

CONTRIBUCION.

CONSIDERACIONES SOBRE EL DIAGNOSTICO CLINICO Y RADIOLOGICO DE LOS TUMORES RETROPERITONEALES

Nuestra experiencia *

*Dres. NESTOR E. BARRANTES,
ADOLFO D. MACCARRONE y ALCIDES W. PAOLINI*

En el estudio de estos tumores seguimos el concepto establecido por Juan R. Michans, quien considera retroperitoneales a "aquellos tumores primitivos, sólidos o quísticos, desarrollados por detrás del peritoneo parietal en el espacio limitado hacia atrás por la pared abdominal posterior, no originados en el parénquima de ninguno de los órganos abdominales pero pudiendo tener íntimo contacto con ellos o con la cápsula fibrosa que los envuelve".

Sintetizamos nuestra experiencia en el siguiente cuadro:

VALOR DE LA CLINICA

En esta serie que presentamos, no se ha dado el caso de diagnosticar tumores retroperitoneales en las primeras etapas de su crecimiento. Su expresión indirecta, cual serían las alteraciones del tono simpático (signo de Hesse), no nos ha sido factible comprobarla en ninguna oportunidad. Por ello, surge a la clínica, el tumor —a veces "autopercebido"— como la mejor, cuando no la única, evidencia.

* Este trabajo ha sido ilustrado con dieciocho fotografías, no siendo posible incluirlas en su totalidad por falta de espacio.

Núm.	H. Cl. Núm.	Diagnóstico	Operabilidad	Sobrevida	Observaciones
1	5.665	Quiste dermoide.	Resección parcial.	90 días.	Fístula colónica. Cinco intervenciones parciales.
2	4.614	Simpatoblastoma.	Inextirpable.	1 mes.	Radioterapia.
3	5.211	Sarcoma fibroblástico.	Inextirpable.		Alta al 10º día.
4	6.775	Retículoendotelio-sarcoma.	Inextirpable.	12 días.	Caquexia.
5	10.290	Leiomiomasarcoma.	Inextirpable.	2 meses.	Metástasis en columna lumbar.
6	11.947	Fibromixoma.	Inextirpable.	Vive (3 meses).	Cobaltoterapia preoperatoria.
7	10.192	Leiomiomasarcoma	Extirpación.	Vive (2 años).	Radioterapia.
8	4.868	Quiste dermoide.	Extirpación.	Vive (7 años).	Alta al 11º día.
9	6.595	Paraganglioma.	Extirpación.	Vive (6 años).	Alta al 10º día.
10	8.717	Celoteloma.	Extirpación.	Vive (3 años).	Nefrectomía izquierda.

A veces son signos y síntomas originados por la acción mecánica del tumor en los órganos contiguos y, por último, son síntomas generales los que orientan el diagnóstico —decadencia, pérdida de peso, fiebre y alteraciones humorales comunes a múltiples afecciones— y que aquí deben ser considerados como signos de malignidad avanzada.



Fig. 1.

VALOR DE LA RADIOLOGIA

1) IMAGENES DIRECTAS

a) Sombra del tumor, que nos ha sido de valor. b) Calcificaciones u osificaciones, son más frecuentes en los quistes dermoides (fig. 1).

2) RADIOGRAFIAS CONTRASTADAS DEL TUBO DIGESTIVO

Hemos observado: a) desplazamientos del estómago como vemos en las ilustraciones (figs. 2 y 3); b) deformaciones del arco duodenal y desplazamientos del ángulo de Treitz hacia adelante (los tumores de cola de páncreas lo llevan hacia abajo y atrás) (figs. 4, 5, 6 y 7); c) desplazamientos del colon: el

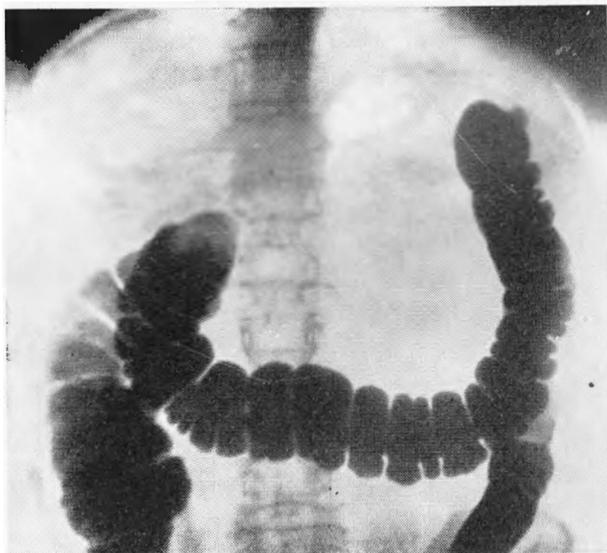


Fig. 2.

descenso de los ángulos, los desplazamientos hacia adelante y hacia afuera y adentro son dables de observar como lo exhibimos en los siguientes ejemplos (figs. 8, 9, 10 y 11).

