudiados prospectivamente. Durante este período se recabaron 137 pacientes, -- de los cuales 9 abandonaron el estudio, quedando 128, - 62 hombres y 66 mujeres todos ellos blancos, con un pro medio de edad entre 51 y 80 años. Los criterios de in - clusión fueron, edad mayor de 15 años y masa abdominal - palpable de mas de un mes de evolución, se excluyeron - todos los pacientes que no reunian los criterios de -- inclusión o que abandonaron el estudio antes de estable cer el diagnóstico.

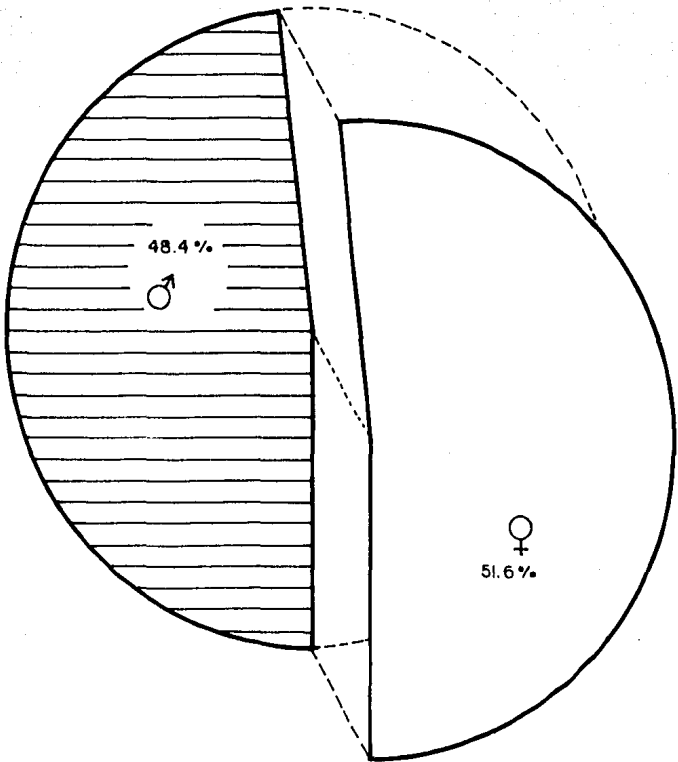
Los métodos diagnósticos incluyeron historia clíni - ca completa examen físico minucioso en el cual se esta - blecieron cuidadosamente todas las características de - la masa, estudios de laboratorio, además de exploración radiológica tanto con técnicas simples como con especia - les.

El diagnóstico definitivo se establecio por medio - de biopsia ganglionar, para estudio hisopatologico, biop - sia de la tumoración, y en algunos de ellos por medio - de estudio postmortem.

**R E S U L T A D O S**

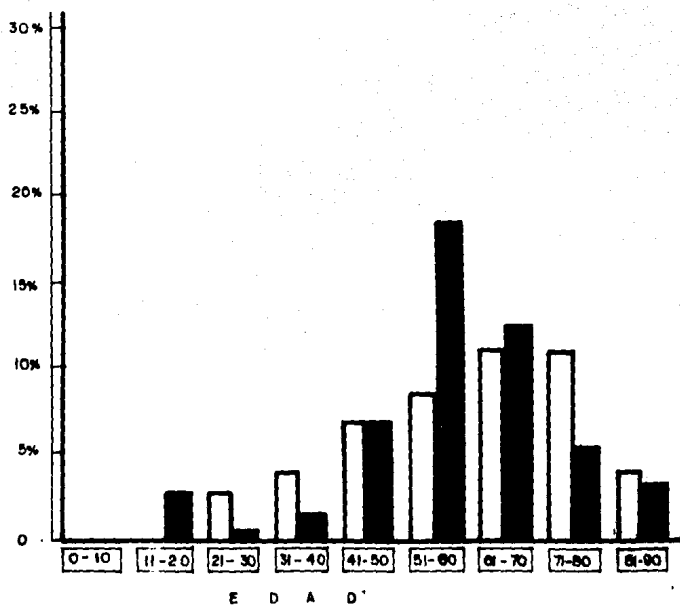
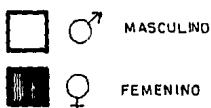


