

## TUMORES RETROPERITONEALES

### Pronóstico

*Dres.* GUILLERMO F. COTTINI,  
JULIO C. NOCITO y RUBEN SIANO QUIROS

Deseamos contribuir al importante relato del Dr. Bonnacarrère considerando uno de los aspectos más interesantes que se plantea en los tumores retroperitoneales: el pronóstico en relación a la constitución histológica de los tumores.

No nos ocuparemos en particular de los demás aspectos del tema, claramente expuestos por el señor relator. Los casos que a continuación comentaremos, pertenecen a la clínica privada, pues la experiencia del Servicio en que actuamos, ha sido desarrollada en el meduloso Relato Oficial al XXIV Congreso Argentino de Cirugía, que efectuara el Prof. Michans en 1953.

**OBSERVACION I.**— E. G., 44 años, argentino. Operado dos años antes de un tumor abdominal del tamaño de un pomelo, localizado en flanco izquierdo y cuyo estudio histológico reveló tratarse de un neurocitoma.

Trancurrido un año y luego de recibir 40 aplicaciones de cobaltoterapia, reapareció el tumor sin sintomatología subjetiva alguna. Es remitido a la consulta presentando muy buen estado general, con 81 kilos de peso, sin signos de anemia, pero con un tumor abdominal que se extendía desde el hipocondrio hasta la fosa ilíaca izquierda. La radiografía directa reveló opacidad en hipocondrio y flanco izquierdo (Slide 1º) con buena evacuación en la urografía excretora, buen relleno calicial derecho y ausencia del pielograma izquierdo (Slides 2 y 3). Con diagnóstico de tumor retroperitoneal recidivado se le reinterviene el 31-V-1960. Laparotomía longitudinal transrectal izquierda, que se extiende desde hipocondrio hasta arcada femoral. Resección del tumor en block conjuntamente con un segmento de colon descendente, de 35 cms. de longitud que se hallaba íntimamente adherido al tumor (Slides 4 y 5). Anastomosis colónica término-terminal con cecostomía de descarga. El tumor media

tomosis colónica término-terminal con cecostomía de descarga. El tumor medía  $35 \times 20$  cms. y pesaba 2.600 grs. El estudio histológico (Prof. D. Mosto) reveló: fibromixoneurocitoma (Slides 6 y 7).

Vuelve a efectuar cobaltoterapia (43 aplicaciones) con buena tolerancia, pero el enfermo advierte con sorpresa que el tumor recidiva en pleno tratamiento. A los cinco meses (1º-XI-1960) se le reinterviene. En la operación se comprueba que el tumor ha invadido el ureter izquierdo en tal forma que obliga a realizar la nefrectomía concomitante. El tumor es de aspecto y consistencia gelatinosa, de carácter más invasor y con adherencia a los vasos aorto-iliacos, lo que impide efectuar una exéresis completa. El postoperatorio, como en la primera intervención, transeurrió sin incidencia alguna y la operación fue muy bien tolerada. En el postoperatorio se le practicó tratamiento con cortisona intra-abdominal agregándole luego quimioterapia, pero en abril de 1961, vuelve a consultar porque el tumor ha aumentado ostensiblemente de tamaño, palpándose netamente en fosa ilíaca izquierda con una prolongación que supera la línea media y llega a fosa ilíaca derecha. Nueva reintervención el 24-IV-1961, completamente inoperante, sólo se reduce a una laparotomía exploradora y a la extirpación de algunos nódulos tumorales para su estudio histológico, el que confirmó los obtenidos anteriormente. Una evolución desfavorable hace que el 25-VII-1961 fallezca sufriendo previamente la fistulización del colon e invasión tumoral de la herida operatoria. El deceso se produjo a los tres años de comenzar clínicamente su padecimiento.

**OBSERVACION II.**— P. F., 62 años, español. Su padecimiento se inicia en mayo de 1960, con molestias y ardor en fosa ilíaca derecha e hipocondrio del mismo lado, con digestiones lentas y pesantez postprandial. El tumor, del tamaño de una cabeza de feto a término, ocupaba el cuadrante superior e inferior derecho del abdomen. En los últimos días acusó fenómenos disúricos con disminución acentuada del apetito. No hubo alteraciones del tránsito intestinal, comprobándose en las radiografías contrastadas de colon, el desplazamiento grueso del sector derecho hacia abajo (Slides 8 y 9). En las urografías excretoras (Slides 10 y 11) se observa la opacidad en la directa y el rechazo del riñón hacia arriba en la obtenida a los 25'.

Con diagnóstico de tumor retroperitoneal es operado el 17-XI-1960. Laparotomía longitudinal transrectal derecha supra e infraumbilical. Enorme tumor que desplaza el colon hacia adelante y abajo. Se libera con suma facilidad de los tejidos vecinos extirpándose en su totalidad. El diagnóstico histopatológico (Prof. Domingo Mosto) reveló: fibromixoma. La evolución posterior fue buena hasta julio de 1961 en que presenta fiebre vespertina y la aparición de un tumor pequeño en fosa ilíaca derecha que crece lentamente. Nuevos estudios radiológicos (Slides 12, 13, 14 y 15) revelaron el desplazamiento del colon derecho hacia abajo y el ascenso del riñón del mismo lado. Se le reinterviene extirpándose un tumor bilobulado, en situación semejante a la anteriormente comprobada, de aspecto gelatinoso. En esta ocasión la exéresis no se pudo realizar con facilidad y la liberación de los órganos vecinos no fue fácil. En el postoperatorio, lleva realizadas hasta el momento 40 apli-

eraciones de cobaltoterapia con una dosis total de 6.500 r. Examinado un mes atrás, se halla en buenas condiciones físicas, no se palpa recidiva y ha aumentado 4 kilos de peso.

