

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES**

**REVISION DE 32 CASOS DE TUMORES RETRO-  
PERITONEALES PRIMARIOS EN EL INSTITUTO  
NACIONAL DE LA NUTRICION.**

**TESIS DE POSTGRADO**

**QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIZACION EN**

**CIRUGIA GENERAL**

**P R E S E N T A**

**HECTOR EDUARDO DIAZ GUZMAN GIADANS**

**1 9 7 7**



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 SUPERIORES**

---



**REVISION DE 32 CASOS DE TUMORES RETRO-  
PERITONEALES PRIMARIOS EN EL INSTITUTC  
NACIONAL DE LA NUTRICION.**

**TESIS DE POSTGRADO**

**HECTOR EDUARDO DIAZ GUZMAN GIADANS**

**1 9 7 7**

XMB/D53r 1977

A MIS PADRES.

A MI ESPOSA.

A MIS HERMANOS.

Con agradecimiento al Dr. Sergio Cárdenas Silva.  
Por su cooperación y ayuda en la realización de  
éste trabajo.

AL INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION.

## C O N T E N I D O

- 1.- INTRODUCCION.
- 2.- MATERIAL Y METODOS.
- 3.- RESULTADOS.
- 4.- COMENTARIO.
- 5.- RESUMEN Y CONCLUSIONES.
- 6.- CUADRO SINOPTICO.
- 7.- ILUSTRACION FOTOGRAFICA.
- 8.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

"REVISION DE 32 CASOS DE TUMORES RETROPERITONEALES PRIMARIOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION".

Los tumores retroperitoneales primarios son neoplasias de muy diversa estirpe histológica que se originan en el espacio retroperitoneal. Existen pocas publicaciones bien documentadas con respecto a los mismos, lo que explica en si, que hasta el momento no se pueda precisar con exactitud su frecuencia y se les considere como una patología relativamente rara. (12)

En el año de 1954, Pack (15) logró reunir 120 casos por él estudiados, los que en conjunto con los anteriores publicados, consideraba que llegaban a ser 870 casos. En nuestro país podemos mencionar el trabajo de Alvarez Ierena (4) en el que recopiló 30 casos. Solis (18) en su publicación de 1960, estudió la experiencia del Instituto Nacional de la Nutrición de 1948 a 1960, logrando revisar 30 casos de tumores retroperitoneales.

En el mismo Instituto fueron estudiados exhaustivamente 32-casos más con tumores retroperitoneales, lo que hace un total de 62 casos que al ser estudiados comparativamente constituyen el objeto de esta comunicación.

El espacio retroperitoneal (12) es la región anatómica limitada por delante por el peritoneo parietal posterior y por atrás por las aponeurosis y músculos de la pared dorso-lumbar; por arriba sus límites llegan hasta el músculo diafragma así como a sus inserciones tendinosas; por debajo llega hasta la pelvis menor.

En función de sus límites anatómicos guarda relación por adelante con la cara posterior del lóbulo derecho del hígado, en la porción que carece de revestimiento peritoneal, la cara posterior del colon, recto y duodeno, la cara posterior del cuerpo y cabeza de páncreas, permitiendo las características de los repliegues peritoneales que este espacio se extienda a lo largo de la raíz del mesenterio y del mesocolon.

En si el espacio anatómico señalado contiene diversos órganos de capital importancia como son riñón, uréter, porción retroperitoneal de duodeno, páncreas, glándulas suprarrenales, vasos de gran importancia como la arteria aorta y la vena cava, todos los cuales en un momento determinado pueden dar origen a tumores, que a pesar de originarse primariamente en el espacio retroperitoneal, no son considerados realmente como tumores retroperitoneales primarios. (7) De hecho, esta definición se guarda para aquellas neoplasias originadas primariamente en el espacio retroperitoneal, pero a partir de otras estructuras anatómicas que residen en dicho espacio; tales como los elementos nerviosos de los sistemas de relación y neurovegetativo, extensas cadenas ganglionares y sistemas colectores linfáticos; los restos embrionarios del tracto urogenital y el tejido adiposo laxo.

#### MATERIAL Y METODOS.

Se revisaron 50,000 expedientes clínicos del Instituto Nacio

nal de la Nutrición, estudiados entre los años de 1960 a 1976 y se seleccionaron 32 casos con tumor retroperitoneal, demostrados durante la exploración quirúrgica y con comprobación histológica de la lesión en la mayoría de ellos. Solo en un caso con hemangioma cavernoso no se contó con demostración histopatológica.

En estos pacientes se analizaron cuidadosamente el sexo, la edad, el tiempo de inicio de los síntomas a la sospecha del diagnóstico; el tiempo transcurrido hasta la exploración quirúrgica; - síntomas generales (astenia, adinamia, hiporexia, pérdida de peso, fiebre y sensación de malestar general); síntomas digestivos; dolor lumbar, hematuria y otros síntomas urinarios; edema de miembros inferiores, así como hepatomegalia y esplenomegalia.

Se consignaron los exámenes de laboratorio alterados y los resultados de los exámenes radiológicos, placa simple de abdomen, serie Gastroduodenal, Urografía Excretora, Cavografía y arteriografías. Estos resultados los clasificamos de manera un tanto arbitraria de acuerdo a su utilidad para el diagnóstico en tres grupos: - ineficáz para el diagnóstico se sospechó el diagnóstico, y se estableció el diagnóstico.

Se revisó la vía de acceso quirúrgico, los hallazgos transoperatorios informados, el procedimiento terapéutico quirúrgico empleado, así como el tratamiento post-operatorio y la apreciación de los resultados.

Se estudió el tiempo de vigilancia postoperatorio, y se consignaron la morbilidad y la mortalidad.

## RESULTADOS.

De los 32 enfermos estudiados 14 fueron del sexo femenino y 18 del sexo masculino, lo que representa un 43.75% y un 56.2% respectivamente.

En cuanto a la edad ésta varió en las mujeres de los 17 a los 84 años, con edad promedio de 46 años. En los hombres la variación osciló de los 19 a los 83 años con un promedio de 50 años. -- (Tabla I).

Los antecedentes encontrados no tuvieron interés para el padecimiento en si y los que se presentaron no mostraron ser comunes en los distintos casos por lo que no se consignan.

En 19 enfermos o sea el 59.3% el tiempo transcurrido entre el inicio de la sintomatología y la sospecha de diagnóstico, fue de hasta un año; en diez enfermos (31.2%) hasta cinco años y en tres enfermos (9.3%) hasta diez años.

En cuanto al tiempo transcurrido entre el inicio del cuadro clínico y la exploración quirúrgica encontramos que en 18 enfermos fue hasta de un año, en siete hasta cinco años después, en tres -- después de diez años y en dos después de más de diez años.

En 21 pacientes con tumor retroperitoneal o sea en el 65.6% se encontraron síntomas generales caracterizados por, astenia, adinamia, e hiporexia; en 24 hubo pérdida de peso por lo general de más de cinco kg; en ocho fiebre, en 16 sensación de malestar general. Estos resultados se muestran de manera descriptiva en la Tabla

TABLA 1

ANALISIS DE LOS CASOS DE TUMORES RETROPERITONEALES POR EDADES			
	1948 - - 1960	1960 - 1976	% 1960 a 1976
1a. Década			
2a. "	5	2	6.4
3a. "	2	2	6.4
4a. "	9	7	22.4
5a. "	3	6	18
6a. "	6	7	22.4
7a. "	6	4	12
8a. "	1	2	6.4
9a. "		2	6.4
Total	30	32	100

Nota: De los 32 casos revisados de 1960 a 1976, 14 fueron mujeres (43.75%) y 18 fueron hombres (56.2%).

