

11201

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO 8**

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES



**REVISION DE LOS TUMORES RETROPERITONEALES PRIMARIOS**  
ESTUDIADOS EN EL HOSPITAL GENERAL  
"LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"  
1971 - 1977

TRABAJO PRESENTADO POR EL  
MEDICO CIRUJANO  
**RAMON CASTELLANOS JIMENEZ**  
COMO REQUISITO PREVIO  
PARA OPTAR AL TITULO DE  
ESPECIALISTA COMO  
**ANATOMO PATOLOGO**

MEXICO, D. F.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

2002



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

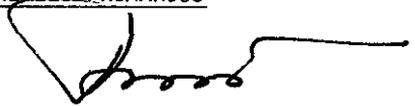
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

CURSO DE POSGRADO DE ANATOMIA PATOLOGICA

REVISION DE LOS TUMORES RETROPERITONEALES PRIMARIOS

(1971-1977)

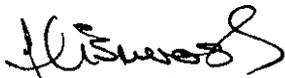


Trabajo presentado por el Médico Cirujano

RAMON CASTELLANOS JIMENEZ

como requisito previo para optar al título de

ESPECIALISTA ANATOMO PATOLOGO



DR. LUIS CISNEROS SOTELO,  
Jefe del Curso de Posgrado  
de Anatomía Patológica



DR. FERNANDO DE LA TORRE RENDON,  
Profesor Adjunto del Curso de  
Anatomía Patológica y  
Asesor de Tesis

México, D.F.  
1981

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

REVISION DE LOS TUMORES RETROPERITONEALES PRIMARIOS  
ESTUDIADOS EN EL HOSPITAL GENERAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

(1971-1977)

DR. RAMON CASTELLANOS JIMENEZ

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A la memoria de mi padre:

Prof. Ramón Castellanos Villoldo

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A g r a d e c i m i e n t o s :

Al Dr. Fernando de la Torre Rendón,  
por su paciente guía para la elaboración de esta tesis y por  
la generosidad con la que brinda sus bien cimentados conoci-  
mientos.

A Mariyé, Ramón, León y Paloma,  
por el sacrificio que implica la realización de  
una residencia y la elaboración de este trabajo.

A mi madre

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# I N D I C E

	Página
Introducción.....	1
TABLA 1 Clasificación de los tumores retroperitoneales..	3
Material y métodos.....	9
Presentación de los casos.....	12
Resultados.....	28
TABLA 2 Síntomas en 8 casos de tumor retroperitoneal....	31
TABLA 3 Sexo, edad y diagnóstico anatopatológico de los 8 casos.....	32
Discusión.....	33
Conclusiones.....	37
B i b l i o g r a f í a.....	41

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INTRODUCCION

Los tumores retroperitoneales son muy poco frecuentes, Pack y Tabah (1) encontraron en una revisión de 60,000 tumores, solamente 120 de esa localización, o sea el 0.2 por ciento. A pesar de lo anterior, poseen una serie de características que los hacen de gran interés, tanto para el clínico como para el patólogo. La característica principal es que la mayoría de ellos permanece sin detección hasta que es muy tarde para hacer tratamiento adecuado (2), ya que el espacio retroperitoneal permite un crecimiento silencioso del tumor, antes de ser palpable o dar síntomas o signos; estos casi siempre relacionados con desplazamiento, obstrucción o invasión de las estructuras u órganos vecinos (3). Otra característica de interés se deriva del hecho de que el retroperitoneo es una encrucijada interdisciplinaria, ya que lo estudian, dependiendo de las manifestaciones que dé el tumor, urólogos, gastroenterólogos, internistas, cirujanos generales o de vascular periférico, oncólogos, etc. Lo ideal es que los tumores retroperitoneales sean estudiados por un grupo interdisciplinario de especialistas que incluya a los mencionados en el párrafo anterior y a especialistas auxiliares de diagnóstico, tales como radiólogos, médicos nucleares y patólogos, estableciendo previamente diagramas de procedimientos diagnósticos, que en un momento determinado puedan aumentar la posibilidad de diagnóstico correcto y oportuno.

Particularmente para el patólogo, el interés reside en que el grupo de tumores retroperitoneales muestra una gran variedad histológica (TABLA 1)

y la gran mayoría de ellos pertenece al grupo de tumores de tejidos blandos, de estirpe mesenquimatosa, que es de diagnóstico diferencial morfológico difícil, lo que obliga al patólogo y al técnico en histología a desarrollar múltiples técnicas de tinción especial, para investigar su constitución e histoquímica e inclusive a practicar microscopía electrónica - para determinar por la ultraestructura la estirpe histológica del tumor (5, 6, 7 y 8).

El presente análisis persigue determinar la frecuencia de estos tumores en el hospital, sus características clínicas principales, los estudios de laboratorio y gabinete que fueron empleados y su utilidad y finalmente los datos morfológicos, macroscópicos y microscópicos, que son útiles para su clasificación histopatológica.

Melicow (2) describe al retroperitoneo como un espacio parcialmente real y en parte potencial limitado anteriormente por la capa posterior del peritoneo parietal, la superficie posterior del hígado, el páncreas y porciones del intestino grueso. Posteriormente el área está limitada por la fascia que recubre a las vértebras lumbares, al músculo psoas, a los cuadrado lumbares y a parte de los músculos transversos.

## T A B L A 1

## CLASIFICACION DE LOS TUMORES RETROPERITONEALES PRIMARIOS

## I. TUMORES DE ORIGEN MESODERMICO

- A. Originados en tejido adiposo
  - Lipoma
  - Liposarcoma
- B. Originados en músculo liso
  - Leiomioma
  - Leiomiosarcoma
- C. Originados en tejido conectivo
  - Fibroma
  - Fibrosarcoma
- D. Originados en músculo estriado
  - Rabdomioma
  - Rabdomiosarcoma
- E. Originados en vasos linfáticos
  - Linfangioma
  - Linfagiosarcoma
- F. Originados en ganglios linfáticos
  - Linfoma
- G. Originados en vasos sanguíneos
  - Hemangioma
  - Hemangiopericitoma
  - Angiosarcoma
- H. Originados en histiocitos
  - Xantogranuloma
  - Fibroxtantosarcoma

## II. TUMORES DE ORIGEN NERVIOSO

- A. Originados en vaina nerviosa
  - Fibroma no encapsulado
  - Neurilemoma encapsulado
  - Schwanoma maligno

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

B. Originados en sistema nervioso simpático

Ganglioneuroma  
Simpaticoblastoma  
Neuroblastoma

C. Originados en tejido cromafín y adrenocortical heterotópico

Carcinoma originado en tejido adrenocortical  
Paraganglioma no cromafín maligno  
Paraganglioma  
Feocromocitoma

III. TUMORES DE LA CRESTA UROGENITAL

IV. TUMORES ORIGINADOS EN REMANENTES EMBRIONARIOS

Teratoma  
Cordoma

(/) Modificado de Ackerman, L.V. por Duncan (4)

El retroperitoneo se extiende cefálicamente hasta el diafragma y la porción caudal está limitada por la fascia pélvica que recubre a los músculos elevadores del ano y a los músculos coccígeos. Una línea dibujada del extremo de la decimosegunda costilla al punto medio de la cresta iliaca, señala el límite lateral. En el espacio retroperitoneal real se encuentran la porción abdominal de la aorta, la vena cava inferior, el páncreas, el duodeno, las glándulas suprarrenales, el riñón y los ureteros.