## COMENTARIOS

Es por todos conocida la malignidad y capacidad de recidiva que caracterizan a ciertas formas de tumores retroperitoneales, destacándose entre ellos a los linfosarcomas. Es por este motivo, que deliberadamente hemos comentado estas dos observaciones, en que la histología demostró tratarse de tumores con caracteres hísticos benignos pero que se han comportado clínicamente con evidente malignidad. Si bien es cierto que algunas veces más que de recidiva puede hablarse de continuidad de evolución, no olvidemos que en el primer caso transcurrió un lapso de dos años luego de la primera comprobación operatoria. Esto nos lleva a ser muy cautos en lo que a pronóstico se refiere, cuando nos hallamos ante un tumor retroperitoneal, cualquiera sea su aspecto macroscópico y aunque tengamos la certeza de que la liberación y exéresis pueda ser considerada radical. Recordemos con Michans, que los tumores lipomatosos, aún en su forma pura, son capaces de recidivar, no obstante mantener o persistir el carácter histológico benigno y que este hecho es de observación más frecuente cuando se trata de formas mixtas fibrolipomas, fibromixomas, neurocitomas, etc.).

Como en nuestra primera observación, Priani ha relatado un caso en que reoperó tres veces a un portador de fibrolipomixoma. Rabinovitch, reintervino seis veces un paciente con fibroliposarcoma.

Una vez más debemos insistir, que estos tumores mixtos, por derivar de distintas clases de tejidos, con distinta estirpe embriológica, deben ser estudiados desde el punto de vista anatomopatológico, en forma exhaustiva, efectuando cortes múltiples y repetidos antes de formular un diagnóstico positivo. Si bien esto es ortodoxo, no nos pone a cubierto de que un tumor histológicamente benigno, sufra luego una evolución maligna. En la observación I, en las tres oportunidades el examen histológico dio idéntico resultado.

Otro aspecto, destacado por Michans en su Relato, es que el lipoma sufra una transformación sarcomatosa, por lo que muy

atinadamente propone al autor, denominarlos "tumores lipomatosos", es decir, señalando el tejido predominante en su constitución, pero "que sugiere la necesidad de la comprobación anatomopatológica rigurosa y de la observación a largo plazo". Llama la atención que Farbman en sus estadísticas encuentre la transformación sarcomatosa en el 47,2 % en vez del 13,8 % que se consignaba anteriormente. Esto obedece sin duda, a los estudios de múltiples tacs de distinta localización del tumor, que indudablemente reducen el margen de error diagnóstico.

¿Cuál es entonces nuestra posición frente a estos tumores, que benignos histológicamente, recidivan sin embargo a breve plazo?

En primer lugar, que debemos considerarlos como tumores multicéntricos (criterio sustentado por Donnelly). Su exéresis aparentemente total y completa, no inhibe el crecimiento ulterior de nódulos ignorados o que sufren la transformación sarcomatosa por poseer un potencial maligno, señalado ya en 1897 por Abrami.

Esto nos lleva a considerar a estos tumores mixtos, con un criterio distinto al que observamos en otras regiones del organismo. Como dijera Lecene, debemos estar alerta y, cada vez que extirpemos un tumor de esta naturaleza, abrir el interrogante sobre el pronóstico y extremar la vigilancia, sobre todo porque las recidivas reiteradas demuestran una malignidad creciente hasta terminar con la vida del enfermo.

Dos palabras sobre el tratamiento que debe instituirse en estos casos: es indudable que la extirpación completa y radical constituye la mejor garantía de curación. Pero una vez más debemos aceptar que nunca estamos en condiciones de poder afirmar, en forma categórica, que ella nos ponga a cubierto de la recidiva. Aquí, como en otros capítulos de la patología tumoral, cabe señalar el auxilio inestimable de las radiaciones, que encuentran formal indicación terapéutica. En las dos observaciones que hemos relatado, la radiación en forma de cobaltoterapia, fueron administradas con cabal sentido cancerológico. No obstante, en la observación I fue totalmente ineficaz, al punto que el propio paciente advertía el crecimiento del tumor, mientras cumplía fielmente el tratamiento.

La opinión recabada a distinguidos radioterapeutas de nuestro medio, luego de la tercera reintervención, fueron coincidentes: las radiaciones en estos pacientes recidivados, tras de ser ineficaz se torna peligrosa, pues parece acrecentar la actividad tumoral, por lo que la juzgaron inadecuada. La quimioterapia, en nuestros casos, no deparó el éxito que anhelábamos.

Por todo lo que antecede, debemos meditar sobre el pronóstico incierto de estos tumores, cuya terapéutica, cuando recidivan, se ve coronada en la gran mayoría de los casos, por el más rotundo fracaso.