TABLA 2

SINTOMAS GENERALES			
	1948 - 1960	1960 - 1976	% 1960 a 1976
Astения	29	21	65.6
Adinamia	29	21	65.6
Hiporexia	29	21	65.6
Pérdida de peso	28	24	75
Fiebre	17	8	25
Malestar Gral.		16	50

TABIA 3

SINTOMAS DIGESTIVOS			
	1948 - 1960	1960 - 1976	% 1960 a 1976
Dolor Abdominal	28	25	78.1
Náusea	19	6	18.7
Vomito			
Estreñimiento	8	9	28.1
Diarrea	6	7	21.8
Hematemesis	5	1	3.1
Melena	2	2	6.2
Obstrucción In- testinal	7		
Eructos		4	12.5
Regurgitaciones		2	6.2
Sensación de ple- nitud pos-pran-- dial.		10	31.2
Agruras		4	12.5
Sensación de ma- sa abdominal.		7	21.8

TABIA 4

DATOS A LA EXPLORACION FISICA			
	1948 - 1960	1960 - 1976	% 1960 a 1976
Edema en miembros inferiores.	10	2	6.2
Masa abdominal en la exploración <u>fi</u> sica.	27	24	75
Aumento de períme- tro abdominal.		13	40.6
Hepatomegalia	11	1	3.1
Esplenomegalia		1	3.1

2 comparándolos con los que se obtuvieron en el período de 1948 a 1960.

En la Tabla 3 se muestra la frecuencia de los restantes sin tomas..

En diez enfermos se presentó dolor lumbar, como síntoma - - principal; únicamente 12 tuvieron síntomas urinarios del tipo de - disuria y poliaquiuria; uno presentó hematuria macroscópica.

A la exploración física encontramos que dos tuvieron edema de miembros inferiores; en 24 masa abdominal palpable; en 13 amen tó el perímetro abdominal, en uno hubo hepatomegalia y en otro esplenomegalia (Tabla 4).

Las únicas alteraciones de los exámenes de laboratorio mostraron anemia normocítica normocrómica, grado uno a dos en 12 ca-- sos y leucocitosis en cuatro.

En los estudios radiológicos la radiografía simple de abdomen, se practicó en 22 enfermos, de los cuales en seis fue normal, por lo que fue ineficáz para el diagnóstico; en 15 se encontraron alteraciones en la disposición topográfica normal de las vísceras, sospechándose el diagnóstico de neoplasia retroperitoneal; en unas alteraciones mostraban datos indudables de la existencia de una masa retroperitoneal que rechazaba las estructuras vecinas estableciéndose el diagnóstico. La serie gastroduodenal se hizo en 23 casos, en ocho fue normal, en 13 casos el estómago o el duodeno mostraban alteraciones en su situación que sugirieron crecimiento tumoral retroperitoneal sospechándose el diagnóstico; en dos éstas -

alteraciones eran tan evidentes que no dejaban lugar a dudas, con respecto a la existencia de una tumoración de origen retroperitoneal responsable de éstas alteraciones por lo que se estableció el diagnóstico. El tránsito intestinal se hizo en dos casos, en los cuales la masa tumoral provocó el desplazamiento constante de las asas de intestino delgado, lo que fue útil para sospechar el diagnóstico. El colon por enema se practicó en 20 enfermos, en seis -- fue normal o ineficaz para el diagnóstico, en 12 hubo alteraciones en su situación anatómica que sugirieron fueran causadas por una tumoración retroperitoneal habiéndose sospechado el diagnóstico; en dos casos las alteraciones fueron tan características, que fue evidente que se trataba de ésta patología, estableciéndose el diagnóstico de tumor retroperitoneal.

La urografía excretora se efectuó en 28 casos, en siete no mostró anormalidades y en 21 hubo alteraciones tanto en la situación anatómica del riñón y vías urinarias superiores, sugestivas, de que una masa retroperitoneal fuera la responsable de las mismas, que se sospechó el diagnóstico de éstas lesiones. La opacificación de la vena cava demostró en tres casos, que ésta vena se localizaba fuera de su sitio normal, alterándose incluso en su trayecto, por lo que en los tres casos fue útil para sospechar el diagnóstico de tumor retroperitoneal. La linfangiografía demostró en un caso, que había gran crecimiento ganglionar retroperitoneal por lo que estableció el diagnóstico. En los estudios angiográficos el grado de desplazamiento de las estructuras vasculares, y el aumento o

disminución de la vascularidad, permitió que en tres casos se sospechara el diagnóstico y en cuatro éstas alteraciones fueron tan claras que se estableció el diagnóstico de éstas lesiones.

Se hizo resección total de la tumoración en ocho casos, resección parcial en otros ocho, y en 15 se tomó biopsia exclusivamente. En un solo caso no se contó con material para estudio histopatológico, ya que se trataba de un hemangioma cavernoso.

En el postoperatorio el 46.8% de la serie fueron sometidos a radioterapia, considerándose el resultado como pobre en función de que hubo progresión de la sintomatología y aumento paulatino del ataque al estado general. En igual forma el 28.1% de los pacientes, recibieron quimioterapia y el resultado fue similar.

Hubo complicaciones postoperatorias de 11 casos y consistieron en: obstrucción intestinal en dos casos, infección de vías urinarias en dos, fístula intestinal interna en dos, y absceso intradominal en otros dos pacientes; en uno hubo absceso perirenal, otro presentó neumonía por aspiración y finalmente otro enfermo presentó ictericia de etiología no precisada y de resolución espontánea (Tabla seis).

Hubo tres muertes durante los primeros 30 días del postoperatorio, las que fueron atribuidas en un caso a infarto del miocardio, en otro a insuficiencia respiratoria aguda secundaria a neumonía por aspiración y el último, a insuficiencia hepática aguda y toxoinfección. Los restantes tres casos fallecieron en el postoperatorio tardío en la insuficiencia respiratoria por infiltración lin

fomatosa pulmonar. De los pacientes que fallecieron en el postoperatorio inmediato, a los dos primeros unicamente se les tomó biopsia durante la exploración quirúrgica, y el tercero correspondió al enfermo con hemangioma cavernoso. A los pacientes que fallecieron en el postoperatorio tardío, unicamente se les sometió a toma de biopsia.

#### COMENTARIO.

En las grandes series revisadas <sup>(12,7,15)</sup>, los tumores retroperitoneales primarios son más frecuentes en hombres que en mujeres; en la experiencia del Instituto Nacional de la Nutrición se confirma lo anterior, ya que tanto en los primeros 30 casos estudiados como en ésta revisión, hay una mayor frecuencia de hombres que mujeres y ésta relación fue aproximadamente 1.5: 1.

El análisis distributivo en cuanto a la edad dió como resultado una mayor frecuencia en la cuarta y en la sexta década de la vida (Tabla I), lográndose apreciar una correlación semejante en los primeros 30 casos analizados. <sup>(18)</sup> De hecho en el Instituto Nacional de la Nutrición, debido a su organización administrativa no se pueden aceptar pacientes de menos de 13 años por lo que no se apreció la frecuencia en la primera década.

Habitualmente la sintomatología de los tumores retroperitoneales suele ser inespecífica e imprecisa; <sup>(13)</sup> en nuestros casos - el 75% mostró pérdida de peso; el 65.6% ataque al estado general;-

y el 50% sensación de malestar general (Tabla 2). El dolor abdominal fué síntoma predominante en el 78.1% sin que llegara a ser incapacitante. El 31.2% se quejaban de sensación de plenitud postprandial, y con otros porcentajes, de constipación, diarrea, náusea, regurgitaciones ácidas, eructos y el 21.8% de sensación de masa abdominal (Tabla 3).

A la exploración física, además de la palpación del tumor abdominal puede existir aumento del perímetro abdominal y edema de miembros inferiores, probablemente explicado por compresión a nivel del espacio retroperitoneal.<sup>(12)</sup> En el 75% de nuestra serie de pacientes hubo masa palpable, en el 40.6% aumento del perímetro abdominal y edema en miembros inferiores en el 6.2% de los enfermos.

Los exámenes de laboratorio realmente no son de utilidad para el diagnóstico;<sup>(18)</sup> así tenemos que únicamente en algunos casos se encontraron alteraciones a nivel de la citología hemática que obviamente no contribuyeron al diagnóstico.

