

## TUMORES DEL RETROPERITONEO

Dr. Guevara, S. - Dr. Lazzarini, H. - Dr. Teiblun, V. - Dr. Cipitria, J. C. - Dr. Mosto, A.  
Dr. Mosto, J. - Dr. Irazu, J. C.

### Resumen

Se presentan tres casos de pacientes portadores de tumores del retroperitoneo, con diferente sintomatología y estirpe histológica. Se realizan consideraciones sobre el diagnóstico, tratamiento y evolución.

### Introducción

Es conocida la larga evolución asintomática de estos tumores, por lo que en el momento de la consulta generalmente presentan gran tamaño. Habitualmente los síntomas están en relación con la masa ocupante y el posible compromiso de otros órganos. Es así que son comunes los trastornos digestivos, respiratorios, vasculares, nerviosos y el compromiso funcional renal por la compresión ureteral y/o desplazamiento del riñón.

### Material y métodos

**Caso nº 1.** N. P., 35 años de edad; sexo: femenino; H. clínica nº 194.717; estado civil: soltera; nacionalidad: argentina; ocupación: ama de casa.

**Motivo de internación.** Dolor en fosa lumbar y flanco izquierdos, síndrome febril, lipotimia, anorexia y pérdida de peso.

**Enfermedad actual.** La paciente refiere que desde hace 2 años presentaba dolor en el flanco izquierdo de carácter punzante, irradiado a la región lumbar homolateral, que se incrementaba con los movimientos y calmaba con la ingesta de analgésicos.

En otro servicio se le había diagnosticado una ptosis renal izquierda. Al no mejorar su cuadro, decide trasladarse a la Capital Federal.

Interin, presentó dos episodios de lipotimia con pérdida del conocimiento.

**Antecedentes heredofamiliares.** Padre vivo, presenta adenocarcinoma mucossecretante de vejiga. Madre viva y sana. Cinco hermanos vivos y sanos.

**Antecedentes personales.** Sin relación con la enfermedad actual.

**Estado actual.** Pérdida de peso y palidez marcada de la piel y mucosas.

Al examen físico, masa palpable en fosa lumbar y flanco izquierdos, con contacto lumbar, peloteo lumboabdominal (+), de bordes y límites imprecisos, consistencia dura y puñoperCUSión lumbar izquierda dolorosa. A nivel cardiovascular, hipotensión arterial y taquicardia.

**Laboratorio.** Hematócrito, 26 %; recuento de glóbulos blancos, 10.200; eritrosedimentación, 40 mm en la 1ª hora; urea, 50 mg %; glucemia, 80 mg %.

En el proteinograma, aumento de la  $\alpha_2$  globulina. Orina normal.

**Estudios complementarios.** Urograma excretor: buena función renal derecha con arquitectura ureteropielocalcical normal; riñón izquierdo funcionando con impronta en el polo superior.

**Ecografía.** Masa ecográficamente heterogénea, retroperitoneal, en contacto con el polo superior del riñón izquierdo, de límites imprecisos.

**Arteriografía.** Masa ocupante retroperitoneal, hipovascularizada, que desplaza el riñón izquierdo hacia abajo, con vasos de neoformación a expensas de la arteria renal.

**Tomografía axial computada.** Gran masa tumoral retroperitoneal izquierda, con una zona de menor densidad en su interior y en contacto con el polo superior del riñón izquierdo. Función renal bilateral conservada.

**Operación.** Se interviene quirúrgicamente el 13/7/83 por vía anterior, practicándosele tumorectomía y nefrectomía izquierdas.

Como tratamiento complementario: quimioterapia con adriamicina y dakamicina.

**Estudio anatomopatológico.** Protocolo nº 127.066.

**Material estudiado.** Masa ocupante, riñón izquierdo, adenopatía lumbar.

#### Macroscopia:

1) Tumor: formación tumoral de 15 x 10 cm, color pardo blanquecino con abundantes coágulos sanguíneos. Peso: 920 g.

2) Riñón: forma y tamaño conservados.

3) Adenopatía lumbar: nódulo de 3 x 1,5 cm.

