

## TUMORES RETROPERITONEALES

*Dr. EMILIO A. BONNECARRÈRE*

### IMPORTANCIA DEL TEMA

El capítulo referente a los "Tumores primitivos del retroperitoneo" en el momento actual está adquiriendo la importancia que le corresponde, debido al perfeccionamiento de las técnicas radiológicas de estudio, que permiten evidenciar aun los pequeños tumores de esta región, localizar su asiento topográfico y orientar en el tratamiento adecuado a realizar.

Desde que Lobstein, en 1829, introdujo el término "Tumores retroperitoneales" en su "Tratado de Anatomía Patológica", sólo contribuciones casuísticas fueron presentadas en diferentes centros científicos, hasta 1919, en que el Prof. M. P. Lecène, en el XXVIII Congreso Francés de Cirugía tuvo a su cargo el Relato: "Los tumores paranefríticos sólidos".

Posteriormente los aportes se hicieron más numerosos.

En el año 1953 los tumores retroperitoneales fueron tratados en base a una numerosa casuística por el Dr. Juan R. Michans, en el XXIV Congreso Argentino de Cirugía.

Actualmente son corrientes las publicaciones sobre el tema.

Hemos ordenado nuestra exposición con una visión clínico-topográfica, deteniéndonos especialmente en el diagnóstico diferencial con las tumefacciones renales; por nuestra especialización urológica y porque son éstos los procesos que más frecuentemente plantean confusiones en la determinación del asiento del tumor.

El Dr. Juan F. Cassinelli expondrá los distintos tipos anatómopatológicos que pueden desarrollarse en la región.

El Dr. Folco Rosa, las modalidades con que se presentan en el niño y el Dr. Raúl Leborgne la oportunidad de los tratamientos radioterápicos.

## DEFINICION

Estudiamos, en este relato, las neoformaciones de causa desconocida originadas en el espacio retroperitoneal, que no tienen origen en los órganos diferenciados que habitan en la región. No incluimos los tumores originados: en el sector renopieloureteral y en las cápsulas suprarrenales; ni los desarrollados en el duodeno, páncreas, cara posterior del hígado y colon, órganos contenidos o que forman parte de la pared anterior del espacio retroperitoneal.

Los tumores que se originan en estos órganos tienen características anatomopatológicas, clínicas y terapéuticas propias. Deben ser tratados en capítulos de patología definidos y no es posible estudiarlos en conjunto con los tumores primitivos del retroperitoneo; tema de este relato.

Su punto de partida es de lo más diverso: restos embrionarios urogenitales, tejido adiposo, tejido areolar, fascias, linfáticos, ganglios, nervios y sistema nervioso simpático.

Se incluyen los tumores desarrollados en el tejido celular perirrenal o cápsula adiposa del riñón.

## SITUACION ANATOMICA

El segmento abdominopelviano del tronco, constituye una gran cavidad de contenido visceral, de paredes en parte rígidas y en parte flexibles, asociadas anatómica y funcionalmente a su contenido.

De gran eje vertical y con diámetros transversales variables para las diversas alturas que se quiera considerar, su forma es en términos generales la de un gran ovoide, con un cuerpo de dos paredes semicilíndricas ósteo-músculo-aponeuróticas: la anterolateral y la posterior, y con dos extremidades músculo-aponeuróticas: la superior y mayor; el diafragma y la inferior y menor; el piso perineal.

Aloja vísceras en dos grandes logias: la logia peritoneal que tiene la misma forma ovoidea que su continente; pero que, por tener diámetros menores, obliga su distanciamiento de algunas de las paredes del abdomen; no llegando a contactar atrás con las regiones lumbares ni abajo con el piso perineal.

Se interponen así entre estas paredes y el peritoneo, las logias extraperitoneales: subperitoneal: pelviana, inferior y retroperitoneal: posterior.

*La región retroperitoneal* así definida está situada en forma frontal de relación parietal abdominal posterior.

Su *pared posterior* limita con la columna vertebral y ambas regiones lumbares, cuya pared está constituida por los músculos psoas, cuadrado lumbar y la porción tendinosa del transverso del abdomen; recubiertos por sus aponeurosis. Los espacios y hendiduras que quedan entre estos músculos están ocupados por tejido celulograsoso.

Su *pared anterior* la forma el peritoneo parietal posterior, la superficie posterior del hígado, porciones del colon ascendente y descendente y un segmento del duodeno-páncreas.

*Su límite superior* corresponde al diafragma.

*Su límite inferior* en su porción media se continúa hacia la cavidad pelviana, con el espacio retrorrectal. A los lados, este límite inferior es discutido; sin embargo, es una realidad anatómica, clínica y semiológica.

*Realidad anatómica*, porque al dividirse la aorta, las ilíacas siguen el estrecho superior de la pelvis y en el cruce del uréter, en su relación con los deferentes en el hombre y ligamentos redondos en la mujer, el peritoneo parietal posterior se adhiere a la vaina vascular y a la vaina genital, haciéndose un cierre efectivo a este nivel.

*Realidad patológica*, porque ningún proceso patológico del retroperitoneo lateral, invade el subperitoneo pelviano: los hematomas retroperitoneales y los grandes abscesos perinefríticos nunca difunden a la pelvis, se hacen paranefríticos y migran hacia el exterior a través del cuadrilátero de Grinfeldt y el triángulo de Petit. Si existiese una comunicación efectiva entre el espacio retroperitoneal lateral y el espacio subperitoneal pelviano, la difusión lógica y fácil sería marcada por esta continuación.

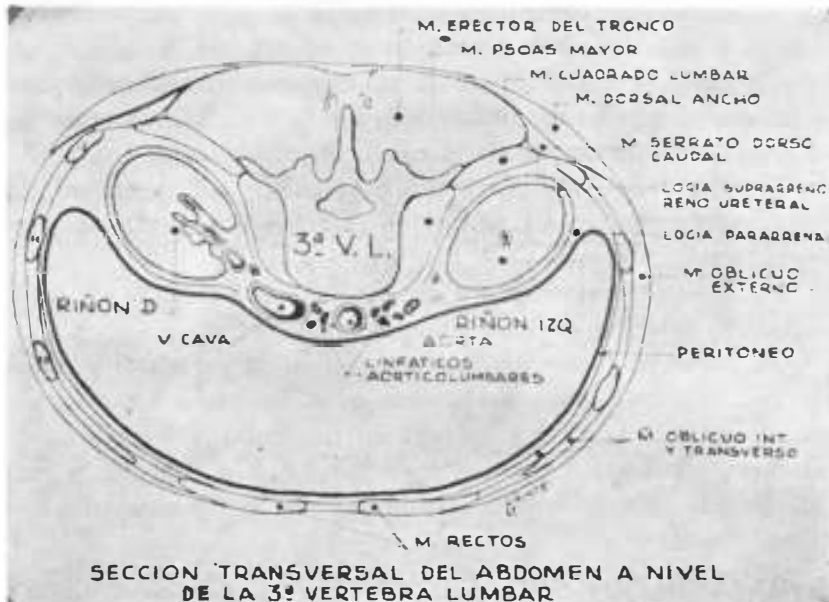


Fig. 1.—Región peritoneal y región retroperitoneal.  
Los espacios laterales y mediano con su contenido.

Los tumores retroperitoneales laterales (nuestra observación II, de mixoma; figuras 8, 9 y 10) no continuúan hacia la pelvis, sino que progresan hacia el exterior a través del cuadrilátero de Grinfeldt y hacia el triángulo de Scarpa, siguiendo un trayecto retrofunicular, llegando a veces al muslo a través del infundíbulo crural.

*Realidad semiológica.*— Los procesos patológicos retroperitoneales se manifiestan con un síndrome físico y funcional abdominal. Los procesos patológicos subperitoneales pelvianos, dan sintomatología funcional y física pelvianas.

*Sus límites laterales* corresponden al lugar en que el peritoneo deja de contactar íntimamente con la pared abdominal ánterolateral, al nivel del punto en que el músculo transverso hace su aponeurosis de inserción.

Referido al exterior, se extiende según una línea que se traza perpendicularmente desde el extremo anterior de la XII costilla sobre la cresta ilíaca.

Resumiendo: el espacio retroperitoneal es la región situada por detrás del peritoneo parietal posterior, por delante de la pared ósteo-músculo-aponeurótica dorsolumbar, por debajo del diafragma abdominotorácico, por dentro del borde externo de los músculos cuadrados lumbares y por encima del estrecho superior de la pelvis.



SECCION SAGITAL PARAVERTEBRAL DEL ABDOMEN A NIVEL DEL RINON DERECHO

Fig. 2.—Regiones peritoneal y retroperitoneal con sus logias laterales derechas.

Hemos estudiado la región retroperitoneal en su continente. Tiene un contenido de vísceras y órganos importantes, dispuestos en tres grandes espacios; dos laterales y uno mediano.

Los espacios laterales alojan:

- a) la logia suprarreno-reno-ureteral que contiene: la glándula suprarrenal y la totalidad del aparato urinario superior, y
- b) la logia pararenal (Gerota) (figs. 1, 2 y 3).