Contrariamente a lo anterior, en los exámenes radiológicos encontramos elementos de suma utilidad para llegar al diagnóstico de neoplasia retroperitoneal<sup>(17,18,11,7)</sup> a pesar de que éstos tumores no puedan ser opacificados directamente pero si podemos opacificar los órganos vecinos. El crecimiento tumoral comprime, desplaza, rechaza o invade los órganos abdominales permitiéndonos de esta manera sospechar su existencia, localización y extensión. En algunos exámenes como son las angiografías se puede observar el aumento anormal de la vascularidad, o el rechazamiento de los vasos-

sanguíneos con lo que se hace evidente la presencia del tumor.

En ésta revisión, utilizamos un sistema de apreciación de los datos radiológicos observados, tanto en cantidad como en calidad, que hubieran sido más útiles para el diagnóstico, calificándolos en tres grupos; 1.- Ineficáz para el diagnóstico, 2.- Se sospechó el diagnóstico, y 3.- Estableció el diagnóstico. Con lo que la urografía excretora, que fue el examen más frecuentemente usado -- permitió sospechar la existencia de la lesión en 21 casos, o sea el 75%. Con la serie gastroduodenal se sospechó en un 56.5% y se estableció en un 8.6%. En la radiografía simple de abdomen, usando el aire de las visceras huecas como medio de contraste, se sospechó en el 68.1% y se estableció el 4.5%; con el colon por enema se sospechó en el 60% y se estableció en el 10% de los casos.

El advenimiento de nuevas técnicas radiológicas y su progresiva aplicación clínica a la patología abdominal nos han permitido contar en nuestro medio y desde el año de 1960 con los estudios angiográficos. Hasta la fecha los procedimientos diagnósticos de mayor utilidad en éstos tumores son, la linfangiografía, la cavografía y especialmente la aortografía con cateterización selectiva de diversas ramas arteriales como las arterias lumbares y el tronco celiaco.<sup>(7)</sup> (Tabla 5).

En los primeros 30 casos estudiados<sup>(18)</sup> en el Instituto Nacional de la Nutrición, los exámenes que más frecuentemente se hicieron fueron: placa simple de abdomen, urografía excretora, serie gastroduodenal, colon por enema, tránsito intestinal y retroneumo-

peritoneo; habiendo sido los resultados para la placa simple del abdomen y el colon por enema proporcionalmente similares a los de ésta revisión; en la urografía excretora y en la serie gastroduodenal se observó un índice discretamente más alto de utilidad en el establecimiento del diagnóstico de tumor retroperitoneal.

Los estudios angiográficos en esta revisión nos muestran que se sospechó el diagnóstico en el 42.8% y se logró establecerlo en el 57.1% porcentaje discretamente mayor.

Lo anterior nos indica que los estudios radiológicos continúan siendo los exámenes de mayor utilidad para el estudio de este tipo de pacientes.

Durante la exploración quirúrgica, el 25% de los enfermos fue manejado con resección total de la tumoración (Tabla 8 Nos. 5, 9, 18, 19, 21, 22, 30 y 32), habiendo sido posible esto, ya fuese porque se trataba de tumores relativamente circunscritos, o su infiltración vecina era mínima, o porque se resocaban los órganos vecinos infiltrados junto con la pieza operatoria. El 25% de los casos se manejaron con resección parcial, y el 46.8% fueron tumoraciones irresecables por lo que únicamente se tomó biopsia. Es conveniente recordar que los tumores retroperitoneales primarios malignos invaden por continuidad, y al diagnosticarse tardíamente suele ser imposible su resección total.

Estos datos contrastan con los consignados en la revisión de los primeros 30<sup>(18)</sup> pacientes en que se operaron 24, se hizo -

resección total en tres, parcial en cuatro y biopsia en 17 enfermos. La explicación a éste contraste está en una evidente mejoría de los procedimientos diagnósticos.

Al 50% de los enfermos a quienes se les practicaron angiografías se les hizo resección total; éstos cuatro enfermos correspondieron dos de ellos a neurilemomas gigantes (Tabla 8 Nos. 5, - 22), otro correspondió a un linfangioma gigante (21) y el último a un liposarcoma de variedad mixoide (32). En el cuadro sinóptico que se anexa, se incluyen todos los demás casos de resección parcial y biopsia.

La clasificación patológica de éstos tumores de mayor validez a la fecha es la propuesta por el Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas en el año de 1954, <sup>(3)</sup> la cual se incluye en la tabla 7.

Frecuentemente el estudio histológico de un tumor retroperitoneal primario ofrece grandes dificultades ya que en muchas -- ocasiones se observan imágenes distintas en una misma área, lo -- que obliga a que se formulen diagnósticos descriptivos que hacen más comprensible el estudio de interpretación de la neoplasia. <sup>(21)</sup> En todas las series revisadas <sup>(11,3,6,9,12,7)</sup> los tumores más frecuentes fueron los tumores malignos; aspecto que se corrobora al comparar los primeros 30 casos estudiados con los de ésta serie; en la que contamos nueve tumores benignos y 23 malignos (Tabla 8).

La mayor frecuencia en cuanto a tumores malignos correspon

TABLA 7

"CLASIFICACION PROPUESTA PARA TUMORES RETROPERITONEALES"  
 (INSTITUTO DE PATOLOGIA DE LAS FUERZAS ARMADAS. E.U.A)

- I.- Tumores de origen Mesodérmico
  - A.- Tumores originados en tejido adiposo
    - 1.- Benigno - Lipoma
    - 2.- Maligno - Liposarcoma
  - B.- De musculo liso
    - 1.- Benigno - Leiomioma
    - 2.- Maligno - Leiomiosarcoma
  - C.- De tejido conectivo
    - 1.- Benigno - Fibroma
    - 2.- Maligno - Fibrosarcoma
  - D.- De musculo estriado
    - 1.- Benigno - Rabdomioma
    - 2.- Maligno - Rabdomiosarcoma
  - E.- De vasos linfáticos
    - 1.- Benigno - Linfangioma
    - 2.- Maligno - Linfangiosarcoma (no conocido)
  - F.- De vasos sanguíneos
    - 1.- Hemangioma y Angiosarcoma
    - 2.- Hemangiopericitoma: Benigno y Maligno
  - G.- De mesénquima primitivo
    - 1.- Myxoma - Myxosarcoma
  - H.- De origen incierto
    - 1.- Xantogranuloma
- II.- De origen neurogénico
  - A.- De la vaina nerviosa
    - 1.- Neurofibroma no encapsulado
    - 2.- Neurilemoma encapsulado
    - 3.- Schwannoma maligno
  - B.- De sistema nervioso simpático
    - 1.- Ganglioneuroma
    - 2.- Simpaticoblastoma
    - 3.- Neuroblastoma
  - C.- Originados en tejido adrenal cortical, heterotópico-  
y de tejido cromafín.
    - 1.- Carcionoma de tejido cortical adrenal
    - 2.- Paraganglioma no cromafín maligno
    - 3.- Feocromocitoma funcionante
- III.- Remanentes de blastema renal.
- IV.- Remanentes embrionarios.
  - A.- Teratomas benignos y malignos
  - B.- Cordomas
- V.- Tumores malignos metástasicos.