#### Microscopia:

1) Neoformación mesenquimática atípica, constituida por haces de células fusiformes que se disponen en forma irregular, poco diferenciada. Estas células presentan núcleos vesiculosos con bajo índice mitótico (1 por campo de 400 aumentos). Marcada necrosis tumoral y áreas de hemorragias recientes y antiguas.

2) Tejido renal con histoarquitectura conservada. Glomérulos de caracteres típicos y tubos con cubierta epitelial conservada. Discretos infiltrados inflamatorios crónicos intersticiales. Marcada vasocongestión y hemorragias recientes.

3) Ganglio linfático que exhibe hiperplasia difusa linfoide e histiocitosis sinusal (fotos 1 y 2).

#### Diagnóstico:

Fibrosarcoma de bajo grado de malignidad.

Nefritis crónica intersticial.

Adenitis reactiva.



Foto 1. Macroscopia.

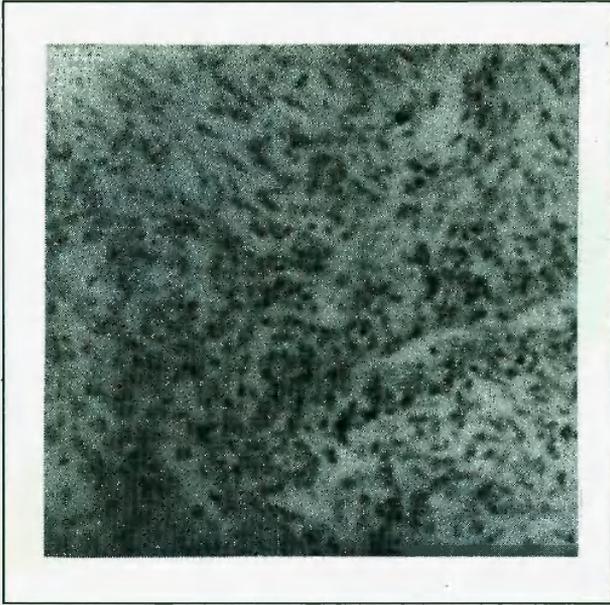


Foto 2. Microscopia.

**Caso n° 2.** D. S., 50 años de edad; sexo: femenino; H. clínica n° 171.849; estado civil: casada; nacionalidad: argentina; ocupación: ama de casa.

**Motivo de internación.** Tumoración en el hemiabdomen derecho.

**Enfermedad actual.** Paciente que ingresa por presentar dolor cólico en el flanco y fosa ilíaca izquierdos, acompañado de distensión abdominal, náuseas, vómitos alimentarios de 72 horas de evolución, tos y expectoración.

Desde hace 9 años notaba una tumoración de progresivo aumento en hemiabdomen derecho.

**Antecedentes heredofamiliares.** Madre viva, diabética. Padre fallecido por cáncer de colon, un hermano fallecido por tumor cerebral.

**Antecedentes personales.** En 1956, esplenectomía por púrpura trombocitopénica idiopática, desde 1975 galucoma e hipertensión arterial.

**Estado actual.** Paciente lúcida, febril, moderadamente deshidratada.

Al examen físico, abdomen distendido, dolor a la palpación profunda en hemiabdomen izquierdo, gran tumoración palpable en el hemiabdomen derecho, de superficie regular, lisa, dura, con franco peloteo lumbar. En el tórax se auscultan rales crepitantes en la base pulmonar derecha.

Durante su internación presenta un cuadro de suboclusión intestinal, que se resuelve con colocación de sonda nasogástrica y tratamiento médico.

**Laboratorio.** Hematócrito, 40 %; recuento de glóbulos blancos, 12.000; urea, 28 mg %; glucemia, 122 mg %; ionograma normal; proteinograma con disminución de las proteínas totales y aumento relativo de las  $\alpha_2$  globulinas.

Se realiza Rx directa del árbol urinario y urograma excretor, observándose: opacidad en la región lumbar y flanco derechos, con imagen radioopaca a nivel de L1-L2 y rechazo de las asas intestinales hacia el hemiabdomen izquierdo; exclusión renal derecha, riñón izquierdo funcional, con ligera ectasia ureteral.

