

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**“MANEJO QUIRÚRGICO DE TUMORES RETROPERITONEALES EN  
EL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, 2007-2012”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADA POR:**

**Ana Liliana Rojas Chihuan.**

**ASESOR:**

**Dr. Manuel Huamán Guerrero.**

**Lima- Perú**

**2014**

## **DEDICATORIA**

Al Doctor Manuel Huamán Guerrero, distinguido Maestro, que influyó con su experiencia de cirujano en la elección del tema y en la asesoría de esta tesis. Mi profundo agradecimiento.

A mis padres Próspero y Zulema por su paciencia y comprensión, sacrificaron su tiempo para yo cumplir con lo mío. Gracias por estar siempre a mi lado.

## ÍNDICE

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
1.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.3 OBJETIVOS .....	8
1.3.1 Objetivos Generales .....	8
1.3.2 Objetivos Específicos .....	8
1.4 IMPORTANCIA Y ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN .....	10
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN .....	10
CAPÍTULO II: ASPECTOS TEÓRICOS.....	12
2.1 MARCO TEÓRICO .....	12
2.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	24
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	31
CAPÍTULO III: VARIABLES .....	33
3.1 VARIABLES .....	33
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA .....	34
4.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	34
4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	34
4.3 INSTRUMENTOS.....	35
4.4 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS.....	36
DISCUSION.....	52
CONCLUSIONES .....	58
RECOMENDACIONES.....	59
BIBLIOGRAFIA .....	60
ANEXOS.....	65

**MANEJO QUIRÚRGICO DE TUMORES  
RETROPERITONEALES EN EL HOSPITAL  
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, 2007-2012**

**INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo de investigación está orientado al estudio de los tumores retroperitoneales, que por ser una patología compleja y poco frecuente, requiere manejo por centros hospitalarios de alto nivel de complejidad.

Este estudio se ha llevado a cabo en el Servicio de Cirugía de Esófago, Tumores Retroperitoneales y Partes Blandas del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM).

La población de estudio son los pacientes que fueron diagnosticados y tratados por tumores retroperitoneales en el Servicio de Cirugía de Esófago, Tumores Retroperitoneales y Partes Blandas del HNERM, en el período Enero 2007 a Diciembre 2012. La recolección de los datos se ha realizado retrospectivamente, mediante la revisión pormenorizada de las Historias Clínicas.

El objetivo principal es describir las características de los pacientes con diagnóstico de Tumor Retroperitoneal y detallar la sintomatología clínica, las técnicas operatorias, la evolución postoperatoria y las complicaciones más frecuentes de los pacientes con diagnóstico de tumores retroperitoneales, así como las recidivas y el número de reintervenciones a las que fueron sometidos. De igual manera, se describen las características demográficas de los pacientes con dicho diagnóstico.

# **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## **1.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA**

En el Perú, no existe estudio integral registrado del manejo quirúrgico de los tumores retroperitoneales (TRP).

Los tumores retroperitoneales, a pesar de ser poco frecuentes, requieren un estudio especializado; así mismo, requieren un manejo quirúrgico complejo y multidisciplinario. El HNERM, por ser un centro hospitalario de referencia nacional Nivel IV, cuenta con un número considerable de casos de esta patología, cuya prevalencia y manejo aún no han sido caracterizados.

Mediante la revisión de las historias clínicas del Servicio de Cirugía de Esófago, Tumores Retroperitoneales y Partes Blandas del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, se describirá la experiencia en el manejo de TRP en este nosocomio, lo cual permitirá la comparación con otros grupos de trabajo especializado en dicha patología.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

El problema que nos proponemos investigar, se formula a través de las siguientes preguntas:

1. ¿Cuáles son las características demográficas de los pacientes diagnosticados con tumor retroperitoneal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2007-2012?