TABLA 8

## DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

- 1.- Fibroleiomioma
- 2.- Fibrolipomioangioma
- 3.- Linfoma probablemente de Hodgkin
- 4.- Lipoma
- 5.- Neurilemoma gigante. Schwannoma
- 6.- Linfoma de células reticulares con mutación a Hodgkin.
- 7.- Liposarcoma bién diferenciado.
- 8.- Quiste multilocular.
- 9.- Fibroleiomiosarcoma de bajo grado de malignidad.
- 10.- Adenocarcinoma de restos mesonéfricos.
- 11.- Carcinoma indiferenciado.
- 12.- Linfoma de células reticulares.
- 13.- Neurofibrosarcoma de bajo grado de malignidad.
- 14.- Carcinoma indiferenciado de restos metamesonéfricos.
- 15.- Hemangioma cavernoso.
- 16.- Carcinoma de restos metamesonéfricos muy indiferenciado.
- 17.- Liposarcoma de bajo grado de malignidad.
- 18.- Sarcoma indiferenciado de tipo embrionario.
- 19.- Tumoración quística, infiltrada con carcinoma de células -  
transicionales.
- 20.- Linfoma histiocítico pleomórfico.
- 21.- Linfangioma gigante.
- 22.- Neurilemoma gigante.
- 23.- Liposarcoma bién diferenciado con componente mixomatoso.
- 24.- Linfoma de linfocitos poco diferenciado
- 25.- Leiomiosarcoma
- 26.- Fibrosarcoma retrovesical
- 27.- Linfoma histiocítico
- 28.- Linfoma linfoblástico
- 29.- Linfoma de linfocitos poco diferenciados
- 30.- Fibroxantoma atípico
- 31.- Fibrohistiocitoma
- 32.- Liposarcoma variedad mixoide.

dió a los linfomas 25.6% del total de casos, mientras que en los primeros 30 casos estudiados<sup>18)</sup> correspondió a un 39%. Teniendo en cuenta la clasificación de Rappaport,<sup>(22)</sup> se reconocen cuatro tipos distintos de linfomas no Hodgkin: De linfocitos bien diferenciados, de linfocitos pobremente diferenciados, de histiocitos y de células Stem, teniendo todos ellos su variedad difusa y la variedad nodular. En la mayoría de las grandes series de los adultos el 60 o 70% de éstos linfomas corresponden al linfoma de linfocitos poco diferenciados en su variedad difusa; a lo que anteriormente se le había denominado también como linfosarcoma. Le sigue en frecuencia el linfoma histiocítico (20 ó 30%), en el que actualmente se incluye aquellas neoplasias que se conocían con el nombre de sarcoma de células reticulares; el siguiente lugar lo ocupa el linfoma de linfocitos bien diferenciados teniendo una frecuencia aproximada del 5% en las grandes series. Los linfomas de células Stem constituyen menos del 5% de los. En la serie de C. Bloomfield hasta en un 14% de los casos no hubo evidencia clínica de linfoma y se recurrió a la exploración quirúrgica con fines diagnósticos.

En el análisis de nuestra serie concluimos que los más frecuentes fueron los linfomas de linfocitos poco diferenciados, lo que a su vez coinciden con los resultados obtenidos en los primeros 30 casos estudiados.

Se consignan tres casos con liposarcomas bien diferenciados, de bajo grado de malignidad y bien diferenciado con componen

te mixomatoso. Este tumor <sup>(1)</sup> es la neoplasia mesenquimatosa más frecuente de los tejidos blandos, de predominio en hombres entre la quinta y la sexta década de la vida; en el cual podemos correlacionar la edad con la posible localización anatómica de la neoplasia; así tenemos, que en los enfermos jóvenes, tienden a localizarse en miembros inferiores, y conforme aumenta la edad tienen tendencia a localizarse en el espacio retroperitoneal. En orden de frecuencia se localizan en extremidades inferiores, retroperitoneo, pared torácica y pared abdominal. El cuadro clínico como en otras tumores de ésta región suele depender más bien del tamaño y localización del tumor que de otros factores; casi el 50% corresponde a la variedad mixoide <sup>(1.21)</sup> y sus componentes histológicos preponderantes son fibroblastos, malla de capilares y matriz mixoide. Su origen es espontáneo y es rara la vez en la que los hallazgos histológicos nos indican una transición maligna de un lipoma preexistente. Uno de nuestros casos tuvo tres masas lipomatosas, la mayor de las cuales llegó a pesar 18 kg; lo que habitualmente sucede cuando estos tumores se localizan en retroperitoneo.

En el tratamiento de estos tumores tenemos que tomar en consideración factores tales como grado de malignidad, localización anatómica, infiltración con compromiso de otros órganos y la presencia de metástasis; los que condicionan frecuentemente la indicación quirúrgica, ya sea de reacción radical del tumor y a veces incluso la amputación cuando se localizan en extremidades. Aunque no debiera olvidarse que la radioterapia suele ser una ayuda conside-

rable para el manejo de éstos tumores <sup>(1)</sup>.

Uno de los tumores mesenquimatosos malignos relativamente frecuente es el leiomiomasarcoma <sup>(1)</sup>, del cual encontramos un caso en nuestra serie y dos en los primeros treinta casos estudiados. Estos tumores cuando se localizan en el espacio retroperitoneal tienen su origen alrededor de los vasos de mediano calibre, entre las fascias, o entre las masas musculares, derivándose de la pared de las venas o arterias, o incluso de otras estructuras que normalmente contienen músculo liso. Suelen presentarse entre la cuarta y la séptima década de la vida; nuestro caso tenía 37 años. En vista de que llegan a adquirir grandes proporciones <sup>(21)</sup> se sabe que sufren fenómenos degenerativos tales como hemorragia y necrosis. En ocasiones la imagen histológica del leiomiomasarcoma es indistinguible de la del leiomioma, <sup>(1,16)</sup> y solamente la existencia de metástasis permite establecer su verdadera naturaleza. Los que se localizan profundamente suelen tener un curso más agresivo que los que se localizan en tejidos superficiales, <sup>(1)</sup> Schuman, interpreta diversas evidencias encontradas en grandes series como indicadoras de que los tumores de músculo liso mayores de 5 cms. de diámetro, localizados profundamente, casi invariablemente corresponden a leiomiomasarcomas. <sup>(16)</sup> En su tratamiento se indica la cirugía radical <sup>(1)</sup>.

Uno de nuestros casos correspondió a un fibrosarcoma; éste término se aplica a un grupo muy diverso de neoplasias, <sup>(23)</sup> las que esencialmente se cree representan crecimientos malignos de fibroblastos. Nuestro caso se trató de una tumoración retroperitoneal

pélvica, invasora a órganos, de la cual se tomó biopsia la que permitió identificar una imagen sugestiva de fibrosarcoma moderadamente diferenciado sin evidencia de metástasis. Estos tumores ocupan entre el tercero y sexto lugar en frecuencia entre los tumores malignos de tejidos blandos. <sup>(1)</sup> No tiene preferencia por sexo o por edad; su localización anatómica, el tamaño y la imagen histológica tienen influencia directa sobre el pronóstico. Mientras más voluminosa sea la tumoración, más posibilidades existen de metástasis; - aquellos que tienen un índice elevado de mitosis y con pocas fibras colágenas recurren y dan metástasis con mayor frecuencia. <sup>(1)</sup> La -- frecuencia de recidiva también está relacionada con el tipo de intervención quirúrgica; cerca del 68% de los casos a los que se les hace enucleación o extirpación local recurren; si el procedimiento quirúrgico es radical siguiendo los lineamientos oncológicos, la - frecuencia de recidiva disminuye y las posibilidades de curación - aumentan. La sobrevida a 5 años es del 60% mientras que a los 10 - años es de 40%. La radioterapia no es de utilidad. <sup>(21)</sup>

Los tumores malignos formados por células de las vainas nerviosas o células de Schwann, <sup>(1)</sup> han sido designados de diferentes formas, neurofibrosarcoma, sarcoma neurogénico, y neurilemoma maligno; sin embargo en vista de que tales células son capaces de elaborar fibras colágenas, la primera definición tiene bases más sólidas. Casi nunca resultan de una transformación maligna de un neurilemoma y en cambio los neurofibromas si pueden transformarse y dar lugar a éstos tumores. No tiene predilección por sexo ni edad. Habitual-

mente el tumor se encuentra en íntima relación con un nervio periférico, y éste es uno de los criterios para el diagnóstico; sin embargo se puede observar que un tumor llegue a invadir un tronco nervioso lo que no justificaría que se le clasificara como neurofibrosarcoma. Carecen de cápsula limitante y por lo general infiltran la porción proximal y distal del nervio en que se originaron, aspecto que debe de tenerse en cuenta para el manejo quirúrgico. Aproximadamente el 50% se presentan asociados con neurofibromatosis, situación en la que tienen un pronóstico sombrío. (1) En nuestra serie encontramos dos casos de neurilemomas gigantes y un caso de neurofibrosarcoma.