En esta revisión solamente se incluirán los tumores originados en los tejidos situados en el espacio potencial, o sea: tejido conectivo denso y laxo, tejido adiposo, haces musculares finos, pequeños vasos sanguíneos, capilares y elementos nerviosos. Con el objeto de tratar solamente los tumores de tejidos blandos retroperitoneales o tumores primarios de retroperitoneo.

Una vez definido el espacio retroperitoneal, veremos una resumida historia del estudio de sus tumores. El primero en informar acerca de un tumor retroperitoneal fue Giovanni Batista Morgagni, iniciador de la anatomía patológica como ciencia, que en su De Sedibus et Causis Morborum, impresa en 1761, incluye 700 historias clínicas y protocolos de autopsia, una de ellas acerca de un tumor de retroperitoneo. Muy posteriormente en 1919, en un congreso de cirugía en Francia, Lecene y Tevenot presentaron la primera serie grande (135 casos), Melicow (2) en 1953 presentó 162 casos, Pack y Tabah (1) en 1954 informan de 120 casos y la serie grande más recientemente publicada fue la de Gill (21) en 1970. El total de casos publicados hasta 1974 es de 1,300 (9).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Como ya se había mencionado, el retroperitoneo es clínicamente "silencioso" por tiempos largos, por lo tanto ideal para permitir el aumento de volumen de los tumores sin alterar mucho ni la forma ni la función de los órganos y estructuras que ocupan el retroperitoneo, tales como el riñón y el uretero. Es frecuente también que después de mucho tiempo sin dar síntomas, los presente vagos y poco específicos. Los síntomas frecuentemente están relacionados con la zona de retroperitoneo en la que se encuentre el tumor (2), si éste se encuentra en la zona epigástrica, el paciente presenta dolor de espalda, dolor radicular o pleurítico, disnea, sensación de plenitud abdominal, náusea, vómito, ictericia y/o hematemésis. En la región umbilical es más frecuente encontrar que el paciente refiere dolor en hemicinturón, várices abdominales, constipación, dolor y/o edema de miembros inferiores y obstrucción urinaria. En la región hipogástrica hay dolor de espalda a nivel lumbar, ciática, hemorroides, heces fecales hemorrágicas, aumento de la frecuencia urinaria, disuria, hematuria y síntomas de tipo ginecológico. En cualquiera de estas localizaciones en estadios tardíos, puede haber anorexia, pérdida de peso, debilidad, fiebre, anemia, ascitis, obstrucción total o parcial del intestino, uremia, paraplegia y datos de extensión o metástasis del tumor.

Los signos relacionados con la localización son: en región epigástrica masa abdominal, elevación del diafragma y desplazamiento del hígado, duodeno, páncreas, estómago o riñones, demostrado por urografía excretora, serie gastroduodenal, etc. En la región umbilical pueden estar desplazados: colon, asas de intestino delgado, sigmoides, etc., demostrado por enema baritado, o desplazamiento de riñón o uretero. En los tumores de localiza

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ción más baja, puede haber masa rectal, desplazamiento prostático, uterino o anexial y compresión vesical. Desde el punto de vista diagnóstico Subirni (9) divide este capítulo en cuatro etapas:

I. Etapa clínica:

- a) Tumor palpable por vía abdominal o en la región lumbar.
- b) Signos de compresión, principalmente sobre tubo digestivo, vena cava, vena porta, uretero, riñón o nervio periférico.
- c) Alteración del estado general, más notoria en los tumores malignos.

II. Etapa biológica:

En ésta se buscarán alteraciones tanto de las pruebas hematológicas, como de determinaciones hormonales que puedan orientar sobre la estirpe de la neoplasia.

III. Etapa radiológica:

Basada fundamentalmente en los siguientes estudios: simple de abdomen, urografía excretora, estudio éste último muy importante, ya que puede manifestar cambios en la situación renal, desplazamiento del sistema pielocaliceal o alteración de la forma del mismo, datos de obstrucción parcial total urinaria, desviación u obstrucción ureterales. Otros estudios de importancia son: la arteriografía, la cavografía, la linfografía, el retroneumoperitoneo y la centellografía.

En la actualidad cada vez más medios hospitalarios cuentan con un estudio de gabinete que puede ser esencial para el diagnóstico de estos tumores, - que es la ultrasonografía, método que tiene la enorme ventaja de ser inó-

cuo y estudiar al enfermo sin la menor agresión (10). Otro método diagnóstico reciente es la tomografía axial computadorizada; que probablemente es el método diagnóstico más adecuado para valorar el plano retroperitoneal en relación con los tumores (11 y 12).

#### IV. Etapa endoscópica:

La laparoscopia puede ser un estudio adicional en el diagnóstico de los tumores retroperitoneales.

El único método diagnóstico definitivo, en cuanto a tipo histológico de tumor, es la laparotomía seguida de biopsia, que puede ser transoperatoria, para definir el diagnóstico antes de terminada la intervención y así, normar la extensión de ésta, o una biopsia definitiva, que posteriormente señalaría el tipo histológico del tumor.

## MATERIAL Y METODOS

Para llevar a cabo el presente análisis se revisó el siguiente material:

- 1) 23,320 informes de biopsias y piezas quirúrgicas estudiadas durante el periodo de octubre de 1971 a diciembre de 1977 en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General "Lic. Adolfo López Mateos" del I.S.S.S.T.E.
- 2) 1,393 protocolos de estudios postmortem practicados en el mismo lapso y Servicio.
- 3) Expedientes clínicos y radiográficos de los pacientes portadores de tumores primarios de retroperitoneo, de los cuales se obtuvieron los siguientes datos:

Sexo, edad, antecedentes heredofamiliares y no patológicos relacionados, sintomatología y signología, tiempo de evolución, tipo de estudio de gabinete y su utilidad diagnóstica, tipo de intervención quirúrgica, radioterapia o quimioterapia y sobrevida, siempre y cuando se contara en el expediente con estos datos.

El criterio de selección de los casos fue el siguiente:

- a) Que el tumor estuviese situado en el espacio potencial del retroperitoneo, descrito anteriormente.

- b) Que estuviese originado en los tejidos de este mismo espacio, ya enumerados.
- c) Que no hubiese evidencia de tumor en ninguna otra localización, ni previa, ni en el tiempo del estudio, excepto cuando se tratara de evidentes metástasis del primario retroperitoneal.

Se excluyeron por lo tanto los tumores retroperitoneales originados en páncreas, hígado, glándula suprarrenal, riñón y ureteros.