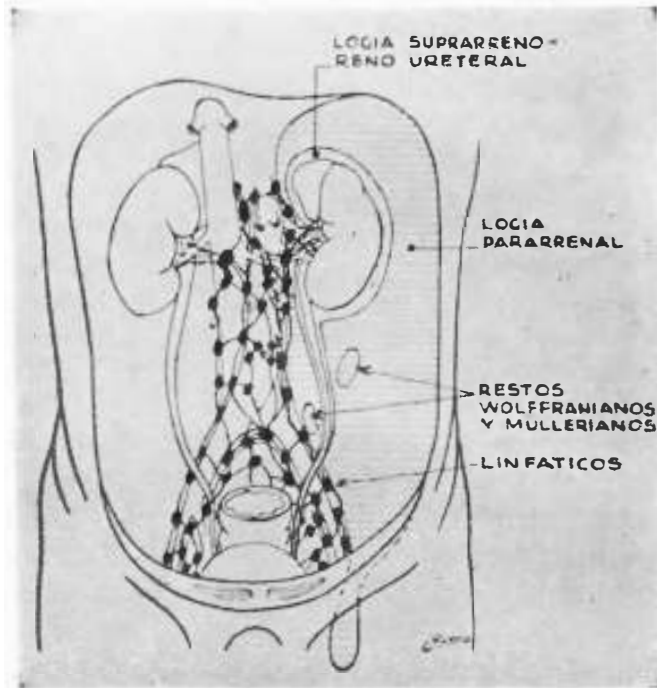


Fig. 3.— Región retroperitoneal. Logias laterales y mediana. Esquematizados los linfáticos.

a) *Las logias suprarreno-reno-ureterales* son sacos cerrados: hacia arriba, contactando con el diafragma; hacia afuera en la división de las hojas pre y retrorrenales; hacia adentro, como describió Albarrán, estas hojas pre y retrorrenales, al encontrar el pedículo renal, envían hacia el hilio una expansión fibrosa, que, reflejándose sobre los vasos se invagina con ellos en el seno renal.

Hacia abajo la logia ureteral se adhiere laxamente en la porción pelvina, al nivel del cruce de las ilíacas a la celda ureteral. La suprarrenal, el riñón y el uréter forman el contenido

de esta logia, rodeados del tejido céulolograsoso perirrenal, más abundante por detrás, afuera y en el polo inferior del riñón que sobre la vertiente anterior. La logia renal está separada de la logia ureteral por el ligamento renoureteral de Navarro.

b) *Las logias pararrenales* están ocupadas por tejido celular más o menos rico en tejido adiposo, que llena el espacio situado por detrás y afuera de la logia suprarreno-reno-ureteral desde el diafragma hasta el Bogros, con una prolongación inferior, retrofunicular, que comunica con la raíz del muslo por el anillo crural; comunicándose con el espacio mediastínico del tórax a través del hiatus diafragmático. Se continúa hacia adelante con el tejido celular subperitoneal (fig. 3).

El tejido celular pararrenal es atravesado por los vasos espermáticos o útero-ováricos, los nervios abdóminogenitales, mayor y menor, el fémorocutáneo, el XII intercostal y colectores linfáticos.

Consecuencia del desarrollo embriológico del aparato urogenital, pueden encontrarse en esta región restos embrionarios dependientes de los cuerpos de Wolff y conductos de Müller.

Todas estas formaciones pueden dar origen a tumores retroperitoneales de distintos tipos y caracteres.

*Espacio medio.*— Entre los dos espacios laterales retroperitoneales, se encuentra situado profundamente en la cavidad abdominal, por delante de la columna vertebral y por detrás de importantes órganos intraperitoneales, *el espacio mediano o logia prevertebral*, cuyo límite superior sobre el diafragma, corresponde a la última vértebra dorsal, correspondiendo su límite inferior a la última vértebra lumbar, donde se continúa con el espacio retrorrectal.

*El contenido de esta logia* está constituido por:

*la aorta abdominal* con sus ramas a izquierda,  
*la vena cava inferior* a derecha,  
*el tronco del gran simpático* a uno y otro lado de los  
grandes vasos,  
*plexos nerviosos*,  
*ganglios linfáticos* del grupo lumboaórtico,  
*la cisterna de Pecquet*,  
*la vena ázigos* y  
*parte del sistema porta.*

La aorta abdominal se extiende desde el orificio diafragmático hasta la IV vértebra lumbar, donde se divide en sus tres ramas terminales: la arteria sacra media, que sigue un trayecto descendente, terminándose por delante del cóccix en el glomus y dos arterias laterales: las ilíacas primitivas que limitan, como ya dijimos, los espacios retroperitoneales laterales a este nivel.

*Linfáticos.*— Los ganglios linfáticos están dispuestos en cadena, tan numerosos que simulan casi una lámina continua, pudiendo distinguirse un grupo en relación con los vasos ilíacos y un grupo lumboaórtico (fig. 3).

El grupo ganglionar ilíaco consta de una cadena situada lateralmente a la arteria y por delante y por detrás de la vena que reciben los colectores linfáticos inguinales, de la pared abdominal y de los órganos pelvianos.

El grupo lumboaórtico comprende:

- a) Ganglios y colectores preaórticos, en relación con el tronco celíaco, con los vasos mesentéricos superiores, renales y mesentéricos inferiores que reciben la mayor parte de los linfáticos del tubo digestivo.
- b) Ganglios láteroáórticos y láterocava que reciben colectores de los grupos ganglionares ilíacos.

*Nervios.*— El tronco del gran simpático entra en el abdomen entre los pilares mediano y externos del diafragma, se dirige hacia la línea media y se coloca sobre la parte anterolateral de la columna lumbar, desciende hasta la articulación sacrolumbar donde se continúa con el simpático sacro que contribuirá a formar el plexo hipogástrico. Está cubierto por la aorta a izquierda y la vena cava inferior a derecha. Sus ramas eferentes participan de la formación del plexo periaórtico.

El plexo celíaco, formado de las ramas eferentes de los ganglios semilunares derecho e izquierdo, da ramas que forman los plexos mesentéricos y renales.

*Todas las formaciones descritas contenidas en el retroperitoneo pueden ser origen de tumores.*



## SINTOMAS Y DIAGNOSTICO

A pesar de la disparidad de origen anatomopatológico de los tumores retroperitoneales en relación con los distintos componentes de la región, todos ellos se manifiestan con un síntoma casi único o por lo menos predominante: *el tumor*.

Situada profundamente la región retroperitoneal; con una pared posterior ósteo-músculo-aponeurótica gruesa y resistente, los tumores hacen su crecimiento desplazando la pared anterior, para manifestarse como tumores abdominales.

Caracteres semiológicos permiten hacer su localización topográfica:

- 1) Son tumores del retroperitoneo, por lo tanto, un carácter común a todos ellos se presenta: la sonoridad a la percusión, por las ansas intestinales que se interponen por delante. Sólo los grandes tumores que, desplazando el contenido intestinal lateralmente, pueden llegar a contactar con la pared abdominal anterior, pueden mostrar macidez en toda o parte de su superficie.
- 2) Según se desarrollen originariamente en el espacio retroperitoneal medio prevertebral, o en alguno de los espacios laterales, se traducirá clínicamente por ser un tumor mediano o lateral, exteriorizándose en unos casos en el epigastrio o región umbilical y en otros en los hipocondrios, flancos o fosas ilíacas: pudiendo en su aumento de volumen invadir: los centrales, las regiones laterales y los laterales llegar a percibirse en las regiones centrales, pero conservando un máximo en unas u otras según su origen mediano o lateral.
- 3) Por su origen, asiento topográfico y adherencias al plano posterior, son tumores fijos, que no se desplazan verticalmente con los movimientos del diafragma en cada respiración y que no pueden ser desplazados vertical o transversalmente en el examen de palpación.
- 4) Los tumores desarrollados en las logias laterales son percibidos en la región lumbar con la palpación

bimanual, con un contacto inmediato por fuera de la masa muscular, sin presentar el signo del peloteo clásico, de las tumefacciones renales. Sus adherencias a la logia impiden la movilización entre las manos posterior y anterior. El descenso o desplazamiento del riñón de su logia provocados por la masa, a menudo permite palpar el riñón descendido; signo único de la posible existencia del tumor o como tumefacción concomitante con el tumor palpable.

- 5) Los tumores desarrollados dentro de la logia renal (atmósfera perirrenal) presentan una semiología clínica, análoga a los tumores renales, pero con una característica: inmovilizan el órgano no permitiéndole efectuar los desplazamientos respiratorios de incursión dentro de la logia al fijarlo a las paredes de ésta. Una característica permite diferenciar los lipomas perirrenales de los lipomas pararenales. Estos, encapsulados, se desarrollan paulatinamente en forma indolora hasta adquirir volumen importante sin consecuencias patológicas para el riñón. En cambio la lipomatosis perirrenal engloba al órgano, lo aprisiona y al nivel del seno renal puede infiltrarlo hasta los cálices, observándose a veces la atrofia fibrolipomatosa renal. Por estos conceptos se comprende que mientras la conducta terapéutica frente a los lipomas pararenales es la extirpación simple del tumor, en las lipomatosis peri e intrarenales, la nefrectomía puede tener que ser la solución quirúrgica a emplear.