fig. 2



**DIVISION DE MASAS DE ACUERDO A SEXO**

fig. 3

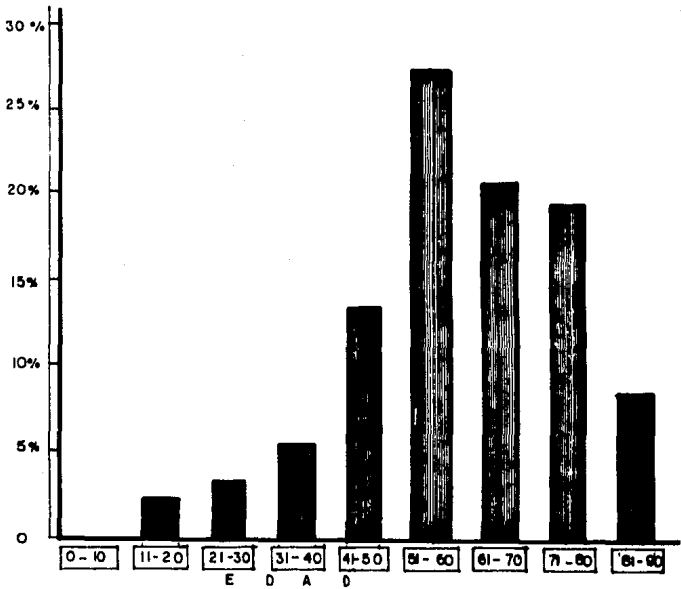


MASAS POR EDAD Y SEXO

fig. 4

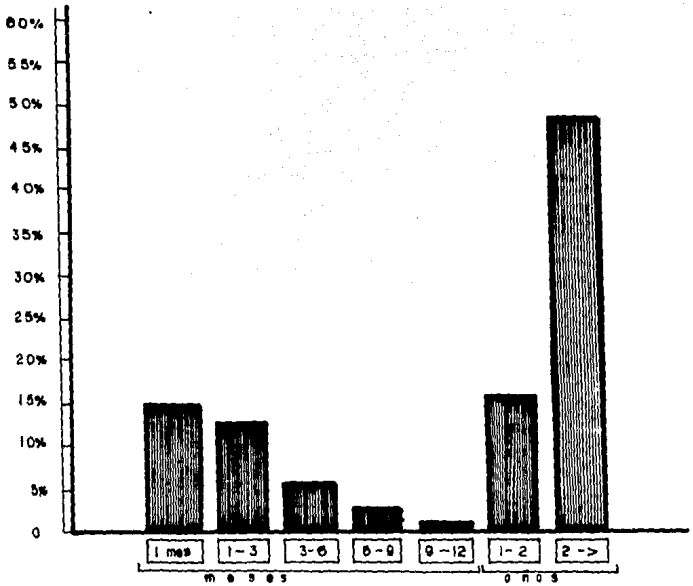


% por edades



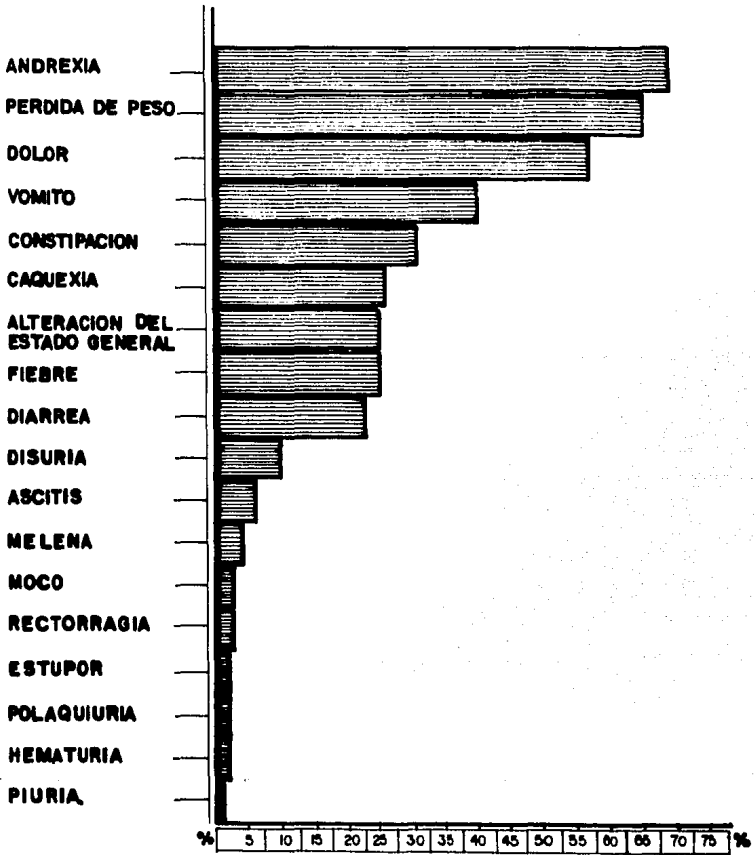
DISTRIBUCION DE MASAS DE ACUERDO A GRUPOS DE EDAD