En cuanto a otros sarcomas, en nuestra serie se consignan un fibroleiomiosarcoma poco diferenciado y un fibrolipomioangioma con zonas de leiomiomasarcoma; el primero fue resecado en su totalidad, casualmente los dos fueron seguidos en el postoperatorio durante tres meses. Otro caso fue considerado como sarcoma muy indiferenciado, sin que se precisara otros caracteres que permitieran clasificarlo.

Consignamos cuatro casos de carcinomas retroperitoneales, de los cuales uno fue adenocarcinoma, los restantes mostraban una indiferenciación tal que se impidió precisar con más detalles el diagnóstico; en otras series se considera el origen de éstos tumores a remanentes embrionarios como los restos metamesonéfricos. (23) De estos casos dos fallecieron en el postoperatorio inmediato, otro tenía evidencia de metástasis peritoneal durante la operación y el

último se perdió de la consulta habiéndose sospechado que presentaba metástasis pulmonares.

En cuanto a las neoplasias benignas en nuestra serie se consignaron las que son consideradas en otras series como las más frecuentes, así como también dos casos que se trataron de quistes verdaderos de retroperitoneo; (7) éstos quistes han sido estudiados por Lahey y Eckerson quienes los han clasificado de acuerdo a su probable origen en: 1.- Quiste de Woolf (origen urogenital) 2.- Linfático, 3.- Dermoide, 4.- Mesocólico, 5.- Parasitario y 6.- Traumático. Los que aparentemente son más frecuentes son los mesocólicos los cuales al originarse de la fusión del mesenterio del colon con el peritoneo, se encuentran en el área delimitada por el colon ascendente, transversal y descendente. Para hacer el diagnóstico de los quistes urogenitales, tendríamos que observar en la pared de los mismos los glomérulos o tubulos primitivos; para los parasitarios tendríamos en cuenta su residencia en área endémica en base a lo anterior el tratamiento consiste en su resección quirúrgica. (7)

En fecha reciente se ha descrito una proliferación celular pseudosarcomatosa, la que Helwig describió como una entidad clínico patológica bien definida, el fibroxantoma atípico. (1) El único caso de ésta revisión fue manejado con resección total, encontrándose asintomático hasta el momento. Estas son neoplasias radioresistentes constituidas por una mezcla de elementos celulares, histiocitos atípicos, células gigantes mono o multinucleadas, fibroblastos y células inflamatorias, particularmente linfocitos y células

plasmáticas; hasta la fecha no se han reportado casos con metástasis distintas. (21)

El 34.3% de morbilidad observada se describe en la Tabla 6; encontrando que los dos casos de fístulas intestinales correspondieron a un lipoma de gran tamaño, y el otro a un linfoma de células reticulares, igualmente voluminoso. Aparentemente no hubo relación entre el procedimiento operatorio y la morbilidad, ya que únicamente se les tomó biopsia. Lo mismo sucedió con los dos casos de obstrucción intestinal. En cuanto a los casos de absceso intrabdominal, en uno de ellos el tumor estaba perforado a estomago y a los dos se les practicó resección total. El caso de absceso perirenal se intervino a través de lumbotomía. El de neumonía por aspiración se presentó en una paciente en muy mal estado general, que había sufrido varias intervenciones quirúrgicas abdominales debido a la misma patología; finalmente la ictericia de resolución espontánea, tuvo una etiología desconocida. En el estudio de los primeros 30 casos del Instituto Nacional de la Nutrición la morbilidad consistió de 11 casos de neumonía, dos hemorragias del tubo digestivo, dos obstrucciones intestinales, dos infecciones de herida y una peritonitis.

El porcentaje de mortalidad total fue de 18.6%, correspondiendo un 9.3% al postoperatorio inmediato y los restantes al tardío. En cuanto a los tres casos (9.3%) del postoperatorio inmediato, aparentemente no hubo relación entre el procedimiento quirúrgi

co y la muerte, ya que en dos de ellos solamente se tomó biopsia, - y el tercero que falleció en insuficiencia hepática y toxinfeción fue el enfermo con hemangioma cavernoso.

El otro 9.3% de mortalidad tardía se presentó en tres casos de linfomas, explicándose la muerte por infiltración linfomatosa - pulmonar.

En el estudio de los primeros treinta casos se consignó única- mente un 21% de mortalidad operatoria. Teniendo en cuenta que el 50% de los casos de nuestra revisión y un alto porcentaje de los - primeros treinta casos han desertado del servicio de la consulta - externa, no es posible identificar con precisión ni el resultado - del tratamiento ni el porcentaje de mortalidad en los 62 casos que constituyen la experiencia del Instituto Nacional de la Nutrición.

## RESUMEN Y CONCLUSIONES.

Se revisaron 32 expedientes clínicos de casos de tumores retroperitoneales primarios, los cuales fueron explorados quirúrgicamente y contaron con estudio histopatológico.

Se compararon los resultados obtenidos en ésta revisión, con los casos estudiados entre 1948 y 1960, <sup>(18)</sup> resultando de esto que la frecuencia de presentación en cuanto a sexo y edad son proporcionalmente similares. En ambos estudios se concluyeron que éstos tumores son más frecuentes en hombres que en mujeres existiendo una relación aproximada de 1.5 : 1; siendo más frecuentes entre la cuarta y la sexta década de la vida. En su sintomatología predominaron el ataque al estado general y pérdida de peso.

Los exámenes de laboratorio no son de utilidad para el diagnóstico. <sup>(18,7,12,13)</sup>

Los exámenes radiológicos son los elementos de diagnóstico más útiles, tanto para precisar su existencia como para valorar en algunos casos su resecabilidad. <sup>(20,13,12,18,7,1,5)</sup> En los primeros 30 casos estudiados éstos exámenes permitieron el diagnóstico en el 67% de los casos mientras que en ésta serie hasta un 90.4%.

Son más frecuentes los tumores malignos. <sup>(18,12,13,21,23)</sup>

La resección total fue posible en el 12.5% de los primeros 30 casos; en ésta serie hasta el 25%. En los primeros se trató en su mayoría de tumores benignos, en los últimos el 50% fueron tumores benignos y los restantes malignos.

El porcentaje de pacientes que desertaron de la consulta externa en nuestra serie fue de hasta un 50%, lo que impide precisar con veracidad tanto el resultado del tratamiento a largo plazo como el índice de mortalidad.

REG: 32055 FIBROLEIOMIOMA

Paciente: Femenino de 17 años, con evolución de 5 años; tumoración dura, irregular, localizada a fosa ilíaca y flanco izquierdo, infiltraba riñón y hemicolectomía. Se dejaron restos tumorales. Se perdió de la consulta externa días meses después.

REG: 2720 FIBROLIPOMIOMIOMA CON LEIOMIOSARCOMA.

Paciente: Femenino de 45 años, con padecimiento de 3 años de evolución, con un tumor duro, irregular, fijo en hipocondrio derecho, flanco y mesogastría bien encapsulado. No se reseccó completo; se le dió radioterapia postoperatoria teniendo respuesta pobre. Se siguió durante 3 años y deserró.

REG: 39713 LINFOMA DE HODGKIN.

Paciente: Masculino de 53 años, con padecimiento de 3 meses de evolución tratándose de masa tumoral en hipocondrio izquierdo, modular, dura, de la consulta.

REG: 39353 LIPOMA.

Paciente: Masculino de 60 años, con padecimiento de un año de evolución con tumoración en hipocondrio derecho, de 15 cms. en diámetros mayores. Com con radioterapia y quimioterapia, teniendo pobres resultados. Murió 8 meses después. Se desconoce la causa.

REG: 50142 NEURILEIOMA GIGANTE.