2. ¿Cuáles son los hallazgos anatomopatológico según edad y sexo en pacientes diagnosticados con tumor retroperitoneal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2007-2012?
3. ¿Cuáles son los antecedentes patológicos más frecuentes en pacientes diagnosticados con tumor retroperitoneal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2007-2012?
4. ¿Cuál es la enfermedad actual más frecuente en pacientes con tumoración retroperitoneal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2007-2012?
5. ¿Cuál es la sintomatología más prevalente en pacientes con tumoración retroperitoneal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2007-2012?
6. ¿Cuáles son las características al examen físico y clínico en pacientes con tumor retroperitoneal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2007-2012?
7. ¿Cuáles son las complicaciones post quirúrgicas más frecuentes en pacientes con tumor retroperitoneal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2007-2012?
8. ¿Cuál es el tratamiento quirúrgico más prevalente en pacientes con tumor retroperitoneal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2007-2012?
9. ¿Cuál es la prevalencia de diagnóstico quirúrgico de pacientes con tumor retroperitoneal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2007-2012?
10. ¿Cuál es la prevalencia de diagnóstico anatomopatológico de pacientes con tumor retroperitoneal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2007-2012?
11. ¿Cuál es la sensibilidad y especificidad del diagnóstico quirúrgico según anatomía patológica en pacientes con tumor retroperitoneal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2007-2012?

12. ¿Cuáles son los procedimientos quirúrgicos más destacados en el tratamiento de pacientes con tumor retroperitoneal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2007-2012?
13. ¿Cuál es la evolución predominante de los pacientes con tumor retroperitoneal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2007-2012?

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1 Objetivos Generales**

- Determinar las características del manejo de tumores retroperitoneales en pacientes del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

1. Determinar las características demográficas de pacientes con tumor retroperitoneal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2007-2012.
2. Establecer el hallazgo anatomopatológico según edad y sexo de pacientes con tumor retroperitoneal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2007-2012 .

3. Encontrar los antecedentes patológicos más frecuentes de pacientes con tumoración retroperitoneal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2007-2012.
4. Hallar la enfermedad actual más frecuente de pacientes con tumoración retroperitoneal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2007-2012.
5. Determinar la sintomatología más prevalente de pacientes con tumoración retroperitoneal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2007-2012.
6. Encontrar las características del examen físico y clínico de pacientes con tumoración retroperitoneal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2007-2012.
7. Determinar las complicaciones post quirúrgicas más frecuentes de pacientes con tumoración retroperitoneal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2007-2012.
8. Establecer el tratamiento quirúrgico más prevalente en pacientes con tumoración retroperitoneal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2007-2012.
9. Determinar la prevalencia de diagnóstico quirúrgico de pacientes con tumoración retroperitoneal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2007-2012.
10. Determinar la prevalencia de diagnóstico anatomopatológico de tumores de pacientes con tumoración retroperitoneal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2007-2012.
11. Encontrar la sensibilidad y especificidad del diagnóstico quirúrgico según anatomía patológica de pacientes con tumor retroperitoneal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2007-2012.

12. Establecer los procedimientos quirúrgicos más destacados en el tratamiento de pacientes con tumor retroperitoneal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2007-2012.
13. Establecer la evolución de los pacientes con tumor retroperitoneal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2007-2012.

## **1.4 IMPORTANCIA Y ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente estudio permite describir la población de pacientes con tumores retroperitoneales, sometidos a cirugía en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, durante el período Enero 2007 a Diciembre 2012.

El presente estudio también evalúa el manejo de los tumores retroperitoneales en un centro de referencia como es el HNERM, con el fin de plantear alternativas conducentes a lograr la mejora del diagnóstico en estadios más tempranos, el manejo multidisciplinario y los procedimientos.

## **1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

- 1.5.1** “Son tumores infrecuentes, representan del 0,2 al 0,3% de todas las neoplasias del organismo”(1), “y de un 15% de los sarcomas retroperitoneales”(2).