fig. 8



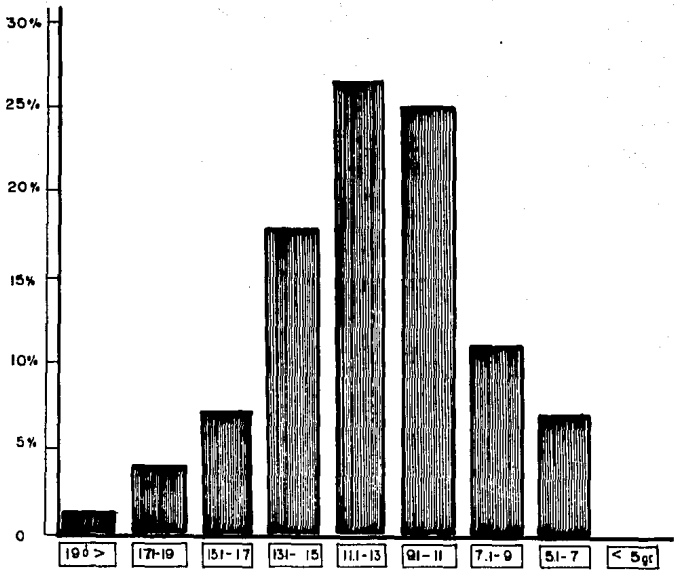
TIEMPO DE EVOLUCION DE LAS MASAS

fig. 6



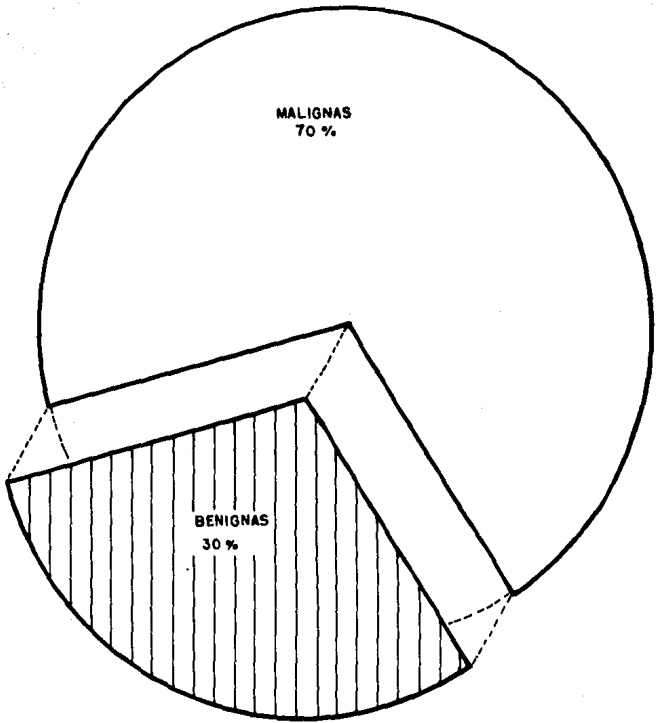
**PRINCIPALES MANIFESTACIONES CLINICAS DE MASA  
ABDOMINAL EN ESTUDIO**

fig. 7



VARIACION EN LAS CIFRAS DE HEMOGLOBINA

fig. 6



INCIDENCIA DE MALIGNIDAD

CUADRO N° 1

LOCALIZACION DE MASAS ABDOMINALES DE ACUERDO A SU TOPOGRAFIA

LOCALIZACION	TOTAL	%
CUADRANTE SUPERIOR DERECHO	15	11.71
CUADRANTE SUPERIOR DERECHO EPIGASTRIO	8	6.25
EPIGASTRIO	32	25.00
EPIGASTRIO - MESOGASTRIO	2	1.50
CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO	5	3.90
CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO EPIGASTRIO	4	3.12
FLANCO DERECHO	8	6.25
FLANCO DERECHO CUADRANTE SUPERIOR DERECHO	1	0.78
MESOGASTRIO	13	10.15
MESOGASTRIO - HIPOGASTRIO	1	0.78
FLANCO IZQUIERDO	4	3.12
FOSA ILIACA DERECHA	16	12.50
HIPOGASTRIO	10	7.86
HIPOGASTRIO- FOSA ILIACA DERECHA	1	0.78
FOSA ILIACA IZQUIERDA	7	5.46
TODO ABDOMEN	1	0.78
<b>T O T A L</b>	<b>126</b>	<b>100.00</b>



**PRINCIPALES MASAS EN CUADRANTE SUPERIOR DERECHO**

<b>MASAS DEL CUADRANTE SUPERIOR DERECHO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>COLECISTITIS CRONICA</b>	<b>3</b>	<b>20.00</b>
<b>PIOCOLECISTO</b>	<b>2</b>	<b>13.33</b>
<b>CANCER DE VESICULA BILIAR</b>	<b>2</b>	<b>13.33</b>
<b>ABSCESO PERIRRENAL</b>	<b>1</b>	<b>6.66</b>
<b>ABSCESO DE PARED</b>	<b>1</b>	<b>6.66</b>
<b>HIDRONEFROSIS</b>	<b>1</b>	<b>6.66</b>
<b>SEMINOMA</b>	<b>1</b>	<b>6.66</b>
<b>HIDROCOLECISTO</b>	<b>1</b>	<b>6.66</b>
<b>CANCER HEPATICO</b>	<b>1</b>	<b>6.66</b>
<b>ENFERMEDAD POLIQUISTICA</b>	<b>1</b>	<b>6.66</b>
<b>CISTADENOMA OVARICO</b>	<b>1</b>	<b>6.66</b>
<b>T O T A L</b>	<b>15</b>	<b>100.00 %</b>

CUADRO N° 3

**PRINCIPALES MASAS EN EPIGASTRIO**

<b>MASAS DE EPIGASTRIO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>CANCER GASTRICO</b>	<b>16</b>	<b>50.00</b>
<b>CANCER DE PANCREAS</b>	<b>5</b>	<b>15.62</b>
<b>LINFOMA DE RETROPENTONEO</b>	<b>3</b>	<b>9.37</b>
<b>PSEUDOQUISTE</b>	<b>2</b>	<b>6.25</b>
<b>BEZOAR GASTRICO</b>	<b>1</b>	<b>3.12</b>
<b>CANCER DUODENAL</b>	<b>1</b>	<b>3.12</b>
<b>CANCER COLON TRANSVERSO</b>	<b>1</b>	<b>3.12</b>
<b>ABSCESO DE RETROPENTONEO</b>	<b>1</b>	<b>3.12</b>
<b>ABSCESO DE PARED</b>	<b>1</b>	<b>3.12</b>
<b>CIRROSIS PORTAL</b>	<b>1</b>	<b>3.12</b>
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100.00</b>

CUADRO N° 4

**PRINCIPALES MASAS EN CUADRANTE SUPERIOR  
DERECHO - EPIGASTRIO**

<b>MASAS DE CUADRANTE SUPERIOR DERECHO-EPIGASTRIO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>CANCER GASTRICO</b>	<b>5</b>	<b>62.50</b>
<b>COLECISTITIS CRONICA</b>	<b>1</b>	<b>12.50</b>
<b>CANCER DE COLON</b>	<b>1</b>	<b>12.50</b>
<b>TUMOR DE RETROPERITONEO</b>	<b>1</b>	<b>12.50</b>
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100.00</b>

CUADRO N°5

**PRINCIPALES MASAS EN EPIGASTRIO-MESOGASTRIO**

<b>MASAS DE EPIGASTRIO-MESOGASTRIO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>HIDRONEFROSIS</b>	<b>1</b>	<b>50.00</b>
<b>METASTASIS HEPATICAS</b>	<b>1</b>	<b>50.00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100.00</b>