Paciente: Masculino de 43 años, teniendo 14 años de evolución con tumor en hipocondrio izquierdo, lisa, bien delimitada, no dolorosa, fija, de 30 cms. Se obtuvieron 1500 mm. de líquido ceroso. Se siguió durante un año. Actualmente asintomática.

REG: 50668 LINFOMA DE CELULAS RETICULARES CON MUTACION A HODGKIN.

Paciente: Masculino de 40 años, de 3 meses de evolución con tumor epigástrico de 3 cms., acompañado de perforación duodenal a tercera porción de duodeno postoperatorio tuvo compromiso respiratorio. Se manejó con radioterapia y quimioterapia teniendo pobres resultados. Falleció en el postop.

REG.: 51647 LIPOSARCOMA

Paciente: Femenino de 75 años, con evolución de 5 meses, teniendo tumoraciones redondas en fosa ilíaca izquierda, que correspondieron a masas lipomatosas sección parcial; se le dió radioterapia observándose durante 3 años, finalmente deserró de la consulta.

REG: 51710 QUINTE MULTICULAR.

Paciente: Femenino de 54 años, con evolución de un año, teniendo un tumor en todo el lado derecho del abdomen, de consistencia aumentada, fija, rodeado por tres quistes conteniendo en su interior líquido a tensión; se reseccó. Se siguió durante 10 meses y deserró de la consulta en buen estado.

REG. 53076 FIBROLEIOMIOMIOMA.

Paciente: Femenino de 49 años, con 7 años de evolución, teniendo gran tumor bien encapsulado, con zonas quísticas, base de implantación en pelvis y meso, habiendo pesado la porción sólida 16 kgs., haciendo un total de peso de 31 kgs. Se siguió durante 3 años y deserró asintomática.

REG: 52970 ADENOCARCINOMA DE RECTOS MESOCHEFRICOS.

Paciente: Masculino de 62 años, con 3 meses de evolución, encontrándose 2 masas tumorales, la mayor de 10 cms. en pared lateral izquierda de pelvis seccable; se le dió radioterapia y deserró en buen estado.

REG: 53737 CARCINOMA INDIFFERENCIADO.

Paciente: Femenino de 30 años, con evolución de 12 meses, ingresando en muy mal estado general, con tumoración dura, regular, lisa, de 10 cms. de diámetro a nivel de la raíz del mesenterio; hizo neumonía por aspiración, murió 11 días después.

REG: 53213 LINFOMA DE CELULAS RETICULARES.

Paciente: Masculino de 31 años, con 18 meses de evolución, teniendo tumoración retriperitoneal de 10 cms. de diámetro mayor a nivel de ángulo duodenal dioterapia. Deserró de la consulta.

REG: 55437 NEUROFIBROMIOMA.

Paciente: Femenino de 58 años, con 3 años de evolución, con tumoración quística, se reseccó en bloque, se le dió quimioterapia, siguiéndose 13 meses.

ción de 5 años; tumoración dura, irregular, localizada a fosa iliaca y flanco izquierdo, infiltraba riñón y colon, se le practicó nefrectomía y los tumorales. Se perdió de la consulta externa diez meses después.

#### LEIOMIOSARCOMA.

caso de 3 años de evolución, con un tumor duro, irregular, fijo en hipocondrio derecho, flanco y mesogastrio, de 4 kgs. de peso, estando — completo; se le dió radioterapia postoperatoria teniendo respuesta pobre. Se siguió durante 3 años y desertó de la consulta.

caso de 3 meses de evolución tratándose de masa tumoral en hipocondrio izquierdo, nodular, dura, de la cual se tomó biopsia. Desertó de la —

caso de un año de evolución con tumoración en hipocondrio derecho, de 15 cms. en diámetros mayores. Comprometía otras vísceras. Se manejó — pia, teniendo pobres resultados. Murió 8 meses después. Se desconoce la causa.

de 14 años de evolución con tumor en hipocondrio izquierdo, lisa, bien delimitada, no dolorosa, fija, de 30 cms. en diámetros mayores, de la cual — sido ceroso. Se siguió durante un año. Actualmente asintomática.

#### ANGIOMAS CON MUTACION A HODGKIN.

caso de evolución con tumor epigástrico de 3 cms., acompañado de perforación duodenal a tercera porción de duodeno. Presentó peritonitis, y en el — respiratorio. Se manejó con radioterapia y quimioterapia teniendo pobres resultados. Falleció en el postoperatorio tardío.

ción de 5 meses, teniendo tumoraciones redondas en fosa iliaca izquierda, que correspondieron a masas lipomatosas de retroperitoneo. Se hizo re- — dioterapia observándose durante 3 años, finalmente desertó de la consulta.

ción de un año, teniendo un tumor en todo el lado derecho del abdomen, de consistencia aumentada, fija, reniforme de 25 por 15 cms. en diáme- — a interior líquido a tensión; se resecó. Se siguió durante 10 meses y desertó de la consulta en buen estado.

caso de evolución, teniendo gran tumor bien encapsulado, con zonas quísticas, base de implantación en pelvis y que tenía 15 litros de material gr- — ión sólida 16 kgs., haciendo un total de peso de 31 kgs. Se siguió durante 3 años y desertó asintomática.

#### OS MESOENCEFALOS.

caso de evolución, encontrándose 2 masas tumorales, la mayor de 10 cms. en pared lateral izquierda de pelvis, y la otra sobre vasos ilíacos; irre- — lia y desertó en buen estado.

NO.

ción de 12 meses, ingresando en muy mal estado general, con tumoración dura, regular, lisa, de 10 cms. de longitud, localizada en retriperitoneo — erio; hizo neumonía por aspiración, murió 11 días después.

#### ANGIOMAS.

caso de evolución, teniendo tumoración retriperitoneal de 10 cms. de diámetro mayor a nivel de ángulo duodeno yeyunal. Respondió bien a la ra- — sulta.

caso de evolución, con tumoración quística, se resecó en bloque, se le dió quimioterapia, siguiéndose 13 meses y desertó asintomática.

REG: 56343

CARCINOMA INDIFERENCIADO.

Paciente: Masculino de 53 años, con un año de evolución, con tumor de 10 a 15 cms. de diámetro mayor, con metástasis a peritoneo y epifacto del miocardio.

REG: 53832

HEMANGIOMA CAVERNOSO.

Paciente: Masculino de 48 años, con 7 años de evolución, tumor en fosa ilíaca izquierda, duro, liso y fijo, el que correspondió a hemangioma obtuvo muestra de tejido para demostración histológica. Murió 20 días después en insuficiencia hepática y toxoinfección.

REG: 59584

CARCINOMA INDIFERENCIADO.

Paciente: Masculino de 38 años, con 9 meses de evolución, con tumor mesogástrico, muy vascularizado, de 25 cms. de diámetro mayor, al que se le dió radioterapia y quimioterapia, desertó de la consulta externa con datos de metástasis pulmonares.

REG: 56157

LIPOSARCOMA.

Paciente: Masculino de 55 años, con 2 años de evolución, con 3 grandes tumoraciones, la mayor de las cuales pesó 18 kgs. se resecaron.

REG: 58076

SARCOMA INDIFERENCIADO.

Paciente: Femenino de 35 años, con 6 meses de evolución, tumor en hipocondrio izquierdo, que comprometía páncreas, estómago y aorta. Se le dió radioterapia. Desertó de la consulta.

REG: 41543

QUISTE RETEOPERITONEAL.

Paciente: Femenino de 58 años, con 3 meses de evolución, el cual por estar adherido a riñón se resecó junto con éste órgano. Se le dió 4 años y medio, sospechándose entonces lesión metastásica a mediastino. y desertó de la consulta.

REG: 74726

LINFOMA HISTIOCITICO.

Paciente: Masculino de 19 años, con 2 meses de evolución, teniendo una tumoración retriperitoneal, a nivel de raíz de misenterio, con la que se le dió radioterapia y quimioterapia, no respondió favorablemente. Falleció por insuficiencia respiratoria 10 meses después.

REG: 76555

LINFANGIOMA GIGANTE.

Paciente: Masculino de 62 años, con 21 meses de evolución, tratándose de una gran tumoración quística que ocupaba la fosa renal izquierda.

REG: 56442

NEURILELOMA GIGANTE.

Paciente: Masculino de 37 años, con padecimiento de 16 años de evolución, habiéndose diagnosticado 14 años antes de su exploración que era un quiste, del cual se obtuvieron casi 2 litros de líquido ceroso; su disección fue manual. Se siguió durante 3 meses y murió.

REG: 81854

LIPOSARCOMA.

Paciente: Femenino de 24 años, con 48 días de evolución, teniendo un tumor en fosa renal izquierda, el cual se resecó parcialmente.

REG: 85745

LINFOMA DE LINFOCITOS POCO DIFERENCIADOS.

Paciente: Masculino de 37 años, 5 meses y medio de evolución, con tumor retriperitoneal multilobulado, que infiltraba páncreas y hígado durante 40 días.

REG: 87372

LEIOMIOSARCOMA.

Paciente: Femenino de 37 años con 8 años de evolución, tumor sólido y quístico que se extendía por detrás del páncreas, habiendo metastasado y se siguió durante 35 días, perdiéndose en buen estado.

REG: 75960

FIBROSARCOMA.

Paciente: Masculino de 42 años, con 2 años de evolución, tumor invasor a pelvis, quístico, se le manejó con radioterapia y se le privó de salir del hospital, se le manejó con cirugía radical, se ignora su evolución.

de evolución, con tumor de 10 a 15 cms. de diámetro mayor, con metástasis a peritoneo y epiplón. Falleció 20 días después por probable in-

de evolución, tumor en fosa ilíaca izquierda, duro, liso y fijo, el que correspondió a hemangioma retriperitoneal pélvico por lo que no se -  
construcción histológica. Murió 20 días después en insuficiencia hepática y toxoinfección.

de evolución, con tumor mesogástrico, muy vascularizado, de 25 cms. de diámetro mayor, al cual se le tomó biopsia y se siguió por 7 meses;  
terapia, desertó de la consulta externa con datos de metástasis pulmonares.

de evolución, con 3 grandes tumoraciones, la mayor de las cuales pesó 1.5 kgs. se resecaron en casi su totalidad. Desertó de la consulta.

de evolución, tumor en hipocondrio izquierdo, que comprometía páncreas, estómago y aorta. Se tomó biopsia; se siguió durante 8 meses, dando  
consulta.

de evolución, el cual por estar adherido a riñón se resecó junto con éste órgano. Se le dió radioterapia y quimioterapia; se siguió durante  
once lesión metastásica a mediastino. y desertó de la consulta.

de evolución, teniendo una tumoración retriperitoneal, a nivel de raíz de mesenterio, comprometiendo vasos mesentéricos. Se tomó biopsia. -  
terapia, no respondió favorablemente. Falleció por insuficiencia respiratoria 10 meses después.

de evolución, tratándose de una gran tumoración quística que ocupaba la fosa renal izquierda. Se resecó, y está asintomático.

de evolución, de 18 años de evolución, habiéndose diagnosticado 14 años antes de su exploración quirúrgica; tumor de 30 cms. de diámetro mayor, sólido  
teron casi 2 litros de líquido ceroso; su disección fue manual. Se siguió durante 3 meses y desertó en buen estado.

de evolución, teniendo un tumor en fosa renal izquierda, al cual se resecó parcialmente. Se siguió durante un mes y medio y desertó.

#### CON DIFERENCIADOS.

de evolución, con tumor retriperitoneal multilobulado, que infiltraba páncreas y hilio hepático. Se le dió radioterapia y se siguió du

de evolución, tumor sólido y quístico que se extendía por detrás del páncreas, habiendo metástasis a cápsula hepática, se le dió quimioterapia  
lindose en buen estado.

de evolución, tumor invasor a pelvis, quístico, se le manejó con radioterapia y se le practicó sistostomía y colostomía temporales. Se sabe  
manejó con cirugía radical, se ignora su evolución.

REG: 82360

SARCOMA DE CELULAS RETICULARES.

Paciente:

Masculino de 74 años, con 6 meses de evolución, con tumoración retróperitoneal derecha con metástasis a epiplón y peritoneo. Se trató con radioterapia, se siguió durante 3 meses y desertó en mal estado.

REG: 84027

LEUCEMIA MALIGNA (LEUCOBLASTICA)

Paciente:

Femenino de 23 años de edad, con 3 meses de evolución, con tumoración multilobulada en fosa ilíaca derecha y pelvis. 5 meses y 10 días de evolución.

REG: 87561

LEUCEMIA PUCC DIFERENCIADO

Paciente:

Masculino de 55 años, con 1 mes de evolución, con tumor multilobulado de 30 cms. de diámetro mayor, la cual comprometió intestino grueso durante 40 días, actualmente se encuentra en buen estado.

REG: 85493

FIBROSARCOMA A TIPICO

Paciente:

Masculino de 64 años, con 6 meses de evolución, tumor irregular, bien encapsulado, vascularizado, el cual se resecó en su totalidad.

REG: 85045

FIBROSARCOMA

Paciente:

Femenino de 50 años, con evolución de 2 años, tumor blanquecino, irregular, que compromete la segunda, tercera y cuarta porción de la columna cervical. Se tomó biopsia, se le dió radioterapia, y actualmente se le ha seguido durante un año.

REG: 89296

LIPOSARCOMA TIPO MIXOIDE.

Paciente:

Femenino de 45 años, con 7 meses de evolución, gran tumor de 40 cms. de diámetro mayor, comprometiendo a riñón derecho; se resecó por 2 meses. Se encuentra en buen estado.

lución, con tumoración retróperitoneal derecha con metástasis a epiplón y peritoneo. Se tomó biopsia. Se le dió radioterapia y quimio  
ortó en mal estado.

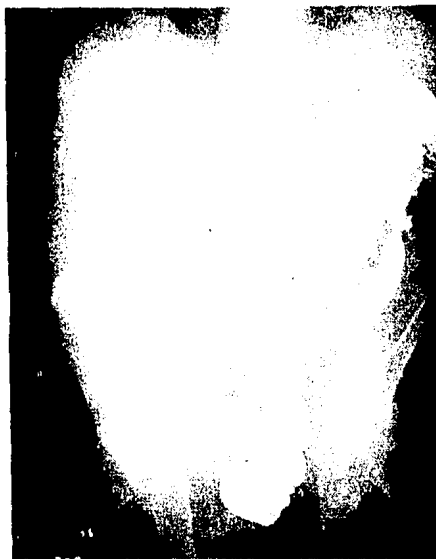
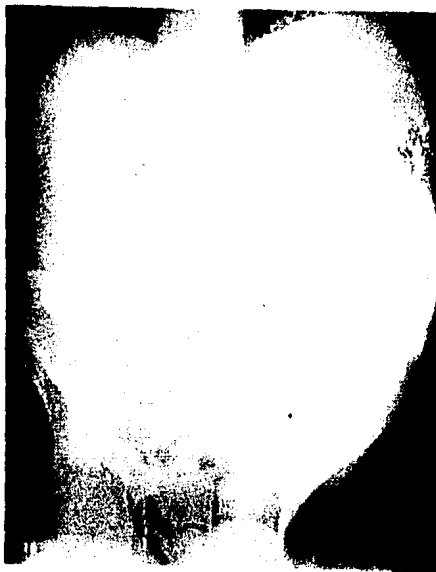
de evolución, con tumoración multilobulada en fosa ilíaca derecha y pelvis. 5 meses y medio después falleció por insuficiencia res-

ción, con tumor multilobulado de 30 cms. en diámetro mayor, la cual comprometió intestino delgado; la resección fue parcial; se siguió  
a en buen estado.

