

Dificultades diagnósticas en los tumores del retroperitoneo

por el Dr. Rolando C. Hereñú

En trabajos anteriores hemos expuesto las características anatómicas del espacio retroperitoneal y estudiado las diversas formaciones tumorales que en el pueden desarrollarse.

La clasificación que hemos adoptado, sigue el criterio histogénico que autores como Patel y Tubiana, Ferrer, Pellegrini y colaboradores, consideran como el más adecuado. Es la siguiente:

1) Tumores de tejido conectivo de sostén:

Benignos	Fibroma	Malignos	Sarcoma indiferenciado
	Lipoma		Fibrosarcoma
	Mioma		Liposarcoma
	Condroma		Miosarcoma
	Osteoma		Condrosarcoma
			Osteosarcoma

2) Angiomas

Benignos	Hemangioma	Malignos	Hemangiosarcoma
	Linfangioma		Linfangiosarcoma

3) Linfomas

Linfosarcoma
 Reticulosarcoma
 Hodgkin
 Brill-Symmers

4) Tumores de tejido nervioso

	Simpatomas
De los centros sinapticos simpáticos	Feocromocitomas
	Neurinoma
De los nervios periféricos	Neurofibroma

5) Tumores córtico-suprarrenales

6) Disembriomas

Monoblásticos
 Poliblásticos (Teratoma)

En la presente comunicación, no insistiremos en consideraciones anatómo-patológicas. Nuestra intención es señalar lo que entendemos que constituye el camino correcto para orientar el esfuerzo diagnóstico cuando un proceso de esta naturaleza entra a jugar como posibilidad que debe ser corroborada o descartada.

En nuestro Servicio del Hospital Militar de Campo de Mayo y en nuestra actividad privada, se han dado seis casos en los últimos años, que sumados a otros estudiados en Servicios hospitalarios en los que hemos actuado como colaboradores, nos han brindado una modesta pero aleccionadora experiencia personal. En ella basamos esta contribución.

LA PRESUNCION DIAGNOSTICA: Puede surgir de la presencia de uno o varios de los siguientes hechos:

1) Percepción de una masa tumoral abdominal: Sea por el paciente mismo, o por la madre en el caso de los niños pequeños, o por el médico que practica un examen a raíz de alguna otra sintomatología relacionada o no con la masa neoformada.

En nuestra experiencia, la apreciación del tumor palpable fue habitualmente el signo más alarmante, que decidió la consulta por parte del propio enfermo o de su médico de cabecera.

El hecho de que el crecimiento tumoral se haga durante un tiempo a veces prolongado sin repercusión alguna, debido a la ausencia de obstáculos rígidos en el tejido areolar retroperitoneal, hace que el volumen alcanzado por el tumor pueda ser muy grande antes de que se advierta su presencia. Así pueden plasmarse gruesas masas, no solo palpables sino también evidentes a simple vista, en pleno silencio sintomatológico, las que deforman la configuración del abdomen de manera variada.

2) Molestias dolorosas: Algunos (9) consideran más proclives a dar dolores, a los sarcomas y a los distintos tipos de tumores nerviosos. También lo serían los procesos de ubicación vecina al plexo celíaco, o aquellas que llegan a contactar con raíces nerviosas al penetrar en los orificios intervertebrales. El dolor ocasionado en tales condiciones, sea por compresión o más raramente por invasión directa, puede ser gravativo, constante, o con crisis fulgurantes, a veces de intensidad extrema, intermitentes, vinculados o no con movimientos corporales, afectando diferentes regiones y con irradiaciones que estarán en relación con la topografía del crecimiento tumoral: a la ingle, testículo, labio mayor, lumbociático, a la base del tórax, la raíz del muslo, etc. En algunos casos la molestia, más que dolor es una sensación quemante, de ardor, más o menos impreciso. Otras veces las molestias dolorosas son referidas y debidas a alteraciones del funcionalismo digestivo o urinario y en estos casos suelen aportar más confusión que datos orientadores.

3) Trastornos digestivos: Atribuidos a compresiones o displacaciones viscerales o de sus pedículos, a problemas de ectasia venosa o linfática. Las grandes estadísticas los señalan en un 20 a 30% de casos (7, 8, 9, 10).

Dispepsia, pirosis, eructos, náuseas, distensión post prandial del epigastrio, simulando a veces afecciones biliares, gástricas o apendiculares, y en ocasiones problemas intestinales, constipación o cuadros diarreicos.