CUADRO N° 6

**PRINCIPALES MASAS EN CUADRANTE SUPERIOR  
IZQUIERDO- EPIGASTRICO**

<b>MASAS DE CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO-EPIGASTRICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>CANCER DE COLO N</b>	<b>1</b>	<b>25.00</b>
<b>CANCER GASTRICO</b>	<b>1</b>	<b>25.00</b>
<b>CANCER RENAL</b>	<b>1</b>	<b>25.00</b>
<b>RABDOMIOSARCOMA PARED</b>	<b>1</b>	<b>25.00</b>
<b>T O T A L</b>	<b>4</b>	<b>100.00</b>

CUADRO N° 7

PRINCIPALES MASAS EN CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO

MASAS DE CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO	TOTAL	%
CANCER GASTRICO	2	40.00
CANCER DE PANCREAS	1	20.00
HIDRONEFROSIS	1	20.00
LINFOMA LINFOCITICO	1	20.00
TOTAL	5	100.00

CUADRO N° 8

PRINCIPALES MASAS EN FLANCO DERECHO

MASAS DE FLANCO DERECHO	TOTAL	%
CANCER DE COLON	4	50.00
FECALOMA	1	12.50
TUMOR DE RETROPERITONEO	1	12.50
ENFERMEDAD POLIQUISTICA	1	12.50
APENDICITIS	1	12.50
T O T A L	8	100.00

## CUADRO N°9

## PRINCIPALES MASAS EN MESOGASTRIO

MASAS DE MESOGASTRIO	TOTAL	%
ANEURISMA AORTICO	3	23.07
CANCER GASTRICO	3	23.07
SARCOMA OSTEOGENICO	1	7.69
CANCER DE COLON	1	7.69
PSEUDOQUISTE	1	7.69
METASTASIS DE C.A.C.U.	1	7.69
LINFOMA NO HODGKIN	1	7.69
LEIOMIOSARCOMA	1	7.69
QUISTE OVARIO IZQUIERDO	1	7.69
TOTAL	13	100.00



CUADRO N° 10

**PRINCIPALES MASAS EN FLANCO DERECHO-  
CUADRANTE SUPERIOR DERECHO**

<b>MASAS DE FLANCO DERECHO- CUADRANTE SUPERIOR DERECHO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>TUMOR OVARICO</b>	<b>1</b>	<b>100.00</b>
<b>T O T A L</b>	<b>1</b>	<b>100.00</b>

CUADRO N° 11

**PRINCIPALES MASAS EN MESOGASTRIO-HIPOGASTRIO**

<b>MASAS DE MESOGASTRIO- HIPOGASTRIO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>CANCER GASTRICO</b>	<b>1</b>	<b>100.00</b>
<b>T O T A L</b>	<b>1</b>	<b>100.00</b>

CUADRO N° 12

**PRINCIPALES MASAS EN FOSA ILIACA DERECHA**

<b>MASAS DE FOSA ILIACA DERECHA</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>ABSCESO APENDICULAR</b>	<b>4</b>	<b>25.00</b>
<b>CANCER DE OVARIO</b>	<b>3</b>	<b>18.75</b>
<b>LINFOMA</b>	<b>2</b>	<b>12.50</b>
<b>CANCER DE CIEGO</b>	<b>2</b>	<b>12.50</b>
<b>CANCER DE COLON</b>	<b>2</b>	<b>12.50</b>
<b>GRANULOMA DE PARED</b>	<b>1</b>	<b>6.25</b>
<b>SARCOMA DE RETROPERITONEO</b>	<b>1</b>	<b>6.25</b>
<b>HERNIA DE SPIEGEL</b>	<b>1</b>	<b>6.25</b>
<b>T O T A L</b>	<b>16</b>	<b>100.00</b>

CUADRO N° 13

**PRINCIPALES MASAS EN HIPOGASTRIO**

<b>MASAS DE HIPOGASTRIO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>QUISTE DE OVARIO</b>	<b>3</b>	<b>30.00</b>
<b>CANCER DE UTERO</b>	<b>3</b>	<b>30.00</b>
<b>HERNIA INGUINAL</b>	<b>2</b>	<b>20.00</b>
<b>VEJIGA RETENCIONISTA</b>	<b>1</b>	<b>10.00</b>
<b>LINFOMA LINFOCITICO</b>	<b>1</b>	<b>10.00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100.00</b>

CUADRO N° 14

**PRINCIPALES MASAS EN FOESA ILIACA IZQUIERDA**

<b>MASAS DE FOESA ILIACA IZQUIERDA</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>CANCER DE COLON</b>	<b>2</b>	<b>28.57</b>
<b>HERNIA INGUINAL</b>	<b>2</b>	<b>28.57</b>
<b>CANCER DE RECTO</b>	<b>1</b>	<b>14.28</b>
<b>TUMOR OVARIO IZQUIERDO</b>	<b>1</b>	<b>14.28</b>
<b>ABSCESO</b>	<b>1</b>	<b>14.28</b>
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100.00</b>

CUADRO N° 15

**PRINCIPALES MASAS DE HIPOGASTRIO-FOSA ILIACA DERECHA**

<b>MASAS DE HIPOGASTRIO-FOSA ILIACA DERECHA</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>LINFOMA NO HODGKIN</b>	<b>1</b>	<b>100.00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100.00</b>

CUADRO N° 16

**MASA DE LOCALIZACION DIFUSA**

<b>MASA DIFUSA</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>QUISTE OVARICO</b>	<b>1</b>	<b>100.00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100.00</b>

CUADRO N° 17

**PRINCIPALES MASAS DE FLANCO IZQUIERDO**

<b>MASAS DE FLANCO IZQUIERDO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>CANCER RENAL</b>	<b>4</b>	<b>100.00</b>