**Colon por enema.** Desplazamiento del ángulo hepático del colon hacia abajo y a la izquierda.

**Ecografía.** Masa ocupante sólida, heterogénea, de 12 cm de diámetro en el hemiabdomen derecho, independiente del riñón, lo que hace presumir un tumor del retroperitoneo.

**Arteriografía.** Tumor retroperitoneal derecho, con vasos de neoformación y calcificaciones en su interior. Riñón derecho desplazado hacia la columna. Riñón izquierdo, normal.

**Centellograma hepático.** Hígado desplazado hacia arriba, sin zonas frías.

**Centellograma pulmonar.** Pulmón izquierdo con déficit de perfusión en el segmento anterior; pulmón derecho con déficit de perfusión en el lóbulo medio e inferior.

**Operación.** Se interviene quirúrgicamente el 12/11/80, por vía anterior, realizándose tumorectomía y nefrectomía derechas.

**Estudio anatomopatológico.** Protocolo n° 113.045.

**Material estudiado**

**Macroscopia:**

1) Tumor: formación tumoral de forma irregular, de coloración pardo blanquecina. Al corte, consistencia duroelástica y sectores de aspecto hemorrágico. Peso: 2.140 g.

2) Tejido peritumoral: muestra de forma irregular, de consistencia blanda, color pardo blanquecino. Peso: 395 g.

3) Riñón de forma y tamaño conservados.

**Microscopia:**

1) Neoformación mesenquimática atípica, que se encuentra constituida por haces de células fusiformes dispuestas en forma irregular y que en partes adoptan disposición en "remolino".

Estas células alternan con otras más redondeadas y de citoplasma poco teñido y con otras multinucleadas.

El índice mitótico es bajo.

2) Tejido fibrocolágeno denso con abundantes sectores de esclerohialinosis y necrosis. Infiltrados inflamatorios crónicos reagudizados.

3) Tejido renal con histoarquitectura conservada (foto 3).

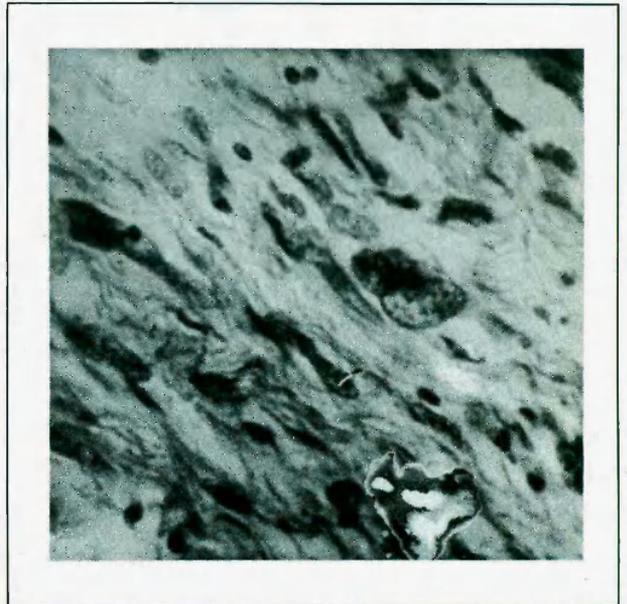


Foto 3. Microscopia.

**Diagnóstico:**

Fibrohistiocitoma maligno.

**Caso n° 3.** S. A., 65 años de edad, sexo: masculino. H. clínica n° 125.833; estado civil: casado; nacionalidad: argentino; ocupación: empleado.

**Motivo de internación.** Anuria de 3 días de evolución.

**Enfermedad actual.** Paciente que ingresa manifestando que desde hace 72 horas no presenta micciones y dolor cólico lumbar derecho irradiado a genitales.

**Antecedentes heredofamiliares.** Sin relación con la enfermedad actual.

**Antecedentes personales.** Sin relación con la enfermedad actual.

**Estado actual.** Paciente lúcido, febril, con palidez marcada de la piel y mucosas.

En el examen físico, a la inspección se observa asimetría abdominal con aumento del tamaño del hemiabdomen izquierdo. A la palpación, hemiabdomen derecho blando, doloroso en el flanco.