En uno de los pacientes por nosotros estudiados, portador de un neuroma maligno retroperitoneal, las molestias de tipo gástrico fueron causa de una exploración quirúrgica y una gastroenteroanastomosis, aparentemente por error diagnóstico, meses antes de la aparición de una masa tumoral manifiestamente palpable.

4) Trastornos urinarios: Aún cuando el riñón y su vía excretora sufren con precocidad desplazamientos de diverso tipo, que llegan a ser realmente extremados, se acomodan de manera tan fácil a su progresiva alteración, que no dan síntomas subjetivos sino en períodos muy avanzados, por lo general. Incluso en el caso de que se llegue a un disturbio funcional severo, con ectasia de las cavidades, ello ocurre la mayoría de las veces en absoluta calma, máxime si el riñón opuesto es normal.

Pack y Tabah hallaron trastornos urinarios al comienzo de la enfermedad en sólo el 2,5% de sus casos y en el 5,8% en el momento del diagnóstico.

En todos nuestros enfermos hubo demostración radiográfica de modificaciones más o menos importantes de posición y función, aunque nada hubiera permitido sospechar tales alteraciones. En solo uno de ellos en que había invasión directa del riñón y pelvis por un sarcoma, diagnosticado muy tardíamente, hubo signos ostensibles de pielonefritis con piuria y hematurias, desarrollada en una hidronefrosis, de considerable magnitud.

5) Trastornos respiratorios: Pueden observarse, aun en ausencia de metástasis o de propagación mediastinal, signos de irritación pleural por invasión de la cúpula diafragmática: tos, disnea, dolor tipo pleural. Uno de nuestros casos, con fuerte compresión del diafragma, acusaba tos seca improductiva desde tiempo atrás.

6) Trastornos del retorno venoso: En general, la aparición de circulación colateral, edemas ascitis, varicocele, vulvocele, etc., son signos que aparecen en las etapas finales, sea por compresión o por invasión de los vasos. Así ha sido también en nuestra casuística.

7) Signos de irritación simpática regional: Michans (6) ha llamado la atención entre nosotros sobre ciertos hechos que serían debidos, según las experiencias de Hesse y Zaiceva, a irritación de las cadenas simpáticas latero vertebrales ante el contacto de una masa en crecimiento contra estos elementos nerviosos. Podría observarse en el miembro inferior del lado afecta un descenso de la temperatura cutánea y una exageración del reflejo pilomotor e hipersudoración.

Nosotros no hemos observado estas modificaciones, pero es interesante su búsqueda.

8) Signos de hiperactividad córticosuprarrenal: En los tumores de esta estirpe, configurando los diversos síndromes según la increción participante. Hiperaldosteronismo, Cushing, virilización, feminización, formas mixtas.

9) Hipertensión arterial: Del tipo paroxístico o eventualmente continuo con las concomitancias que caracterizan a los feocromocitomas. De tipo nefrógeno, descrito en algunos casos por compromiso del pedículo renal vecino.

10) Signos de hemorragia interna aguda: Puede haber una hemorragia intraperitoneal, o un derrame retroperitoneal, síndrome de Wunderlich, que tengan como causa un tumor del retroperitoneo.

11) Deterioro del estado general: Dependerá naturalmente del carácter de malignidad y del grado evolutivo de cada caso. En los linfomas, frecuentemente se podrán hallar otras localizaciones contemporáneas y modificaciones sanguíneas más o menos típicas.

LAS DOS ETAPAS DEL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Fuera de los casos muy especiales de ciertos linfomas o en los tumores funcionante córticosuprarrenales o en los feocromocitomas, en los cuales podrán observarse signos que orienten rápidamente, los demás son en su mayoría muy silenciosos desde el punto de vista sintomatológico.

Surge de ello la necesidad de cumplir un plan que debe recorrer dos etapas sucesivas:

- 1) Diagnóstico positivo de tumoración retroperitoneal.
- 2) Diagnóstico de su naturaleza.

1) El diagnóstico diferencial que se debe realizar en el primer paso, abarca en primer lugar los procesos tumorales o no del riñón y su vía excretora. Deberán considerarse los

posibles tumores o tumefacciones del hígado, bazo, páncreas, intestino, mesenterio, aparato genital femenino.

No nos extenderemos sobre el cúmulo de datos que para cada caso en particular han de buscarse. Sospechándose un tumor del retroperitoneo, han de tenerse especialmente en cuenta los elementos presuntivos mencionados en el capítulo precedente.

