

Trabajo de la Clínica Quirúrgica C — Prof. Pedro Larghero Ybarz

## TUMORES RETROPERITONEALES PRIMITIVOS (\*)

Dres. J. A. Folle y W. Venturino

Hemos considerado de interés comunicar tres observaciones originales de tumores retroperitoneales primitivos y efectuar una breve revisión de este punto oncológico poco mencionado, a los efectos de precisar sus caracteres morfológicos, las dificultades del diagnóstico y las normas aceptadas para su tratamiento, así como los resultados obtenidos.

### DEFINICION

Los tumores retroperitoneales primitivos comprenden las neoformaciones de causa desconocida originadas en el espacio retroperitoneal, y que no tienen relación de origen con los órganos diferenciados que habitan la región, ni con el marco esquelético que la limita.

Esta definición excluye los tumores primitivos originados en el sector nefropieloureteral, en las cápsulas suprarrenales, en el páncreas, en los ganglios linfáticos, en el esqueleto o en su contenido (médula espinal, raíces nerviosas, meninges); excluye todos los tipos de neoplasmas metastásicos; excluye igualmente las tumoraciones de causa hemorrágica, inflamatoria o parasitaria (hidatidosis retroperitoneal primitiva, analizada entre nosotros por Lockhart y Sapriza). (13)

Las condiciones anatómicas del espacio retroperitoneal, limitado hacia atrás por una pared firme osteomuscular y hacia adelante por la débil lámina del peritoneo parietal posterior y

---

(\*) Trabajo presentado a la Sociedad de Cirugía el día 10 de agosto de 1957.

(Agradecemos al Dr. Mario A. Grolero su generosa concesión al permitirnos utilizar el material clínico correspondiente a la Observación N° II)

por las fascias de acolamiento y ocupado por tejido areolar, explica el crecimiento fácil hacia adelante de estos tumores, la existencia de una etapa asintomática en general larga, los marcados desplazamientos viscerales y las dificultades para la exéresis total.

### CONSIDERACIONES GENERALES

*Histogénesis.* — El origen de algunos tipos tumorales puede ser reconocido por su textura específica, como sucede para los derivados de gérmenes suprarrenales aberrantes, de las estructuras nerviosas, de los paraganglios y de la notocorda, pero para la mayoría, su génesis es desconocida. *Hansmann* y *Budd* <sup>(10)</sup> en 1932 estudiaron una serie de 17 observaciones personales y analizaron un grupo de 39 tumores quísticos y 17 tumores sólidos extraídos de la literatura, hallando que casi todos tenían caracteres histológicos similares a los de los neoplasmas variados señalados en el aparato urogenital adulto. Concluyeron que la consecuencia lógica que explica su histogénesis radica en interpretarlos como *originados en los restos dispersos del aparato urogenital embrionario*.

Previamente *Frank* en 1894 y *Goebel* en 1901 habían estudiado sendos casos de tumores con caracteres de cistoadenomaseudomucinoso y de quiste dermoide, muy parecidos a los hallados en el ovario; *Frank* se inclinó a pensar en la existencia de un ovario aberrante, donde se habría producido el crecimiento tumoral.

La hipótesis de *Hansmann* y *Budd* tuvo un momento de aceptación, pero actualmente es rechazada por autores de la experiencia de *Ackerman* <sup>(2)</sup>, quien considera que el diagnóstico de tumor originado en restos urogenitales embrionarios sólo puede hacerse por exclusión y basándose en un criterio histológico incierto, como lo es la existencia de túbulos epiteliales que recuerdan a los renales; *Stewart* y *Stout*, citados por aquel autor, son de la misma opinión.

En suma, la histogénesis de la mayoría de estos tumores es incierta y si bien para los fines de la clasificación resulta cómodo considerarlos como originados a partir de los distintos tejidos del espacio retroperitoneal, esto no significa que afirmemos su origen real.

*Frecuencia.* — Son tumores raros, aunque mencionados frecuentemente en contribuciones aisladas en la literatura. *Donnelly* (5), en 1946 publicó una numerosa serie de 95 observaciones y mencionó la existencia de más de 500 casos publicados hasta la fecha.

La serie más extensa es la de *Stout* (24) que recolectó en el Laboratorio de Patología Quirúrgica de Columbia University un total de 340 observaciones, comprendiendo 265 tumores malignos y 75 benignos, a lo largo del período 1905-1951.

En la Clínica Quirúrgica C, en un total de 15.086 historias clínicas hemos hallado dos observaciones y una tercera dudosa (no tuvo comprobación autóptica), no incluida en este trabajo.

Pueden observarse a cualquier edad y en ambos sexos, pero su frecuencia mayor es en la 4ª y 5ª década y en el sexo masculino (2/1). Predominan netamente las formas malignas, aunque con distinto grado de agresividad y de tendencia a la diseminación. En la serie de *Stout* la proporción es de 3,5/1 a favor de las malignas, pero este resultado puede ser exagerado, pues comprende preparados enviados para consulta, lo cual no se realiza en los casos obviamente benignos.

La serie de *Donnelly* (5), de 95 casos comprendía un 91 % de tumores malignos, con tres casos de falsa benignidad histológica.

## ANATOMIA PATOLOGICA

*Clasificación.* — Han sido propuestas numerosas clasificaciones, forzosamente incompletas dada la gran variedad de tumores posibles. Nosotros aceptaremos la clasificación de *Ackerman* (2) con algunas modificaciones.

### TUMORES RETROPERITONEALES PRIMITIVOS

#### I) Tumores de origen mesodérmico

##### A) T. originados del tejido adiposo

*Lipoma*  
*Liposarcoma*

##### B) T. originados del tej. muscular liso

*Leiomioma*  
*Leiomiosarcoma*

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

C) T. originados del tejido conectivo	<i>Fibroma</i> (no presentado) <i>Fibrosarcoma</i>
D) T. originados del tejido muscular estriado	<i>Rabdomioma</i> (no presentado) <i>Rabdomiosarcoma</i>
E) T. originados en vasos linfáticos	<i>Linfangioma</i> <i>Linfangiosarcoma</i> (no presentado)
F) T. originados en los vasos san- guíneos	<i>Hemangioma</i> <i>Hemangioendotelioma</i> <i>Hemangiopericitoma</i>
G) T. originados del mesenquima	<i>Mixoma</i> <i>Mixosarcoma</i>
H) T. de origen incierto	<i>Xantogranuloma</i>
I) T. inclasificables	<i>Sarcomas indiferen- ciados o anaplásicos</i>
J) Sarcoma osteogénico y condrosarcoma de origen extraes- quelético	
K) Tumor mixto mesodérmico	<i>Mesenquioma de Stout</i> (27)
II) <i>Tumores neurógenos</i>	
A) T. originados en las vainas ner- viosas	<i>Neurofibroma</i> <i>Neurilemoma</i> <i>Schwannoma maligno</i>
B) T. originados del tejido nervioso	<i>Ganglioneuroma</i> <i>Simpaticoblastoma</i> <i>Neuroblastoma</i>
C) T. originados del tejido cromafin	<i>Paraganglioma</i> <i>Feocromocitoma</i>

III) *Tumores derivados de restos embrionarios*

- A) Teratomas benignos y malignos
- B) Tumores originados en aparato urogenital embrionario
- C) Tumores derivados de la notocorda | *Cordomas*
- D) Tumores originados en islotes cor- | *Carcinoma Cortical*  
tico-adrenales heterotópicos

Como surge de la lectura de la tabla existe un primer grupo común a todas las zonas del organismo provistas de tejido conectivo-vascular (“tumores de las partes blandas”); un segundo grupo lo integran los tumores originados en las estructuras nerviosas que transitan por el espacio retroperitoneal, o en sus vainas, o en el elemento cromafin heterotópico; finalmente el tercer grupo lo integran aquellos tumores diferenciados en los cuales es factible asegurar su origen a partir de restos embrionarios.

Cada tipo histológico se acompaña de caracteres macroscópicos y de una modalidad evolutiva particular que no podemos analizar en detalle, pero existen rasgos morfológicos comunes que autorizan a enumerar los siguientes caracteres generales: 1º) el crecimiento silencioso u oligosintomático hasta alcanzar grandes tamaños (tumores gigantes o “mammouth” de la bibliografía); 2º) la tendencia extensiva del crecimiento, desplazando vísceras sin o con escasa infiltración y englobando las estructuras del eje vascular aorto-cava; 3º) el crecimiento secundario por continuidad (no metastásico) hacia:

a) la cavidad peritoneal, empujando el peritoneo parietal posterior y disociando las hojas del mesenterio, mesocolon, mesosigmoides, etc.;

b) las regiones limítrofes, fraguándose paso a favor de los intersticios y pasajes naturales: hacia la región glútea por las escotaduras sacrociáticas; hacia la región inguinal y los grandes labios; hacia la raíz del muslo por orificios obturadores. etc.