Se excluyó también un sarcoma epitelioides retroperitoneal, por haber sido intervenido quirúrgicamente el paciente, por un tumor semejante cuatro años antes, de localización extraretroperitoneal (antebrazo).

Todos los tumores se estudiaron en la Sección de Patología Quirúrgica con la siguiente técnica:

- A. Descripción macroscópica detallada del tumor.
- B. Fijación a temperatura ambiente con formaldehído al 10% o fijación fría en los tumores voluminosos (una combinación de inmersión en formol al 10% y ambiente frío entre 2 y 3 grados centígrados durante tiempos variables que dependieron del volumen del tumor, con un promedio de 24 horas).



C. Posteriormente se incluyeron para proceso histológico en parafina de 5 a 20 cortes representativos del tumor, dependiendo del volumen del mismo, corte en microtomo a 5 micras y proceso de tinción con hematoxilina eosina, tricómico de Massón, azul alciano, ácido peryódico de Schiff con y sin diastasa, rojo oleoso, fibras reticulares de Wilder o de Gomori, plata metenamina de Jones, fibras elásticas de Reyes Mota y hematoxilina fosfotúngstica. Las tinciones mencionadas anteriormente se realizaron solamente de considerarse necesario, excepto la hematoxilina eosina, que se empleó como tinción de rutina.

En la Sección de Patología Postmortem los tumores fueron procesados con técnicas idénticas a las descritas para la Sección de Patología Quirúrgica.

PRESENTACION DE LOS CASOS

CASO 1. M.C.R. Masculino de 78 años, originario del Estado de Oaxaca, campesino.

Padecimiento final

En septiembre de 1971 presentó astenia, adinámia, pérdida de peso no cuantificada, hiporexia y dificultad para la marcha, así como aparición de un tumor en hemiabdomen derecho. En noviembre del mismo año presentó dificultad para defecar y para canalizar gases. Por la sintomatología anteriormente descrita, ingresó al C.H. 20 de Noviembre del I.S.S.S.T.E., en donde se le practicó laparotomía exploradora con estudio histopatológico de un fragmento del tumor retroperitoneal encontrado. El paciente persistió en mal estado general y la masa abdominal aumentó de tamaño, por lo que - en febrero de 1972 acudió al H.G. "Lic. Adolfo López Mateos", del I.S.S.S.T.E.

A la exploración física de ingreso fue encontrado alerta, adelgazado y pálido. Frecuencia cardiaca de 72 por minuto, arrítmica por extrasístoles. Hemiabdomen derecho doloroso a la palpación, con tumor ovoide que lo ocupa casi en su totalidad, independiente del hígado, retinente y sin latido propio o transmitido, no desplazable. El paciente fue transfundido e intervenido quirúrgicamente el día 25 de febrero, practicándosele una laparotomía exploradora, durante la cual se encontró una gran masa retroperitoneal que ocupaba fosa iliaca y flanco derecho y comprometía cara posterior de colon ciego y ascendente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En el postoperatorio se encontró estuporoso y en mal estado general, falleció 72 horas después de la intervención quirúrgica. Se practicó estudio post mortem.

Exámenes de laboratorio:

General de orina: aspecto turbio, densidad 1023, huellas de sangre, numerosas células epiteliales, 8 a 10 eritrocitos y 3 a 6 leucocitos por campo.

Química sanguínea: glucosa normal, urea 41.0 mg. %, creatina 1.3 mg. %.

Biometría hemática: hemoglobina 9.0 g.%, hematocrito 30%, leucocitos 4,100.

El estudio quirúrgico 339-72 macroscópicamente fue descrito como múltiples fragmentos de forma irregular con un volumen aproximado de 100 cc. de superficie lobulada y de consistencia firme.

Microscópicamente se encontraron masas de células fusiformes dispuestas en el llamado patrón "storiforme", estas células se asemejaban a fibroblastos anormales y se disponían en forma radiada formando ángulos de 45° entre sí, partiendo de un punto central. En otras áreas también abundantes, se observaron gran cantidad de células gigantes, multinucleadas, de aspecto osteoblástico.

En el estudio postmortem, el hallazgo principal fue un tumor retroperito-

neal que medía 20 cm. de diámetro mayor, irregularmente ovoide y de consistencia ahulada, cuya superficie era lobulada, involucraba riñón derecho, uretero derecho y lóbulo derecho del hígado. Se encontraron metástasis a ambos pulmones.

Microscópicamente se identificaron áreas idénticas a las descritas en la pieza quirúrgica, pero además fueron identificadas zonas del tumor formadas por células adiposas neoplásicas, con pleomorfismo celular y nuclear moderados e hiperromatismo nuclear. Además se encontraron abundantes células cebadas.

Con lo anterior se hizo el diagnóstico de:

LIPOSARCOMA BIEN DIFERENCIADO CON AREAS DE FIBROXANTOSARCOMA

CASO 2. M.H.P. Masculino de 17 años, originario y residente de México, D. F., estudiante.

#### Padecimiento final

En septiembre de 1968, presentó parestesias en cara posterior de pierna derecha, progresivamente ascendente hasta llegar a abarcar en septiembre de 1972, fecha de ingreso, la cara posterior de ambos muslos y ambos glúteos, con hipoestesia en silla de montar y debilidad durante la deambulación. Desde seis meses antes del ingreso, tuvo incontinencia urinaria - progresiva, hasta llegar a perder control de esfínter urinario, así como

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

incontinencia rectal con tenesmo rectal constante. En los últimos diez meses perdió 8 kg. de peso.

A la exploración física de ingreso fue encontrado alerta, con signos vitales normales, soplo holosistólico, grado I-II en foco mitral, no irradiado. En el abdomen no se encontraron datos anormales. Se observó una fístula interglútea, dolor a la presión en L-5, hipoestesia en cara posterior de ambos muslos, con predominio del derecho y en ambos glúteos. Disminución de fuerza en miembro inferior derecho con leve disminución de la masa muscular. En octubre de 1972 se le practicó una laminectomía, obteniéndose un pequeño fragmento que fue enviado al Servicio de Patología. En diciembre de 1972 se le practicó laparotomía media supra e infraumbilical, encontrándose un gran tumor retroperitoneal, que desplazaba recto sigmoides hacia la derecha y que producía dilatación ureteral. Se envió a Patología para su estudio.

En enero de 1973 el paciente fue trasladado al C.H. 20 de Noviembre para llevar a cabo radioterapia.

Exámenes de laboratorio:

Urocultivo: Proteus mirabilis más de 100,000 colonias por ml. Tiempo parcial de tromboplastina 6 seg. Tiempo de protrombina 14 seg. 72%. Fosfatasa alcalina 5.1 U. Bodansky. Glucosa 162 mg. %, urea 240 mg. %, creatinina 5.8 mg. %.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En la Sección de Patología Quirúrgica se recibió un fragmento de forma irregular que medía 3.5 cm. de diámetro mayor cuya superficie externa era anfractuosa, de color rojo violáceo. Al corte era de consistencia blanda con áreas de color blanquecino rodeadas de tejido violáceo.