**1.5.2.** Falta en el Perú, registros sobre las alternativas de tratamiento quirúrgico de los tumores retroperitoneales, así como de las principales limitaciones y complicaciones. Esto hace que el presente estudio no cuente con referencias a nivel local.

1. L. García- Sancho Martin. Afecciones Retroperitoneales. Pág. 630.
2. P. Carda y colab. Tumores Retroperitoneales. Pág. 931.

## CAPÍTULO II: ASPECTOS TEÓRICOS

### 2.1 MARCO TEÓRICO

“El retroperitoneo es una región anatómica en la que hay múltiples estructuras que definen un espacio real y otro virtual. En el espacio real se encuentran los órganos sólidos y los grandes vasos (riñones, uréteres, glándulas suprarrenales, páncreas, aorta abdominal, vena cava inferior, ganglios linfáticos, parte del duodeno y elementos nerviosos). El espacio virtual, es aquel que se hace real solamente cuando se ve ocupado por un elemento que no forma parte del contenido normal del retroperitoneo”<sup>(3)</sup>.

“Anatómicamente el espacio retroperitoneal está limitado en su parte superior por la duodécima costilla y las inserciones del Diafragma, en la parte anterior por el Peritoneo, en la inferior por el borde superior de la pelvis, en la posterior por la columna y los músculos Psoas Iliaco y en los laterales por los músculos Cuadrados Lumbares”<sup>(4)</sup>. Sin embargo, el propio espacio retroperitoneal carece de estructuras internas que puedan limitar el crecimiento de procesos neoplásicos, por lo que estos pueden extenderse con facilidad y además afectar a cualquier estructura retroperitoneal, frecuentemente en forma bilateral. Las características del espacio retroperitoneal, son muy importantes para la toma de decisiones quirúrgicas.

3. Alvarado Zapana Guillermo. Cirugía General- Tumores Retroperitoneales. Pág. 538.
4. P. Carda Abella y colab. Tumores retroperitoneales. Pág. 931.

### **Frecuencia y etiología:**

Aproximadamente el 15% de los sarcomas de las partes blandas se localizan en el retroperitoneo, siendo considerada una patología rara o poco frecuente. “Aparecen con mayor frecuencia en la quinta o sexta década de la vida, la incidencia en hombres y mujeres es similar” (5).

Ante la aparición de una tumoración palpable y desconocida en el abdomen, los tumores retroperitoneales siempre se deben incluir en el diagnóstico diferencial.

No existe una etiología clara en relación a estas neoplasias. Al parecer los antecedentes de radiación abdominal, administrada al menos con 10 años de antelación, podría convertirse en un factor de riesgo.

El histiocitoma maligno es el único sarcoma en el que puede existir alguna relación con radiaciones previas. También se han descrito trastornos familiares relacionados con los sarcomas de los tejidos blandos y retroperitoneales, como el síndrome de Gardner, la Neurofibromatosis o Enfermedad de Von Recklinghausen y las mutaciones de la línea germinativa del gen supresor de tumor p53 en el cromosoma 17.

### **Anatomopatología e Histología:**

Las características anatómicas del retroperitoneo no establecen barreras para la extensión de los tumores, por lo que generalmente al momento del diagnóstico

suelen ser de gran tamaño. Así mismo, es difícil detectarlos tempranamente dado que al no encontrar limitación para su crecimiento, la sintomatología aparece tardíamente. Todas estas condiciones empeoran el pronóstico de estos pacientes.

“Desde el punto de vista macroscópico los tumores retroperitoneales pueden ser sólidos, quísticos o más frecuentemente mixtos. Pueden ser únicos o múltiples; con mayor frecuencia son únicos, pero con evaginaciones que se adaptan a las anfractuosidades anatómicas de la región. El crecimiento silente permite que puedan alcanzar en muchos casos más de 10 kg de peso en las piezas extirpadas”<sup>(6)</sup>.

