

Quistes celómicos retroperitoneales

Dres. Agustín A. Calvelo, Milton Mazza, Alejandro Nogueira y Luis Falconi

Los autores presentan dos casos de quistes retroperitoneales, de origen celómico o mesocolónico (Disembriomas simples de origen peritoneal) tratados mediante extirpación quirúrgica.

Consideraciones clínicas, biológicas y radiológicas sobre su benignidad, son confirmadas por su diagnóstico histológico.

La exéresis quirúrgica es propuesta como único método satisfactorio de tratamiento.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Retroperitoneum Tumors.

Las tumoraciones quísticas retroperitoneales fueron individualizadas del conjunto de tumores perinefríticos, a partir de 1919, por Lecène y Thévenot (27, 52). Su clasificación clínica en tumoraciones sólidas y quísticas mantiene vigencia en la actualidad; excluidos los quistes falsos (hemorrágicos, inflamatorios o urinarios), consideraban como quistes verdaderos a las neoformaciones liquidianas de contenido seroso, mucoso, sebáceo, hemático o parasitario, congénitas o adquiridas, constituidas por una cápsula propia, fibrosa, revestida de un epitelio o endotelio en diferentes grados de conservación. Thévenot (52) diferenció entonces, 3 tipos de tumores quísticos: a) perinefríticos propiamente dichos: comunicantes y no comunicantes; b) dermoides; y c) parasitarios (hidáticos).

Posteriormente Handfield-Jones en 1924 (20) propuso una clasificación de los tumores quísticos retroperitoneales, fundada en criterios ontogénicos: 1) Quistes de origen urogenital; 2) Quistes de origen mesocolónico; 3) Quistes originados en inclusiones celulares (teratomas quísticos); 4) Quistes linfáticos; 5) Quistes hemáticos traumáticos; 6) Quistes parasitarios; 7) Quistes desarrollados a expensas de órganos preexistentes (riñón, páncreas). Sin embargo, enfatizó que debería reservarse dicha denominación exclusivamente para las formaciones quísticas sin conexión aparente con estructuras viscerales adultas, criterio valorizado posteriormente.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A" (Prof. R. Rubio) Hospital de Clínicas y del Hospital Británico. Montevideo.

En 1947 Patel y Tubiana (38) propusieron una clasificación histológica de los tumores retroperitoneales primitivos dividiéndolos en: 1) T. Mesenquimatosos; 2) T. Neuro-ectodérmicos; y 3) T. Embrionarios o Disembriomas. Estos últimos, subdivididos en:

I) Disembriomas simples:

a) de origen linfático (linfangioma); b) de origen urogenital: pronéfrico, mesonéfrico, metanéfrico y mülleriano; c) de origen enterógeno; d) de origen celómico, peritoneal o mesocolónico; y

II) Disembriomas complejos:

a) dermoides; y b) teratomas.

Esta clasificación, doctrinariamente inobjetable y actualmente aceptada por la mayoría de



FIG. 1.— Quiste celómico: aspecto macroscópico.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 10 de agosto de 1977.

Asistente de Clínica Quirúrgica y Prof. Adjunto del Dpto. de Emergencia del Hospital de Clínicas. Fac. Med. Montevideo; Urólogo y Anátomo-patólogo del Hospital Británico. Montevideo.

Dirección: Guayaquí 3338 ap. 507. Montevideo. Dr. Calvelo).

los autores, cuestiona formalmente, invalidando, la división clínica clásica entre tumores sólidos y quísticos. La quistificación constituiría una modalidad evolutiva también existente en muchos tumores sólidos, sin que ello modifique su naturaleza ni su condición biológica (6, 33). Como consecuencia, Patel y Tubiana limitaron la denominación de quistes retroperitoneales a las formas evolutivas de los tumores embrionarios o disembrionomas (quistes perinefríticos propiamente dichos no comunicantes y dermoides de la clasificación de Thévenot), de reputación generalmente benigna, congénitos, pero frecuentemente descubiertos en la edad adulta.