Microscópicamente la lesión estaba compuesta por células dispuestas en forma compacta, fusiformes, en estrecho contacto con espacios vasculares de pared delgada y de diversos diámetros, revestidos por células endoteliales. Las células orientaban sus diámetros mayores al azar. El citoplasma estaba poco definido y se teñía pálidamente eosinófilo. Con tinciones de tricrómico de Massón y hematoxilina fosfotúngstica, no se identificaron miofibrillas en el citoplasma. El núcleo era ovoide o esferoidal, sin diferencias notorias ni de tamaño ni de forma en todo el tumor, dándole un aspecto uniforme. Las mitosis eran muy escasas, las células neoplásicas formaban un sistema vascular continuo y ramificado, con variaciones importantes de calibre. Las células endoteliales que revestían los espacios vasculares estaban separadas de las células neoplásicas por una membrana basal netamente definida que se teñía positivamente con la tinción de retículo de Wilder.

Dos meses después se recibió en la Sección de Patología Quirúrgica, el tejido obtenido en la laparotomía exploradora, que se encontraba formado por tres fragmentos de forma irregular, de los cuales el mayor medía 3 cm. de diámetro mayor. Se describieron macroscópicamente de color rosado, de superficie anfractuosa y de consistencia blanda. Microscópicamente mostraron idéntica morfología a la descrita previamente.



El diagnóstico anatomopatológico fue:

HEMANGIOPERICITOMA

CASO 3. M.A.M. Femenino de 33 años. originaria y residente del Estado de Veracruz, ama de casa.

Padecimiento final

Seis meses antes de su intervención quirúrgica, notó una masa abdominal de lento crecimiento, que producía dolor continuo de poca intensidad y sensación de pesantez abdominal. Se le practicaron estudios radiológicos, simple de abdomen, observando una masa radiopaca en retroperitoneo, por lo que fue intervenida quirúrgicamente el mes de junio de 1973. Se desconoce la evolución postoperatoria.

Descripción macroscópica: el tumor medía 16.5 cm. de diámetro mayor. La superficie externa era de color blanco grisáceo, con escasas zonas de color rojizo y violáceo, multinodular. La superficie de corte era blanquecina, multinodular. Los nódulos se encontraban limitados por tabiques fibrosos de color blanco grisáceo. La consistencia era firme.

Descripción microscópica: el aspecto general del tumor sugería grasa fetal. Estaba compuesto por lipoblastos en diferentes estadios de diferenciación, inmersos en una matriz mucóide, éstos tenían cierto pleomorfismo celular y nuclear así como hiper cromatismo nuclear moderado. El tumor

TESIS CON  
FALTA DE ORIGEN

mostraba una red prominente de capilares anastomóticos. Ocasionalmente se observaron células en anillo de sello, con una gran vacuola central de grasa y el núcleo rechazado a la periferia, idénticas a células adiposas maduras. El número de mitosis era bajo.

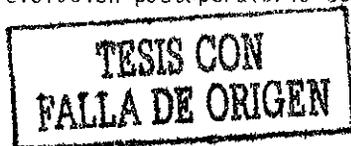
El diagnóstico anatomopatológico fue de:

#### LIPOSARCOMA MIXOIDE

CASO 4. A.L.M. Femenino de 74 años, originaria de la Ciudad de Puebla, residente de México, D. F., desde 12 años antes. Antecedentes de alcoholismo moderado, tomando una copa de destilados y dos cervezas al día. A los 21 años padeció padudismo, a los 67 años se le practicó hernioplastia.

#### Padecimiento final

Tres meses antes del ingreso notó dolor de tipo pesantez abdominal, sin irradiaciones, que al tacto o al decúbito lateral izquierdo aumentaba de intensidad. Un mes antes del ingreso notó una masa abdominal de crecimiento rápido y dolor en región dorsal izquierda, fijo, intenso y con hiperestesia local superficial. A la exploración física de ingreso se encontró red venosa colateral en abdomen y se palpó un tumor de 20 cm. de diámetro mayor, bajo el reborde costal, de bordes irregulares, doloroso y desplazable. En julio de 1973 se le practicó una laparotomía exploradora, remitiendo el tumor a Patología. Se desconoce la evolución postoperatoria de la paciente



Los exámenes de laboratorio no mostraron anomalías.

Descripción macroscópica: el tumor pesó 2,460 g. y midió 26 cm. de diámetro mayor. La superficie externa era multilobulada y de color grisáceo, con áreas rojizas, la consistencia era blanda. Al corte era de color blanquecino, con la periferia sólida y la porción central de aspecto necrótico y de color café rojizo, con cavidades llenas de líquido traslúcido de color rojizo.

Descripción microscópica: la neoplasia estaba constituida por células alargadas de citoplasma bien definido y eosinófilo en el cual ocasionalmente se identificaron miofibrillas con la tinción de hematoxilina fosfotúngstica. Los núcleos eran alargados con los extremos romos. Las células se disponían en haces bien organizados, que en algunas áreas adquirían aspecto de empalizadas, en otras no mostraban organización alguna. Las fibras reticulares se disponían en forma ondulante, entre largas hileras de células neoplásicas. El pleomorfismo celular y nuclear no era marcado, lo que le daba un aspecto relativamente uniforme a la neoplasia, aunque ocasionalmente se encontraron atipias. El índice mitótico del tumor era elevadísimo, con un recuento de mitosis de 20 en 10 campos de seco fuerte.

El diagnóstico anatomopatológico fue:

LEIOMIOSARCOMA



CASO 5. R.V.V. Masculino de 74 años, originario del Estado de México, residente en E.E.U.U. seis años, escolaridad, 6o. de Primaria, tabaquismo desde los 17 años de edad, de 4 a 6 cigarrillos al día, alcoholismo ocasional y moderado. En 1923 padeció paludismo.

#### Padecimiento final

Al ingresar manifestó que 45 días antes presentó dolor en epigastrio, de moderada intensidad, que cedía fácilmente al tomar ácido acetil salicílico, era de tipo punzante sin relación con los alimentos y sin irradiaciones. Además notó un tumor epigástrico de aproximadamente 6 cm. que creció progresivamente. Acudió a un médico privado, que al practicar radiografía simple de abdomen diagnosticó una neoplasia. En el momento del ingreso el dolor abdominal era de tipo cólico, intenso, en hemicinturón hasta columna vertebral y sacro, que aumentaba de intensidad en decúbito dorsal y lateral izquierdo. A la exploración física de ingreso se encontró consciente, con deshidratación leve. adenopatía cervical moderada. Aparato respiratorio sin datos anormales. En abdomen se palpó un tumor de 10 cm. de diámetro en epigastrio, duro, nodular y en fosa iliaca derecha un tumor de 8 cm. de diámetro mayor, duro, liso y desplazable, poco doloroso. El día 13 de noviembre de 1974, se le practicó una laparotomía exploradora, en la que se encontró una gran masa en la raíz del mesenterio, que abarcaba desde hipocondrio izquierdo hasta la fosa iliaca derecha, tomaba la cadena ganglionar preaórtica, ciego y colon ascendente. Empezaba a ocluir la válvula ileocecal. Se practicó una biopsia del tumor y una ileotransverso-anastomosis latero-lateral. El paciente salió del quirófano en malas condicio

nes generales, tuvo un postoperatorio tórpido, posteriormente desarrolló un cuadro bronconeumónico y falleció el día 20 de noviembre de 1974, con datos de insuficiencia respiratoria.