4º *La tendencia a la recidiva*, aun con examen histológico con caracteres de benignidad; debe recalarse que muchas veces este diagnóstico es erróneo, pues se han examinado solamente

zonas bien diferenciadas del tumor; esto es frecuente en el liposarcoma y en el fibrosarcoma. No se trata de un tumor benigno que recidiva, sino de un error de diagnóstico histológico, que puede ser evitado si se piensa que un tumor retroperitoneal primitivo es maligno hasta prueba de lo contrario. Esta prueba histológica sólo se aproxima a la certeza cuando se examinan numerosos fragmentos de distintas áreas del tumor. En algunas ocasiones el patólogo es inocente, pues sólo ha podido examinar zonas bien diferenciadas por haber sido las únicas extirpadas.

5º) Las recidivas muestran una malignidad creciente a medida que se suceden.

6º) Las metástasis en las formas malignas se hacen en pulmón, hígado, huesos, peritoneo, etc., pero la tendencia a la generalización no es tan importante como a la recidiva y la propagación por continuidad.

### CURSO CLINICO

Las manifestaciones clínicas son poco expresivas y en general tardías con respecto al tiempo de evolución anatómica.

Según *Donnelly* (5) la historia más frecuente sería la que sigue:

a) *dolores vagos e indefinidos* en uno o en ambos cuadrantes abdominales inferiores; b) *trastornos digestivos progresivos* con anorexia, dispepsia irregular, ardores, eructos, náuseas, vómitos ocasionales y constipación; c) *pérdida de peso y de fuerzas*, hecho muy frecuente y atribuido a la compresión de los linfáticos del tubo digestivo; d) *hallazgo de una tumoración abdominal* a los 3-6 meses luego del comienzo de los síntomas.

En la serie de 33 casos de *Menghetti y Gamba* (15) el síntoma más frecuente es el dolor referido a la columna y región lumbar.

*El examen físico* puede demostrar los signos clásicos de una tumoración retroperitoneal, pero éstos se hacen imprecisos cuando la masa es muy voluminosa; algunos matices pueden sugerir el carácter de primitiva: palpación de un riñón trasladado, pero de caracteres normales, ausencia de movilidad respiratoria; pero la confirmación debe ser radiográfica.

Se han señalado:

1º *Síndromes abdominales agudos* por oclusión intestinal, peritonitis o por hemoperitoneo debido a la efracción de brotes tumorales muy vascularizados (así sucedió como episodio terminal en nuestra observación III);

2º *síndrome de insuficiencia renal y uremia* por bloqueo ureteral con hidronefrosis;

3º *síndromes vasculares de los miembros inferiores*

a) diferencias de la temperatura cutánea entre ambos miembros: señalado por *Hesse* (citado por *Mirizzi*) (17) en 1929, sería debida al compromiso unilateral del simpático lumbar: en una primera etapa por excitación se vería disminución de la temperatura con aumento del reflejo pilomotor y sudoral, en una segunda etapa, por anulación se vería aumento de la temperatura; b) edema uni o bilateral por compresión venosa ilíaca o cava inferior; a veces acompañado de varicocele izquierdo;

4º *síndrome neurológico de miembros inferiores o de región lumbar*: parestesias, dolores, paresias, atrofas musculares.

5º *Síndrome diabético*, excepcional, atribuído al compromiso pancreático.

*Los exámenes complementarios de laboratorio* no aportan elementos decisivos.

*El examen radiológico* precisa la topografía retroperitoneal, inclina hacia la posibilidad de un tumor primitivo al excluir la participación reno-pielo-ureteral y puede dar datos sobre su naturaleza anatomopatológica. *La radiografía simple*, practicada en decúbito y en posición erecta con las distintas incidencias, nos puede demostrar: a) la visualización de la masa tumoral radio-opaca (Obs. I y III); b) la existencia de importantes desplazamientos viscerales, visualizados por contraste gaseoso espontáneo, asociados a una masa tumoral visible; c) *la existencia* de importantes desplazamientos viscerales, sin masa tumoral apreciable, hecho señalado para estos tumores por *Windholz* (29) y que se explica por la compensación que se produce entre los componentes texturales radio-opacos con los radio lúcidos, anulando la posibilidad de demostración en la placa simple; d) *la apreciación de una masa tumoral radio-lúcida*, señalada también por *Windholz* (29) para el grupo lipoma-liposarcoma y para los teratomas quísticos dermoides; e) la existencia de microcalcificaciones (fibro-

sarcoma, posiblemente ganglioneuroma); f) la visualización de una sombra esplénica de tamaño normal e independiente del tumor, lo que descarta la esplenomegalia; g) el borramiento de los límites de las sombras musculares.

*La radiografía contrastada del tubo digestivo*, practicada con los métodos habituales, nos puede demostrar: a) la ausencia de localización tumoral intrínseca; b) la existencia de desplazamientos viscerales, asociados a imágenes de compresión extrínseca, con los caracteres señalados por García Capurro y Piaggio Blanco (7) y observables en: gastroduodeno, ansas delgadas, colon ascendente y descendente, ángulos colónicos hepático y esplénico y en especial en segunda porción de duodeno y en ángulo duodeno-yeyunal.

*La urografía de excreción y la urografía retrógrada* tienen un enorme valor y constituyen el método fundamental casi siempre decisivo. Nos puede demostrar: a) la ausencia de participación intrínseca del riñón y del uréter; b) la existencia de desplazamientos nefroureterales, que confirman la topografía retroperitoneal (deben investigarse en placas de frente y de perfil); c) la existencia de hidronefrosis, en general de grado mediano, debida a la compresión ureteral; d) debe destacarse, sin embargo, que como lo han señalado Stepp y Boger, *pueden observarse imágenes pielográficas superponibles a las del carcinoma renal*, debidas a la asociación de la hidronefrosis con el desplazamiento complejo que sufre el riñón con el tumor (Obs. III).

*El neumoperitoneo* no fue practicado en nuestras observaciones y no tenemos experiencia en su empleo; en la revisión bibliográfica hemos hallado que varios autores, en especial norteamericanos, lo contraindican temiendo la producción de dolor y de posibles hemorragias al insinuarse el gas en los prolongamientos infiltrantes del tumor. En nuestro medio ha sido practicado por Lockhart, sin ninguna complicación y dando imágenes muy demostrativas.

*La aortografía abdominal* puede hallarse indicada.

*La esplenoportografía* ha sido preconizada y practicada en dos oportunidades por Ts'ui - T'ing y Keng - Nien (28), así como por Menghetti y Gamba (15), basándose en que la vena esplénica puede ser desplazada, comprimida y aun colapsada totalmente

durante el crecimiento tumoral, dando lugar a una esplenomegalia congéctica; las imágenes presentadas son demostrativas, pero el procedimiento queda limitado a los tumores retroperitoneales de topografía alta y en relación con dicho vaso.

### TRATAMIENTO

Como norma general debe plantearse el tratamiento quirúrgico, con el objetivo de exéresis lo más amplia posible, pasando por tejidos sanos y practicando resecciones viscerales si fuera necesario. Se aconseja el abordaje intraperitoneal, por incisiones transversas uni o bilaterales, dado que es necesario una buena visibilidad con adecuada exposición del eje aorto-cava. Las cifras de operabilidad varían: en la serie de Donnelly (5) el 35 %, en otras mucho más bajas: 7,4 %.

La radioterapia aislada sólo se indica en los tumores inoperables o en aquellos radiosensibles, pero de elevada malignidad (sarcomas indiferenciados, teratomas sólidos, simpaticoblastoma); la mayor sobrevida conocida luego del tratamiento radioterápico exclusivo corresponde a un paciente de Adair, con un sarcoma neurogénico y fue de dos años y medio.

Los liposarcomas son relativamente radiosensibles, pero dado su tamaño, la situación profunda y la topografía central de los núcleos más indiferenciados, se considera imposible curarlos por este método (Stout).