Sin embargo, el estudio crítico de dicha clasificación histológica [clínicamente incompleta y de interés quirúrgico relativo ya que es exclusivamente postoperatoria (49)], permite ampliar el concepto práctico sobre los quistes retroperitoneales, clasificándolos en consecuencia:

I) Quistes verdaderos: a) comunicantes: quistes pielógenos extrarrenales y quistes enterógenos; y b) no comunicantes (sans attache de los autores franceses): Disembrionomas. II) Quistes falsos o pseudoquistes. III) Parasitarios. Así considerados, constituyen un conjunto unitario caracterizado por su tolerancia clínica, biológica y radiológica que hacen prever su naturaleza benigna; estableciendo, por consiguiente, una actitud terapéutica y una noción pronóstica coherentes (33, 49).

La primera descripción de un tumor retroperitoneal data de 1761, y se adjudica a Morgagni, quien según Lecène, se limitó a citar un protocolo autopsico de Valsalva. Fue Lobstein en 1829 quien acuñó la denominación de tumor retroperitoneal hoy universalmente adoptada. Hawkins en 1833 publicó por vez primera un tumor quístico retroperitoneal, probablemente un quiste pielógeno extrarrenal. Posteriormente en 1856, Cruveilhier fue el primero en describir un quiste de pared fibrosa, retromesocólico, que ocupaba el flanco y la fosa ilíaca izquierda, independiente del riñón y de los órganos genitales, que probablemente hoy se identificaría como un disembrionoma de origen celómico o peritoneal (52).

En 1887 Mankiewicz empleó la denominación de paranefrítico para los tumores sólidos y quistes de topografía retroperitoneal.

Murchinson (1868); Philippi (1879); Czerny (1880); Morris (1886); Abbe y Braun (1890); Obalinski (1891); Adler (1893); Champennois (1900); Périer (1901); Albarran e Imbert (1903); Rambaud (1903); Pietrabissa (1908); Chamoff (1911); Brin (1912) y Saviozzi (1913), comunicaron observaciones aisladas.

En 1919, L. Thévenot en su relato sobre quistes perinefríticos al 28º Congreso de Cirugía Francés, refiere 55 casos; 8 de los cuales considerados por Jeannel como de patogenia peritoneal (52).

En 1924, Handfield-Jones realizó una exhaustiva revisión patogénica de los quistes retroperitoneales, aportando un caso de origen peritoneal.

Posteriormente numerosos autores se refirieron a los tumores retroperitoneales en general: Judd y Larson (23), Lahey y Eckerson (24), Frank (16), Donnely (12), Patel y Tubiana (38), Willis (55), Newman y Pinck (34), Stout (50), Melicow (32), Pack y Tabah (36), Ackerman (1), Donhauser (13), Léjeune (28), Gill (19), Subrini (49); y a los quistes en particular: Patel (37), Salvin (43), Landes (25), Leake (26), Seneque (46), Seror (47), Barrie (2), Harrow (21), Saubier (44), Loygue (31), Rauch (42), Genton (18), Nezeloff (35), Dardik (9), Dogliotti (11), Janser (22), Viard (53), Bouchet (4) y Patel (39).

Michans (33) en 1953, revisó la casuística argentina totalizando 85 casos de tumores retroperitoneales primitivos, de los cuales 25 correspondían a quistes, dos del tipo peritoneal.

En el Uruguay, en 1933, Prat y col. (41) describieron un quiste retroperitoneal de origen urogenital (wolffiano). En 1957, Folle y Venturino (15) comunicaron una serie de tres tumores sólidos. Concomitantemente Lockhart (30) y luego Delgado y Mendoza (10), comunicaron sendas observaciones de linfangiomas quísticos.

Bonnecarrère (3) en 1961, revisó la casuística nacional sobre tumores retroperitoneales reuniendo 16 casos, de los cuales cuatro eran quísticos, pero ninguno peritoneal o celómico. Cassinelli (6), Rosa (51) y Piquinela (40) destacaron importantes aspectos del tema.

Una revisión realizada por los autores en el Archivo del Hospital de Clínicas de Montevideo (Hospital Universitario) desde 1952 a 1977, demostró una única observación correspondiente a un cistoadenoma simple de revestimiento cilíndrico, probablemente enterógeno.

Motivan este trabajo:

a) La presentación de dos casos de tumores quísticos de topografía retroperitoneal correspondientes a disembrionomas de origen celómico, peritoneal o mesocolónico, tratados quirúrgicamente;

b) La revisión de esta disembrionoplasia quística de incidencia excepcional y de patogenia discutida, en vistas a su manejo clínico-terapéutico.