*Volumen.*— El volumen es variable, pero para poder ser percibidos al examen clínico, se comprende que nunca pueden ser pequeños. La profundidad de la región de origen y su único abordaje semiológico posible, por la pared abdominal anterior, explica la imposibilidad de un diagnóstico precoz.

Cierto tipo de tumores benignos que no dan otra sintomatología, pueden llegar a adquirir tamaño considerable; nos referimos a los lipomas, mixomas y quistes wolffianos.

El apercibimiento de una masa abdominal por el enfermo, constituye, en un gran porcentaje de casos, el síntoma revelador de la tumoración. Faltando el síntoma dolor, que llame la atención, la tumefacción queda largo tiempo desconocida hasta que su gran volumen la hace percibir.

A la *inspección*.—En enfermos delgados puede percibirse una saliencia en un sector anterior determinado del abdomen o en la región lumbar en relación con la situación topográfica del tumor.

A la *palpación*, la forma y el volumen varían notablemente; están los pequeños tumores apenas apreciables; otros, de mediano tamaño, pueden ser bien topografiados. Hay enormes, que ocupan gran parte de la cavidad abdominal. La superficie: lisa en los quistes, es lobulada en los lipomas y es irregular con nudosidades de diferente consistencia en los tumores malignos, especialmente en los tumores mixtos.

Antes de ser percibidos por el síntoma *tumor* con los caracteres que ya analizamos, es frecuente que investigando en los antecedentes más o menos inmediatos, encontremos:

a) *Dolores* abdominales imprecisos, no agudos; persistentes, continuos, que pueden ir acompañados de

b) *Trastornos digestivos* poco claros: dispepsia irregular, sin los caracteres de la dispepsia biliar o gastroduodenal; con ardores y eructos. Puede haber náuseas y vómitos sin relación a ingestiones y desarreglos alimenticios.

El desplazamiento y compresión del colon da a menudo, en los grandes tumores, constipación. Períodos de constipación y diarreas pueden alternarse irregularmente.

Se atribuyen los síntomas del aparato digestivo a trastornos de compresión u obstrucción de la circulación linfática, a compresión e infiltración de las vísceras intraperitoneales y a compresión y distensión de los plexos nerviosos viscerales.

En su crecimiento, el tumor retroperitoneal comprime y desplaza toda formación retroperitoneal que está en su inmediato contacto. Los órganos intraperitoneales sufren desplazamientos hacia adelante y lateralmente en relación al tumor: el estómago, las ansas ileales y el colon, por su relación inmediata con el retroperitoneo, son los órganos más afectados a este respecto.

Se han observado compresiones e infiltración de la vía biliar (Melicow) y del páncreas (Melicow, Pack y Tabah).

c) *Trastornos urinarios.*— El drenaje normal de las cavidades pielorreales, es dificultado a menudo por la presencia de tumores en el retroperitoneo, con dilatación de las vías de salida y distensión pielorreale. Como consecuencia se producen hidronefrosis, de volumen variable aunque nunca muy acentuadas, pero siempre con disminución de la funcionalidad urinaria del lado afectado.

Los tumores retroperitoneales que contactan con el riñón, habitualmente dan desplazamientos y rotaciones de este órgano, con acodamientos del uréter, pudiendo comprobarse dolores lumbares continuos por sufrimiento parenquimatoso renal y episodios paroxísticos de cólicos nefríticos que traducen la lucha pielocalicial, consecuencia de obstáculos, acodamientos y compresiones ureterales.

Megheti y Gamba, en su serie de 33 casos, hacen resaltar la frecuencia con que se encuentra dolor referido a la columna y región lumbar. El dolor lumbar se explica por la complicación renal que ya estudiamos, que puede infectarse y dar un cuadro clínico de pielonefritis. El dolor referido a la columna, es dolor de plexo celíaco, por compresión, tironeamiento o irritación nerviosa.

Cuando un tumor penetra en los orificios intervertebrales y comprime las raíces nerviosas, da dolores radiculares en relación con el territorio tomado. Son tumores llamados en reloj de arena; dan dolores con caracteres variables en cuanto a la zona afectada, a la intensidad y a las irradiaciones. Pueden darse dolores en el flanco, en las regiones dorsolumbares, en el sacro, epigastrio, hipogastrio, región umbilical, regiones genitales y miembros inferiores.

En cuanto al tipo e intensidad del dolor: puede observarse fugaces sensaciones iniciales de tensión, de peso, de repleción abdominal poco molestas y dolores de intensidad progresivamente mayor, de tipo gravativo, constrictivo o punzante; continuo o intermitente, apareciendo espontáneamente o en relación con el movimiento del cuerpo o el examen palpatorio.

Parestesias, paresias y atrofas musculares de los miembros inferiores constituyendo un síndrome neurológico, pueden obser-

vase en tumores originados en las formaciones nerviosas de la región o que las engloban secundariamente.

Hesse, citado por Folle y Venturino, ha descrito repercusión en la temperatura cutánea de ambos miembros inferiores cuando hay compromiso unilateral del simpático lumbar: en una primera etapa la excitación da disminución de la temperatura con aumento del reflejo pilomotor y sudoral y en una segunda etapa, por anulación, da aumento de la temperatura.

Los tumores que comprimen la vena ilíaca o la cava pueden dar edema del miembro inferior uni o bilateral.

Los tumores de tipo maligno dan el síndrome general de este tipo de tumores: decaimiento, pérdida de fuerzas, adelgazamiento, depreciación del estado general, anemia y aumento de la velocidad de eritrosedimentación.

Pero muchos tumores retroperitoneales chicos, son hallazgos operatorios. El enfermo es intervenido con un diagnóstico dudoso de un proceso intraperitoneal: apendicular, vesicular, gastroduodenal o genital en la mujer, encontrándose el proceso tumoral retroperitoneal, sea como afección única causante del cuadro clínico, sea como afección concomitante con el proceso por el cual se intervino.

## DIAGNOSTICO RADIOLOGICO

El estudio de los tumores retroperitoneales es clínico-radiológico-histológico. La clínica lo sospecha, la radiología lo confirma y el patólogo lo clasifica.

Se comienza el estudio radiológico con la visualización directa y luego se sigue con los métodos indirectos: visualización contrastada de las vísceras que pueden ser desplazadas por el tumor: estómago, intestino y, sobre todo, aparato urinario; por lo cual es imprescindible la urografía descendente y ascendente en distintas incidencias; el neumorretroperitoneo y en algunos casos el neumoperitoneo, la esplenoportografía, la aortografía y la cavografía.

*La radiografía simple*, puede mostrar la masa tumoral radio-opaca y dejar sospechar desplazamiento de vísceras gastrintestinales por su contenido gaseoso.

Cuando se trata de un tumor quístico, una sombra clara a contorno redondeado, puede ser observada.

La presencia de calcificaciones (neuroblastomas o teratomas) se ve en la radiografía simple.

*La visualización contrastada*, de las vísceras intra y retroperitoneales, mostrará:

- a) la indemnidad patológica de estos órganos;
- b) asegurará la existencia de la neoformación;
- c) topografiará indirectamente el tumor por las desviaciones y compresiones que la masa produce en estos órganos, marcando: su ubicación retroperitoneal, su volumen, sus contornos, su extensión y su relación con los órganos y estructuras anatómicas vecinas, y
- d) permitirá planear las técnicas y tácticas terapéuticas.

*Visualización contrastada de los órganos retroperitoneales.*—  
*El riñón y el uréter*, alojados en el espacio retroperitoneal, son los órganos que más precozmente sufren compresiones, deformaciones, desplazamientos, desviaciones, rotaciones y acodamientos, causados por los tumores desarrollados en la región. De aquí la importancia fundamental de la visualización urográfica en el estudio de los tumores retroperitoneales.

Según Schulte y Emmet en el 72,5 % de los casos se observan repercusiones urinarias en este tipo de tumores.

El riñón sufre desplazamientos y rotaciones que marcan su relación con el tumor y con el lugar del desarrollo topográfico de éste en la región.

Si el tumor está situado sobre el polo superior renal, producirá el descenso y la rotación del órgano, basculando sus polos según sea súperinterno o súperexterno en su localización.

El tumor situado debajo del riñón, desplaza el órgano hacia arriba, basculando el polo inferior generalmente hacia afuera, al mismo tiempo que echa el uréter hacia adentro y adelante (figs. 8 y 74).

Si el tumor es tetrorenal externo, desarrollado en la logia pararenal, desplaza en su crecimiento el riñón y uréter hacia adelante y adentro, pudiendo ser llevados junto con su logia

hacia el lado contralateral, simulando una ectopia cruzada (fig. 12). Pero en todos los casos el uréter estará desplazado o comprimido por una tumoración extrínseca.

En los tumores desarrollados en el espacio retroperitoneal lateral, es llevado hacia adentro y adelante, dando un trayecto curvilíneo a concavidad posterior y externa.

En los tumores del espacio medio, prevertebral, el desplazamiento del uréter es hacia afuera y adelante, formando una curva a concavidad pósterointerna.

El pielograma conserva sus paredes y cálices indemnes, aunque puede haber dilataciones hidronefróticas, desviaciones y deformaciones por compresión extraorgánica en tumores voluminosos. Nunca se observarán las modificaciones intrínsecas que producen los tumores renales.

*Visualización contrastada de vísceras intraperitoneales.*—*El estómago*, puede estar desplazado hacia adelante en los tumores desarrollados en el espacio prevertebral y hacia adelante y la derecha, mostrando una deformación extrínseca de la gran curvatura en los tumores desarrollados en el espacio retroperitoneal izquierdo. De aquí la necesidad de tomas radiográficas en incidencias laterales, frontales y en posiciones intermedias.

*El duodeno*, puede sufrir desplazamientos:

- hacia adelante en los tumores prevertebrales;
- hacia la izquierda y adelante en los tumores retroperitoneales derechos, que movilizan sobre todo la segunda y tercera porciones;
- los tumores retroperitoneales supramesocólicos izquierdos desplazan el ángulo duodenoyuyenal y la cuarta porción del duodeno hacia adelante.

*El colon* sufre desplazamientos en relación con la situación topográfica del tumor.

- Los tumores retroperitoneales que se exteriorizan en la fosa ilíaca derecha y flancos, levantan el ciego y lo llevan hacia adelante junto con el colon ascendente (fig. 10).

- Los tumores del hipocondrio derecho, descienden el ángulo cclohepático y lo proyectan hacia adelante.
- El ángulo cólico izquierdo habitualmente no es desplazado por los tumores retroperitoneales izquierdos. Estos se comportan al igual que los tumores del riñón izquierdo. El sustentaculum lienis, mantiene la fijeza a la pared, en cambio desplazan el descendente hacia adelante siempre y hacia afuera o adentro según el origen del tumor y según su progresión, dando en el perfil una concavidad pósterointerna o pósteroexterna (figs. 3, 5 y 11).

Las tumoraciones retroperitoneales que se enmarcan en el colon, dicen García Capurro y Piaggio Blanco, “producen sobre las *ansas delgadas* una compresión que ellos llaman «en tienda», porque se realiza a través del peritoneo, que resulta decolado en una extensión mayor que la que ocupa el tumor. Las ansas delgadas deslizan fuera de la zona tumoral, sobre el plano inclinado que forma el peritoneo levantado y no acusan signos de compresión directa, pudiendo cambiar su situación con respecto al tumor con los cambios de posición del sujeto”.

*Neumorretroperitoneo.*— Desde que Ruiz Díaz, en 1948, describió su técnica de neumorretroperitoneo, ésta se ha prodigado en el estudio de los tumores abdominales, pero es en el estudio de los tumores retroperitoneales que tiene su indicación más precisa (fig. 15).

Placas tomadas en distintas incidencias permitirán topografiar los tumores en su localización, tamaño y extensión.

*La aortografía y cavografía*, en el estudio de los tumores retroperitoneales pueden ser oportunas para orientar en el diagnóstico en tumores en inmediato contacto con los grandes vasos, lcs que pueden ser desplazados o comprimidos.

*La esplenoportografía*, que han empleado en nuestro medio Rodríguez Juanotena, Pavlotzky y Giuria, puede dar importantes datos de localización (fig. 17).

La elongación y defcirmación a concavidad superior de la vena esplénica, permitió afirmar la localización del tumor en la región prevertebral supramesocólica.



*El neumoperitoneo*, con la técnica aconsejada por Goñi Moreno, introduciendo cuatro o cinco litros de aire, puede ser de utilidad en algunas circunstancias.

Para las tomas radiográficas, se coloca el paciente en posición decúbito ventral, apoyando el tórax y muslos sobre almohadas, de manera que el abdomen quede en el aire. Una radiografía lateral permite ver la proyección del tumor en la imagen clara del gas, quedando separada de las vísceras intra-abdominales que se hallan contra la pared abdominal anterior.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El tumor retroperitoneal es un tumor abdominal; por lo tanto, el diagnóstico diferencial se plantea con las tumefacciones y tumores abdominales intra y retroperitoneales.

Los tumores retroperitoneales laterales, son tumores de los hipocondrios, flancos o fosas ilíacas con los caracteres positivos ya enunciados.

### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON LAS TUMEFACCIONES DEL HIPOCONDRIO Y FLANCO DERECHOS

Dos son los órganos principales alojados normalmente en el hipocondrio derecho; el hígado y sus anexos en el sector peritoneal y el riñón en el retroperitoneo.

Las tumoraciones de una y otra vísceras, hacen su crecimiento hacia abajo, invadiendo y exteriorizándose en el flanco.

Para diagnosticar clínicamente el asiento topográfico de un tumor de esta región se debe ubicar siempre el borde anterior del hígado.

Normalmente oculto por el reborde costal hacia afuera, sólo es perceptible en el epigastrio. Cuando hay una tumefacción hepática o vesicular, siguiendo este borde de dentro a afuera se encontrará la tumefacción deformando el borde del hígado.

*Las tumefacciones hepatovesiculares* siguen los movimientos de descenso y ascenso de los tiempos de la respiración, la relación inmediata de la cara superior del hígado con el centro frénico, lo explican.

Son tumefacciones anteriores con contacto inmediato con la pared abdominal anterior. Si la tumefacción es muy voluminosa puede la palpación bimanual hacerla percibir en la pared lumbar, pero éste será un contacto mediato y forzado por la mano anterior que lleva el tumor hacia la región posterior. Estas tumefacciones intraperitoneales, toman contacto mediato con la parte más externa y lateral de la región lumbar, pero nunca en la zona interna de la región (Surraco).

*Las tumefacciones renales.*— Presentan como signo característico el contacto lumbar inmediato. Su íntima relación con el plano muscular de la región lumbar, permite se perciban a la menor depresión de la pared, sin necesidad de la palpación bimanual. Esa sensación es máxima en el ángulo costolumbar.

La palpación muestra que se trata de un tumor del hipocondrio que en su aumento invade el flanco y que es de localización posterior en la región. Tiene movilidad, descendiendo muy lentamente al principio de la inspiración para acentuar este descenso al final de este acto y, al retroceder por la espiración, lo hace en las mismas condiciones.

La relación del riñón con los pilares del diafragma explica el movimiento renal con estos caracteres.

Se puede palpar el borde hepático normal por delante de la tumefacción y sin continuidad con ella.

El peloteo renal es propio de las tumefacciones de este órgano, pero para que se pueda comprobar tiene que ser una tumefacción móvil y no de gran volumen.

Las tumefacciones alojadas en el retroperitoneo permiten, a la palpación, introducir la mano entre éstas y el borde del hígado.

LOS TUMORES RETROPERITONEALES IZQUIERDOS  
DEBEN DIFERENCIARSE DE LAS TUMEFACCIONES  
DE LA LOGIA ESPLENICA

*El bazo* normalmente no es palpado en el hipocondrio, pero cuando hay una esplenomegalia, se presenta clínicamente como una tumefacción del hipocondrio izquierdo descendiendo al flanco, con caracteres inconfundibles:

- 1º) Se palpan las escotaduras de su borde anterior.

- 2º) El íntimo contacto con la parrilla costal no permite insinuar la mano debajo del reborde, que a menudo se observa desplazado hacia fuera y adelante.
- 3º) A la percusión, la tumefacción tiene una matidez que se extiende hacia el tórax, pero está rodeada de tres sonoridades distintas: hacia arriba, la sonoridad pulmonar; hacia adentro, la sonoridad timpánica gástrica del Traube y, hacia abajo, la sonoridad cólica del transverso.
- 4º) Es móvil, siguiendo ampliamente los movimientos de inspiración y espiración del diafragma.
- 5º) La radiografía contrastada del colon, muestra descendido el ángulo izquierdo.

El carácter de tumefacciones que se desplazan con la respiración es común a las tumefacciones hepáticas, vesiculares, esplénicas y renales; en cambio, los tumores retroperitoneales primitivos no son móviles con la respiración.

*Los tumores de la cola del páncreas son profundos, pueden contactar con la pared lumbar, pero no siguen los movimientos respiratorios, signo que los diferencia de las tumefacciones renales.*

*Los tumores del ángulo derecho del colon y del cecocolon ascendente.*

- 1g) Son tumefacciones fijas, no se mueven con la respiración.
- 2º) Se pueden independizar del reborde costal y del hígado.
- 3º) Tienen límites irregulares que se extienden a veces hasta la línea media siguiendo la pared del colon transverso y hacia el flanco derecho siguiendo el ascendente.
- 4º) Son móviles, transversalmente, al examen palpatorio.
- 5º) Tienen un cuadro funcional de irritación cólica o presentan crisis suboclusivas.
- 6º) Hay presencia de sangre en las materias.
- 7º) Son tumefacciones anteriores que se perciben a la palpación abdominal.
- 8º) El estudio radiológico contrastado, proporciona signos inconfundibles de localización y etiología.

LOS TUMORES RETROPERITONEALES PRIMITIVOS  
PLANTEAN DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES  
PRINCIPALMENTE CON LAS TUMEFACCIONES  
DESARROLLADAS EN ESA REGION

Estas pueden ser viscerales o no viscerales.

1º) *Con tumefacciones viscerales*

Hecho el diagnóstico de tumefacción retroperitoneal, el primer diagnóstico a dilucidar será: ¿es o no una tumefacción renal?

Expusimos ya los caracteres positivos habituales de las tumefacciones renales desarrolladas en órganos normalmente situados.

Estudiaremos a continuación los caracteres de los riñones anormalmente situados.

A) *Riñones anormalmente situados.*

Puede un riñón no estar alojado en la región que le corresponde:

1) Porque nunca estuvo en esa situación: riñón ectópico lumbar, lumboiliaco o riñón ectópico cruzado.

Llamamos a éstos: *riñones primitivamente mal situados.*

En estos casos, el defecto embriológico de ascenso es concomitante con defectos de rotación y a menudo de malformaciones en su forma y tamaño. Se percibirá una masa sin movimientos a la respiración, con fijeza al plano posterior y sin la forma inconfundible del riñón.

El estudio urográfico hace el diagnóstico. En otros casos un riñón no está alojado en la región que le corresponde:

2) Porque ha perdido su alojamiento lumbar.

Llamamos a éstos: *riñones secundariamente mal situados.*

En estos casos debe investigarse: a) si se trata de un riñón descendido simple, o b) si se trata de un riñón desplazado por un tumor situado por encima de su polo superior que en su crecimiento desaloja a la víscera de su logia, haciéndola percibir en la palpación del hipocondrio y flanco.

El estudio urográfico dará la respuesta.

B) *Caracteres clínicos de las tumefacciones y tumores desarrollados en riñones normalmente situados. Tumefacciones.*

*Hidronefrosis.*— Son tumefacciones con los caracteres positivos de las tumefacciones renales: contacto lumbar inmediato, móviles a la respiración; pero que tienen consistencia elástica, renitente sobre el lado interno, pudiendo encontrarse una consistencia mayor del lado externo que corresponde a parte del parénquima conservado.

El estudio urográfico descendente, muestra disminución o anulación funcional. El uréteropielograma retrógrado, evidenciará el diagnóstico.

*Quiste hidático renal.*— Presenta caracteres de tumefacción renal, de comienzo insidioso y evolución lenta asintomática, antes de percibirse al examen clínico.

Es generalmente una tumefacción polar, menos frecuentemente toma la región media del riñón.

Es una tumefacción regular, redondeada, renitente e indolora.

El quiste cerrado a veces es poco visible en el estudio radiográfico, mostrándose con un contorno circunferencial bien regular. Puede estar calcificado, en cuyo caso resalta su presencia en la radiografía simple, topografiándolo en la viscera, las tomas urográficas (fig. 4).

El quiste hidático abierto en un cáliz, presenta al estudio urográfico que lo objetiva, signos patognomónicos que Surraco ha descrito (signo del creciente, de la copa de champagne, del racimo).

*El riñón poliquístico.*— Afección caracterizada por su bilateralidad, da a la palpación dos grandes tumefacciones que ocupan las dos regiones renales, de consistencia renitente y a múltiples abollonaduras redondeadas, regulares, dentro de la tumefacción, que corresponden a los incontables quistes que la constituyen.

La urografía muestra pielogramas con eje longitudinal de la pelvis, con multiplicidad de cálices secundarios e irregularidad polilobulada en el contorno del riñón.

*El quiste simple intrarrenal.*— Se traduce clínicamente como una tumefacción renal: redondeada, renitente, indolora, que puede dar hematurias de poca intensidad.



Fig. 4.—Quiste calcificado en riñón izquierdo.

Los quistes del polo superior dan descenso renal, pudiendo palparse el polo inferior del órgano, pero no dan tumefacción (Quimby y Bright).

Se observa a menudo en la radiografía simple un contorno circunferencial sobre la sombra del parénquima renal que ha sido comparado por J. B. Castiglioni con un eclipse, por la superposición de dos circunferencias: la del quiste y la del polo renal.

La urografía puede mostrar separación, pero nunca habrá amputación y elongamiento de cálices renales.

*Los neoplasmas del riñón.*—Clínicamente tienen los caracteres ya descritos que los definen topográficamente, presentando signos semiológicos propios que hacen sospechar la naturaleza de la lesión.

El volumen es esencialmente variable. Pequeño al comienzo de su desarrollo, es difícilmente perceptible, dependiendo mucho de la contextura física del enfermo la posibilidad de su hallazgo. Si asienta en el polo superior, pasa absolutamente des-

apercibido. A veces se encuentra una irregularidad en el polo inferior, pero generalmente se recoge sólo la sensación de que el riñón está un poco aumentado. Más tarde el órgano puede adquirir un volumen tal, que la exploración lo atestigüe sin lugar a dudas y entonces se puede encontrar: un aumento de volumen uniforme del órgano que ha conservado su forma regular (tumores centrales) o un tumor irregular, abollonado, firme y duro.

*La hematuria* macroscópica, en el adulto, es el síntoma más importante con que se revelan los blastomas renales, existe en el 80 % de los casos. Es síntoma revelador, pero casi siempre tardío.

Tiene los caracteres de la hematuria renal; es total, precedida de vaga sensación de pesadez lumbar; es diurna o nocturna, sin relación con el reposo o el movimiento. Es espontánea, su aparición y desaparición son imprevisibles. A menudo es abundante, pero no es considerable y nunca pone en peligro la vida del enfermo por anemia aguda.

En los tumores retroperitoneales no existe la hematuria como síntoma propio del tumor, sólo puede verse por infiltración del aparato urinario o en la hidronefrosis secundaria de la compresión ureteral, pero siempre es una hematuria pequeña.

*El dolor* en el cáncer del riñón no constituye más que un síntoma secundario. Es debido a la congestión del órgano: moderado, sordo.

*El varicocele sintomático* descrito por muchos autores como causado por compresión de la espermática, ya fue atribuido por nosotros al proceso de flebotrombosis neoplásica, que al invadir la vena renal izquierda obstruye la desembocadura de la vena espermática.

Puede propagarse a contracorriente por la pared de esta vena hasta el canal inguinal, como lo hemos observado en dos ocasiones.

Es signo no sólo de blastoma renal, sino de propagación del tumor por la pared venosa.

*Signos radiológicos.*— La radiografía simple no da datos precisos, puede indicar sólo un aumento de volumen y a veces un contorno irregular del órgano.

La urografía muestra una serie de modificaciones que permiten un diagnóstico positivo: alargamiento con separación de cálices, rigidez de las paredes de éstos; amputación y desaparición de cálices, supresión o irregularidad del bacinete.

*Los tumores de la glándula suprarrenal.*—En ciertos casos la sintomatología que acompaña a la tumoración es lo suficientemente característica para poder decir que un tumor retroperitoneal es de origen suprarrenal.

En los tumores de la medular se observan crisis de hipertensión.

En los tumores de la corteza puede haber síndrome de hiper genitalismo, pero hay tumores suprarrenales corticales asintomáticos.

Los caracteres semiológicos de los tumores suprarrenales varían con el tamaño. Los pequeños tumores pasan desapercibidos, pero los grandes, si bien difícilmente, pueden ser palpables.

Desarrollados entre el riñón y el diafragma, dan repercusión sobre estos órganos: provocan descenso del riñón que será palpado en el flanco y sobre el diafragma dan: levantamiento, inmovilización, dolores frénicos y en la base del tórax.

El neumorretroperitoneo tomando radiografías en distintas incidencias, combinado con estudios tomográficos puede permitir su objetivación y localización.

La aortografía puede dar signos importantes de presunción.

## 2º) *Con tumefacciones no viscerales*

*El hematoma retroperitoneal* unas veces es secundario a traumatismos que producen: ruptura del riñón, de la suprarrenal o del raquis. Otras veces se trata de hematomas espontáneos por rupturas de aneurisma, de vasos renales en periarteritis nudosa o por diátesis hemorrágica. Puede estar situado dentro de la logia renal si la causa originaria es renal y las paredes de la celda resisten. Si es de causa aórtica, por ruptura de los vasos espermáticos o por fractura del ala ilíaca el derrame hemático se hace en la logia pararenal.

En todos los casos, sean traumáticos o espontáneos existe un dolor lumbar intenso, acompañando a la tumefacción y a signos de hemorragia interna.



Puede haber hematomas retroperitoneales menos intensos y ruidosos, que, al detenerse la hemorragia, se organicen o se enquisten dejando una tumefacción limitada en la región. Estas formas, en la anamnesis, presentan siempre un episodio doloroso agudo o subagudo.

*El absceso osifluente* de origen vertebral, sea tuberculoso o hidático, da tumefacción elástica, fluctuante, no bien limitada.

La radiografía de columna dorsolumbar muestra la lesión vertebral originaria.

*El quiste hidático retroperitoneal*, poco frecuente en la región; por su forma globulosa, superficie regular y consistencia elástica, renitente, es difícil de diferenciar con los tumores quísticos de origen wolffiano o mülleriano. Las reacciones biológicas: Weinberg, Casoni y la hipereosinofilia orientarán en el diagnóstico.

#### LOS TUMORES RETROPERITONEALES DEL ESPACIO MEDIO O PREVERTEBRAL

Plantean diagnósticos diferenciales con las tumefacciones de los órganos y vísceras situados en las regiones medianas del abdomen.

*De las tumefacciones del páncreas* cabría destacar, fundamentalmente, las neoformaciones del cuerpo, los procesos inflamatorios crónicos tumorales a ese nivel, los hematomas, quistes y pseudoquistes. El diagnóstico diferencial, a veces sencillo, puede, en algunos casos, ofrecer dificultades mayores. Se tendrá en cuenta en su realización: los antecedentes, preponderancia de algunas manifestaciones clínicas y los métodos auxiliares del diagnóstico clínico.

*Los aneurismas de la aorta* aparecen sobre todo en la región epigástrica y menos frecuentemente en la región umbilical.

El síntoma predominante es el dolor; es continuo o paroxístico, pudiendo ser confundido con los síndromes abdominales dolorosos.

La palpación muestra una masa irregular localizada en la parte izquierda de la región epigástrica o umbilical, pulsátil y dolorosa a la presión.

La radiología permite un diagnóstico positivo.

*Las tumefacciones ganglionares retroperitoneales* pueden ser tumefacciones en afecciones sistémicas: linfogranuloma de Hodgkin, linfosarcoma, o leucosis. Pueden ser tumefacciones ganglionares secundarias: metástasis de tumores pelvianos o genitales.

Se debe buscar siempre tumoraciones en otros territorios ganglionares y hacer un hemograma cuidadoso, punción ganglionar, punción esternal y biopsia. para establecer un diagnóstico preciso.

Pensar siempre en la adenopatía secundaria al tumor del testículo y por esto, examinar los órganos alojados en la bolsa, buscando la posible afección neoplásica primitiva.

La riqueza ganglionar de la región prevertebral que estudiamos en el capítulo correspondiente (fig. 3), permite distinguir un grupo situado alto, que al hacerse tumoral se exterioriza en el epigastrio, predominantemente a izquierda; tumoración irregular, dura, abollonada de volumen variable.

Las tumoraciones más bajas se palpan en la región umbilical, más medianas, extendidas hacia ambos lados, siguiendo el trayecto de los vasos ilíacos; menos voluminosas, pero con caracteres similares.

Los tumores ganglionares altos, palpables en la región epigástrica, echan el duodenopáncreas hacia adelante, lo que puede objetivarse radiográficamente en una placa de perfil duodenal contrastada.

*Los tumores del mesenterio* se presentan como una masa irregular. Pueden tener un volumen apreciable, de consistencia dura en el tipo sólido y elástica en las tumefacciones quísticas. Inmóviles con la respiración, pueden ser desplazados a la palpación, sobre todo en sentido transversal.

Las tumefacciones de la raíz del mesenterio se diferencian más difícilmente de los tumores retroperitoneales por ser más fijas.

## EVOLUCION Y PRONOSTICO

El capítulo de "Tumores retroperitoneales primitivos", está constituido por un conjunto de tumores heterogéneos, lo cual no permite establecer una evolución y un pronóstico uniforme que se pueda aplicar a todos ellos.

La evolución lenta es característica de los tipos histológicamente benignos, mientras que las formas malignas pueden conducir en breve plazo a crecimientos infiltrantes y difusiones metastásicas.

Por lo tanto el pronóstico dependerá:

- 1) De la calidad anatomopatológica del tumor.
- 2) Por la dificultad del diagnóstico, al desarrollarse en un territorio difícilmente abordable clínicamente; de la precocidad del tratamiento. La extirpación precoz de un tumor pequeño presentará un pronóstico mejor que la extirpación tardía de un tumor histológicamente similar.
- 3) De lo que se pudo hacer en la intervención quirúrgica.

La extirpación macroscópicamente completa, implicará un pronóstico más favorable que, obvio es decirlo, la extirpación incompleta que no se ha podido realizar por razones de infiltraciones difusas de vísceras regionales o por el gran volumen del tumor.

Estos tumores, en general, recidivan si no se hace una extirpación completa, aunque presenten signos de poca malignidad.

Se debe tener en cuenta que tumores de tipo benigno incompletamente extirpados, recidivan y pueden adquirir un grado de malignidad metastásica.

- 4) Por lo tanto, se deduce que el pronóstico es individual en cada situación y en cada caso, no dependiendo solamente de los caracteres biológicos del tumor.

## TRATAMIENTO QUIRURGICO

El tratamiento de los tumores retroperitoneales primitivos es quirúrgico.

La extirpación completa, en lo posible, debe ser efectuada.

El tratamiento radioterápico, que tratará a continuación el Dr. Raúl Leborgne y las modernas drogas citostáticas anticancerosas, son coadyuvantes de la cirugía. Sólo la sustituirán en

los casos en que la extensión, la localización del tumor o las condiciones del enfermo imposibiliten la operación radical, Pueden asociarse como tratamientos complementarios a la cirugía.

Si las condiciones generales del enfermo son satisfactorias, la ablación debe ser efectuada en todos los tumores, sean benignos o malignos, lo más precozmente posible.

Debe ser radical por la tendencia a la recidiva que presentan estos tumores, aun los que son histológicamente benignos, si no son completamente extirpados.

En tumores muy desarrollados, que invaden vísceras de la región o de las regiones vecinas, la extirpación completa puede ser imposible. En estos casos, aunque sea incompleta, la intervención debe realizarse con objeto de eliminar compresiones que trastornan el buen funcionamiento de órganos vecinos y para que el tratamiento radioterápico a que se someterá posteriormente, sea más efectivo al tener que actuar sobre un menor volumen tumoral.

Es aconsejable la intervención aun con objeto de poder obtener una toma para biopsias, cuyo estudio podrá orientar en el tratamiento actínico a realizar, si no es posible plantear la extirpación por la presencia de metástasis a distancia.

#### ABORDAJE

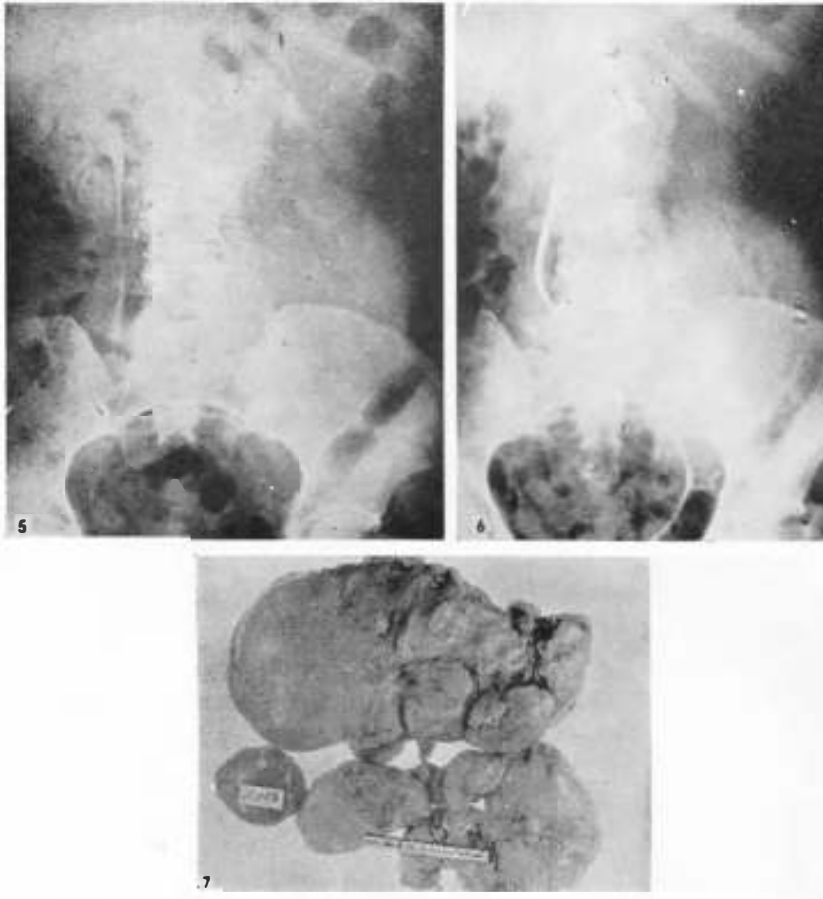
Para poder efectuar la resección de un tumor retroperitoneal, se debe emplear una amplia vía de abordaje. La profundidad de origen, las adherencias y la posible invasión de órganos y vísceras de vecindad, obliga a tener libre un campo quirúrgico que permita la extirpación completa, teniendo a la vista las formaciones circunvecinas.

Si el abordaje es adecuado, será posible corregir los incidentes que pueden presentarse al lesionar órganos o estructuras de la región al liberar adherencias durante la operación.

Pueden desgarrarse lateralmente gruesos troncos venosos, lo que obligará a la sutura correspondiente.

La lesión de pedículos vasculares intestinales determinará conductas de emergencia.

La lesión de la pared duodenal posterior, del colon o de otra víscera vecina, debe ser resuelta en el momento operatorio.



**Fig. 5.**—Urografía descendente. Riñón y uréter izquierdos desplazados hacia la línea media. Colon descendente echado hacia afuera y adelante.

**Fig. 6.**—Urétropielografía retrógrada izquierda.

**Fig. 7.**—Fotografía de la pieza. 35 × 30 × 25 cms. Lipoma retroperitoneal izquierdo. Peso, 2kg.500.

En algunos casos es necesario efectuar una nefrectomía por la invasión de este órgano o de su pedículo por el tumor. Alguna vez la esplenectomía debió realizarse por lesión de este órgano.

Se explica la necesidad de un amplio campo quirúrgico en el tratamiento de todo tumor retroperitoneal.



Fig. 8.—Mixoma retroperitoneal derecho. Levantamiento del riñón derecho basculando el polo inferior hacia afuera. Uréter desplazado hacia adentro.

Fig. 9.—Se observa la saliencia lumbar del mixoma. El riñón y uréter desplazados hacia adelante.

Fig. 10.—Ciego y colon ascendente desplazados hacia adentro y arriba.

*La vía de abordaje* dependerá de la localización del tumor, según se topografíe en las logias laterales o en la logia prevertebral.

Los tumores situados en la logia media, serán abordados siempre por vía anterior transperitoneal.

Los tumores situados en las logias laterales pueden ser abordados: por vía transperitoneal o extraperitoneal. En tumores a localización alta, cuyo abordaje es dificultado por la parrilla costal del hipocondrio, se empleará la vía tóracoabdominal.

La lumbotomía ensanchada, con resección costal y si es necesario ampliada hacia el flanco hasta la línea media, con sección de la vaina del recto anterior, permite un abordaje extraperitoneal en los tumores desarrollados en la parte ínferoexterna de la logia pararenal.

*La incisión* será adecuada al abordaje y a las preferencias del cirujano.

## CASUISTICA

**OBSERVACION I.**—E. N. de D. 25-III-1960. 56 años. Tumor de hipocondrio, flanco y fosa ilíaca izquierda (figs. 5, 6 y 7).

**Operación.**—Extirpación del tumor encapsulado. **Lipoma retroperitoneal pararenal.**

Informe anatomopatológico (Postal Central M. S. P. Jefe: Dr. A. Matteo): Lipoma; peso, 2kg.500.

**OBSERVACION II.**—L. P. 18-VIII-1949. 61 años. Enorme tumor que llena: hipocondrio, flanco y fosa ilíaca derecha, saliendo en región lumbar y en triángulo de Scarpa (figs. 8, 9 y 10).

**Operación.**—Extirpación incompleta por adherencias intensas al diafragma y cara posterior del hígado. Sale abundantísimo mucus. Queda fistula lumbar por donde persiste secreción mucosa. Se sigue durante cuatro años, dejando de vernos posteriormente. **Mixoma retroperitoneal derecho.**

Informe anatomopatológico: Mixoma.

**OBSERVACION III.**—L. F. de S. 16-VII-1960. 28 años. Enferma del Dr. P. Ibarra. Tumor renitente, redondeado de flanco y fosa ilíaca izquierda (fig. 11).

**Operación.**—Tumor quístico que se extirpa entero. **Tumor quístico de tipo wolfiano.**



Fig. 11.—Se observa el tumor redondeado y el desplazamiento hacia adentro y adelante del colon descendente. El riñón conserva su lugar normal.

**OBSERVACION IV.**—J. G. 6-IX-1951. 59 años. Enferma del Dr. J. B. Castiglioni. Tumor retroperitoneal de hipocondrio, flanco y fosa ilíaca derecha (figs. 12 y 13).

**Operación.**—Extirpación completa de tumor sólido con partes quísticas, que desplaza al riñón en su logia hacia el lado izquierdo. Hecha la extirpación, el riñón vuelve a su posición normal.

No hay estudio anatomopatológico.

Esta enferma es vista recientemente y se le hace la urografía de control (fig. 13).

**OBSERVACION V.**—S. P. 4-IV-1955. 48 años. Observación del Dr. J. Lockhart. Tumor quístico retroperitoneal de flanco derecho (fig. 14).

**Operación.**—Se extirpa un tumor quístico situado en la logia pararenal derecha que levanta el riñón y echa el polo inferior hacia afuera. Tumor quístico de origen wolffiano.



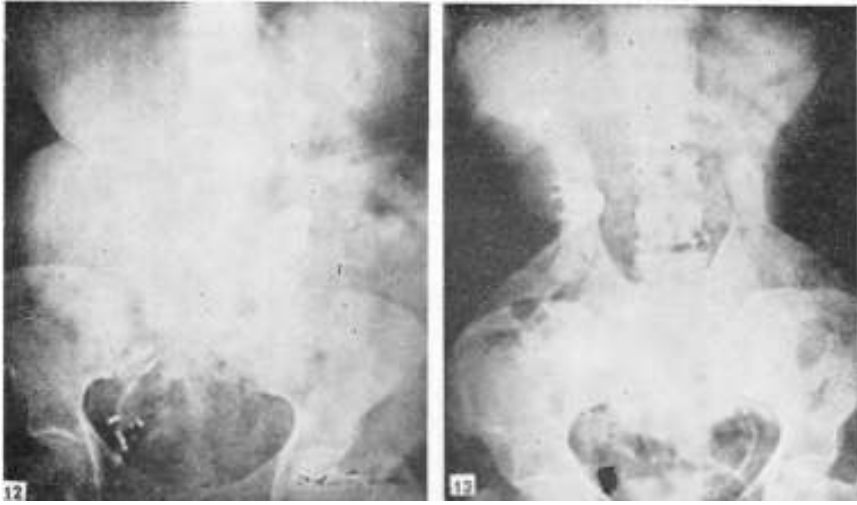


Fig. 12.— El tumor desplaza el riñen hacia el lado izquierdo simulando una ectopia renal cruzada.

Fig. 13.— Luego de la extirpación del tumor, el riñón ocupa su posición normal.



Fig. 14.— El tumor lleva el riñon hacia arriba y desplaza el polo inferior renal hacia afuera.

**OBSERVACION VI.**—J. L. 3-V-1953. 35 años. Tumor sólido retroperitoneal del flanco derecho (fig. 15).

**Operación.**—Se aborda el tumor, que resulta inextirpable por las adherencias e infiltración en los planos posteriores. Muy adherido a la vena cava. Se hace biopsia: sarcoma a células fusiformes.



Fig. 15. - Neumorretroperitoneo. El tumor lleva el riñón derecho hacia arriba y adentro.

**OBSERVACION VII.**—M. D. de F. 4-IV-1958. 37 años. Observación de los Dres. H. Delgado y D. Mendoza. Ingresó al Servicio del Prof. Palma con cuadro doloroso abdominal, iniciado cinco días antes en forma aguda, en epigastrio irradiado a todo el abdomen. Náuseas, lipotimias, distensión abdominal, diarrea. Operada con diagnóstico de quiste torcido del ovario.

**Operación.**—Tumoración quística retroperitoneal derecha ovoidea de 15 centímetros en su diámetro vertical, que emerge entre el colon ascendente y el mesenterio. Extirpación completa. Linfangioma quístico retroperitoneal (fig. 16).

**OBSERVACION VIII.**—P. T. D. 13-XI-1958. 42 años. Observación de los Dres. J. Rodríguez Juanotena, M. Pavlotzky y F. Giuria. Ingresó al Hospital de Clínicas por tumor de epigastrio e hipocondrio izquierdo, fijo en la respiración. Se hace esplenopografía que permite localizar el tumor en la logia prevertebral (figs. 17 y 18). Paraganglioma encapsulado no funcionante.



Fig. 16. — Linfangioma quístico retroperitoneal.



Fig. 17.— Esplenografía. Alargamiento y ensanchamiento de la vena esplénica; desplazada formando una concavidad súperointerna que enmarca el tumor por abajo y afuera.  
 Fig. 18.— Paraganglioma no cromafínico.

**OBSERVACION IX.**—C. R. de G. 12-V-1956. 41 años. Observación de los Dres. J. A. Folle y W. Venturino. Ingresa a la Clínica del Dr. Larghero con dolores en fosa ilíaca derecha desde siete años atrás. En los últimos meses, tumor en flanco derecho.

**Operación.**—Extirpación intracapsular del tumor, situado entre la vena cava y el polo inferior del riñón; alta en buenas condiciones.

**Anatomía patológica** (Dr. Folle): **Fibrosarcoma diferenciado.** Encapsulado, con numerosas fibras colágenas en las capas periféricas y sarcoma fusocelular en región central.

**OBSERVACION X.**—A. V. V. 30-III-1954. 46 años. Observación de los Dres. J. A. Folle, W. Venturino y M. Grolero. Tumoración epigástrica, umbilical e hipocondrio izquierdo.

**Operación.**—Extirpación completa del tumor de 5kg.500 de peso.

**Anatomía patológica** (Dr. Folle): **Liposarcoma diferenciado.**

**OBSERVACION XI.**—I. O. T. 6-XI-1951. 70 años. Observación de los Dres. J. A. Folle y W. Venturino. Tumor de epigastrio e hipocondrio izquierdo inoperable. Fallece. Autopsia.

**Anatomía patológica** (Dr. Folle): **Sarcoma indiferenciado anaplásico** con células polimorfas y monstruosas con focos hemorrágicos y necróticos.

**OBSERVACION XII.**—J. P. 7-VIII-1961. 40 años. Observación de los Dres. B. Asiner y H. Schenone. Dolor lumbar derecho. Tumefacción de fosa ilíaca derecha e hipogastrio. Urografía descendente: agenesia renal derecha. Se observan calcificaciones al nivel del tumor.

**Operación.**—Extirpación completa de un tumor encapsulado de 95 grs. de peso de  $10 \times 7 \times 5$  cms., de superficie lobulada.

**Anatomía patológica:** Tumor epiteliomatoso con formaciones quísticas y calcificaciones de origen wolffiano.

**OBSERVACION XIII.**—J. L. T. 3-V-1958. 6 años. Observación del Dr. R. Yannicelli. Ingresa por tumor de hipocondrio, flanco izquierdo y epigastrio. Anemia, astenia, adelgazamiento.

**Operación.**—Tumor retroperitoneal inextirpable.

Biopsia del tumor y ganglios: **neuroblastoma.**

Radioterapia. Fallece a los dos meses.

**OBSERVACION XIV.**—R. L. 1º-IV-1959. 7 años. Observación del doctor R. Yannicelli. Tumor de hipocondrio y flanco izquierdo. Neumorretroperitoneo: tumor con calcificaciones.

**Operación.**—Tumor retroperitoneal inextirpable.

Biopsia del tumor y ganglios: **simpaticoblastoma.**

Radioterapia. Fallece un mes después.

**OBSERVACION XV.**—E. L. 12-VII-1960. 9 años. Observación del doctor F. Rosa. Enfermedad febril desde dos meses y medio. Diarreas crónicas. Insuficiencia cardíaca, anemia. Luego hizo ictericia. Hepato y esplenomegalia.

**Operación.**—Tumor retroperitoneal exteriorizándose en la retrocavidad de los epíplones. Inextirpables. **Sarcoma polimorfo y gigantocelular.**

**OBSERVACION XVI.**—J. S. 24-IV-1952. 3 ½ años. Observación del Dr. J. E. Cendán. Tumor del flanco y fosa lumbar izquierda a crecimiento rápido, fijo, polilobulado, sólido. Rechaza las vísceras abdominales hacia el lado derecho.

Punción de la tumoración (Dr. Paseyro): Grandes células atípicas redondas y piriformes. No se observan elementos citológicos de linfosarcoma ni de otra afección ganglionar.

Creemos que se trate de un **simpátioblastoma**.

**Operación.**—Se extirpa tumor alargado, polilobulado, de 20 × 10 cms., totalmente encapsulado.

Por vía extracapsular se llega fácilmente por dentro hasta la aorta que está inerustada en el tumor, que la desborda por detrás y especialmente por delante. Se localiza y libera la arteria mesentérica inferior, hasta su origen y luego se cliva entre tumor y aorta que no le adhiere, pero de la que parten numerosos vasitos que van al tumor, que no da la impresión de gran vascularización. Se ligan así numerosos de estos vasos, algunos por vía intracapsular por ser imposible de otro modo. Se prosigue el clivaje, diseccionando cuidadosa y minuciosamente, y finalmente queda una adherencia muy firme, fibrosa, al cuerpo de la 3ª L., que se secciona. Se libera por disección roma desde atrás, y finalmente se extrae el tumor que está libre en sus polos superior y pelviano, seccionando en parte inserciones de psoas y algunos ramos nerviosos del plexo lumbar. Se completa la hemostasis. El uréter y el riñón prácticamente no fueron vistos, arrastrados por el tumor contra el peritoneo, y desplazados junto con el colon.

## BIBLIOGRAFIA NACIONAL

- BOSCH DEL MARCO, L. M.—“Bol. Soc. Cirug. del Uruguay”, 28: 296; 1957.  
DELGADO PEREYRA, H. y MENDOZA, D.—“Bol. Soc. Cirug. del Uruguay”, 30: 182; 1959.  
FOLLE, J. A. y VENTURINO, W.—“Bol. Soc. Cirug. del Uruguay”, 28: 278; 1957.  
LOCKHART, J.—“Bol. Soc. Cirug. del Uruguay”, 28: 303; 1957.  
MENDOZA, D. y VIOLA, J. C.—“Bol. Soc. Cirug. del Uruguay”, 30: 76; 1959.  
PIQUINELA, J. A.—“Bol. Soc. Cirug. del Uruguay”, 28: 294; 1957.  
PRAT, D.; CASTIGLIONI, H. y BARBEROUSSE, C.—“Bol. Soc. Cirug. del Uruguay”, 4: 169; 1933.  
RODRIGUEZ JUANOTENA, J.; PAVLOTZKY, M. y GIURIA, F.—“Bol. Soc. Cirug. del Uruguay”, 1960.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. ACKERMAN, L. V.—Tumors of the retroperitoneum, mesentery and peritoneum. In: "Atlas of tumor Pathology". Arm. Forces Inst. Path., VI; fasc. 23 and 24. Washington, 1954.
2. ALBARRAN, J. et IMBERT, L.—"Les tumeurs du Rein". Masson. Paris, 1903.
3. BARCAT, J.—Les tumeurs retroperitoneales dites paranephretiques. "Presse Méd.", 64: 833; 1956.
4. CARTER, R. F.; DE CHOLNKY, T. and MARKMAN, H. D.—Retroperitoneal multilobular chylangiome cyst with calcification; report of a case. "Am. J. Surg.", 52: 338; 1941.
5. "VI Congreso Argentino de Urología". Mesa Redonda. Rosario, Santa Fe, tomo II, 1960.t
6. DARGEON, H. W.—"Tumors of Childhood", 1960.
7. DE WEERD, J. H. and DOCKEETY, M. B.—Lipomatous retroperitoneal tumors. "Am. J. Surg.", 84: 397; 1952.
8. DONHAUSER, J. L. and BIGELOW, N. H.—Primary retroperitoneal tumors. "Arch. Surg.", 71: 234; 1955.
9. DONNELLY, B. A.—Primary retroperitoneal tumors. Report of 95 cases and review of literature. "Surg. Gyn. Obs.", 83: 705; 1946.
10. FEVRE, M. et HUGENIN, R.—"Malformations Tumorales et Tumeurs de l'Enfant", 1954.
11. GARCIA CAPURRO, F. y PIAGGIO BLANCO, R.—"Semiología clínico-radiológica de las tumoraciones del abdomen". Espasa-Calpe. Buenos Aires, 1946.
12. GROSS, R.—"The Surgery of Infancy and Childhood", 1953.
13. HINMAN, F.—"Principles and Practice of Urology". Saunders. Philadelphia, 1935.
14. HOCH, G. F.—Retroperitoneal Tumors. "J. Urol.", 51: 128; 1944.
15. JOHNSON, A. H.; SEALS, H. and GRIMES. Primary retroperitoneal Tumors. "Am. J. Surg.", 88: 155; 1954.
16. KRAUS, L. W. and STRAUS.—Retroperitoneal cyst arising in persistent Metanephros with congenital absence of right Kidney and ureter. "J. Urol.", 34: 97; 1935.
17. LANDES, R. R. and RANSOM, C. L.—Müllerian duct cyst. "J. Urol.", 61: 1089; 1949.
18. LEAKE, R. and WAYMAN, T. B.—Retroperitoneal encysted hematomas. "J. Urol.", 68: 69; 1952.
19. LECENE, M. P.—"Les Tumeurs solides paranephretiques". Relato XXVIII Congres Français de Chir. Paris, 1919.
20. LLOYD, F. A. and BONNET, D.—Müllerian duct cyst. "J. Urol.", 64: 777; 1950.
21. MICHANS, J. R.—"Tumores retroperitoneales". Relato XXIV Congreso Argentino de Cirugía. Buenos Aires, 1953.

22. PACK, G. T. and TABAH, E. J.—Primary Retroperitoneal Tumors. A study of 120 cases. Parte 1ª. "Int. Abst. of Surg.", 99: 209; 1954. Parte 2ª. "Int. Abst. of Surg.", 99: 313; 1954.
23. PELLEGRINI, G. F. e CARAFFA.—Los tumores retroperitoneales. "Mिनerva Médica". Milán, 1960.
24. PINTO, V. C.; MATTOS, A. G.; PIMENTA, E.; MORAES, R. V. and ALTENFELDER.—Retroperitoneal myxolipoma; report of a case in a child seven years old. "Pediatrics", 14: 11; 1954.
25. POTTS, W. J.—"The Surgeon and the child", 1959.
26. RIVAROLA, J. E.—Tumores de abdomen en el niño. "XIV Jornadas Pediátricas Rioplatense", 1957.
- SACCONI, R.—"Nefroblastoma (tumores de Wilms)". Tesis para Profesor Adjunto de Cirugía Infantil. Montevideo, 1959.
- SALMON, M.; P. AYAÑ H.; AUBRESPY, P.; SEDAT, P. et LEGRE, G. A propos des tumeurs retro et sous-peritoneales de l'enfant. "Annals de Chirurgie Infantile", I, 1: 29; 1960.
- SWEETSER, T. H.—Retroperitoneal tumors influencing the Kidneys and ureters. "J. Urol.", 47: 619; 1942.
- THEVENAT, L.—Tumeurs paranephrétiques. "Encyclopedie Française D'Urologie", Vol. 3, p. 462. Dem. Paris, 1914.
31. WEINGARTEN, M. H.; OREN, J. M. and COX, O. C.—Agnesis of the right kidney with a retroperitoneal cyst arising in a persistent metanephros. "J. Urol.", 57: 829; 1947.
32. YANNICELLI, R. B.—"Tumoraciones del riñón en el niño" Curso de Perfeccionamiento de Pediatría, 1951, págs. 197-219.