La radioterapia postoperatoria tendría valor para prolongar la sobrevida e impedir o demorar la aparición de recidivas. Cuando éstas aparecen, deben ser atacadas quirúrgicamente, aun contando con todas las desventajas de actuar en una región operada e irradiada y frente a un tumor cuya malignidad se sabe exacerbada en cada recidiva. Sin embargo, se citan sobrevidas prolongadas con múltiples intervenciones: así Lundblad operó cinco veces a un paciente, con una sobrevida controlada hasta los seis años de la última operación (citado por Donnelly. (5))

### CASUÍSTICA

#### OBSERVACION I.

H. C. Nº 9.839. Clínica Quirúrgica del Prof. Larghero. C. R. de G., 41 años, sexo femenino.

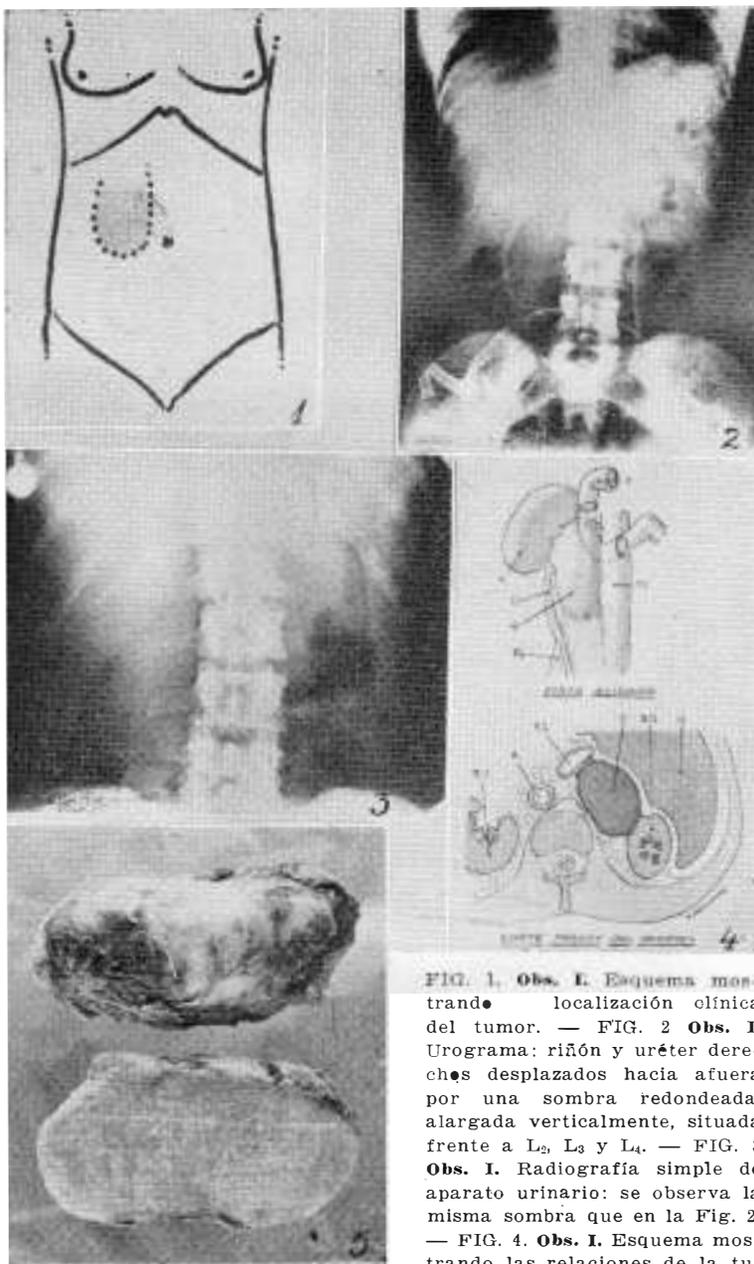


FIG. 1. **Obs. I.** Esquema mostrando localización clínica del tumor. — FIG. 2 **Obs. I.** Urograma: riñón y uréter derechos desplazados hacia afuera por una sombra redondeada, alargada verticalmente, situada frente a L<sub>2</sub>, L<sub>3</sub> y L<sub>4</sub>. — FIG. 3 **Obs. I.** Radiografía simple de aparato urinario: se observa la misma sombra que en la Fig. 2. — FIG. 4. **Obs. I.** Esquema mostrando las relaciones de la tumoración tal como se apreciaron en el acto operatorio: A, aorta; D, duodeno; H, hígado; Ps, psoas; R y RD, riñón derecho; RI, riñón izquierdo; T, tumoración; U, uréter; VC, vena cava inferior. — FIG. 5. **Obs. I.** En la parte superior, el aspecto exterior de la tumoración. En la parte inferior, la sección de la misma.

ron en el acto operatorio: A, aorta; D, duodeno; H, hígado; Ps, psoas; R y RD, riñón derecho; RI, riñón izquierdo; T, tumoración; U, uréter; VC, vena cava inferior. — FIG. 5. **Obs. I.** En la parte superior, el aspecto exterior de la tumoración. En la parte inferior, la sección de la misma.

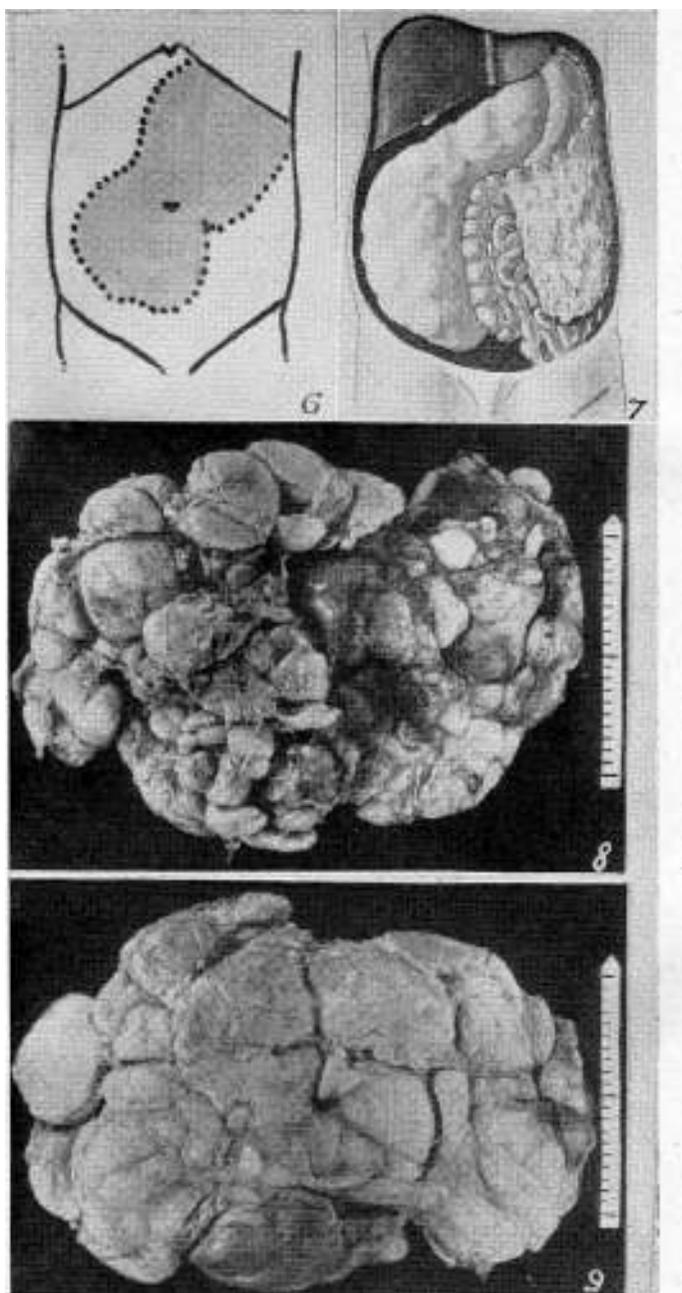


FIG. 6. **Obs. II.** Esquema que muestra la localización clínica de la tumoración. — FIG. 7. **Obs. II.** Situación y aspecto de la tumoración tal como se comprobó en la operación. — FIG. 8. **Obs. II.** Aspecto exterior de la tumoración. — FIG. 9. **Obs. II.** Sección de la misma.