Histológicamente los tumores retroperitoneales más comunes dependen del tejido graso (Lipomas y Liposarcomas), en segundo lugar los que se originan del tejido muscular liso (Leiomiomas y Leiomiosarcomas) y luego aquellos que se derivan del tejido fibroso (Fibrosarcomas). Los orígenes pueden relacionarse con tejidos del mesodermo, tejido neuroectodérmico o de restos embrionarios de tejidos del aparato genitourinario.

## CLASIFICACIÓN DE LOS TUMORES RETROPERITONEALES EN BASE A LA DETERMINACIÓN DE LA ESTIRPE CELULAR DE PROCEDENCIA

Tipo de tejido	Tumores benignos	Tumores malignos
<b>Tumores mesodérmicos</b>		
Tejido conectivo	Fibroma	Fibrosarcoma
Tejido adiposo	Lipoma	Liposarcoma
Musculo liso	Leiomioma	Leiomiomasarcoma
Musculo estriado	Rabdomioma	Rabdomiosarcoma
Ganglios linfáticos		Linfomas
Vasos linfáticos	Linfangioma	Linfangiosarcoma
Vasos sanguíneos	Hemangioma	Hemangiopericitoma Hemangiosarcoma
Mesénquima primitivo	Mixoma	Mixosarcoma
Tejido mesotelial		Mesotelioma
Elementos fibrohistiocíticos	Histiocitoma	Histiocitoma maligno
<b>Tumores neurogénicos</b>		
Vainas nerviosas	Neurilemoma Neurofibroma	Neurosarcoma
Células simpáticas	Ganglioneuroma	Neuroblastoma
Células de la cresta neural	Feocromocitoma	Paraganglioma no cromafín
<b>Tumores embrionarios</b>		
	Quiste nefrónico Quiste dermoide	Tumor urogenital Teratoma Cordoma
<b>Otros</b>		
	Endometriosis Quiste hidatídico	Metastásicos Sarcoma alveolar Sinovioma Corioepitelioma Tumor indiferenciado

Tomado de H. Duran Sacristan y colab. Compendio de Cirugía, pág. 631

Por su gran tamaño, estos tumores desarrollan lo que se llama pseudocápsula, formada por tejido fibroso e inflamatorio pero usualmente invadida por células tumorales, por lo que la recidiva local resulta frecuente y representa el mayor problema para el tratamiento quirúrgico. La principal característica histológica que determina el pronóstico es el grado histológico, aunque debido a su tamaño puede variar en diferentes zonas de la propia tumoración, lo que dificulta la labor del patólogo en la determinación exacta del tumor. El grado histológico se define basándose en grados de diferenciación, cantidad de estroma fibroso, atipias celulares, pleomorfismo y presencia de necrosis. Se han establecido diversas clasificaciones, pero la más aceptada es la de la American Joint Commission of Cancer.

### **Características utilizadas para el estadiaje de Tumores Retroperitoneales.**

#### **Grado histológico:**

G1: Bajo grado

G2: Moderado grado

G3: Alto grado

#### **Tamaño del tumor primario:**

T1: Tumor menor de 5 centímetros.

T1a: Tumor superficial\*\*

T1b: Tumor profundo \*\*\*

T2: Tumor mayor de 5 centímetros

T2a: Tumor superficial\*\*

T2b: Tumor profundo\*\*\*

**Ganglios regionales:**

N0: Ausencia de metástasis en los ganglios linfáticos regionales.

N1: Presencia de metástasis en los ganglios linfáticos regionales.

**Metástasis a distancia:**

M0: Ausencia de metástasis a distancia

M1: Presencia de metástasis a distancia

International Union Against Cancer

- \* Está localizado exclusivamente detrás de la fascia superficial sin invadirla.
- \*\* Está localizado exclusivamente detrás de la fascia superficial o superficial a la fascia pero con invasión de ella. Los tumores retroperitoneales, mediastinales y pélvicos se consideran profundos.