CASUISTICA

Obs. 1.— M. M. T. 51 años. Sexo femenino. Hospital de Clínicas: Nº Reg. 127.779.

A.P. Poliartritis crónica psoriásica en tratamiento esteroideo desde 26 años antes. Dispepsia hipoesténica de 1 año de evolución. Trastornos del lenguaje.

A.F. S/p.

A.A. Procedente de zona suburbana (Canelones).

Sintomatología. Autopercepción del tumor aproximadamente 2 años antes de la consulta, en flanco izquierdo, de crecimiento lento y progresivo, de consistencia blanda; asociado a dolor abdominal espontáneo en el cuadrante inferior e izquierdo en los últimos cuatro meses, gravativo e intermitente, de intensidad moderada. No repercusión regional (ni digestiva ni urinaria); no dolor lumbar ni neuralgias referidas (genitales externos y miembro inferior homolateral). No sintomatología neurovascular (S. de Hesse)

ni vengsa en miembro inferior izquierdo. No repercusión general. Evolución en apirexia.

Signología. No anemia clínica. Buen estado general. Lesiones psoriásicas de topografía universal. Artropatía acral característica.

Tumoración intraabdominal, lateral, topografiada en hemiventre izquierdo, a nivel del flanco y fosa iliaca izquierdas, bien delimitada, de forma ovoide, con eje mayor longitudinal y diámetros máximos: 20 x 15 cm, de superficie regularmente lisa y de consistencia elástica. Sin movilidad respiratoria ni provocada manualmente, con escasa movilidad hacia la línea media; con contacto lumbar externo inmediato, sin peloteo verdadero, indolora, permitiendo insinuar los dedos bajo el reborde costal. Macidez en toda su cara anterior y lateral izquierdas; sonora en su contorno súpero-interno.

F.L.Der.: normal. F.L. Izq.: no se palpa riñón izquierdo; macidez de cara posterior del flanco. T. genital y rectal normales.

Paraclínica. Hematocrito 42 %. V.E.S.: 12 mm. Proteinograma E.F. e IEF demuestran mediano proceso evolutivo y mediana reacción inmune: aumento de alfa-2 macro, IgM e IgG.

R. de Waaler-Rose y Látex globulina: positivas.

Estudio inmunológico hidatídico: negativo.

Resto de exámenes normales.

—Estudio radiológico simple de abdomen (en decúbito y en posición erecta): desplazamientos viscerales visualizados por contraste gaseoso espontáneo asociado a la apreciación del área tumoral radiolúcida en hemiabdomen izquierdo, con borramiento del borde externo del psoas y sin calcificaciones.

—Urografía de excreción: Urograma derecho normal. Riñón izquierdo desplazado ligeramente hacia arriba, con basculación moderada del polo inferior hacia afuera e imagen pielocalicial normal; uréter izquierdo desviado medialmente (imagen en arco) a concavidad externa.

—Estudio contrastado del colon (por enema): Colon ascendente, transverso y ángulo izquierdo normales; desplazamiento medial "en tienda" (Rx frontal) y anterior (Rx. lateral) de la mitad inferior del colon descendente y sigmoideo, elongado y comprimido extrínsecamente; sin lesiones intrínsecas.

—Estudio contrastado del E.G.D.: normal.

—Centellografía hepática: normal.

Operación (8-10-1974). Laparotomía mediana, infraumbilical.

Exploración: gran tumoración quística de topografía retroperitoneal lateral izquierda, retromesocolónica, procedente a lo largo de la gotera parietocólica izquierda.

Procedimiento: Luego de la movilización del colon izquierdo y su meso, exéresis completa previo clivaje fácil, no comprobándose conexión visceral retroperitoneal. No patología asociada.

—Evolución postoperatoria: buena, alta al 5º día.

—Control postoperatorio: asintomática clínicamente durante 3 años.

Anatomía patológica (Dr. Falconi). Macroscopía: Quiste de 15 cm de diámetro unilocular de pared lisa, muy delgada, semitransparente con superficie interna blanco-grisácea, con zonas hemorrágicas y trabeculado escaso; con contenido seroso y límpido (1.000 cc.).