## MASAS SEGUN LOCALIZACION Y CARACTERISTICAS

MASAS MAS FRECUENTES	TOTAL	S I T I O	%	DURA	IRREGU	DOLOROSA
CANCER GASTRICO	26	EPIGASTRIO	57	78%	57%	60%
LINFOMAS	9	EPIGASTRIO	33	66%	11%	44%
CANCER DE PANCREAS	6	EPIGASTRIO	63	100%	66%	50%
PSEUDOQUISTE	2	EPIGASTRIO	100	100%	50%	100%
ABSCESO DE PARED	2	EPIGASTRIO- CUADRANTE SUPERIOR DERECHO	100	100%	100%	100%
MASAS DE RETROPERITONEO	3	EPIGASTRIO- CUADRANTE SUPERIOR DERECHO	33	100%	100%	33%
CANCER VESICULA BILIAR	2	CUADRANTE SUPERIOR DERECHO	100	100%	100%	0%
PLOCOLECISTO	2	CUADRANTE SUPERIOR DERECHO	100	50%	50%	100%
CANCER HEPATICO	1	CUADRANTE SUPERIOR DERECHO	100	100%	100%	100%
ENFERMEDAD POLIQUISTICA	2	CUADRANTE SUPERIOR DERECHO - FLANCO DERECHO	100	100%	100%	50%
HIDRONEFROSIS	4	CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO	25	100%	75%	50%
CANCER DE COLON	12	FLANCO DERECHO	33	75%	25%	58%
ANEURISMA AORTICO	3	MESOGASTRIO	100	66%	0%	33%
CANCER RENAL	4	FOSA ILIACA	75	100%	75%	75%
CANCER DE OVARIO	11	FOSA ILIACA DERECHA - HIPOGASTRIO	27	72%	27%	54%
CANCER DE UTERO	3	HIPOGASTRIO	100	66%	0%	66%
CANCER DE RECTO	1	FOSA ILIACA IZQUIERDA	100	45%	50%	50%

CUADRO N° 19

**DISTRIBUCION DE MASAS ABDOMINALES DE  
ACUERDO A SU CONSISTENCIA**

<b>CONSISTENCIA</b>	<b>TOTAL</b>	<b>MALIGNAS</b>	<b>BENIGNAS</b>
<b>BLANDA</b>	<b>24</b>	<b>19 %</b>	<b>79 %</b>
<b>DURA</b>	<b>104</b>	<b>81 %</b>	<b>18 %</b>
<b>T O T A L</b>	<b>128</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>



CUADRO N° 20

**DISTRIBUCION DE MASAS ABDOMINALES DE  
ACUERDO A LA CARACTERISTICAS DE SU BORDES**

<b>BORDES</b>	<b>TOTAL</b>	<b>MALIGNAS</b>	<b>BENIGNAS</b>
<b>LISOS</b>	<b>72</b>	<b>56 %</b>	<b>43 %</b>
<b>IRREGULARES</b>	<b>56</b>	<b>80 %</b>	<b>19 %</b>

CUADRO N° 21

**DISTRIBUCION DE MASAS ABDOMINALES DE  
ACUERDO AL DOLOR**

<b>M A S A S</b>	<b>MALIGNAS</b>	<b>BENIGNAS</b>
<b>DOLOR OSAS</b>	<b>70.28%</b>	<b>29.72%</b>
<b>NO DOLOR OSAS</b>	<b>72.22%</b>	<b>27.77%</b>
<b>T O T A L</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

## C O N C L U S I O N E S

- 1) No hubo diferencias estadísticamente significativas-- en relación al sexo. En cuanto a grupos de edad el -- pico maximo observado fue entre la quinta y sexta década de la vida.
- 2) De acuerdo a su tiempo de evolución, el 48.4% de las masas a su ingreso hospitalario tenían mas de dos --- años de evolución.
- 3) Los tres datos clínicos mas frecuentes fueron; anorexia (70%), perdida de peso (65%), y dolor (57%).
- 4) Se observaron niveles de Hb menores de 10 mgr en el-- 44.5% de los casos, mientras que la glucosa, los leucocitos, la creatinina y el EGO no mostraron variaciones significativas.
- 5) En cuanto a su localización se encontro una mayor --- incidencia de masas en; Epigastrio (25%), fosa ilíaca derecha (12.5%), y CSD (11.7%).
- 6) De las 128 masas el 70% fueron malignas y el 30% benignas.
- 7) En cuanto a su consistencia, 104 (81.2%) fueron duras y 24 (18.7%) blandas.

- 8) De las masas de consistencia dura, el 81% fueron malignas y de ellas el mas frecuente fue el cancer gastrico (21%).
- 9) De las masas de consistencia blanda, el 79% fueron benignas y de ellas la mas frecuente fue la hernia inguinal en un 16%.
- 10) Del total de las masas 72 (56.2%) fueron de contornos lisos, mientras que 56 (43.7%) fueron de contornos -- irregulares.
- 11) De las masas de bordes irregulares el 80% fueron malignas y de ellas el mas frecuente fue el cáncer gastrico en un 28.5%.
- 12) De las masas de bordes lisos el 58% fueron malignos y de ellas el mas frecuente el cancer de colon en 13.8%
- 13) Del total de las masas 74 (57.8%) fueron dolorosas -- mientras 54 (42.1%) indoloras.
- 14) De las masas dolorosas el 70% fueron malignas y de -- ellas la mas frecuente fue el cancer gastrico en - - 29.7%.
- 15) De las masas no dolorosas el 72% fueron malignas y de -- ellas la mas frecuente fue el cáncer gastrico en un - 20%.

- 16) De todas las masas solamente 2 (1.56%) latian y ambas correspondieron a aneurismas aorticos.
- 17) En cuanto a las características de la masa 25 (19.5%) se desplazaban con la respiración, correspondiendo -- en el 36% de los casos de cáncer gastrico.
- 18) Solamente 16 (12.5%) tenían contacto lumbar y correspondieron en un 18.7% a cáncer renal.
- 19) De las 128 masas el tamaño de 71 (55.4%) de ellas oscilaba entre 5-10 cm, correspondiendo en un 23.9% de los casos a cáncer gastrico.