Los exámenes de laboratorio no mostraban alteraciones de importancia.

El espécimen quirúrgico consistió en un fragmento de color amarillo que medía 5.5 cm. de diámetro mayor. Al corte era de consistencia blanda y de aspecto hemorrágico focalmente. Se efectuó estudio transoperatorio que fue informado como neoplasia maligna de estirpe mesenquimatosa.

Descripción microscópica: el tumor estaba compuesto por células ovoides o poliédricas, que formaban nidos separados por septos fibrosos, las células en contacto con éstas bandas fibrosas, permanecían firmemente adheridas a ellas, pero las de posición más central, se separaban debido a su falta de adherencia, dando el aspecto alveolar característico de esta neoplasia. Las células mostraban una acentuada acidofilia y aisladamente se identificaron células de gran tamaño, ocasionalmente multinucleadas. No se identificaron estriaciones en las células. La tinción de retículo mostró con claridad las bandas delgadas que rodeaban delicadamente a los nidos celulares. La tinción de Massón, solamente teñía en forma positiva de color azul las bandas gruesas de tejido fibroso que cruzaban el fragmento de tejido.

El diagnóstico en este caso fue:

RABDOMIOSARCOMA ALVEOLAR

CASO 6. S.C.B. Femenino de 60 años, originaria y residente en México, D.F.

Padecimiento final

Ocho meses antes del ingreso presentó disnea de grandes esfuerzos, que progresó hasta hacerse de pequeños esfuerzos, edema de miembros inferiores, - que desapareció con tratamiento médico. Cuatro meses antes del ingreso presentó aumento de volumen abdominal, hiporexia, tos por tosidas aisladas, sin fiebre. No tuvo pérdida de peso.

A la exploración física de ingreso se encontró pálida, adelgazada, con campos pulmonares hipomóviles y con matidez basal bilateral. El abdomen estaba distendido por líquido libre en la cavidad. El 21 de mayo de 1976, se efectuó una laparotomía exploradora, descubriendo un tumor retroperitoneal que abarcaba desde el diafragma hasta la pelvis, de consistencia dura, que involucraba aorta, mesenterio, vena cava y conducto torácico. Se practicó un estudio transoperatorio que fue informado como linfoma. Se desconoce la -evolución postoperatoria.

En el Servicio de Patología se recibieron dos fragmentos, el mayor de los cuales medía 2 cm. de diámetro. Eran de superficie anfractuosa y de color amarillento. Al corte la superficie era homogénea, lisa y de color rosado amarillento. La consistencia era blanda.

Descripción microscópica: las células que componían al tumor mostraban un patrón monomórfico. Eran de tipo linfoide, de mayor tamaño que el linfocito maduro, pero menores que histiocitos. El núcleo era redondo u oval, de

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

forma irregular y con abundantes indentaciones. Los granos de cromatina eran gruesos e intensamente teñidos. El citoplasma aunque escaso, se encontraba en mayor cantidad que en los linfocitos maduros. Las células - formaban masas compactas, que a su vez se disponían en forma de nódulos.

El diagnóstico anatomopatológico fue de:

LINFOMA DE LINFOCITOS POCO DIFERENCIADOS, NODULAR

CASO 7. V.P.A. Masculino de 16 años, con antecedentes de padre portador de enfermedad de Parkinson y madre con anomalía congénita renal.

#### Padecimiento final

Lo inició 9 meses antes del ingreso, fecha en la que presentó dolor lumbar derecho, irradiado a glúteo y a miembro pélvico derecho. 30 días antes del ingreso, notó tumor en hipocondrio, flanco y parte de la fosa - iliaca derechos. Así mismo, apareció dificultad para la deambulación de tipo progresivo. Se efectuó una pielografía ascendente y una arteriografía renal selectiva, diagnosticándose un tumor retroperitoneal de estirpe a determinar. El día dos de diciembre de 1976 se practicó una incisión de lumbotomía prolongada a abdomen, en forma de S, localizando un tumor retroperitoneal de 20 cm. de diámetro mayor, se envió un fragmento al Servicio de Patología para estudio transoperatorio, que fue reportado como sarcoma. La evolución postoperatoria fue adecuada, el paciente fue remitido al C.H. 20 de Noviembre para su control posterior.

Los exámenes de laboratorio no mostraron datos de interés.

Inicialmente se efectuó un estudio congelado transoperatorio de los fragmentos provenientes del tumor, que ocupaban un volumen aproximado de 4 cc. eran de forma irregular, de consistencia blanda y de color blanquecino. Se informó el diagnóstico de sarcoma. Las preparaciones histológicas definitivas de este tejido mostraron una lesión neoplásica maligna muy celular, constituida por células fusiformes, reconocibles como fibroblastos y que se agrupaban en fascículos paralelos o entrecruzados, con leve predominio del entrecruzamiento fascicular. Con una tinción tricrómica de Massón mostró escasas fibras colágenas. El patrón citológico era monomórfico, los núcleos terminaban en punta, eran centrales e hiper cromáticos, con nucleo lo poco prominente. La actividad mitótica del tumor era de 2 a 3 mitosis por campo seco fuerte y no se identificaron mitosis atípicas.

Posteriormente se recibió el tumor en su totalidad, cuyas medidas no eran cuantificables, por estar fragmentado, pero pesaba 1 kg. La superficie externa era nodular, bien delimitada, sin cápsula y de color blanquecino. La superficie de corte era blanquecina y de aspecto cerebroide. La consistencia del tumor era blanda, lo que lo hacía deleznable. El tumor fue extensamente muestreado y la imagen histológica fue idéntica a la descrita anteriormente.

El diagnóstico anatomopatológico fue:

FIBROSARCOMA BIEN DIFERENCIADO

CASO 8. J.D.G. Masculino de 63 años, originario de San Juan del Rio, Qro., escolaridad hasta 4o. año de Primaria, ocupación chofer, tuvo padecimiento a los 30 años, tratado médicamente.

### Padecimiento final

Lo inició 2 años antes del ingreso, con ataque al estado general, pérdida de peso de 10 kg. en 2 años, aumento de volumen abdominal, alteraciones del tránsito intestinal y disminución del calibre de las heces fecales, así como dolor en hipogástrico de tipo distensión, de poca intensidad e irradiado hacia fosa iliaca derecha, que cedía parcialmente con la defecación, aumentaba con el decúbito. Desde 6 meses antes del ingreso notó aumento de la intensidad del dolor, que conservó las mismas características descritas. Desde entonces presentó constipación, disminución en la cantidad de las heces y acintamiento de las mismas.