Macroscopía: Tumoración quística con pared fibrosa (esclerohialinizada) de espesor desigual, tapizado por epitelio plano, tipo peritoneal. No elementos histológicos de malignidad.

Obs. 2.— S.V. de M. 60 años. Sexo femenino. Hospital Británico.

A.P. y A.F.: S/p. A.A.: procedente de zona urbana (Montevideo).

—Sintomatología: Autopercepción del tumor en flanco derecho, de crecimiento lento, de consistencia blanda, durante 1 año antes de la consulta. Asintomático. No repercusión regional (digestiva y urinaria) ni general. Evolución en apirexia.

Signología. No anemia clínica. Buen estado general. Tumoración intraabdominal, lateral, topografiada en hemiventre derecho a nivel del flanco, bien delimitada, de forma esférica, de aproximadamente 8 cm de diámetro, de superficie lisa, y de consistencia elástica, sin movilidad espontánea ni palpatoria, con contacto lumbar externo; sin peloteo verdadero; indolora, permitiendo insinuar los dedos por debajo del reborde costal; sonora a la percusión.

—F. lumbares s/p.

—T. genital y rectal: normales.

Paraclínica: Hematocrito 40 %. VES: 5 mm.

Resto de exámenes normales.

—Estudio radiológico simple de abdomen (decúbito y posición erecta): en flanco derecho, área radiolúcida, sin borramiento del borde externo del psoas, ni calcificaciones.

—Urografía de excreción: Urograma derecho normal con uréter derecho desviado hacia la línea media (desviación en arco) a concavidad externa.

—Estudios contrastados digestivos: examen gastroduodenal y colónico no se realizaron. No centellografía hepática.

Operación (10-XII-1976): Laparotomía oblicua de flanco derecho.

Exploración: gran tumoración quística de topografía retromesocolónica derecha, en la región retroperitoneal lateral.

Procedimiento: exéresis completa previo clivaje fácil, no comprobándose conexión visceral retroperitoneal. No patología asociada.

—Evolución postoperatoria: Buena, alta al 4º día.

—Control postoperatorio: Asintomática clínicamente a los 9 meses.

—Anatomía patológica (Dr. Falconi).

Macroscopía: Quiste de 8 cm de diámetro, unilocular, de pared lisa, delgada, superficie interna nacarada, de contenido seroso y límpido (400 cc.).

Microscopía: Tumoración quística de pared fibrosa con recubrimiento mesotelial, plano, tipo seroso. No elementos histológicos de malignidad.

COMENTARIOS

Los tumores retroperitoneales primitivos son de frecuencia rara: 0.2 % de 60.000 tumores según Pack y Tabah (36). Por ende, la incidencia global de los tumores quísticos es difícilmente apreciable, sin embargo numerosos autores (8, 39, 49) coinciden en estimarla aproximadamente en 15 a 20 % del total de neoformaciones desarrolladas en la región retroperitoneal.

Los quistes disembrionoplásicos de origen celómico, peritoneal o mesocolónico constituyen dentro de este grupo una eventualidad histológica excepcional, como lo demuestran las escasas observaciones publicadas en la literatura mundial consultada. Luego de una revisión exhaustiva de la literatura nacional creemos que estas observaciones son las primeras publicadas en nuestro medio.

De origen congénito, generalmente son descubiertos en la edad adulta oscilando su incidencia etaria entre 32 años (Hoffman), y 78 años (Przewoski), no pudiendo establecerse una predominancia significativa según el sexo.

Clínicamente en virtud de su situación topográfica y de su lento desarrollo, los quistes retroperitoneales son generalmente latentes (Obs. 2), hasta el momento en que por su volumen dejan de ser tolerados silenciosamente expresándose bajo forma de sintomatología frustra y no sistematizada (Obs. 1).

Al máximo desarrollo quístico se asocia una compresión visceral loco-regional mínima, lo cual evidencia la excelente tolerancia orgánica a la neoformación. Ambas observaciones carecen de sintomatología compresiva: digestiva, urinaria, nerviosa, venosa o simpática.

La autopercepción del tumor abdominal durante dos años (Obs. 1) y 1 año (Obs. 2) motivando la consulta, es frecuente [20 % (49)]. Desde el punto de vista signológico se expresa como tumor retroperitoneal lateral de naturaleza liquidiana, con su semiología característica (3, 8, 15, 30, 33, 52).