SEGUN LOS RESULTADOS OBTENIDOS PODEMOS ESTABLECER LOS SI  
GUIENTES ENUNCIADOS.

- 1) Ante una masa en CSD debemos pensar en; a) colecistitis cronica (20%) si la masa es blanda, regular, dolorosa, se desplaza con la respiración, no contacto lumbar. b) piocolecisto (13.3%) si la masa es blanda, irregular, dolorosa, se desplaza con la respiración, no contacto lumbar. c) Ca de vesicula (13.3%) si la masa es dura, irregular, indolora, se desplaza con la respiración, no contacto lumbar, no late.
- 2) Ante una masa en epigastrio debemos pensar en; a) Ca gastrico (50%) si la masa es dura, irregular, dolorosa, se desplaza con la respiración, no contacto lumbar, no late. b) Ca de pancreas (15.6%) si la masa es dura, irregular, dolorosa, se desplaza con la respiración, no contacto lumbar, no late. c) linfoma (9.3%) si la masa es dura, irregular, indolora, se desplaza con la respiración, no contacto lumbar, no late.
- 3) Ante una masa que abarque CSD y epigastrio debemos pensar en; a) Ca gastrico (62.5%) si la masa es dura, irregular, dolorosa, se desplaza con la respiración, no contacto lumbar, no late. b) colecistitis cronica (12.5%) si la masa es blanda, irregular, dolorosa ---

se desplaza con la respiración, no contacto lumbar, no late. c) Ca de colon (12.5%) si la masa es dura, regular, dolorosa, no se desplaza con la respiración, no contacto lumbar, no late.

- 4) Ante una masa que abarque epigastrio y mesogastrio debemos pensar en: a) principalmente hidronefrosis (50%) si la masa es dura, irregular, dolorosa, se desplaza con la respiración, contacto lumbar, no late
- 5) Ante una masa que abarque CSI y epigastrio debemos pensar en; a) Ca de colon (25%) si la masa es dura, regular, dolorosa, no se desplaza con la respiración, no contacto lumbar, no late. b) Ca gastrico (25%) si la masa es dura, irregular, dolorosa, se desplaza con la respiración, no contacto lumbar, no late. c) Ca renal (25%) si la masa es dura, irregular, dolorosa, se desplaza con la respiración, contacto lumbar, no late.
- 6) Ante una masa en CSI debemos pensar en; a) Ca gastrico (40%) si la masa es dura, irregular, dolorosa, se desplaza con la respiración, no contacto lumbar, no late. c) hidronefrosis (20%) si la masa es dura, irregular, dolorosa, se desplaza con la respiración, contacto lumbar, no late.

- 7) Ante una masa en FD debemos pensar en; a) Ca de colon (50%) si la masa es dura, regular, dolorosa, no se -- desplaza con la respiración, no contacto lumbar, no late. b) tumores retroperitoneales (12%) si la masa es dura, irregular, indolora, no se desplaza con la respiración no contacto lumbar, no late. c) enfermedad poliquistica (12%) si la masa es dura, irregular, dolorosa, no se desplaza con la respiración no contacto lumbar, no late.
- 8) Ante una masa en mesogastrio debemos pensar en; a) -- aneurisma aortico (23%) si la masa es dura, regular, indolora, se desplaza con la respiración, no contacto lumbar, late. b) Ca gastrico (23%) si la masa es dura irregular, dolorosa, se desplaza con la respiración, no contacto lumbar, no late. c) sarcoma osteogenico (7.6%) si la masa es dura, irregular, indolora, no se desplaza con la respiración, no contacto lumbar, no late.
- 9) Ante una masa en FI debemos pensar en; a) Ca renal -- (75%) si la masa es dura, irregular, dolorosa, se desplaza con la respiración, contacto lumbar, no late. b) Hidronefrosis (25%) si la masa es dura, irregular-dolorosa, se desplaza con la respiración, contacto --



lumbar, no late.

- 10) Ante una masa en FID debemos pensar en; a) absceso --  
apendicular (25%) si la masa es dura, irregular, dolo  
rosa, no se desplaza con la respiración, no contacto  
lumbar, no late. b) Ca de ovario (18%) si la masa ---  
es dura, irregular, dolorosa, no se desplaza con la -  
respiración, no contacto lumbar, no late. c) linfoma-  
(12%) si la masa es dura, regular, indolora, no se -  
desplaza con la respiración, no contacto lumbar no --  
late.
- 11) Ante una masa en hipogastrio debemos pensar en; a) --  
quiste de ovario (30%) si la masa es dura, irregular,  
dolorosa, no se desplaza con la respiración, no con -  
tacto lumbar, no late. b) Ca de utero (30%) si la ma-  
sa es dura, regular, dolorosa, no se desplaza con la-  
respiración, no contacto lumbar, no late. c) hernia -  
inguinal (20%) si la masa es blanda, regular, doloro-  
sa, no se desplaza con la respiración no contacto lum  
bar, no late.
- 12) Ante una masa en FII debemos pensar en; a) Ca de co -  
lon (28%) si la masa es dura, regular, dolorosa, no -  
se desplaza con la respiración, no contacto lumbar, -  
no late. b) hernia inguinal (28%) si la masa es blan-

da, regular, dolorosa, no se desplaza con la respiración, no contacto lumbar, no late. c) Ca de recto --- (14%) si la masa es blanda, regular, indolora, no se desplaza con la respiración, no contacto lumbar, no--late.