En el hemiabdomen izquierdo se palpa una gran masa tumoral, indolora, de consistencia duroelástica, superficie lisa, ocupando la fosa lumbar y flanco izquierdos, sobrepasando la línea media, de aproximadamente 25 x 20 cm.

Se efectúa radiografía simple de árbol urinario, observándose una imagen radioopaca en la zona de proyección ureteral derecha a nivel del promontorio; velamiento de la fosa lumbar y flanco izquierdos con rechazo de vísceras y apertura del ángulo esplénico del colon.

**Laboratorio.** Hematócrito, 25 %; recuento de glóbulos blancos, 11.500; eritrosedimentación, 70 mm; urea, 170 mg %; glucemia, 80 mg %.

Se efectuó cateterismo ureteral derecho, comprobándose que el catéter se detiene en el lugar en que se encuentra la imagen radioopaca. Ante la imposibilidad de realizar un urograma excretor y con el diagnóstico clínico de anuria por litiasis ureteral obstructiva, se decide efectuar una ureterolitotomía derecha.

En el posoperatorio inmediato el paciente recobra la micción y mejora su estado general, descendiendo la urea a cifras normales.

A los quince días de la intervención quirúrgica se inician los estudios para evaluar la tumoración izquierda, realizándose un urograma excretor en el que se observa eliminación de sustancia de contraste por el riñón derecho, con leve dilatación del uréter, y del lado izquierdo anulación funcional.

**Colon por enema.** Apertura del ángulo esplénico.

**Seriada gastroduodenal.** Proceso de gran tamaño en hipocondrio y flanco izquierdos que produce desplazamiento gástrico a la derecha y adelante (laminación del estómago).

Pielografía ascendente izquierda; uréter permeable y cálices estirados.

**Arteriografía.** Arteria renal izquierda muy fina. Riñón comprimido por una masa tumoral retroperitoneal, desplazado hacia arriba con imágenes arteriales en árbol de invierno.

No se observan vasos de neoformación que indiquen relación del riñón con el tumor adyacente.

**Operación.** Se interviene quirúrgicamente el 15/12/78 por vía lumboabdominal, realizándose tumorectomía y nefrectomía izquierdas y se reinterviene en abril de 1980 por recidiva tumoral, siendo ésta inextirpable, por lo que se realizó biopsia.

**Material estudiado.** Año 1978: riñón-tumor retroperitoneal; año 1980: tumor retroperitoneal.

**Macroscopia (1ª operación):**

Riñón con forma y tamaño conservados.

Formación tumoral de consistencia blanda y aspecto mixoide.

Peso: 3.500 g.

**Microscopia:**

Neoformación mixomatosa constituida por células poligonales de citoplasma poco teñido y núcleo periférico y picnótico. Estas células son iguales y regulares entre sí, no presentando caracteres atípicos.

Tejido renal con histoarquitectura conservada y vasocongestión capilar (foto 4).

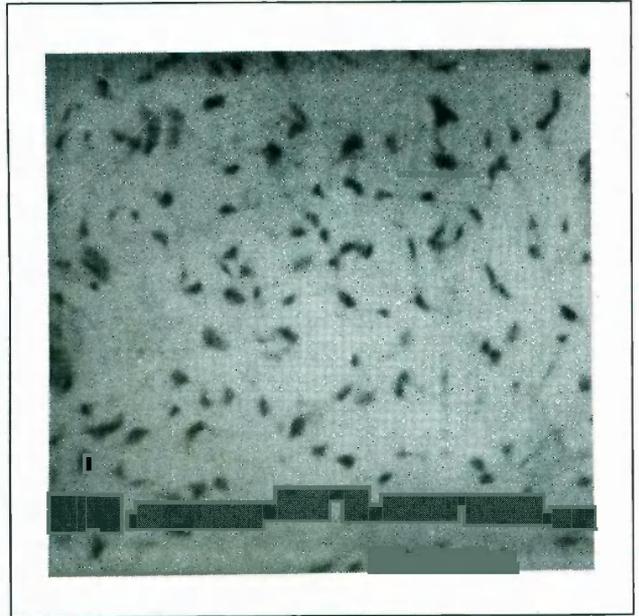


Foto 4. Microscopia.