Ambos casos carecen del síndrome de repercusión general característico de los tumores retroperitoneales malignos.

Thévenot (52) describe complicaciones evolutivas en las tumoraciones quísticas: a) hemorrágica expresada excepcionalmente por anemia; b) inflamatoria; y c) cancerización, sólo posible en los disembrionomas complejos [10 % en teratomas (55)], clínicamente planteable frente a un aumento de volumen brusco de un tumor conocido o frente a un cambio de sufrimiento (33).

Las tumoraciones quísticas de origen hidático [hidatidosis retroperitoneal primitiva: Lockhart y Sapriza (29)] son indiferenciables clínicamente del resto de los quistes retroperitoneales, pudiendo invadir secundariamente los planos de cubierta posterior del flanco. Una complicación infecciosa, intraquística o periquística, puede hacerlas sintomáticas.

Biológicamente, carecen de expresión paraclínica; salvo las modificaciones patológicas inherentes al terreno (Obs. 1: poliartritis crónica). Únicamente en el caso 1 fue estudiado el perfil inmunológico parasitario en vistas al diagnóstico diferencial con la hidatidosis siendo negativo.

Una anemia leve o moderada puede deberse a una hemorragia intraquística; por el contrario, una V.E.S. normal es altamente significativa (49).

La radiología sistematizada permite comprobar una notoria tolerancia del organismo frente a las tumoraciones quísticas. La radiología abdominal simple permite demostrar: a) excepcionalmente una imagen radio-opaca; en la mayoría de los casos un área radiolúcida superponible al área tumoral clínica [S. de Buffalini de los lipomas, jerarquizado por Windholz (56) y Newman (34)]; b) el borramiento del borde externo del psoas; c) generalmente la ausencia de calcificaciones, salvo en los disembrionomas complejos y en los quistes hidáticos (15, 33).



FIG. 2.—Urografía de excreción. Basculación renal izquierda y desviación en arco del uréter izquierdo. (Caso 1).

La urografía de excreción permite a través de las modificaciones renales (basculación o desplazamiento en masa), asociada o no a desviaciones ureterales "en arco", confirmar certeramente la topografía retroperitoneal del quiste. Schulte y Emmet (45) comprobaron alteraciones urinarias en el 72.5 % de los tumores estudiados. Las alteraciones en el pielograma plantearían la asociación de patología reno-pielo-ureteral a confirmar mediante la arteriografía renal. Constituye un estudio definitivo cuando demuestra una desviación del aparato urinario alto; permitiendo: a) ser complementado con estudios contrastados digestivos (Obs. 1); o b) plantear la terapéutica quirúrgica (Obs. 2).

La radiología digestiva contrastada tiene real valor desde que García Capurro y Piaggio Blanco (17) sistematizaron su utilización en los tumores retroperitoneales supra e inframesocólicos, permitiendo demostrar: a) ausencia de localización tumoral intrínseca; y b) la existencia de desplazamientos viscerales asociados a imágenes de compresión extrínseca observables en el gastroduodeno, asas delgadas y diferentes segmentos cólicos (Obs. 1).

La aorto-arteriografía visceral selectiva tiene un doble valor: diagnóstico y pronóstico. En los tumores quísticos existe ausencia de los signos de malignidad arteriográfica: hipervascularización, anarquía vascular, neovascularización y retorno venoso precoz. Permitiría demostrar además, en el tiempo hepatográfico,

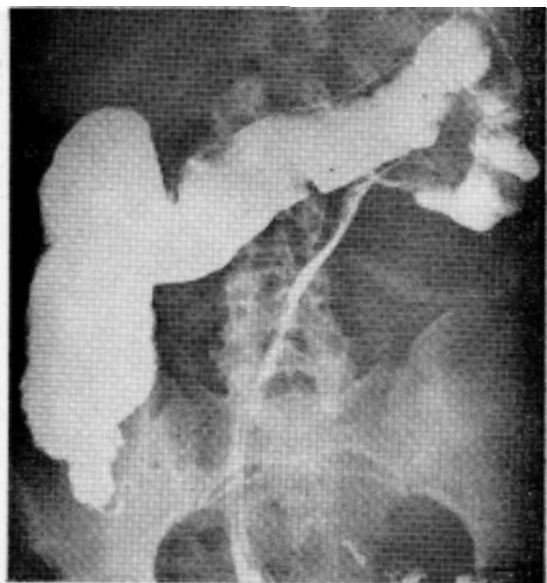


FIG. 3.— Estudio contrastado del colon. Desplazamiento medial "en tienda" del colon descendente y sigmoide por compresión extrínseca. (Caso 1).

lesiones asociadas. [Lesiones hepáticas focales o difusas (5, 54)].