## P R O P O S I C I O N E S .

- 1) A todo paciente con masa abdominal palpable que ingresa al servicio de medicina interna, se le debe practicar historia clínica completa investigando cuidadosamente antecedentes de tabaquismo, hábitos alimenticios, ingesta de café, etilismo, lugar de residencia así como medicación previa.
- 2) Anotar el peso a su ingreso, para así poder apreciar modificaciones durante su estancia hospitalaria.
- 3) A todo paciente con masa abdominal palpable que ingrese al servicio de urgencias, se le interrogara sobre el tiempo de evolución de ella y en caso de que esta sea mayor de un mes, se deberán investigar los motivos que hayan retrasado su ingreso hospitalario.
- 4) Posteriormente practicar todos los estudios de laboratorios y gabinetes necesarios. Sin embargo es importante recordar que desde el punto de vista clínico el dato más valioso para orientar hacia la etiología de una masa abdominal, son las características palpatorias de ella, así como su distribución topográfica.
- 5) Actualmente se cuentan con métodos de gabinete más especializados como son; Ultrasonografía, tomografía azial computada, gamagrafía, angiografía selectiva, resonancia magnética etc.

## R E F E R E N C I A S .

1. Pons P.: Tumores Abdominales. M 1200-1235.
2. Adams T. Retroperitoneal Tumors. Principles of Surgery. 1449-1455; 1983.
3. Gore M, Filly A. Displaced Retroperitoneal Fat: Sonographic Guide to Right Upper Quadrant Mass Localization. Radiology. 142: 701-705; 1982.
4. Hann, Goldberg P. Pseudomyxoma Peritonei: Preoperative Diagnosis by Ultrasound and Computed Tomography. Cancer; 52: 642-644; 1983.
5. Balfour B, Butler J. Primary Splenic Presentation of Malignant Lymphoma and Related Disorders, Cancer; 54 - 1606-1609; 1984.
6. Nissen I, Rygard J. A Randomized Study of Radiotherapy Versus Radiotherapy Plus Chemotherapy in Stage - - 1-11 Non Hodgkin's Lymphomas. Cancer; 52: 1-7; 1983.
7. Garcin J, Berard W. An Autopsy Study of Histologic -- Progression in Non-Hodgkin's Lymphomas. Cancer. 52: -- 393-398; 1983.
8. Balentine L, Lynch R. Malignant Lymphocytic Lymphoma. Cancer. 52: 35-38; 1983.

9. Velez-Garcia, Bartolucci A. Results of a Uniform Histopathologic Review System of Lymphoma Cases, *Cancer*-52: 675-679; 1983.
10. Cramer W, Kanapp C. Review of Epidemiologic Studies - of Endometrial Cancer and Exogenous Estrogen. *Obstetrics and Gynecology*; 54: 521-526; 1979.
11. Omura A, Zaino J. A Randomized Study of Adriamycin -- With and without Dimethyl Triazenoimidazole Carboxamide in Advanced Uterine Sarcomas. *Cancer*; 52: 626---632; 1983.
12. Weed C, Mendendall W. Recurrent Endodermal Sinus Tumor During Pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*. 54:-653-656; 1979.
13. Clark E, Fabro S. Endometrioid-Type Cystadenocarcinoma Arising in the Mesosalpinx *Obstetrics and Gynecology* 54: 656-658; 1979.
14. Hernández J, Sánchez R. Disgerminoma de Ovario. Revisión retrospectiva de 51 casos. *Ginecología y Obstetricia de México*. 52: 263-266: 1984.
15. Bernal S, Espejo I. Tecoma Tratamiento Conservador.-- Presentación de un Caso. *Ginecología y Obstetricia--de México*. 52: 161-164; 1984.

16. Nuñez C, Kemp A. Ovarian Rhabdomyosarcoma Presenting as Leukemia. *Cancer*. 52: 297-300; 1983.
17. Kao F, Norris J. Unusual Cystadenofibromas: Endometroid Mucinous, and Clear Cell Types. *Obstetric and Gynecology*. 54: 729-735; 1979.
18. Murphy F, Urcuyo R. Bronner Tumor and Mucinous Cystadenoma of Borderline Malignancy in a Patient with Turner's Syndrome. *Obstetrics and Gynecology*. 54: 660-663 1979.
19. Farber M, Jackson. Lipoid Cell Tumor of the Ovary.-- *Obstetrics and Gynecology*. 54: 576-579; 1979.
20. Rene C, Urrea S. Tratamiento Quirurgico de los quistes de coledoco. *Rev Gastroenterologica de México*. -- 49: 25-29; 1984.
21. Klammer W, Max H. Carcinoma of the Gallbladder. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*. 156: 641-645; 1983.
22. Malvligit M, Stuckey S. Colorectal Carcinoma. Evidence for circulating CEA anti-CEA Complexes. *Cancer*. 52 146-149; 1983.
23. Johnson R, Pihl A. Carcinoma of the Colon and Rectum in Inflammatory Disease of the Intestine. *Surgery, Gynecology and Obstetric*. 156: 193-197; 1983.

24. Walker C, Gray N. Acute-Phase Reactant Proteins and Carcinoembryonic Antigen in Cancer of the Colon and Rectum. *Cancer*. 52: 150-154; 1983.
25. Temple F, Mittelman E. A Comparison of Isotopic and-- Computerized Tomographic Scanning in the Diagnosis of métastasis to the Liver in Patients with Adenocarcinoma of the Colon and Rectum. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*. 156: 205-208; 1983.
26. Beckman N, Ray E. A Potentially Brighter Prognosis-- for Colon Carcinoma in the Third and Fourth Decades.- *Cancer*. 54: 1468-1481; 1984.
27. Rudan N, Popovic S. Primary Adenocarcinoma of the -- Duodenum. Report of two Cases. *Cancer*. 54: 1105-1109;- 1984.
28. Kemeny N, Braun D. Metastatic Colorectal Carcinoma.- *Cancer*. 51: 20-24; 1983.
29. Gutiérrez C, Valenzuela J. Neoplasias del aparato digestivo. Revisión de 70,055 casos de material quirúrgico y necropsia. *Rev. Gastroenterologica de México* - 49: 59-67; 1984.
30. Rattinger D, Flexner M. Gastrointestinal Involvement in Lymphomatoid Granulomatosis. Report of a case and Review of the literature. *Cancer*. 51: 694-700; 1983.