**Diagnóstico:**  
Mixoma (1978); mixoma (1980).

### Comentarios y consideraciones

En el primer caso, con diagnóstico histopatológico de fibrosarcoma de bajo grado de malignidad, es de destacar que la paciente consultó por dolor lumbar izquierdo intenso de dos años de evolución, cuadro febril y dos episodios de lipotimia con pérdida de conocimiento.

Los síntomas y signos de comienzo fueron atribuidos a una gran hemorragia intratumoral, comprobada en la pieza quirúrgica. La paciente ha evolucionado bien y está asintomática y libre de recidiva tumoral a los dos años y medio de su intervención. Se debe destacar que como tratamiento complementario se realizó quimioterapia con adriamicina y dakamicina durante 6 meses con buena tolerancia, en otro centro asistencial.

En el segundo caso, con diagnóstico histopatológico de fibrohistiocitoma maligno, es llamativo que el motivo de consulta fue el dolor cólico en el flanco y fosa ilíaca izquierdos aunque la tumoración se localizaba en el hemiabdomen derecho. Esto se atribuyó a la compresión y desplazamiento intestinal que terminó en un cuadro suboclusivo. Otra consideración a destacar es que la paciente había detectado su tumoración de crecimiento progresivo nueve años antes de la consulta. Esta paciente está asintomática con muy buen estado general y sin recidiva tumoral comprobada por tomografía axial computada.

El tercer paciente, con diagnóstico histopatológico de mixoma en la primera y segunda intervención, llegó a la 1ª consulta por anuria y dolor cólico lumbar derecho, episodio que permitió a través del examen clínico detectar la presencia de una gran masa en la fosa lumbar y flanco izquierdos, que fue un hallazgo, ya que para el paciente era totalmente asintomática.

Una vez tratada la anuria por extracción de la litiasis ureteral y mejorado el estado general del paciente, se completaron los estudios, con los que se llegó al diagnóstico de tumor retroperitoneal izquierdo, por lo que fue intervenido quirúrgicamente en diciembre de 1978 y reintervenido en abril de 1980 por recidiva tumoral, falleciendo nueve meses después.

En cuanto al diagnóstico, pensamos que el estudio complementario más demostrativo sería la T.A.C., ya que permite establecer con exactitud el tamaño de la tumoración, el comportamiento con respecto al riñón y el posible compromiso de otros órganos. Aunque en nuestros pacientes sólo se pudo realizar en un caso como examen preoperatorio, todos ellos fueron controlados por este método en forma posoperatoria.

---

La arteriografía puso de relieve el desplazamiento e indemnidad del riñón, así como su relación con la masa tumoral.

Otros estudios que consideramos de importancia son los contrastados de aparato digestivo, que permiten evaluar compresiones y desplazamientos, en especial del colon y del estómago.

El urograma excretor demostró anulación funcional en dos casos y en sólo uno se observó una impronta renal del polo superior.

La pielografía ascendente realizada en uno de los pacientes mostró el desplazamiento del riñón y uréter con cálices estirados y de conformación normal.

Las vías de abordaje, tanto lumboabdominal como anterior transperitoneal fueron suficientes para el tratamiento de estos grandes tumores del retroperitoneo.

En cuanto a la evolución, sólo se puede decir que si bien estos tumores tienen tendencia a la recidiva local, en sólo uno de nuestros pacientes se la pudo comprobar a 2 años de su primera intervención, con un grado de malignidad e invasión de órganos vecinos que lo llevó a la muerte 9 meses después de su segunda intervención quirúrgica.

Pese a la poca sintomatología urológica de estos tumores, salvo en el caso donde hubo una patología concomitante contralateral, creemos que estos tumores deben ser tratados por el urólogo por el compromiso renoureteral y la importancia de hacer una exéresis amplia y completa del tumor y sus envolturas, ya que el tratamiento de elección es el quirúrgico.

Esta cirugía ablativa minuciosa evitará la posibilidad de recidivas locales, que es una de las características de estos tumores.