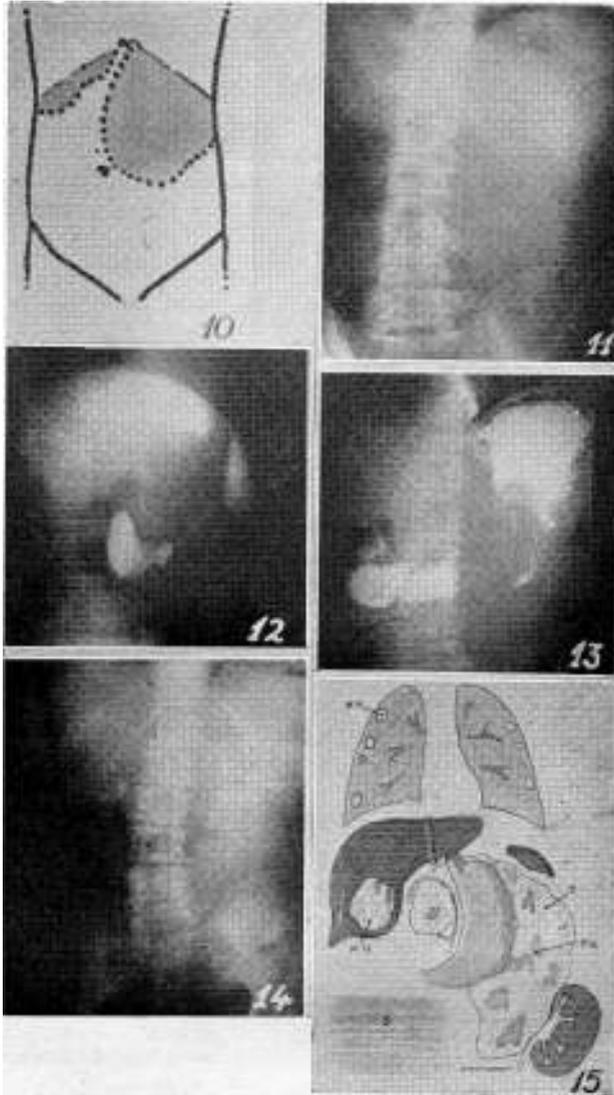


FIG. 10. **Obs. III.** Esquema que muestra el hallazgo clínico. — FIG. 11 **Obs. III.** Radiografía simple de abdomen; voluminosa sombra ovoidea a eje mayor vertical, cuyo polo inferior llega a nivel de la cresta ilíaca izquierda. — FIGS. 12 y 13. **Obs. III.** Gastroduodeno mostrando la compresión extrínseca de estos órganos. — FIG. 14. **Obs. III** Urograma; gran dislocación de los cálices del riñón izquierdo, como si se tratara de un voluminoso tumor renal FIG. 15. **Obs. III.** Esquema que muestra las comprobaciones autópsicas: FH, focos hemorrágicos que presentaba la tumoración. MH, metástasis hepática; MP, metástasis pulmonares; S, sangre derramada en el peritoneo, originada presumiblemente en los focos hemorrágicos de la tumoración; T, tumoración.

Desde hace siete años, dolores en F. I. D., sin relación con el ciclo genital; en los últimos meses tumefacción en flanco derecho. Hace dos meses es operada en una ciudad del interior, hallándose una tumoración entre el riñón derecho y la vena cava, que no es extirpa y cuya biopsia muestra que es un fibrómixosarcoma. En nuestro Servicio el examen clínico muestra la tumoración que se esquematiza en la figura 1. Entre los exámenes realizados, dan elementos positivos, la radiografía simple de fosa lumbar (fig. 3) y la urografía (fig. 2). **Operación:** (12-V-56). Incisión transversa de hipocondrio derecho. Se halla la tumoración cuyas

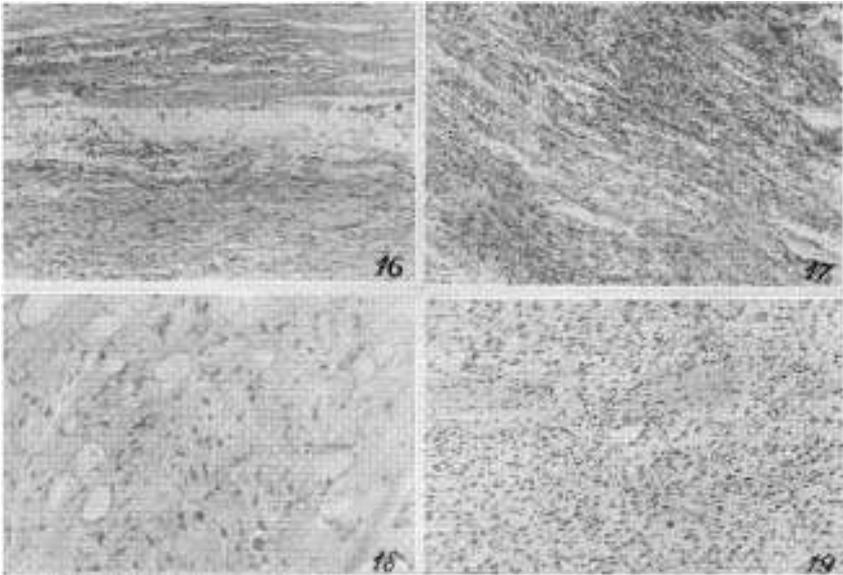


FIG. 16. **Obs. I.** Fibrosarcoma diferenciado: zona externa con la cápsula y el tejido tumoral que presenta neoformación de haces colágenos adultos. — FIG. 17. **Obs. I.** Fibrosarcoma diferenciado: zona central del tumor que presenta una mayor densidad e irregularidad celular. — FIG. 18. **Obs. II.** Liposarcoma: zona de diferenciación lipoblástica. — FIG. 19. **Obs. II.** Liposarcoma: núcleo central de elementos menos diferenciados de aspecto mixoide.

relaciones se muestran en la figura 4. Se procede a la enucleación intracapsular del tumor. Evolución sin incidentes; alta al quinto día de operada.

**Anatomía patológica:** fibrosarcoma diferenciado, encapsulado, con numerosas fibras colágenas en las capas periféricas y aspecto de sarcoma fusocelular en la región central (figs. 5, 16 y 17).

#### OBERVACION II.

H. C. Nº 16.726. Sanatorio de la Médica Uruguaya. A. V. V., 46 años, sexo masculino. (Obs. Dr. Mario Grolero).

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Desde hace meses aumento progresivo de epigastrio y periumbilical, sin trastornos funcionales. Se palpa una enorme tumoración como lo muestra la figura 6. No se realizaron exámenes radiológicos. Sin diagnóstico preciso se va a la **operación** (30-III-54): transversa supraumbilical bilateral. Abierto el peritoneo se halla una enorme tumoración retroperitoneal que ocupa el hemiventre derecho y que avanza hacia epigastrio e hipocondrio izquierdo; desplaza de tal manera la masa intestinal que el ciego y el apéndice se hallan en la fosa ilíaca izquierda, y no aparecen en el campo operatorio. (fig. 7). Decolando la tumoración se logra extraer casi en su totalidad. Evolución buena, alta al séptimo día en buenas condiciones. Hasta el momento actual curación sin secuelas.

**Anatomía patológica:** Tumor gigantesco que pesa 5.500 grs., de aspecto grasoso en su mayor extensión, con algunos núcleos grisáceos, más firmes y mal limitados en la región central (figs. 8 y 9). Histológicamente: liposarcoma diferenciado, con zonas pseudomixoides y núcleos de tipo sarcoma fusocelular (figs. 18 y 19).

### OBSERVACION III.

H. C. Nº 9.361. Clínica Quirúrgica del Prof. Larghero. I. O. T., 70 años, sexo masculino.

Desde hace cuatro meses tumoración en epigastrio e hipocondrio izquierdo a crecimiento lento; rápida saciedad alimenticia y disfagia para alimentos sólidos. Marcado adelgazamiento (15 kilos) y astenia. Al examen mal estado general, deshidratado, y con una tumoración nodular cuyos límites clínicos se ven en la fig. 10. Hepatomegalia nodular. El estudio radiológico se muestra en las figuras 11, 12, 13 y 14. Diagnóstico: cáncer de riñón izquierdo, con metástasis hepática. Por la edad y por el estado general se descarta todo tratamiento quirúrgico. Con una evolución apirética fallece al mes de internado (XII-51).

**Autopsia:** en el abdomen, enorme tumoración groseramente piriforme, retroperitoneal, blanquecina, lobulada con focos hemorrágicos. En la parte superior se insinúa a través del foramen bursa omentalis. El estómago se halla tendido sobre ella. El bazo desplazado hacia arriba contra el diafragma. Dilatación pielocalicial posiblemente por compresión extrínseca del uréter. En el peritoneo existían unos 700 c.c. de sangre, quizá originados en los focos hemorrágicos de la superficie del tumor. El hígado tenía una voluminosa metástasis y ambos pulmones varias metástasis corticales. Histológicamente: sarcoma indiferenciado, anaplásico, con células polimorfas y monstruosas, con extensos focos necróticos y hemorrágicos.

## SUMARIO

1) Los autores presentan tres nuevas observaciones de tumores retroperitoneales primitivos, a propósito de los cuales rea-

lizan un análisis bibliográfico, puntualizando sus caracteres anatómicos y clínicos, así como las normas del tratamiento.

2) Los tres casos correspondían a formas malignas (fibrosarcoma, liposarcoma y sarcoma anaplásico respectivamente), pudiendo los dos primeros ser extirpados quirúrgicamente con éxito inmediato y alejado y falleciendo el tercero en caquexia y con hemoperitoneo terminal.

3) Se destaca la importancia de la radiología para el diagnóstico positivo, en especial la exploración contrastada del aparato urogenital y del tubo digestivo.

4) Se insiste en el tratamiento quirúrgico, por abordaje intraperitoneal y practicándose exéresis amplias; el mismo ataque se preconiza para las recidivas frecuentes, con la salvedad que su malignidad crece a medida que se reiteran, disminuyendo las probabilidades de curación.

La radioterapia, cuya eficacia curativa es negada, se reserva para el post - operatorio y para las formas inextirpables.

#### BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1) ANDREWS, C. F. — Primary retroperitoneal sarcoma. Report of twenty - eight cases. Surg. Gynec. & Obst. 36:480, 1923.
- 2) ACKERMAN, L. V. — Tumors of the retroperitoneum, mesentery and peritoneum. Atlas of Tumor Pathology S. VI, fasc. 23 and 24. Armed Forces Institute of Pathology, Washington, 1954.
- 3) ACKERMAN, L. V. — Peritoneum and retroperitoneum. Surgical Pathology Chap. 23, pp. 741 - 756. Ed. Mosby, St. Louis, 1953.
- 4) CARSON, W. J. — Retroperitoneal tumors. J. Internat. Coll. Surgeons 3:331 - 335, 1940.
- 5) DONNELL, B. A. — Primary retroperitoneal Tumors. Surg. Gynec. & Obst. 83:705 - 717, 1946.
- 6) FRANK, R. T. — Primary retroperitoneal tumors. Surgery 4:562-586, 1938.
- 7) GARCIA CAPURRO, F. y PIAGGIO BLANCO, R. — Semiología clínico - radiológica de las tumoraciones del abdomen. Buenos Aires, Ed. Espasa Calpe, 1946.
- 8) GOLDEN, T. and STOUT, A. P. — Smooth muscle tumors of the gastrointestinal tract and retroperitoneal tissues. Surg., Gynec. & Obst. 73:784 - 810, 1941.
- 9) HINMAN, F. and JOHNSON, C. — Retroperitoneal tumors. S. Clin. North America 14:1359 - 1387, 1934.
- 10) HANSMANN, G. H. and BUDD, J. W. — Massive unattached retroperitoneal tumors; an explanation of unattached retroperitoneal

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

- tumors based on remnants of the embryonic urogenital apparatus. J.A.M.A. 98:6 - 10; 1932.
- 11) HARRINGTON, S. W. — Retroperitoneal fibromixolipoma. S. Clin. North America 14:636 - 638, 1934.
  - 12) KRETSCHMER, H. L. — Retroperitoneal lipo - fibro - sarcoma in a Child. J. Urol. 43:61 - 74, 1940.
  - 13) LOCKHART, L. y SAPRIMA VIDAL, C. — Hidatidosis retroperitoneal primitiva, Bol. de la Soc. de Cir. del Uruguay 27:290 - 303 1956.
  - 14) LAHN, L. — An unusual case of retroperitoneal tumor, with a review of the literature. J. Internat. Coll. Surgeons 6:461 - 468, 1943.
  - 15) MENGHETTI, L. y GAMBA, A. — I tumori retroperitoneali (contributo clínico). Act. Chir. Italia 11:1 - 98, 1955.
  - 16) MILLER, J. R. — Retroperitoneal pelvic tumors encountered by the gynecologist. Am. J. Obst. & Gynec. 32:652 - 661, 1936.
  - 17) MIRIZZI, P. L. — Diagnóstico de los tumores abdominales. Buenos Aires, Ed. El Ateneo, 1942.
  - 18) MASSON, J. C. and PINCK, B. D. — Primary retroperitoneal tumors. A summation of thirty - three cases. Arch. Surg 60:879 - 896, 1950.
  - 19) NEWMANN, H. R. and PINCK, B. D. — Primary retroperitoneal tumors. A summation of thirty - three cases. Arch. Surg. 60:879-896, 1950.
  - 20) PEMBERTON, J. and WHITLOCK, M. — Large retroperitoneal lipoma: report of case. S. Clin North America 14:601 - 606, 1934.
  - 21) STARR JUDD, E. and LARSON, L. M. — Retroperitoneal tumors. S. Clin. North America 13:823 - 834, 1933.
  - 22) SWEETSER, Th. — Retroperitoneal tumors influencing the kidneys and ureters. J. Urol. 47:619 - 631, 1942.
  - 23) STOUT, A. P. — Tumors of the soft tissues. Atlas of Tumor Pathology S. II fasc. 5. Armed Forces Institute of Pathology, Washington, 1953.
  - 24) STOUT, A. P. — Tumor Seminar. J. Missouri State Med. Ass. 44: 594 - 608, 1947.
  - 25) STOUT, A. P. — Liposarcoma, the malignant tumor of lipoblasts. Ann. Surg. 119:86 - 107, 1944.
  - 26) STOUT, A. P. — Fibrosarcoma, the malignant tumor of fibroblasts Cancer 1:30 - 62, 1948.
  - 27) STOUT, A. P. — Mesenchymoma, the mixed tumor of mesenchymal derivatives. Ann. Surg. 127:278 - 290, 1948.
  - 28) TS'UI - T'ING, H. and KENG - NIEN, L. Splenoportography in the diagnosis of retroperitoneal tumors with report of two cases. Chinese M. J. 75:41 - 48, 1957.
  - 29) WINDHOLZ, F. — Roentgen diagnosis of retroperitoneal lipoma. Am. J. Roentgenol. 56:594 - 600, 1946.

**Dr. Piquinela.** — Deseamos contribuir a la comunicación de los doctores Folle y Venturino con tres casos de tumores retroperitoneales que hemos tenido oportunidad de estudiar en los últimos años. Presentan aspectos clínicos diferentes y fundamentalmente distinta anatomía patológica, lo que explica su diferente evolución.

El año pasado ingresa a la Sala Padre Ramón, Hospital Maciel, en el Servicio entonces a cargo nuestro, una enferma de 42 años, por dolores lumbares y tumefacción lumbar izquierda palpable, de forma ovoidea, de 6 a 8 cms. de eje mayor por 3 cms. de eje menor, yustavertebral. La urografía y las placas de columna muestran que es independiente del riñón al que no desplaza y que no hay proceso vertebral que pueda explicarla (colección yustavertebral). Operada por el Dr. Suárez Meléndez a quien había sido dirigida, mediante incisión de Pearl, se encuentra un neurinoma del simpático, que se extirpa. A poco menos de un año de operada, se encuentra bien.

En 1955, nos consulta un paciente de 50 años por adelgazamiento, astenia y anemia que datan de 6 meses, durante los cuales ha sido tratados con inyecciones de hígado y vitaminas. Al examen del abdomen se palpa un enorme tumor que ocupa todo el flanco y la región lumbar del lado izquierdo, invade región lumbar y flanco derecho y se palpa a través de la pared abdominal anterior, por debajo de la horizontal umbilical. Los exámenes radiológicos evidencian los desplazamientos viscerales propios de los tumores retroperitoneales. El examen de sangre revela una anemia importante sin modificaciones de la serie blanca. Lo exploramos en Octubre de 1955, en el H. Italiano. Nos encontramos con una enorme masa de consistencia más bien blanda; hay numerosos ganglios en la periferia de la masa y una llamativa circulación peritumoral; bazo moderadamente aumentado de tamaño y con periesplenitis; no es posible sino extirpar un ganglio retropancreático peritumoral. Dos intentos de biopsia provocan una hemorragia formidable que casi termina con la vida del enfermo sobre la mesa, debiendo terminarse la operación dejando dos mechas de a metro apoyadas fuertemente sobre oxycel.

La evolución postoperatoria se hace sin incidentes. El examen del ganglio evidencia (Dr. Cassinelli): ganglio linfático con hiperplasia linfocítica folicular difusa, conservando la estructura del parénquima ganglionar, con infiltración linfocítica en la cápsula y aún más allá de la cápsula. No hay caracteres histológicos sospechosos de infiltración tumoral secundaria. Es aventurado suponer que pueda tratarse de un tumor linfocítico primitivo con los caracteres observados en el material examinado.

La roentgenterapia provoca la casi total desaparición de la masa que apenas llega a palparse; recuperación del estado general y normalización de la serie roja; vuelve a su vida normal. A los 16 meses se siembra de ganglios (cervicales, axilares, inguinales), cae bruscamente el estado general y el examen de sangre corresponde a una leucemia linfocítica que toma una marcha aguda; el enfermo fallece a los 20 días.

La tercera observación corresponde a una enferma de 60 años que

en Enero de 1950 se le descubre una tumefacción lumbar derecha a propósito de un examen médico determinado por una lipotimia. Manifiesta que desde hace unos dos meses siente vagos malestares lumbares, especialmente si camina mucho o está de pie un tiempo prolongado. El estudio radiológico muestra un voluminoso tumor que ocupa la región lumbar y flanco derechos, que desplaza el riñón fuertemente hacia adentro; en el seno de tumor se ven imágenes semejantes a las observadas en los condromas. (Fig. 1 y 2) Es operada en Febrero de 1950 por un cirujano del Hospital Italiano; vía lumbar; tumor pararrenal derecho que se



FIG. 1

crea extirpar totalmente. El riñón que parece completamente independiente y sano, se conserva. El estudio anatómico patológico informa: fibrocondroma calcificado; formaciones pseudoquísticas por degeneración mixoide de la sustancia intersticial.