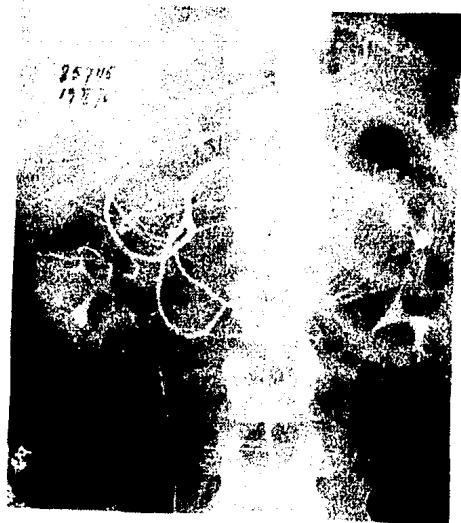
lución, tumor irregular, bien encapsulado, vascularizado, el cual se resecó en su totalidad; a la fecha se encuentra en buen estado.

años, tumor blanquecino, irregular, que compromete la segunda, tercera y cuarta porción del duodeno, así como la cabeza del páncreas.  
y actualmente se le ha seguido durante un año.

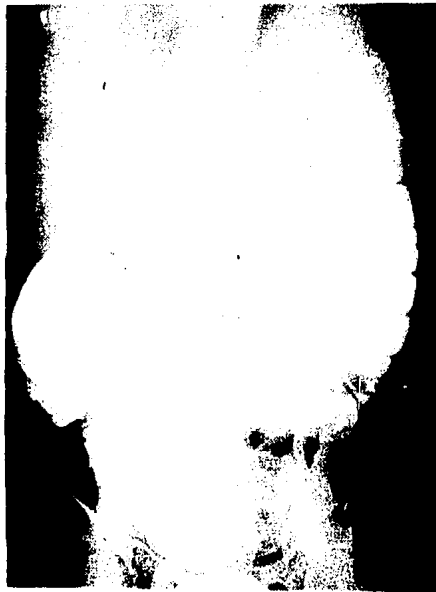
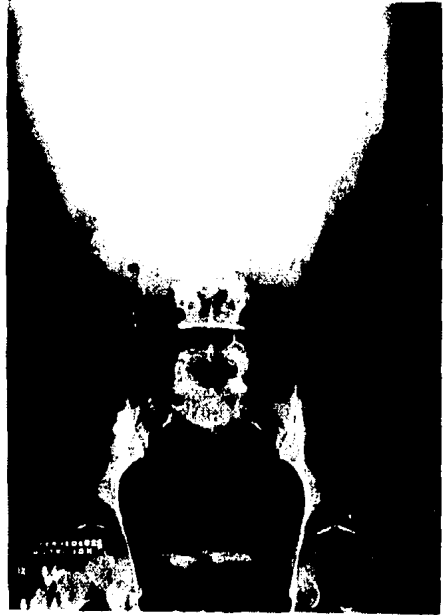
lución, gran tumor de 40 cms. de diámetro mayor, comprometiendo a riñón derecho; se resecó en su totalidad. Se le dió radioterapia y se  
buen estado.



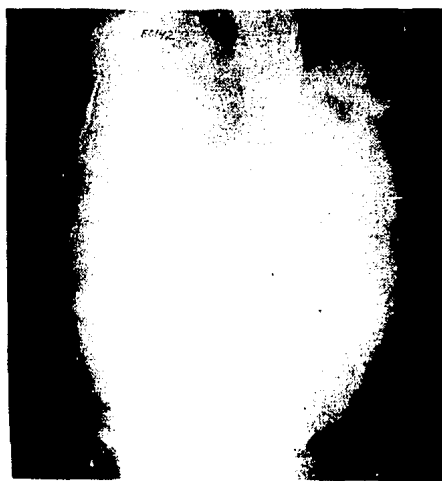
Leyenda paciente registro: 82360.- Se observa una masa en fosa -  
ilíaca y flanco derecho, que desplaza las asas de intestino delgado.  
La arteria aorta está desviada a la izquierda, elevación del riñón-  
derecho. En flanco derecho hay aumento de la vascularidad discreto-  
proveniente de arterias lumbares y otras ramas.



Leyenda paciente registro 85745.- Aumento del espacio retrogástri-  
co. A nivel del tronco celiaco proximal a la emergencia de la arte-  
ria gastroduodenal se muestra disminución del calibre, y irregulari-  
dades en su contorno.



Leyenda paciente registro 50142.- En este caso se observa despla-  
zamiento de estómago hacia adelante, de colon transverso hacia aba-  
jo.



En estas se observa desplazamiento de la vena cava a la derecha y adelante con ingurgitación de plexos paravertebrales: Prolongada -- elongación de la arteria renal derecha y desplazamiento abajo y a -- los lados de ambas imágenes renales en el mismo paciente.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Albores Saavedra. Sarcomas y lesiones pseudosarcomatosas de partes blandas. Prensa Médica Mexicana, 1967.
- 2.- Abell, et al, Retroperitoneal Germinomas  
Cancer 18 : 284. March 1965.
- 3.- Ackerman L.V.: Tumors of the Retroperitoneum, mesentery and peritoneum.  
Armed Forces Institute of Pathology.  
Washington. DC. 1954.
- 4.- Alvarez I, J. Jesús : Tumores retroperitoneales en Woolrich, J. Urología.  
Impresiones modernas México DF. 1960.
- 5.- Andrews, C.V. Primary Retroperitoneal Sarcoma.  
Surg gyn obst. 36 : 480, 1923.
- 6.- Bucalossi, P.V. Pricolo and S. Di y pietro. Tumors of the Retroperitoneum. Tumori Milano. 41: 685, 1955.
- 7.- Braasch. Jhon. W. Alberto. B. Mon. Primary Retroperitoneal Tumors Surg. Clin of N. Amer. Vol 47, No (663) June 1967.
- 8.- Donnelly, B. A: Primary retroperitoneal tumors.  
Surg gyn obst. 83: 705, 1946.
- 9.- Judd, E. S. Larson. L. M: Retroperitoneal Tumors.  
Surg. Clin of N. Amer. 13 823, 1933.
- 10.- Kahn. L. Xantogranuloma and Xantosarcoma.  
Cancer Vol. 31-417 Febreuary 1973.
- 11.- Morton, Jhon J. : Organ displacing abdominal tumors.  
Ann. Surg., 133: 655, 1951.
- 12.- North Jhon Paul. Primary tumors of the retroperitoneum.  
Ann. Surg. 151-693 May 1960.
- 13.- Newmann, H.R. y Pick, B.D: Primary retroperitoneal tumors.  
Arch, Surg 60: 879, 1950.
- 14.- Olson and Abell. Non Chromaffin Paragangliomas  
Cancer 18-1361 1965.

- 15.- Pack, G. Tabah, M.J: Primary retroperitoneal tumors  
Abstracts of surgery. 99: 209, 1954.
- 16.- Saul Kay. M.D. and Donald D. Mc Neil. Leiomyosarcoma of retroperitoneum.  
Surg gyn obst. 25-285 August 1969.
- 17.- Schulte, T.L y Emmett, J.L.: Urography in the differencial - -  
diagnosis of retroperitoneal tumors.  
J. Urol. 42: 215-219, 1939.
- 18.- Solis M.J. Gutiérrez, S.J.  
Tumores Primarios de la región retroperitonea  
gaceta medica de México.  
Tomo XCI No. 10 Pag 855. Oct 1961.
- 19.- Swinton, N.W. and Counts, R.L: Cancer of the colon and rectum;  
Statistical study: with end results. J.A.M.A.  
161:1139-1142 1956.
- 20.- Tidrick, R.T. and Goldstein, M.S: Surgical treatment of retroperitoneal tumors.  
Arch. Surg 70: 203, 1955.
- 21.- Warren, S, and Melssner, W.A.: Neoplasms in anderson, W,A,D. -  
(Editor) Pathology Volumen I, Fifth edition St. Louis,  
C.V. Mosby Co. 1965, pp 400-429.
- 22.- Williams. William. J. Ernest Deutler. Allan J. Ersley.  
Hematologia Salvat 1975 pag. 919.
- 23.- Ackerman Surgical Pathology third Editon.  
C.V. Mosby. Co. 1975.