La ilio-cavografía no demuestra signos de compresión. El retroneumoperitoneo, de utilización discutida, no tiene indicación formal en este tipo tumoral (14).

La ecotomografía, demostrando la naturaleza líquidiana del quiste, constituiría un valioso complemento diagnóstico (39).

Se concluye que el organismo demuestra frente a los quistes retroperitoneales, una manifiesta tolerancia clínica, biológica y radiológica, lo que permite orientarse sobre su benignidad clínica. [Subrini (49)].

Establecido el diagnóstico de quiste retroperitoneal de naturaleza benigna, solamente la exéresis quirúrgica permitirá su estudio histológico completo.

Su interpretación histopatológica puede ser difícil porque:

1º) Las complicaciones inflamatorias y hemorrágicas pueden dificultar o impedir, por alteración de su epitelio, el diagnóstico diferencial entre quiste verdadero y pseudoquiste (desprovisto de epitelio: hemorrágico post-traumático o urinario enquistado).

2º) El epitelio de recubrimiento quístico, patrimonio de los quistes verdaderos, puede no ser característico, lo cual impide su identificación histogenética diferencial con respecto a otros quistes: linfáticos, Wolffianos o Müllerianos, enterógenos; menos frecuentemente con respecto a los dermoides y teratomas.

3º) Son neoformaciones raras (39, 49, 53).

La presencia inequívoca en ambos casos presentados de un epitelio de recubrimiento plano, identifica a los quistes verdaderos disembrionoplásticos, de origen celómico, peritoneal o mesocolónico. Su origen peritoneal fue postu-

lado por Jeannel y sustentado por Rambaud en 1903 (52): se desarrollarían secundariamente a defectos en el acolamiento posterior del mesocolon ascendente o descendente.

Patel y col. (37) los denominan quistes del mesocolon acolado por desarrollarse entre el mesocolon primitivo y el peritoneo parietal posterior primitivo, en el seno de la fascia de Toldt. Por su origen se explica su situación anterior con respecto al pedículo genital, a diferencia de los disembrionomas quísticos de origen urogenital, retropediculares. La ausencia de conexión visceral del quiste confirma su variedad no comunicante (20, 37, 39, 46, 49, 52).

La ausencia de elementos de malignidad histológica, así como la ausencia de recidivas y metástasis, confirman su benignidad (33, 52).

Frente a lesiones quísticas benignas, todos los autores son coincidentes (16, 24, 37, 39, 49, 52, 53) en su exéresis completa. La vía de abordaje utilizada es variable intraperitoneal o retroperitoneal. La vía abdominal tiene ventajas tácticas (utilizada en ambos casos), sobre la lumbar; sin embargo, será el buen juicio quirúrgico quien orientará "el abordaje correcto a nivel de la zona tumoral más próxima a la pared" (33).

La enucleación del quiste se realizará previa evacuación si fuera necesario: vía transmesocólica en las neoformaciones pequeñas o medianas; a través del espacio parietocólico previa movilización del colon con su meso, en



FIG. 4.— Quiste celómico: aspecto microscópico. (Epitelio plano).

los quistes voluminosos. Las adherencias que contraen son laxas, siendo fácilmente liberadas.

El control clínico es suficiente en el postoperatorio; eventualmente, se realizará una urografía de control para corroborar la indemnidad de la vía urinaria alta (Subrini).

RESUME

Kystes rétro-péritonéaux d'origine coelomique

Les auteurs rapportent deux observations de kystes rétro-péritonéaux d'origine coelomique ou du mésocolon accolé (Dysembryomes d'origine péritonéal) traités par l'exérèse chirurgicale.