Nos consulta en 1954 por dolores lumbares; se palpa un tumor que ocupa el hemiventre derecho e invade el lado izquierdo; se llega a palpar en ambas fosas ilíacas. La exploramos en Abril de 1954; enorme tumor retroperitoneal con zonas duras y blandas; ángulo duodeno-yeyunal y primeras asas yeyunales íntimamente aplicadas contra el tumor y laminadas por él. Biopsia: masas mixomatosas aparentemente producidas por transformación mixomatosa de tejido cartilaginoso reconocible en algunos sitios y rodeado por gruesas bandas de tejido conjuntivo fibroso con

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

abundante infiltración linfoplasmocitaria. Tumor condro (sarcomatoso) con transformación mixomatosa; el atipismo citológico es poco significativo para asegurar la naturaleza maligna del tumor, la cual parece mejor establecida por el comportamiento biológico evolutivo de recidiva con carácter infiltrante (Dr. Cassinelli).

Esta enferma lleva 7  $\frac{1}{2}$  años de la primera operación y más de 3



FIG. 2

años de la segunda; el tumor ocupa actualmente casi todo el abdomen y enormes masas se aprecian bajo las partes blandas de la región lumbar

En resumen: tres casos cuya diferente evolución está seguramente condicionada por la distinta naturaleza anatómo-patológica del tumor. derecha. Hace 3 meses consulta porque esa masa la molesta al acostarse en decúbito lateral derecho. La hemos visto en el día de hoy; conserva el estado general; hay una ligera anemia; algunos dolores, que calma con aspirina; sin trastornos urinarios ni de tránsito intestinal.

**Dr. Bosch del Marco.** — Como contribución al excelente trabajo sobre tumores retroperitoneales de los doctores Juan A. Folle y Walter Venturino, presento la siguiente observación que alude a una enferma portadora de un tumor difuso, calcificado de la pelvis, en situación retroperitoneal, proyectado inicialmente al nivel de la articulación sacro ilíaca derecha, cuyo origen real no fue posible establecer en ningún momento ni clínica ni operatoriamente. Tal circunstancia, hace que el tumor en

cuestión no pueda incluirse en la clasificación que los comunicantes nos han presentado. Las características clínicas, operatorias, anatómicas y evolutivas hacen que juzguemos con interés su presentación.

**I. T., 44 años.** — Es internada en un servicio de Cirugía para tratamiento de una tumoración calcificada, situada en retroperitoneo.

Sus trastornos se inician hace 8 años, caracterizados por sufrimientos lumbociáticos derechos que se exacerban en la marcha y en la estación de pie. Se le reconoce radiográficamente en esa oportunidad un proceso

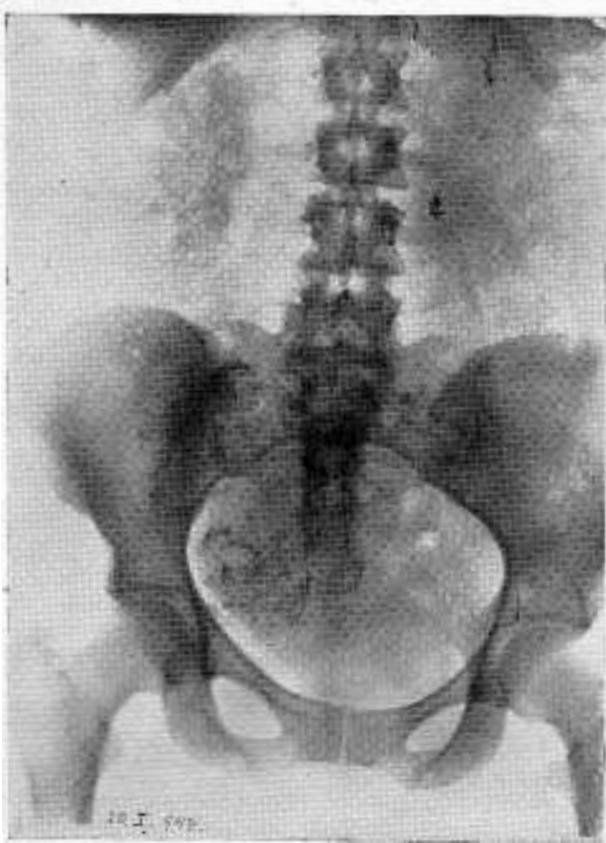


FIG. 1. — Se visualizan formaciones óseas irregulares que se proyectan por delante del sacro y de la articulación sacroilíaca. El aspecto radiológico hace pensar en el llamado

●steocondroma.  
(Dr. F. Leborgne)

tumoral pelviano calcificado, a topografía retroperitoneal y en vecindad con la articulación sacroilíaca derecha. (Fig. 1)

Hace seis meses reitera las consultas por intensificación de sus sufrimientos, que son acompañados de nueva sintomatología; polaquiguria, tenesmo vesical, constipación y trastornos de la marcha, por imposibilidad de realizar la extensión del pie derecho. No ha habido afectación del estado general, desempeñando sus actividades hasta el momento actual.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Su aspecto clínico es satisfactorio, buen panículo adiposo, sin signos de anemia. En su abdomen se palpa una gruesa tumefacción que ocupa la casi totalidad de la fosa ilíaca derecha y que se extiende a hipogastrio y fosa ilíaca izquierda, dura de gran fijeza, y de moderada sensibilidad. Se le limita parcialmente en su extremo superior, fijándose allí al hueso ilíaco derecho y ocultándose por detrás del pubis.

El contenido intraperitoneal es rechazado hacia arriba. La percepción de los vasos ilíacos es imposible de realizar en ambos lados.

El tacto genital revela que la tumoración ocupa gran parte de la pelvis, rechazando el útero hacia el lado izquierdo y con los caracteres

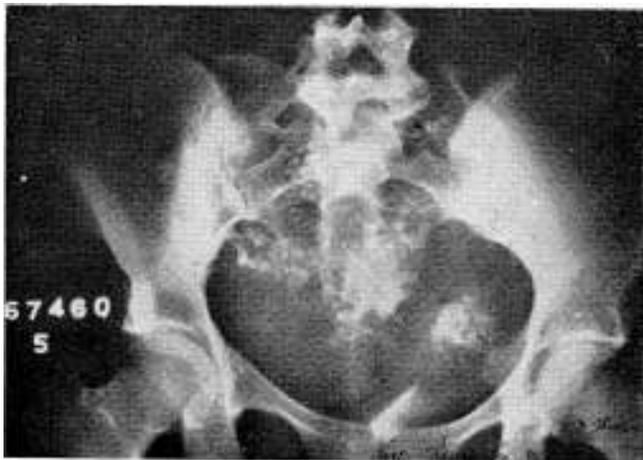


FIG. 2. — Mayor extensión del proceso de calcificación pelviana. 3 años después de la 1ª radiografía. (Dres. Zerbóni y Gorlero)

suministrados por la palpación abdominal; el tacto rectal permite alcanzar el proceso que se evidencia por delante del coxis.

El examen neuro muscular del miembro derecho denota: atrofia muscular discreta en pantorrilla y muslo, conservación de las fuerzas del cuádriceps y del tríceps, presentes el tibial posterior y músculos peroneos, totalmente ausentes tibial anterior, extensor común y propio del dedo gordo. Los isquios tibiales son normales. Duele el trayecto del ciático. El reflejo rotuliano sale en forma débil, estando abolido el aquiliano.

El resto del examen físico es negativo.

Como antecedentes patológicos a señalar: tuberculosis pulmonar en la juventud con curación clínica y actinomicosis cérvico-facial tratada quirúrgicamente, hace varios años.

Los estudios de laboratorio de orina y sangre son normales. El examen eléctrico de los territorios musculares perturbados, señalan en síntesis: lesión de la neurona periférica en el territorio del nervio ciático, sugiriendo una compresión parcial de su tronco.

A continuación se expresan los resultados de los exámenes radiográficos de pelvis, colon por enema y pielográficos verificados, E. R. Zerbóni, A. Gorlero:

A nivel de la pelvis se observan formaciones óseas irregulares que se proyectan en la parte anterior del sacro; así como también en la articulación sacro-ílfaca derecha. En la radiografía en posición lateral, las imágenes parecen estar en contacto por la parte anterior, con el cuerpo de la primera sacra. El aspecto radiológico hace pensar en el llamado osteo condrona. (Fig. 2)

La radiografía simple del aparato urinario revela que los riñones conservan su forma, situación y tamaño normales sin imágenes patológicas en su zona de proyección. En la pelvis, a ambos lados, pero predominando del lado derecho, se observan imágenes calcificadas de forma

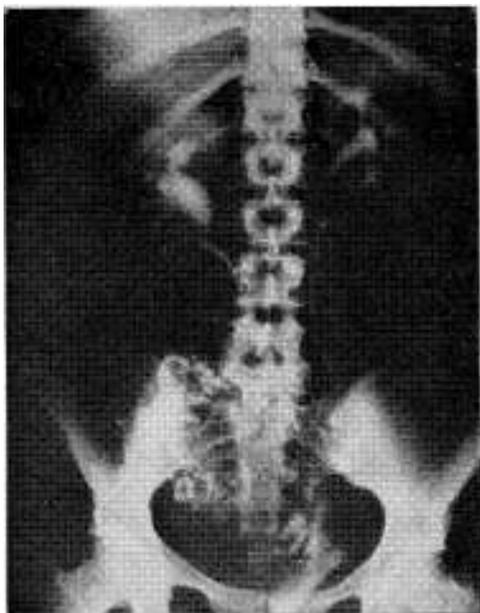


FIG. 3. — Buena eliminación renal. Discreta dilatación de la pelvis derecha, estando el uréter desviado hacia línea media y con una acodadura en su tercio superior. El uréter izquierdo es de aspecto normal. (Dres. Zerboni y Gorlero)

irregular. Por la urografía excretoria se observa buena eliminación de ambos riñones, haciéndolo ligeramente en mayor porcentaje por el lado derecho. Existe una dilatación de la pelvis de ese lado, estando el uréter desviado hacia la línea media y con una acodadura en su tercio superior (Fig. 3). El uréter izquierdo es de aspecto normal.