La semiología clásica ponía especial énfasis en los datos de la percusión abdominal, que siempre tienen interés. Albarran e Imbert decían que al comienzo el tumor retroperitoneal queda profundamente escondido bajo las ansas intestinales, que lo cubren con una evidente sonoridad. "A medida que se desarrolla sus caracteres se modifican para aproximarse a los de los tumores renales; rechaza las ansas intestinales hacia adentro y se coloca detrás del colon; como su volumen es ya bastante considerable, entra en contacto con la pared abdominal por dentro y por fuera del colon y presenta en consecuencia una ancha zona de matitez atravesada por una banda sonora. Finalmente, más tarde aún, el tumor rechaza por lo común el intestino grueso como lo había hecho con el delgado: se hace completamente mate y se parece mucho a un tumor del aparato genital femenino sobre todo del ovario" (1).

Lecene y Wolfrohm (5) sostenían que en el período en que el único rechazado es el delgado mientras el colon, empujado hacia adelante por la masa neoformada permanece interpuesto, su banda de sonoridad sería "de importancia capital para fijar el asiento retroperitoneal". Agregaban: "Pero si el intestino está aplanado será bueno practicar la insuflación".

En estudio de la movilidad, sea por la respiración o por maniobras activas de peloteo o desplazamiento manuales impuestos por el examinador, puede arrojar luz que sirva de guía.

Pero es evidente que solo los estudios radiográficos realizados en forma adecuada ofrecerán datos que posean suficiente convicción para responder verosímelmente al primer interrogante: ¿Es o no, una tumoración del retroperitoneo?

Las radiografías deben incluir placas simples del abdomen y técnicas contrastadas diversas según el caso, siendo inexcusable las del árbol urinario.

Recordaremos aquí muy brevemente algunas de las imágenes observadas en los casos de nuestra experiencia (3,4).

Las placas simples pueden mostrar la masa tumoral netamente, el contenido gaseoso intestinal desplazado, el borramiento del borde del psoas por superposición de sombras. Evidenciara ocasionalmente calcificaciones del tumor, que nada tienen de característico y que se ven en muy diversos tipos de neoformaciones retroperitoneales (Fibromas, linfangiomas, fibrosarcomas, tumores nerviosos, teratomas, etc.)

El urograma de excreción, completado o no según resulte necesario por pielografía ascendente o uréteropielografía retrograda o incluso anterograda por punción según sea el caso, servirá, además de la clínica, para el diagnóstico diferencial con la propia patología urinaria y a la vez informará sobre los desplazamientos que al riñón, pelvis y uréter les impone el tumor adyacente. En solo algunos casos muy malignos la neoplasia puede invadir el riñón o sus vías, como sucediera en uno de los nuestros. Pero aún así, fuera de posibles modificaciones de ectasia, con o sin trastorno funcional, o hasta de franca hidronefrosis, es bien categórica la ausencia de signos de dislocación calicial, lo que pone en claro que la neoformación no pertenece al parénquima renal sino que es extrarenal, y por lo demás se verá que es también extraureteral.

El riñón y sus vías de excreción sufren las más variadas modificaciones de ubicación topográfica, que escapan a toda sistematización. Ascenso, descenso, torción, trasla-

ción hacia afuera, hacia adentro, hasta llevarla al lado opuesto simulando una ectopía cruzada, combaduras del uréter de orientación y magnitud diversas, todo puede ser observado.

El enfisema retroperitoneal con la técnica de Ruiz Rivas, solo o combinado con urografías de contraste, puede hacer más netas algunas imágenes dudosas. A veces, sin embargo, solo muestra con nitidez asombrosa el lado sano y no logra aportar nada en el que interesa, por el bloqueo o la simple compresión que la masa en cuestión ejerce en la *mallá celular por la que debe difundirse el gas inyectado*.

En algunas circunstancias puede también ser útil el neumoperitoneo. Las opacificaciones por relleno del tubo digestivo, estómago, duodeno, delgado, colon, servirán tanto para descartar estos órganos como presunto origen de un tumor, como para documentar las imágenes de rechazo que este les impone.

Algunas veces hallan indicación los contrastes vasculares, aortografía, cavografía, esplenoportografía, o las nuevas técnicas de linfografía.

De todos estos estudios, indudablemente los que ponen el acento con más nitidez para certificar el carácter retroperitoneal de una masa sospechosa, son las urografías.

2) Cuando se trata de hacer la determinación de la naturaleza del proceso que ya se ha catalogado como del retroperitoneo, tropezamos con aún mayores problemas.

Así como es de rico en recursos el primer paso de esta secuencia diagnóstica, suele ser de pobre el segundo.

Sólo los córticos suprarrenales funcionantes y los feocromocitomas brindan abundantes elementos de juicio orientadores. Tanto, que en ellos la regla es que el mecanismo de diagnóstico sea inverso. Se llega primero a saber que el tumor existe y cual es su tipo estructural, debiendo buscarse a raíz de ello su exacta localización, lo que no es fácil por ser en general pequeños pese a su repercusión general manifiesta.

Haciendo abstracción de estos tipos *especialísimos*, en primer término hemos de descartar los pseudotumores. El quiste hidatídico, las esclerolipomatosis por perinefritis debidas a afecciones renoureterales diversas, los abscesos fríos osifluentes, deben ser investigados con amplitud de medios. Los aneurismas de la aorta o de sus ramas, pueden llegar a plantear grandes dificultades, según lo hemos visto en nuestra práctica.

Los tumores de pared posterior, comúnmente óseos o musculares, son difícilmente distinguibles como no sea por la exploración quirúrgica. Conviene recordar, por otra parte su muy baja incidencia.

Existe también la posibilidad de tomar como primitivas a lesiones metastásicas. Para evitar esta confusión, deben extremarse los exámenes de los órganos presuntamente productores de una neoplasia capaz de dar *matástasis* de ubicación retroperitoneal, especialmente útero, ovario, testículo.

En los tumores de los niños, un criterio estadístico puede ser de valor; en la infancia; fuera del tumor de Wilms del riñón, que es el que con más frecuencia se encuentra en el retroperitoneo, prácticamente hay solo dos posibilidades en esta región: simpatomas y teratomas pararenales. Los demás serían absolutamente excepcionales en los niños (2). De todos modos, aparte de los neoplasmas hormonosecretantes ya mencionados, nada ofrecen los tumores retroperitoneales que permite identificar su tipo, fuera de su estudio histológico luego de la exploración quirúrgica. Ella podrá ser limitada a una toma *biopsica* o dirigirse a su extirpación total.

La práctica de biopsias ciegas por punción, consideramos que es desaconsejable. La sola posibilidad de que se trate de un tumor muy vascularizado o hasta de un pseudo

tumor aneurismático, debe ser un serio toque de atención.

En los casos de matástasis más accesibles o de localizaciones concomitantes (linfomas), la biopsia puede ser aclaratoria y definir las posibilidades de ciertas terapias de orden no quirúrgico.

LAS CAUSAS POR ERROR DIAGNOSTICO: Según nuestra experiencia, con respecto a la primera fase del diagnóstico (certificar la existencia de una tumoración retroperitoneal) los motivos de confusión habitualmente son los más simples.

1) No pensar en la posibilidad de un tumor del retroperitoneo frente a síntomas o signos que deben hacerlo presumir.

2) No completar la búsqueda de elementos decisivos que brindan la clínica, el laboratorio y principalmente la radiografía realizada con técnica adecuada.

Las dificultades se minimizan cuando se piensa en esta eventualidad y se procura demostrarla prolijamente.

En cuanto a la segunda cuestión, la naturaleza del tumor en sí, la incertidumbre es la regla. Solo en ciertos casos muy particulares habrá datos que permitan una sospecha fundada y concreta antes de recurrir a la investigación quirúrgica y la biopsia. Ella será en definitiva la que pondrá punto final a toda interpretación más o menos subjetiva y dará la pauta de la conducta a seguir ulteriormente.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - ALBARRAN, J., IMBERT, L.: Les tumeurs du rein. Masson, París, 1903.
- 2 - FULTON, H., EVANS, W. A.: Jr. Arch. Surg. 70: 178, 1955.
- 3 - HEREÑU, R.C.: VIº Congreso Argentino Urología. 2: 149, 1960.
- 4 - HEREÑU, R. C.: Tumores pararenales. Trab. Adscr. Clínica Urologica. Buenos Aires 1964.
- 5 - LECENE, P., WOLFROMM, G.: Cancers du rein. G. Doin, París 1923.
- 6 - MICHANS, J. R.: XXIVº Congreso Argentino Cir. 1:1, 1953.
- 7 - NEWMAN, H. R., Pinck. Arch. Surg. 60; 879, 1950.
- 8 - PAC, G. T., TABAH, E. J.: Surg. Gynec. Obst. 99: 313, 1954.
- 9 - PELLEGRINI, G. F.: col. I tumor retroperitoneali. Minerva Med. Milano, 1960.
- 10- PETTINARI, V.: LVIIº Congr. Soc. It. Chir. 1: 149, 1955.