A la exploración física de ingreso se encontró masculino consciente, con gran distensión abdominal. En abdomen se palparon masas de gran tamaño de bordes lisos y consistencia blanda, en fosa iliaca derecha y flanco derecho se palparon otras masas de las mismas características. Durante su estancia hospitalaria se calculó el tamaño del tumor en 30 cm. de diámetro mayor y su localización en retroperitoneo.

El 8 de noviembre de 1977 se practicó una laparotomía exploradora, resecando los múltiples nódulos neoplásicos, que fueron diagnosticados en un estudio transoperatorio como liposarcoma bien diferenciado. El paciente salió del quirófano en buenas condiciones generales. La evolución post-

operatoria fue adecuada, cursando sólo con un cuadro bronconeumónico leve que cedió con tratamiento. El paciente fue dado de alta.

Los exámenes de laboratorio no mostraron alteraciones.

Los exámenes radiológicos mostraron tránsito intestinal con desplazamiento hacia adelante, hacia la izquierda y hacia abajo de las asas de intestino delgado, por una masa ocupativa.

Descripción macroscópica: 12 masas de forma irregularmente ovoide, de las cuales la mayor medía 24 cm. de diámetro mayor y que disminuían progresivamente de tamaño hasta la menor que medía 4 cm. de diámetro mayor. El peso total de todas ellas era de 8 kg., 11 de las masas descritas mostraban la superficie externa irregular y anfractuosa, con encapsulación parcial y aspecto lobulado. La superficie de corte mostraba el 95% restante mixoide. Una de las masas era de color rosado y consistencia firme, medía 8cm. de diámetro mayor y la superficie de corte era de color blanquecino y aspecto trabeculado.

Descripción microscópica: algunas áreas del tumor estaban formadas por adipocitos con atipias celulares moderadas, tales como hiperchromatismo nuclear y ligero pleomorfismo, otras áreas del tumor presentaban un aspecto mixoide y recordaban la imagen de grasa fetal mostrando lipoblastos en diferentes estadios de diferenciación, proliferantes y con una red capilar anastomótica prominente. Entre las células neoplásicas había una matriz mucoides rica en mucopolisacáridos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El diagnóstico anatomopatológico fue:

LIPOSARCOMA BIEN DIFERENCIADO CON AREAS DE LIPOSARCOMA MIXOIDE

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RESULTADOS

De un total de 24,713 casos estudiados en el Servicio de Patología, sumando los estudios de biopsias y piezas quirúrgicas y los estudios postmortem en un periodo transcurrido entre octubre de 1971 y diciembre de 1977, solamente se encontraron 8 tumores primarios de retroperitoneo, lo que representa una frecuencia del 0.03%.

Del grupo estudiado, cinco pacientes eran del sexo masculino y tres del femenino, con un radio de 1.6 : 1.0.

La edad de los pacientes varió entre 16 años el menor y 78 años el mayor, con una media de 51.8 años. De estos pacientes, 3 estaban en la octava década de la vida, que equivale al 37.5%, 2 en la séptima y 2 en la segunda década, que corresponde a un 25% para cada grupo, y uno en la cuarta déca da, el 12.5%.

Los datos anteriores muestran que a pesar de que los tumores retroperitoneales son más frecuentes en las últimas décadas de la vida, los jóvenes también pueden presentarlos.

El síntoma más frecuente a la admisión fue una masa abdominal palpable, en 6 pacientes, correspondiendo al 75%, seguido por dolor abdominal en 4 pacientes, o sea el 50%, y pérdida de peso en 3, 38% , los síntomas restantes se muestran en la Tabla 2.

El tiempo de evolución entre el inicio de la sintomatología y el diagnóstico fue de 45 días el más corto y de 4 años el más prolongado, con una media de 12.8 meses.

En la exploración física de ingreso, el tumor fue palpable en 6 pacientes. 75%, una paciente mostraba red venosa colateral en abdomen, otro hipoestesia en silla de montar y otro aumento de volumen abdominal por líquido de ascitis, con un 12.5% cada uno.

Los exámenes de laboratorio no fueron específicos, solamente reflejaron los efectos de un padecimiento crónico o de padecimientos concomitantes.

Los estudios radiográficos, efectuados en 4 de los 8 pacientes, fueron sugestivos de tumor retroperitoneal.

En los casos estudiados, no fueron utilizadas las técnicas de ultrasonografía ni de tomografía axial computadorizada, propuestas actualmente como un método seguro y no invasivo para el diagnóstico de los tumores retroperitoneales (10, 11).

La confirmación anatomopatológica del diagnóstico se llevó a cabo por medio de biopsia en los 8 pacientes, en uno de ellos se efectuó el estudio postmortem. En 4 casos de los 8 se efectuó un estudio transoperatorio. En dos de estos estudios se diagnosticó estirpe y variedad del tumor, en forma idéntica a la del estudio definitivo, y en los otros dos, se diagnosticó transoperatoriamente la estirpe mesenquimatosa y la imagen morfológica

maligna, iguales al diagnóstico definitivo, pero no se especificó la variedad de sarcoma.

7 de los 8 tumores eran histológicamente malignos, lo que estaba de acuerdo con el comportamiento biológico, el caso 2, un hemangiopericitoma, no mostraba datos morfológicos de malignidad, pero su comportamiento biológico fue agresivo, ya que invadía una vértebra lumbar. En la Tabla 3 se resumen los diagnósticos anatomopatológicos.

En relación al tamaño del tumor en el momento del diagnóstico, solamente se recibieron cinco tumores en su totalidad, de los cuales el mayor estaba formado por doce masas de tamaño variable, la mayor de 24 cm. de diámetro mayor y cuyo peso total era de 8 kg. El menor de los tumores recibidos medía 16.5 cm. de diámetro mayor. La media del tamaño de los tumores recibidos es de 20.1 cm.

Estos datos ratifican lo dicho anteriormente, el retroperitoneo permite un gran crecimiento tumoral, antes de la aparición de la sintomatología.

En los tres casos restantes el tumor fue descrito clínicamente como de gran tamaño, pero solamente se recibieron fragmentos pequeños para su estudio anatomopatológico.