Practicado el estudio radiológico de colon por enema, se observa que el recto no se distiende bien, el que además, está desplazado hacia la izquierda como corresponde a una compresión extrínseca que no es obstáculo para el fácil pasaje del medio de contraste a los segmentos superiores del colon. El sigmoide es espasmódico, forma un bucle y progresa luego el medio de contraste, sin otras particularidades hasta el ciego, rellenándose también el apéndice.

El ciego es de forma ligeramente irregular, con alguna falta de re-

lleno en el fondo y también espasmódico como corresponde a una compresión extrínseca.

Después de evacuación parcial del enema, no observamos otras particularidades, haciendo observar que el cabo distal se evacúa fácilmente, quedando retenido el medio de contraste por encima del sigmoide, como si existiera una dificultad en el pasaje del medio de contraste. (Fig. 4)

Previa consulta con el Dr. Bado y con diagnóstico de tumoración calcificada de asiento retroperitoneal, se decide intervenir. Previamente al acto operatorio el Dr. Bonnacarrére intenta verificar un cateterismo ureteral derecho, que resulta infructuoso.

Bajo anestesia general se practica incisión de Babcock muy lateralizada y baja. Se entra por el espacio de Bogros, reclinando el peritoneo, comprobándose al psoas levantado por la tumoración. En un primer tiempo se desplaza aquel músculo con los vasos ilíacos hacia adentro para



FIG. 4. — Enema opaco. No hay distensión del recto, estando además desplazado hacia la izquierda como corresponde a una compresión extrínseca del mismo. (Dres. Zerboni y Gorlero)

iniciar la exéresis de una tumoración difusa, adherente al plano óseo y a las estructuras fibro-ligamentosas de la pelvis, calcificada, que obliga a utilizar el escoplo para extirparla en forma fragmentaria. En ciertas zonas la tumoración ofrece un reblandecimiento, lo que torna más fácil las maniobras. Se reclina posteriormente el psoas hacia afuera, también con los vasos, para alcanzar al proceso en la zona de penetración a la cavidad pelviana y que se proyecta por delante de la articulación sacro ilíaca derecha.

Es necesario liberar una gruesa raíz nerviosa que es llevada hacia adelante por la acción del tumor, lo que origina una caída tensional que obliga a acelerar el acto quirúrgico, no pudiéndose así actuar sobre el

territorio izquierdo de la cavidad pelviana, en forma completa, ya que hasta allí llegaba el desarrollo tumoral.

Puede decirse, por la magnitud del material extirpado, que la resección ha involucrado tres cuartas partes del tumor (fig. 5).

En los preparados obtenidos se observa un tejido condroideo con focos de calcificaciones: C. Piovano.

Después de la operación que fue realizada el 29 de marzo de 1955, la enferma acusó mejoría inmediata de sus dolores pelvianos y del territorio del ciático derecho. La evolución subsiguiente fue netamente favorable. Los trastornos regresaron casi en forma absoluta sin observarse

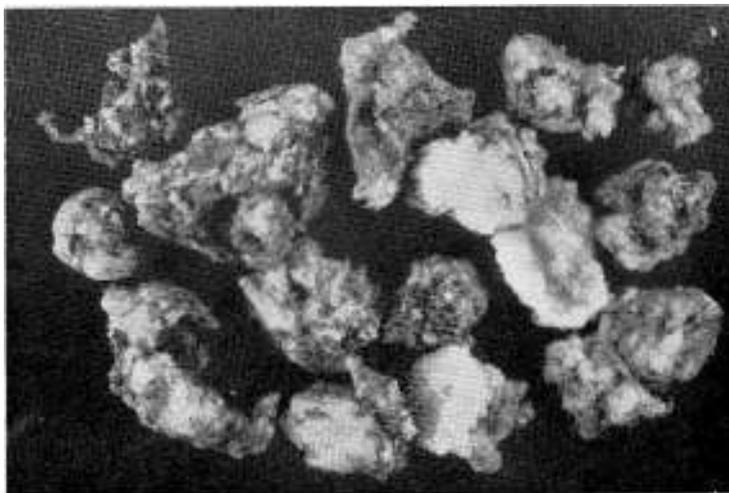


FIG. 5. — Fotografía del material obtenido en la 1ª operación. Se trata de formaciones tumorales calcificadas no encapsuladas adherentes al plano óseo y fibroso de la pelvis. **Anatómicamente:** tejido condroideo con grandes focos de calcificación.

modificaciones en el estudio eléctrico neuro muscular del territorio afectado. Se le instituye un tratamiento a base de vitamina B<sub>12</sub>, masajes e ionización (fig. 6). Pasa así bien un año. Al cabo de éstos reinicia sus sufrimientos caracterizados por: distensión abdominal baja, trastornos urinarios, constipación tenaz, dolores de reposo y de la marcha en ambas regiones sacro-iliacas con irradiación ciática bilateral. El examen radiológico verificado denota gran crecimiento tumoral sobre el lado izquierdo de su pelvis, por delante de la articulación sacro-iliaca y del hueso sacro, con los caracteres de calcificación ya apreciados en las placas anteriores. El examen físico de su abdomen y los datos logrados por el tacto rectal, corroboraban en forma absoluta la comprobación radiológica. El estudio urográfico permite apreciar el aumento del tamaño del riñón derecho y

la ausencia total de eliminación por el uréter del mismo lado. El intento de caracterizar el uréter izquierdo fracasa dada la gran alteración anatómica de los órganos pelvianos.

Se procede a un segundo acto operatorio a los dos años de su primera intervención, abordando en esta oportunidad por el lado izquierdo ya que allí se encontraba la masa tumoral en su máximo de desarrollo. La exploración en esta ocasión permitió comprobar que el tumor difuso, calcificado, alcanzaba un volumen y una fijeza tal que impidió en forma absoluta todo intento de exéresis aun parcial. El uréter izquierdo sumamente dilatado por la compresión distal obligó a practicar una ureterotomía

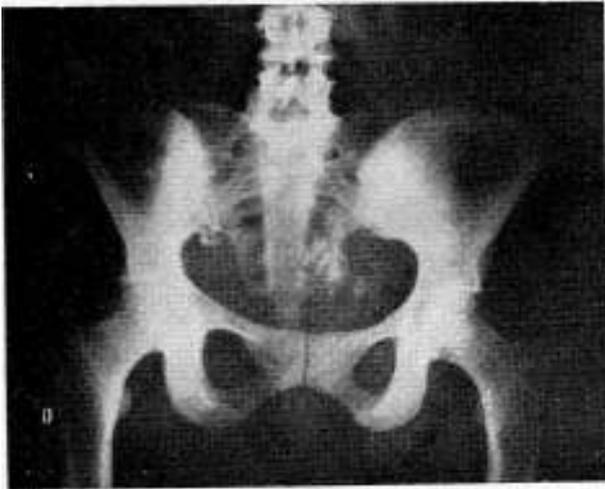


FIG. 6. — Radiofografía tomada luego de la 1ª intervención. Persisten aún algunas imágenes calcificadas por delante y ambos lados del sacro. (Dres. Zerboni y Gorlero)

externa a fin de poner a cubierto a la enferma de una complicación urinaria inmediata.

La persistencia de los sufrimientos, luego de la intervención, motivaron, previa consulta con el Dr. Leborgne, una serie de aplicaciones de radioterapia. Meses después la enferma aún sobrevive, orina en forma espontánea ya que el tubo de drenaje ureteral cayó involuntariamente. Los dolores han disminuído, llegando casi a desaparecer en el decúbito. La masa tumoral no ha progresado clínicamente. El estado general es de decadencia visible, agravado por momentos por crisis de infección de tipo renal.

La acalmia de sus dolores debe ser atribuída a las aplicaciones de radioterapia, pese al tipo histológico del tumor.

En suma: se presenta una observación de una paciente de 44 años, portadora de un tumor primitivo retroperitoneal calcificado de la pelvis, de evolución crónica, de carácter progresivo

y recidivante (diez años de evolución) cuya histología reveló una naturaleza condroidea con calcificación.