Des arguments cliniques, biologiques et radiologiques vers sa bénignité sont confirmés par le diagnostic histologique. L'énucleation est proposé comme le seul traitement effectif.

SUMMARY

Mesocolonic retroperitoneal cysts

The authors report two cases of mesocolonic retroperitoneal cysts treated by excision.

Clinical, biological and radiographic considerations in view of its benignity are confirmed by its histologic diagnosis.

The surgical ablation is the only satisfactory method of treatment.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ACKERMAN LV. Retroperitoneal tumors. Atlas of tumor pathology. AFIP. Washington, 1954. Fasc. 24.
2. BARRIE J. Kyste entérogène rétro-péritonéal. *Mém Acad Chir*, 82: 111, 1956.
3. BONNECARRERE EA. Tumores retroperitoneales. Congreso Uruguayo de Cirugía, 129, 1: 149, 1961.
4. BOUCHET A, VIALA JJ, FERRIER CH. Les kystes séreux du mésocolon transverse. *Lyon Chir*, 70: 41, 1974.
5. BRON K. Arteriography in evaluation retroperitoneal mass lesions. *N Y Med*, 67: 1875, 1967.
6. CASSINELLI JF. Anatomía patológica de los tumores primitivos del espacio retroperitoneal. Congreso Uruguayo de Cirugía, 129, 1: 188, 1961.
7. CENDRON J. Tumeurs rétro péritonéales. E.M.C. *Rein*, 18: 102, A. 10.
8. COUVELAIRE R. Nouveau précis de pathologie chirurgicale. Tomo VI. Masson. Paris, 1957.
9. DARDIK H, KLIBANOFF E. Retroperitoneal enterogenous cyst. *Ann Surg*, 182: 1084, 1965.
10. DELGADO H, MENDOZA D. Linfangioma quístico retroperitoneal. *Bol Soc Cir Uruguay*, 30: 182, 1959.
11. DOGLIOTTI G. Sulle cisti wolffiane del retroperitoneo. *Rass Intern Clin Ter*, 4: 205, 1965.
12. DONELLY BA. Primary retroperitoneal tumors. *Surg Gynecol Obstet*, 83: 705, 1946.
13. DONHAUSER JL, BIGELOW NH. Retroperitoneal tumors. *Arch Surg*, 71: 234, 1955.
14. EVANS AT, POKER N. Les nouvelles techniques radiologiques dans le diagnostic des tumeurs rétro-péritonéales. *JAMA*, 161: 1128, 1966.
15. FOLLE JA, VENTURINO W. Tumores retroperitoneales primitivos. *Bol Soc Cir Urug*, 28: 278, 1957.
16. FRANK RT. Primary retroperitoneal tumors. *Surgery*, 4: 562, 1938.
17. GARCIA CAPURRO F, PIAGGIO BLANCO R. Semiología clínico-radiológica de las tumoraciones del abdomen. Espasa Calpe. Buenos Aires, 1946.
18. GENTON N, GROB M. Les kystes et tumeurs solides du mésentère et de mésos. Actualités hépato-gastroentérologiques de l'Hôtel-Dieu. Masson. Paris, 1963.
19. GILL W. Retroperitoneal tumors. A Review of 134 cases. *J Roy Coll Edimb*, 15: 213, 1970.
20. HANDFIELD-JONES RM. Retroperitoneal cyst. Their pathology diagnostic and treatment. *Brit J Surg*, 12: 119, 1927.
21. HARROW BENEDICT R. Retroperitoneal Lymphatic Cysts. *J Urol*, 89: 77, 1957.
22. JANSER JC, UVILLE C, PHILLIPPE E, FREY G, SCHVINGT E. Les kystes de mésocolon. Réflexions à propos d'un lymphangiome kystique géant du mésocolon descendant. *Arch Mal Appar Dig*, 54: 245, 1965.
23. JUDD E, LARSON LM. Retroperitoneal tumors. *S Clin North Am*, 13: 823, 1933.
24. LAHEY FH, ECKERSON EB. Retroperitoneal tumors. *An Surg*, 100: 231, 1934.