T A B L A 2

## SINTOMAS EN OCHO CASOS DE TUMOR RETROPERITONEAL

SINTOMA	No. DE CASOS	%
Masa abdominal palpable	6	75
Dolor abdominal	4	50
Pérdida de peso	3	38
Aumento de volumen abdominal	2	25
Pesantez abdominal	2	25
Astenia y adinamia	2	25
Hiporexia	1	12.5
Dolor lumbar	1	12.5
Dificultad para defecar	1	12.5
Dificultad para la marcha	1	12.5
Parestesias en miembros inferiores	1	12.5
Hipoestesia en silla de montar	1	12.5
Hiperestesia lumbar	1	12.5
Incontinencia urinaria	1	12.5
Incontinencia rectal	1	12.5
Disminución de calibre de las heces fecales	1	12.5
Tenesmo	1	12.5
Atrofia muscular de miembros inferiores	1	12.5

32

T A B L A 3

No.	SEXO	EDAD	DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO
1	M	78	Liposarcoma con áreas de fibroxantomasarcoma
2	M	17	Hemangiopericitoma
3	F	33	Liposarcoma mixoide
4	F	74	Leiomiomasarcoma
5	M	74	Rabdomiomasarcoma alveolar
6	F	60	Linfoma de linfocitos poco diferenciados nodular
7	M	16	Fibrosarcoma bien diferenciado
8	M	63	Liposarcoma mixoide

SEXO, EDAD Y DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO DE LOS OCHO CASOS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

DISCUSION

En las series más numerosas de tumores retroperitoneales, se han descrito ratios de malignidad/benignidad de 4 : 1 en 162 casos (2), 26 : 1 en 27 casos (4), 3.3 : 1 en 26 casos (13), 26 : 1 en 11 casos (9). En nuestra serie, los 8 casos son malignos, siete de ellos sarcomas y uno linfoma.

Desde el punto de vista de la variedad de sarcoma predominante, encontramos que Melicow (2) describe de 162 tumores retroperitoneales primarios, 124 malignos, de éstos 45 son sarcomas y en primer lugar por frecuencia se encuentra el leiomiomasarcoma de 15 casos, el segundo el liposarcoma con 14 casos, después 11 fibrosarcomas, 3 mesenquimomas y con un caso cada variedad de rabiomasarcoma y hemangiopericitoma. En otros reportes de la literatura, el tumor más frecuente es el liposarcoma (4) con 6 casos en 27 tumores, lo que concuerda con los resultados de esta serie, en la que hay 3 liposarcomas de 8 tumores primarios retroperitoneales.

En la serie de 106 casos de hemangiopericitoma publicada por Ensinger (15), 26 de ellos, que corresponde al 24.5% de los pacientes, se encontraban ubicados en el retroperitoneo pélvico.

Sin embargo, en algunas de las series revisadas no se encontró ningún hemangiopericitoma de esta localización (4, 9, 13).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El leiomiomasarcoma ha sido encontrado en 15 de 162 tumores retroperitoneales por Melicow (2), 3 casos de 27 por Duncan (4), 1 de 11 casos por Subrini (9), con una variación entre el 11.1% y el 9%.

El rhabdomyosarcoma de la variedad alveolar es poco frecuente en retroperitoneo, la variedad frecuente es la embrionaria y ocurre más en niños, con un pronóstico muy desfavorable (3). En la serie de Melicow (2), sólo hay un rhabdomyosarcoma, y ocurrió en una niña de un año de edad, no describe el autor la variedad histológica. En forma contrastante, en la serie de Pack y Tabah (1), el rhabdomyosarcoma fue el grupo más numeroso de tumores, con un total de 22 casos.

Los linfomas son más frecuentes en el retroperitoneo como una metástasis de un linfoma primario de otra localización, pero han sido descritos como tumor primario retroperitoneal, habiendo descartado totalmente linfoma de otra localización, por ejemplo, en la serie de Melicow (2) hay 41 casos de reticulosarcoma y 6 casos de linfoma de Hodgkin. Jacobsen (13) describe 7 linfomas en 27 casos, lo que da una variación entre el 7.4 y el 29%.

Los fibrosarcomas han sido reportados en el retroperitoneo con bastante frecuencia, Melicow (2) describe 11 en 162 casos, Subrini (9) 1 de 11 casos, sin embargo Stout (16) opina que muchos de los tumores mesenquimatosos malignos diagnosticados como fibrosarcomas son sospechosos de pertenecer realmente al grupo de los leiomiomasarcomas, liposarcomas, fibroxantomasarcomas, o a algún otro tumor. Ackerman (3) refiere que

el fibrosarcoma bien diferenciado se reconoce y diagnostica fácilmente, auxiliándose con tinciones de hematoxilina ácida fosfotúgstica, pero en los diferenciados, su naturaleza fibroblástica es muy difícil de reconocer, ya que tumores como el sarcoma sinovial, liposarcoma, histiocitoma fibroso pleomórfico y schwannoma maligno, frecuentemente contienen — áreas que recuerdan cercanamente al fibrosarcoma. Además si analizamos que las células mesenquimatosas primitivas tienen capacidad de diferenciación hacia fibroblastos e histiocitos, que algunos fibroblastos tienen la capacidad de transformarse en histiocitos y que el histiocito actúa ocasionalmente como fibroblasto facultativo, llegamos a la conclusión de que el diagnóstico diferencial entre fibrosarcomas poco diferenciados y fibroxantosarcomas debe plantearse muy cuidadosamente.

Analizando la eficiencia diagnóstica en nuestro medio en relación a tumores retroperitoneales, encontramos que 5 de los 8 pacientes tenían — diagnóstico preoperatorio de tumor retroperitoneal, sin plantear su estirpe histológica, pero considerándolos a todos malignos. Esto representa un 62.5% de diagnósticos preoperatorios. Estos se establecieron en los casos 1 y 8 (25%) por clínica únicamente, en los casos 3 y 5 (25%) por estudios radiográficos, así como en el 7. Los casos -2, 4 y 6 fueron diagnosticados por laparotomía exploradora y biopsia del tumor, representan un 37.5%.

Aunque la finalidad de esta revisión no es la de establecer el pronóstico ni la eficiencia terapéutica en nuestro medio en relación a los tumores retroperitoneales, debemos reconocer que el seguimiento clíni-

co de los casos es deficiente, ya que el 62.5% de los casos fueron trasladados a otro centro hospitalario para radioterapia y control posterior, por lo que desconocemos cuál fue la supervivencia. De los tres casos restantes, dos pacientes fallecieron en el postoperatorio inmediato y mediato, respectivamente, que equivale al 25%, y el caso restante fue dado de alta y no regresó posteriormente a nuestro centro hospitalario.

CONCLUSIONES

Este es el primer trabajo realizado en el Hospital General "Lic. Adolfo López Mateos" acerca de los tumores retroperitoneales, analizando los - datos clínicos relevantes y las características morfológicas que son de utilidad para su clasificación histopatológica.

De esta revisión se concluye:

1. Los tumores retroperitoneales son poco frecuentes; con un total de 8 casos de 24,713 estudios realizados en el Servicio de Patología en el lapso comprendido entre el mes de octubre de 1971 a diciembre de 1977.

Esta cifra representa el 0.03%, que aunque no se asemeja al resultado de la revisión de Pack y Tabah (1) que encontraron el - 0.2%, estos autores revisaron 60,000 tumores, y en nuestra revisión se incluyeron todo tipo de piezas quirúrgicas y autopsias.