BIBLIOGRAFIA

DONNELLY, BARNARD A.: Surgery, Gynecology and Obstetrics. 83; 705-724, 1946.

CASBERG, MELVIN A.: Arch. Surg. 41: 937-944, 1940.



FIG. 1. — Caso N° 2. Teratoma quístico.

**Dr. Jorge Lockhart.** — Los tumores originados en el retroperitoneo exceptuando los renales, tienen tres apariencias clínicas:

- a) cuadro general de astenia, anemia y adelgazamiento;
- b) síntomas dispépticos indeterminados;
- c) molestias dolorosas del hipocondrio, flanco.

Se caracterizan, además, por su **larga evolución** y su enorme tolerancia, lo que es explicable por desarrollarse en un espacio laxo muy distensible y sin estructuras que sean capaces de originar un sufrimiento perfectamente definido.

El examen físico puede no ser concluyente en su expresión clínica y suele confundir con tumores hepáticos, esplenomegalias o tumores y quistes renales.

y recidivante (diez años de evolución) cuya histología reveló una naturaleza condroidea con calcificación.

BIBLIOGRAFIA

DONNELLY, BARNARD A.: Surgery, Gynecology and Obstetrics. 83; 705-724, 1946.

CASBERG, MELVIN A.: Arch. Surg. 41: 937-944, 1940.



FIG. 1. — Caso Nº 2. Teratoma quístico.

**Dr. Jorge Lockhart.** — Los tumores originados en el retroperitoneo exceptuando los renales, tienen tres apariencias clínicas:

- a) cuadro general de astenia, anemia y adelgazamiento;
- b) síntomas dispépticos indeterminados;
- c) molestias dolorosas del hipocondrio, flanco.

Se caracterizan, además, por su **larga evolución** y su enorme tolerancia, lo que es explicable por desarrollarse en un espacio laxo muy distensible y sin estructuras que sean capaces de originar un sufrimiento perfectamente definido.

El **examen físico** puede no ser concluyente en su expresión clínica y suele confundir con tumores hepáticos, esplenomegalias o tumores y quistes renales.

Siendo tumores muy grandes pierden los caracteres de la semiología ortodoxa de los procesos retroperitoneales y que corresponden a las tumefacciones chicas o medianas.

Cuando el tumor retro peritoneal es muy grande sigue teniendo contacto lumbar, pero desborda la región, invade el flanco, se palpa fácilmente con la mano anterior y pierden la sensación del peloteo por acomodarse más íntimamente a los planos parietales que lo limitan.



FIG. 2. — Caso N° 3. Linfangioma quístico.

En todos los casos, aún los dudosos, se deben realizar los exámenes complementarios indispensables:

- a) pielografía descendente;
- b) pielografía ascendente (frente y perfil cuando sean necesario);
- c) neumorretroperitoneo (asociado o no a la pielografía y a veces en varias incidencias).

Los otros exámenes radiológicos, gastroduodeno, mareo cólico, etc., son menos importantes aunque pueden proporcionar elementos significativos.

**El neumorretroperitoneo** es fundamental. Realizado por vía paracóxigea con balón de goma que contenga una cantidad limitada de oxígeno, es inocuo y muestra imágenes que suelen ser definitivas en la aclaración del diagnóstico.

De nuestra numerosa causística hemos extraído cinco casos:

- 1) 50 años, hombre, molestia hipocondrio, flanco izquierdo. Se palpa tumoración con contacto lumbar pero que se percibe muy bien adelante.

Pielografía descendente: dislocación renal I. con el polo inferior hacia afuera y gran opacidad para-renal que ocupa el retro-peritoneo desviando el uréter.

**Intervención:** Tumor quístico retro peritoneal del tamaño de una cabeza de adulto. A. patológica: **Teratoma quístico.**

2) 73 años, hombre. Astenia, anemia, adelgazamiento. Gran tumor de hipocondrio D. y flanco. Pielografía descendente y neumorretroperitoneo revela proceso que lleva el riñón D, arriba y adentro alterando su mor-



FIG. 3. — Caso Nº 4. Liposarcoma.

fología normal. El oxígeno penetra claramente alrededor del riñón izquierdo y no puede hacerlo a la D.

**Intervención:** Enorme tumor inextirpable. A. patológica: **Sarcoma fuso-celular.**

Se envía a radioterapia y mejora transitoriamente, reproduciéndose el tumor en pocos meses, falleciendo con metástasis hepáticas evidentes.

3) 46 años, mujer. Molestias de hipocondrio derecho donde se palpa una tumefacción con contacto lumbar. La pielografía combinada con el neumorretroperitoneo revela un proceso sobreagregado al riñón pero que no altera sus estructuras.

**Intervención:** Quiste para-renal que se extirpa entero. A. patológica: **Linfangioma quístico.**

4) 53 años, hombre. Consultó seis meses antes por dispepsia inde-

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

terminada. En ese momento la pielografía es normal. Enfermedad actual: anemia y adelgazamiento, y se palpa tumor retro-peritoneal izquierdo. La pielografía señala desplazamiento renal hacia arriba y hacia afuera, estando además rotado sobre su eje longitudinal. Gran capacidad que ocupa la fosa lumbar.

**Intervención:** Tumor enorme con circulación venosa colateral abundante, inextirpable. Biopsia: **liposarcoma**. Se indicó radioterapia que hizo

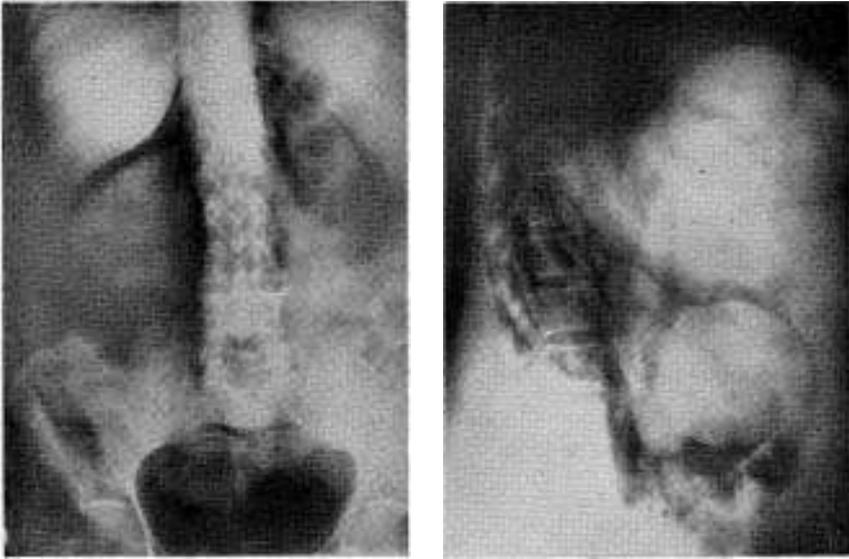


FIG. 4. — Tumor retroperitoneal derecho. El neumoretroperitoneo señala quiste renal en la radiografía de perfil.

desaparecer el tumor transitoriamente, ya que al año se había reproducido llevando a una evolución fatal.

5) 40 años, mujer. En examen de rutina se encuentra tumor de hipocondrio derecho con contacto lumbar. La pielografía descendente señala dos imágenes circulares proyectadas sobre el riñón, desplegando las vías excretorias pero sin modificar los límites caliciales. El radiólogo piensa en quiste hidático renal pero en realidad faltan sus signos radiológicos clásicos. Con diagnóstico de tumor retro-peritoneal se realiza la intervención: tumor para-renal de unos 15 cms. de diámetro que puede enuclearse totalmente a pesar de su adherencia con la vena cava inferior.

A. patológica: **Quiste dermoide**. Evolución favorable hasta la fecha (nueve años de la intervención).

En estos cinco casos la radiología contrastada del aparato urinario

con o sin retro-neumo peritoneo resultó un auxiliar indispensable y casi definitivo para el diagnóstico topográfico exacto.

En otro caso cuya radiografía presentamos, el neumo-retro-peritoneo mostraba un proceso redondeado proyectado sobre el riñón: la placa de perfil fue categórica para señalar la existencia de un quiste perteneciente al propio parénquima renal.

En principio los tumores retro-peritoneales pueden ser malignos, aunque muchas veces resulten extirpables. Por su tamaño pueden plantear dificultades muy serias en su exéresis.

En general recidivan "in situ" acompañados de un cuadro general de anemia y caquexia progresivas, pero pueden dar manifestaciones metastásicas, hepáticas, pulmonares, etc.

La radioterapia suele ser eficaz en el primer momento, originando a veces la desaparición del tumor que, en general, reaparece a los pocos meses.

Tal es el resultado de nuestra experiencia, que confirma muchos de los aspectos señalados por los doctores Venturino y Folle en el interesante y bien documentado trabajo presentado a la Sociedad de Cirugía.