Se comprende que con buenas incidencias de frente y perfil caben en un prolijo estudio todas las posibilidades de desplazamiento, de acuerdo a la ubicación y al tamaño del tumor.

3) IMAGENES NEUROGRAFICAS

La imagen contrastada pielocalicial y ureteral puede aparecer desplazada y/o rotada en los tres ejes geométricos. Las

tomas de frente y de perfil pueden mostrar alteraciones notorias como las que consignamos en las ilustraciones figs. (12, 13 y 14).

No hemos observado deformación de la imagen pielocalicial, que como se sabe es patrimonio de los tumores renales. Por otra parte, el uropielograma es de rigor en nuestro estudio para establecer el estado de ambos riñones con miras a una posible nefrectomía de necesidad (caso N^o 10).

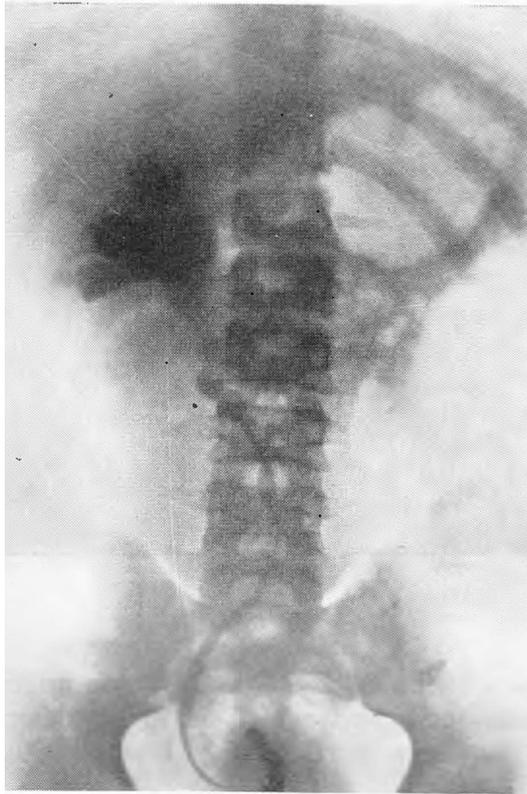


Fig. 3.

4) VALOR DEL ENFISEMA RETROPERITONEAL

Nos parece acertada la expresión de Michon, “una buena pielografía es muy superior al mejor enfisema”. Por eso nosotros consideramos que la utilidad que nos brinda es discutible.

Lo sintetizamos así: a) da buenas siluetas de los elementos anatómicos normales; b) puede delimitar un tumor pequeño (los que precisamente escapan a las maniobras semiológicas y están por lo mismo lejos de nuestra sospecha); c) no es

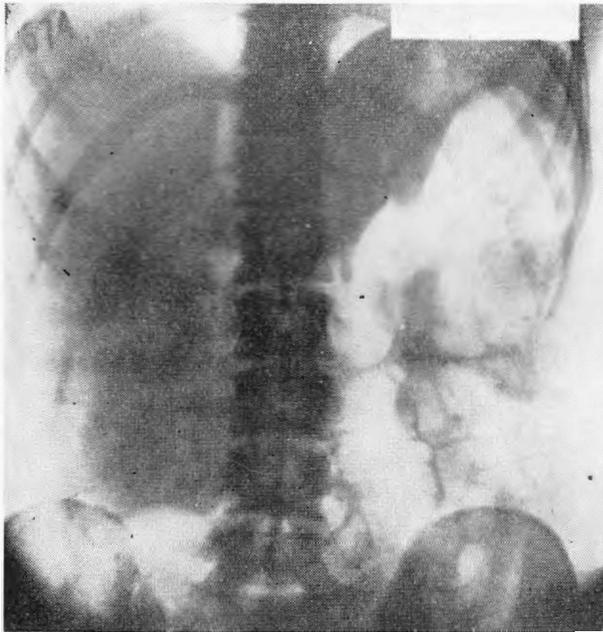


Fig. 4.

capaz, por sí solo, de establecer el lugar de origen de las imágenes tumorales de gran tamaño, máxime si determinan el bloqueo de un hemiespacio (figs. 15 y 16).

5) VALOR DE LA AORTOGRAFIA

Lo consideramos un procedimiento útil, pero un recurso extremo cuando se dude sobre la correcta filiación de un tumor pulsátil, máxime si tenemos en cuenta que un aneurisma de aorta abdominal puede diagnosticarse con radiografías simples de abdomen.

Por otra parte, puede ser útil para demostrar: a) la exclusión de un riñón (fig. 17); b) una obstrucción aortoiliaca por compresión extrínseca coincidente con exclusión renal (figura 18).

La aortografía da lugar a un más amplio comentario, pero es nuestro propósito aportar tan solo algún ejemplo.