25. LANDES RR, RANSOM CL. Müllerian Duct Cyst. *J Urol*, 61: 1089, 1949.
26. LEAKE R, WAYMAN TB. Retroperitoneal encysted hematomas. *J Urol*, 68: 69, 1952.
27. LECENE MP. Tumeurs solides paranéphrétiques. 28^e Congrès de Chirurgie. Paris. 533, 1919.
28. LEJEUNE F. Tumeurs rétro-péritonéales primitives. *Acta Ch Belg*, 64: 443, 1965.
29. LOCKHART J, SAPRIZA C. Hidatidosis retroperitoneal primitiva. *Bol Soc Cir Urug*, 27: 290, 1956.
30. LOCKHART J. Tumores retroperitoneales. *Bol Soc Cir Urug*, 28: 303, 1957.
31. LOYGUE J, GARBAY M, PENOT L. Kystes du mésocolon. *Arch Mal Appar Dig*, 48: 702, 1959.
32. MELICOW MM. Primary tumors of the retroperitoneum. *J Int Coll Surgeons*, 19: 401, 1953.
33. MICHANS JR. Tumores retroperitoneales. 24^o Congreso Argentino de Cirugía. Buenos Aires, 1953.
34. NEWMAN HR, PINCK BD. Primary retroperitoneal tumors. *Arch Surg*, 60: 879, 1950.
35. NEZELOFF C. Tumeurs et lésions kystiques des mésos. Anatomopathologie et Classification. Actualités hépato gastroentérologiques de l'Hôtel Dieu. Masson. Paris. 1963.
36. PACK GT, TABAH R. Primary. Retroperitoneal tumors. *Intern Abst Surg*, 99: 209, 1954.
37. PATEL M, CREYSSEL J, VACHEY A. Sur une variété des kystes séreux des mésocolons accolés. *Lyon Chir*, 73: 169, 1926.
38. PATEL J, TUBIANA R. Des tumeurs primitives rétro-péritonéales. *Ann Anat Path*, 17: 329, 1947.
39. PATEL J CL, MONNEINS F, LOUVEL A. Kyste entéroïde rétro-péritonéal. *J Chir*, 109(4): 32, 1975.
40. PIQUINELA JA. Tumores retroperitoneales. Cong. Uruguayo de Cirugía, 129, 2: 111, 1961.
41. PRAT D, CASTIGLIONI H, BARBEROUSSE C. Un caso de dextrocoelia y tumor retroperitoneal. *Bol Soc Cir Urug*, 4: 169, 1933.
42. RAUCH RF. Retroperitoneal lymphangioma. *Arch Surg*, 78: 45, 1959.
43. SALVIN AA. Retroperitoneal cyst. *Med J Rec*, 127: 256, 1928.
44. SAUBIER BC, FERNOUX M. A propos de 3 cas de kyste des mésocolons. *Lyon Chir*, 54: 108, 1958.
45. SCHULTE TL, EMMET JL. Urography in the differential diagnostic of retroperitoneal tumors. *J Urol*, 42: 215, 1939.
46. SENEQUE J, ROUX M, BANUELOS JA. Les kystes du mésocolon ascendant. *J Chir*, 71: 925, 1955.
47. SEROR J. Lymphangiomes kystiques du mésocolon descendant. *Mém Acad Chir*, 81: 514, 1955.
48. SUBRINI L, BEURTON D, CUKIER J. Les tumeurs rétro-péritonéales primitives de l'adulte. *J D'Urol Néphr*, 80 N° 6: 465, 1974.
49. STOUT AP. Tumours of the soft tissues. Atlas of tumor pathology. Sec. II. p. 5. A.F.I.P. Washington 1953.
50. ROSA F. Tumores retroperitoneales en el niño. Congreso Uruguayo de Cirugía, 129, 1: 229, 1961.
51. THEVENOT ML. Les kystes périnéphrétiques. 28^e Congrès de Chirurgie. Paris. 602, 1919.
52. VIARD H, SAUBIER, ESTOUR E. Les tumeurs kistiques rétro-péritonéales. A propos de 8 observations. *Ann Chir*, 21: 1249, 1967.
53. VINIK M, NEAL MP. Retroperitoneal angiography. *Sth Med J*, 61: 646, 1968.
54. WILLIS RA. Pathology of tumors. Butterworth. London, 1948.
55. WINDHOLZ F. Roentgen diagnosis of retroperitoneal lipoma. *Am J Roentgenol*, 56: 594, 1946.