2. Hay una mayor incidencia en pacientes del sexo masculino, con un radio de 1.6 : 1 en relación con el sexo femenino.
3. Son tumores más frecuentes en las últimas décadas de la vida (5 casos), aunque pueden presentarse en jóvenes (2 casos).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

4. Frecuentemente se presentan como masa abdominal palpable y se acompañan de dolor abdominal y pérdida de peso.
5. El tiempo transcurrido entre la aparición de la sintomatología y el diagnóstico suele ser largo, con una media de cuatro meses.
6. El mejor método diagnóstico en esta serie fue el estudio radiológico, seguido por la exploración clínica y finalmente por la laparotomía exploradora con toma de biopsia.
7. Los tumores más frecuentes en el retroperitoneo son los sarcomas y de éstos, la variedad más frecuente el liposarcoma.
8. Todos los tumores encontrados fueron malignos. Aunque uno de ellos mostraba morfología histológica benigna, su comportamiento biológico fue agresivo, este dato ha sido remarcado para los hemangiopericitomas, de los cuales Ackerman dice: "...usualmente es imposible predecir la probabilidad de comportamiento maligno en base a su aspecto histológico." (3); por lo contrario, Enzinger (15) en su excelente revisión sobre hemangiopericitomas, señala que en los casos reportados por él, la evaluación cuidadosa de ciertos datos morfológicos, tales como número de mitosis por los campos a seco — fuerte, áreas de necrosis, hemorragia o celularidad aumentada, permite sacar conclusiones válidas sobre el comportamiento biológico.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

9. Todos los tumores encontrados pertenecían claramente a una variedad de sarcoma, excepto uno, el primer caso, clasificado por nosotros como liposarcoma bien diferenciado con áreas de fibroxantosa.

La interesante imagen histológica de este tumor mostraba adipocitos semejantes a los normales, pero con núcleos hiper cromáticos y de mayor tamaño que los normales, que lo caracterizaban como liposarcoma bien diferenciado, y algunas áreas estaban compuestas por células fusiformes con patrón estoriforme y células gigantes multinucleadas, lo cual es característico de fibroxantosa. El hecho anterior plantea dos posibilidades diagnósticas:

- a) Mesenquimona maligno retroperitoneal.
- b) Liposarcoma bien diferenciado con áreas fibroxantosa.

La primera de estas posibilidades no nos parece la acertada, ya que como describe Stout al mesenquimona maligno (17), contiene múltiples variedades de sarcomas de partes blandas, tales como condrosarcoma, liposarcoma, fibrosarcoma y rhabdomyosarcoma en un solo tumor. Sin embargo, diferentes autores (18, 19) refieren la frecuencia con la que el liposarcoma puede tener áreas de elementos fibrosos y Albores-Saavedra (20) refiere haber estudiado casos de liposarcoma que semejan otros sarcomas. Por lo anterior se utilizó la segunda posibilidad diagnóstica.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

10. Finalmente, los tumores retroperitoneales, por sus peculiares características deben ser estudiados por un grupo interdisciplinario de especialistas. De la concurrencia de este grupo podrá derivar el diagnóstico temprano de estos tumores y por lo tanto el tratamiento correcto y en el momento adecuado, lo que redundará en beneficio para los pacientes afectados por ellos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA

- 1) PACK, G.T. Y TABAH, E.J. Collective Review. Primary Retroperitoneal Tumors. A study of 120 cases. Surg. Gynecol & Obst. 99-209. 1954.
- 2) MELICOW, M.M. Primary Tumors of the Retroperitoneum. A Clinicopathologic Analysis of 162 Cases. Review of the Literature and Tables of Clasification. J. Int. Coll. Surg. 19-401. 1953.
- 3) ACKERMAN, L.V. Y ROSAI, J. Surgical Pathology, quinta edición. St. Louis. The C.V. Mosby Company. 1974.
- 4) DUNCAN, R.E. Y EVANS, A.T. Disgnosis of the Primary Retroperitoneal Tomors. J. Urol. 117-119. 1977.
- 5) REDDICK, R.L. MICHELITCH, H. Y TRICHE, T.J. Malignant Soft Tissue Tumors. (Malignant Fibrous Histiocytoma, Pleomorphic Liposarcoma, and Pleomorphic Rhabdomyosarcoma). An Electron Microscopic Study. Hum. Pathol. 10-327. 1979.
- 6) LIMACHER, J. DALAGE, C., LAGACE. Malignant Fibrous Histiocytoma. Clinicopathologic and Ultraestructural Study of 12 Cases. Am. J. Surg. Pathol. 2-265. 1978.
- 7) KUHN, C. Y ROSAI, J. Tumors Arising From Pericytes. Ultraestructure and Organ Culture of a Case. Arch. Path. 88-653. 1969.
- 8) NAKAYAMA, I. ET AL. Fine Structural Study of Annulate Lamellae Complexes in Human Tumors. Acta Path. Jap. 27 (1) - 25. 1977.
- 9) SABRINI, L., BEURTON, D. Y CUKIER, J. Les Tumeurs Rétropéritonéales Primitives de L'adulte. Problèmes Nosologiques et Diagnostiques. A Propos de 11 Observations Novvelles. J. D'Urologie et Néphrologie. 80 (No. 6) - 465. 1974.
- 10) LEOPOLD, G.R. Y ASHER, W.M. Diagnosis of Extra Organ Retroperitoneal Space Lesions by B-sacan Ultrasonography. Radiology. 104-133. 1972.
- 11) ALFINI, R.J., HAAGA, J.R., MEANEY, T.F. ET AL. Computed Tomography of the Thorax and Abdomen. A Preliminary Report. Radiology. 117-257. 1975.
- 12) SAGEL, S.S., STANLEY, R.J., LEVITT, R.G., ET AL. Computed Tomography of the Kidney. Radiology. 124-359. 1977.
- 13) JACOBSEN, S. Y JORGENSEN, J. Primary Retroperitoneal Tumors. A Review of 26 Cases. Acta Chir, Scand. 140-498. 1974.



- 14) DONELLY, B.A. Primary Retroperitoneal Tumors. Surg. Gynec. Obstet. 83-705. 1946.
- 15) ENZINGER, F.M. Y SMITH, B.H. Hemangiopericytoma. An Analysis of 106 Cases. Hum. Pathol. 7-61. 1976.
- 16) O'BRIEN, J.E. Y STOUT, A.P. Malignant Fibrous Xanthomas. Cancer. 17-1445. 1964.
- 17) STOUT, A.P. Mesenchymoma, the Mixed Tumor of Mesenchymal derivatives. Ann Surg. 127-278. 1948. (Tomado de la referencia 3 de esta bibliografía, pág. 1151).
- 18) STOUT, A.P. Y LATTES, R. Tumours of the Soft Tissues. An Atlas of Tumor Pathology, 2nd. Series, Fasc. 1. Washington, D.C. 1967. Air Forces Institute of Pathology.
- 19) ALBORES-SAAVEDRA, J. Tumores Malignos de Partes Blandas. Gaceta Médica de México. 109-3. 1975.
- 20) ALBORES-SAAVEDRA, J. Comunicación personal.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN