

TUMORES RETROPERITONEALES

Prof. JOSE A. PIQUINELA

Los tumores retroperitoneales primitivos constituyen un grupo bien definido de neoformaciones por su topografía en el espacio retroperitoneal y por la exigida no relación de origen con los órganos de la región.

Sin desconocer el interés que presentan para el urólogo por razones obvias, creemos que tienen para el cirujano general una significación de primer orden cuando se enfrenta al problema de diagnosticar un tumor abdominal en sus dos aspectos esenciales: topografía y naturaleza de la masa palpable.

La anatomía bien conocida del espacio retroperitoneal explica el crecimiento fácil de estos tumores, especialmente hacia adelante, y un período totalmente asintomático que se extiende en muchas observaciones por un largo tiempo. La proximidad a ciertos órganos explica que con frecuencia se les relacione originariamente a ellos (riñón, bazo, páncreas, suprarrenal, hígado). El englobamiento evolutivo de algunos de estos órganos —riñón especialmente— puede crear dificultades interpretativas en cuanto a su origen se refiere. Los desplazamientos viscerales que provocan, exponen a confundirlos con procesos originados en esos órganos, pero dan al mismo tiempo una guía para, en base a estos desplazamientos verificados radiológicamente, llegar a un diagnóstico correcto. Su diferente rapidez de crecimiento dependiente de su histología y por ende su distinta evolución, así como la variada topografía inicial en el espacio retroperitoneal, hacen de estos tumores un grupo aparentemente heterogéneo al que no es fácil aplicar una descripción de conjunto.

En el período 1956-1960 hemos tenido oportunidad de tratar seis casos de tales tumores. Su distinta evolución va natural-

mente por cuenta de su diferente naturaleza. En cuatro de ellos la historia entra en sus lineamientos generales dentro de lo que Donnelly considera la historia más típica: inician el cuadro dolores vagos e indefinidos en los cuadrantes inferiores del abdomen en dos y en los cuadrantes superiores en otros dos pacientes, acompañados de trastornos digestivos progresivos. Consultan entre veinte días y dos meses del comienzo de los sufrimientos, tres de estos pacientes; en los cuatro se palpa un tumor abdominal. En uno de ellos hay una pérdida de fuerzas que es tratada con terapéutica antianémica; cuando nos consulta, ante el fracaso del tratamiento instituido, tiene un enorme tumor retroperitoneal y una anemia acentuada.

Un quinto enfermo consulta por tumor abdominal descubierto hace veinte días, sin ninguna repercusión general ni funcional abdominal.

Un sexto paciente consulta por dolores lumbares aparecidos a los cuatro años de una operación practicada por otro cirujano por tumefacción lumbar derecha que se cree haber extirpado totalmente conservando el riñón que parece completamente independiente del tumor: fibrocondroma calcificado con formaciones pseudoquísticas por degeneración mixoide de la sustancia intersticial. El examen revela un enorme tumor que ocupa el hemiventre derecho e invade el lado izquierdo; se le llega a palpar en ambas fosas ilíacas.

En cuatro casos el examen clínico permite afirmar el diagnóstico de tumor retroperitoneal; en los dos restantes el diagnóstico positivo necesita el complemento de los estudios radiológicos que han sido ampliamente considerados en el relato.

OBSERVACION 1 (1955).— Enferma de 42 años; dolores lumbares y tumefacción lumbar izquierda sin desplazamiento renal; incisión de Pearl; neurinoma del simpático que se extirpa. Evolución sin incidentes.

OBSERVACION 2 (1955).— Enfermo de 59 años; adelgazamiento, astenia y anorexia desde hace seis meses, tratados con inyecciones de hígado y vitaminas; enorme tumor que ocupa flanco y región lumbar izquierda; invade flanco y región lumbar derechos y se palpa a través de la pared abdominal anterior por debajo de la horizontal umbilical; anemia importante sin modificación de la serie blanca. Incisión transversa supraumbilical; masa de consistencia blanda; ganglios numerosos peritumorales, uno de los cuales es extirpado; enorme vascularización peritumoral; un intento de biopsia provoca una hemorragia formidable que casi termina con la vida del enfermo en la mesa.

Examen del ganglio: hiperplasia linfoide folicular difusa con infiltración linfoide en la cápsula y aún más allá de la cápsula. Postoperatorio sin incidentes. Roentgenterapia: desaparición casi total de la masa tumoral; recuperación del estado general y de la serie roja; vuelve a la vida normal. A los dieciséis meses se siembra de ganglios (cervicales, axilares e inguinales); cae bruscamente el estado general y el examen de sangre corresponde a una leucemia linfoide que toma una marcha aguda; fallece a los veinte días.

Esta observación no entra, en su evolución, dentro de la estricta definición de tumor retroperitoneal. Lo que permite incluirla en esta serie es la manera como se presentó: tumor retroperitoneal único sin modificaciones sanguíneas de tipo leucémico y su evolución durante dieciséis meses hasta que aparecieron múltiples tumefacciones ganglionares y la fórmula de la leucemia linfoide.

OBSERVACION 3.— Enferma de 60 años, operada cuatro años antes por un fibrocondroma calcificado que se creyó extirpar totalmente; consulta por dolores lumbares y tumor enorme retroperitoneal. Incisión: transversa supraumbilical; tumor con zonas duras y blandas; ángulo duodenoyeyunal y primeras asas yeyunales íntimamente aplicadas al tumor y laminadas por él. Biopsia: masas mixomatosas aparentemente producidas por transformación mixomatosa de tejido cartilaginoso reconocible en algunos sitios y rodeado por gruesas bandas de tejido conjuntivo fibroso con abundante infiltración linfoplasmocitaria. Tumor condrosarcomatoso con transformación mixomatosa; el atipismo citológico es poco significativo para asegurar la naturaleza maligna del tumor, lo cual parece mejor establecido por el comportamiento biológico evolutivo de recidiva con carácter infiltrante (Cassinelli).

El tumor crece lenta y progresivamente sin mayor sufrimiento y sin ninguna repercusión funcional ni general durante seis años. Llega a alcanzar un impresionante tamaño haciendo saliente en ambos flancos y ambas fosas lumbares; se aprecian a través de las partes blandas, zonas duras, zonas elásticas y zonas blandas, casi fluctuantes. En los últimos meses, su tamaño hace molesta la posición sentada y el decúbito. La enferma fallece a los diez años de la primera intervención y a los seis años de la segunda, con un cuadro de crecimiento agudo del tumor que ulcera la piel en varias zonas y provoca hemorragias de moderada intensidad a nivel de las ulceraciones.

OBSERVACION 4.— Enferma de 53 años; dolores lumbares y trastornos digestivos, datando de dos meses; enorme tumor retroperitoneal que ocupa flanco y región lumbar izquierdos. Incisión transversa que se prolonga sobre flanco; extirpación del tumor y nefrectomía izquierda; brotes tumorales penetran en las venas renales y se palpan dentro de la cava inferior; leiomiোসarcoma angioinvasor, retroperitoneal, extrarrenal, invadiendo retrógradamente por vía venosa la zona hilar del riñón; la periferia del tumor principal se mantiene circunscrita por una fina cápsula fibrocelulosa con restos de tejido

adiposo e infiltrados linfoides (Cassinelli). Pasa bien un año; reaparición de los dolores que calman con roentgenterapia. A dos años de la intervención: hígado multinodular, ascitis quillosa, masa palpable en región lumbar izquierda; fallece hace un mes.

OBSERVACION 5.— Enfermo de 32 años que sufre de dolores desde hace dos años. Sin repercusión general ni funcional. Se palpa una masa que ocupa el flanco izquierdo, claramente retroperitoneal. Incisión subcostal izquierda prolongada transversalmente sobre el flanco; masa quística que levanta el bazo, parece incorporar la suprarrenal, de la que no puede separarse, pero es liberable del riñón y su pedículo, al que adhiere más densamente. **Esplenectomía, suprarrenalectomía izquierda, extirpación del tumor.** El examen anatomopatológico muestra que es posible separarla de la suprarrenal (no es un quiste de la glándula); se trata de un **cistoadenoma multilocular seroso retroperitoneal** (14 cms. de diámetro) similar a los costoadenomas ováricos, originado en restos embrionarios del aparato génitourinario (restos del mesonefros) (Cassinelli). A dos años de operado, está perfectamente bien.

OBSERVACION 6.— Enferma de 42 años que hace quince días nota, al vestirse, una masa que ocupa bipocondrio, flanco y fosa ilíaca derechas. Duele poco pero, según la paciente, desde que le notó aumenta de tamaño rápidamente. El tumor contacta con la fosa lumbar en el sector externo y la palpación bimanual deja clara sensación de transmisión de onda líquida. Incisión subcostal derecha prolongada sobre flanco; tumor quístico retroperitoneal que se fija sobre cara anterior de riñón derecho y su pedículo, íntimamente adherido a la cava inferior desde el estrecho superior hasta el diafragma; su polo inferior levanta el pedículo útero-ovárico derecho introduciéndose detrás del anexo; en su cara posterior adhiere íntimamente al plano osteomuscular insinuándose entre los haces del psoas ilíaco; hacia dentro se prolonga por detrás de la cava. Punción; se retiran 8 litros de líquido amarillento. Liberación muy penosa especialmente de cava inferior, plano posterior y pedículo renal. En el curso de la misma suceden dos accidentes: pequeño desgarro lateral de la cava que se repara con sutura con seda 00000 y desgarro de arteria y vena renales que obligan a realizar una nefrectomía derecha conjuntamente con la **extirpación del tumor; suprarrenalectomía parcial derecha. Quiste dermoide de ovario derecho; anexectomía.** Examen anatomopatológico; el tumor quístico vacío mide 25 × 20 cms.; el polo superior adhiere al pedículo renal y el ureter está envuelto por la bolsa quística así como los vasos: quiste de origen wolfiano (Toledo).

En resumen: 6 pacientes con tumores retroperitoneales cuya evolución ulterior está en función de la naturaleza de los mismos. Han fallecido 3: 2 de ellos por progresión de un tumor sarcomatoso imposible de extirpar completamente, siendo la sobrevivida postoperatoria de veintitrés meses y diez años, y 1 por leucemia aguda dos años después de exploración e irradiación

de una masa linfoide retroperitoneal que no se acompañaba de manifestaciones ganglionares ni sanguíneas. Sobreviven 3: 1 neurinoma de simpático y 2 quistes wolffianos.

Independientemente de la naturaleza tumoral, la extensión del mismo y su conexión con elementos viscerales y vasculares importantes, pueden crear problemas cuando la exéresis, que aumentan netamente el riesgo operatorio.

El *pronóstico* depende de un conjunto de factores, debiendo figurar en primer término la naturaleza del tumor. Cuentan también: a) su extensión que es a menudo muy grande cuando llegan a las manos del cirujano por las razones expresadas al principio: anatomía del espacio retroperitoneal y período asintomático sorprendentemente largo en algunas observaciones; b) el compromiso de estructuras vecinas que obliga a veces a reseccarlas, aumentando netamente el riesgo operatorio. La evolución puede ser muy larga, mismo en tumores indiscutiblemente malignos como en el caso de la observación 3.

El *abordaje* está condicionado por la topografía y la extensión tumoral. Pero nunca se insistirá bastante sobre la necesidad de una vía amplia y que sea fácil ampliar si las dificultades encontradas obligan a ello. Salvo la observación 1, donde el tamaño reducido del tumor permitió manejarse cómodamente con una incisión de Pearl, en las restantes se hizo amplio abordaje anterior transperitoneal: transversa supraumbilical en dos, la misma prolongada sobre flanco en uno, subcostal prolongada sobre flanco en dos. Gracias al amplio abordaje fue posible dominar una hemorragia formidable en un caso (Obs. 2), hacer esplenectomía y suprarrenalectomía izquierda en un caso (Obs. 5) y practicar junto con la resección del tumor una nefrectomía y suprarrenalectomía parcial derecha en la observación 6 a la vez que extirpar un quiste dermoide del ovario y tratar un desgarro de la cava inferior.

La eficacia de la *roentgenterapia* postoperatoria cuando no ha sido posible la extirpación total, es función de la naturaleza del tumor: sobrevida de dos años en un caso (Obs. 2), atenuación de los dolores en un caso (Obs. 4).