31. Bizer S.A denocarcinoma of the Stomach. *Cancer*. 51:-743-745; 1983.
32. Brooks J, Enterline T. Primary Gastric Lymphomas. A Clinicopathologic Study of 58 cases with long-term follow-up and literature Review. *Cancer*. 51: 701-711 1983.
33. Cortéz R, Campuzano M. Neoplasias Gastricas. *Rev. Gastroenterologica de México*. 49: 169-177; 1984.
34. Sant R, Meares M. Unusual Renal Mass in a Middle-Aged Woman. *the Journal of Urology*. 130: 114-117;1983
35. Breatnach F, Androulakakis A. Renal Papillary Adenocarcinoma Following Treatment for Wilms'Tumor. *Cancer*. 52: 520-523; 1983.
36. Alavi B, Mclean K. Hipertensión with Renal Carcinoma An effect of Arterial Embolization. *Cancer*. 52: 169-172; 1983.
37. Fleoischmana J, Fair R. Renal Cell Carcinoma and the Clomogenic assay. *The Joruna 1 of Urology*. 130: 1060 1062; 1983.
38. Cohen D, Reider I. The Role of Computerized Tomographic in the Diagnosis and Managment of Patients with



- Bilateral Wilms Tumor. The Journal of Urology. 130:-  
1160-1162.
39. Mrcephath M, Lin J. Clear Cell Carcinoma of Liver. -  
Cancer. 52: 504-507; 1983.
40. Shinagawa T, Okuda K, Diagnosis and Clinical Features  
of Small Hepatocellular Carcinoma with Emphasis on -  
the Utility of Real-Time Ultrasonography. Gastroente  
rology. 86: 495-502; 1983.
41. Sugarbaker H, Simon R. Improved Detection of Focal -  
lesions with Computerized Tomographic Examination of  
the Liver Using Ethiodized Oil Emulsion (EOE-13) Li  
ver Contrast. Cancer. 54: 1489-1495; 1984.
42. The Liver Cancer Study Group of Japan. Primary Liver  
Cancer in Japan. Cancer. 54: 1747-1755; 1984.
43. Nagasue N, Inokuchi K. The Natural History of Hepato  
cellular Carcinoma. A Study of 100 untrated Cases. -  
Cancer. 54: 1461-1465; 1984.
44. Horie Y, Hirayama C. Pedunculated Hepatocellular Car  
cinoma. Report of There Cases and Review of literatu  
re. Cancer. 51: 746-751; 1983.
45. Melia M, Williams R. Hepatocellular Carcinoma in Pri  
mary Billiary Chirnhosis: Detection by alfa Fetopr -

- tein Estimation. Gastroenterology. 87: 660-663; 1984
46. Tatsuta M, Tamura H. Cytohistologic Diagnosis of Neoplasmas of the Liver by Ultrasonically Guided Fine-Needle Aspiration Biopsy. Cancer. 54: 1602-1686; -- 1984.
  47. Lin Y, Sheen S. Hepatocellular Carcinoma in Noncirrhotic Patients. A laparoscopic Study of 92 Cases in Taiwan. Cancer. 54: 1466-1468; 1984.
  48. Falkson G, Scherman C. Primary Liver Cancer. An Eastern Cooperative Oncology Group Trial. Cancer. 54: - 970-977; 1984.
  49. Kuo T, Chien C. Solid and Papillary Neoplasm of the - Pancreas. Report of Three cases from Taiwan. Cancer. 54: 1469-1474. 1984.
  50. Sigel B, Machi J. Localization of Insulinomas of the Pancreas at Operation by Real-Time Ultrasound Scanning. Surgery, Gynecology and Obstetrics. 156: 145-- 147: 1983.
  51. Malagelada J. Pancreatic Cancer. An Overview of Epidemiology, Clinical Presentation and Diagnosis, Mayo Clin Proc. 54: 459-467; 1979.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

52. Cubilla A, Fitzgerald J. Classification of Gastric Cancer (Nonendocrine). Mayo Clin Proc. 54: 449-458; 1979.
53. Hurta do H, Barajas R. Utilidad de la tomografía axial computada en el diagnóstico de pancreatitis aguda y sus complicaciones. Rev. gastroenterologica de México. 49; 31-36; 1984.
54. Maruchi N, Kurland T. Cancer Of the Pancreas in Olmsted County, Minnesota, 1935-1974. Mayo Clin Proc. 54: 245-249. 1979.
55. Barton M, Copeland M. Carcinoma of the Ampula of Vater. Surgery, Gynecology and Obstetrics. 156: 297 - 301.
56. Prout R, Heney M. Carcinoma In Situ of the Urinary Bladder with and without Associate de Vesical Neoplasma. Cancer. 52: 524-532; 1983.
57. Burdette J. Neoplasias de Hígado. Enfermedades del Hígado. 1199-1223: 1981.
58. Suros J. Semiología Médica y Técnica Exploratoria. Aparato Digestivo. 357-359: 1979.
59. Fordtran S. Neoplasma of the Stomach. Gastrointestinal Diseases. 521-537. 1983.

60. Okuda K. Primary Carcinomas of the Liver. Gastroenterology. 3315-3377; 1984.
61. Uribe M. Hepatomegalia con sospecha de neoplasia Maligna. Diagnostico y Tratamiento de las enfermedades de higado y vias biliares. 91-98: 1979.