## ESTADIOS DE LOS TUMORES RETROPERITONEALES SEGÚN EL AJC/UICC.

ESTADIO	TNM			
	T	N	M	G
I	T1a T1b T2a T2b	N0	M0	G1
II	T1a T1b T2a	N0	M0	G2 o G3
III	T2b	N1	M0	Cualquier G
IV	Cualquier T	N0	M1	Cualquier G

Tomado de Informe Final de Investigación. Segunda Especialización en Cirugía General. Dr. Juan Carlos Marcos Enríquez.

Los tumores retroperitoneales metastatizan por vía hematógica el hígado y los pulmones con igual frecuencia.

Las metástasis linfáticas son poco frecuentes y difíciles de establecer por las condiciones anatómicas del retroperitoneo y el tamaño de los tumores.

### **Sintomatología:**

“Por lo general, los pacientes presentan una masa abdominal por demás asintomática, que, en la mayoría de los casos (90%), es mayor a los 5cm. En otras ocasiones, los pacientes presentan dolor, hemorragia de tubo digestivo, obstrucción intestinal o síntomas neurológicos secundarios a la invasión o compresión de estructuras neurovasculares retroperitoneales”(7).

### **Diagnóstico:**

La palpación del abdomen descubre tumoraciones de gran tamaño, normalmente indoloras, de consistencia dura y adherida a planos profundos, difícilmente movilizables. Otros signos que hay que buscar en la exploración física incluyen la existencia de adenopatías en la región inguinal o la existencia de tumoraciones extraabdominales (escroto, cáncer de ano, etc.) que eventualmente podrían estar en relación con grandes bloques de adenopatías retroperitoneales. El tacto rectal y el vaginal son, lógicamente, obligatorios. Como con gran frecuencia el diagnóstico de las tumoraciones retroperitoneales primarias se realiza por exclusión de otras tumoraciones abdominales, la exploración del abdomen se debe hacer siempre teniendo en cuenta esta posibilidad.

El laboratorio no ofrece datos específicos para ningún tumor retroperitoneal primario, excepto en el Feocromocitoma de tejido cromafinextra suprarrenal. La Alfabetoproteína sérica y la Betagonadotropina Coriónica Humana deben valorarse para excluir tumores de células germinales.

Las pruebas de imagen son indispensables en el diagnóstico de tumores retroperitoneales. La Tomografía Axial Computarizada (TAC) constituye sin duda la más eficaz en la actualidad porque permite la valoración directa por parte del cirujano de las relaciones anatómicas del tumor con las otras estructuras retroperitoneales y facilita la preparación de la táctica quirúrgica. Sin embargo, sigue siendo poco segura para informar sobre la existencia de planos de disección

quirúrgica entre las tumoraciones y los grandes vasos; en especial es difícil diferenciar entre compresión e invasión de la pared de los uréteres.

Las imágenes de la Resonancia Magnética Nuclear (RMN) están aportando nuevos datos, más fiables en algunos aspectos de la TAC, sobre las relaciones anatómicas de las tumoraciones retroperitoneales que pueden ser importantes para el cirujano.

El realce de contraste con Galio permite mejorar la sensibilidad y especificidad de los exámenes con RMN, pero aún falta experiencia para determinar con completa seguridad, en un estudio de RMN o de TAC, si una tumoración retroperitoneal es resecable o no. Los datos de la exploración quirúrgica todavía no pueden en la actualidad ser sustituidos en la mayoría de los casos por los obtenidos con ninguna prueba de imagen. Por otra parte, pocas veces están indicadas pruebas con contraste baritado del tubo digestivo, ecografías o estudios vasculares ni para el diagnóstico ni para la evaluación de la resecabilidad.

Otro problema que está en discusión es el diagnóstico histopatológico preoperatorio. Si se sospecha que puede tratarse de un Linfoma puede estar indicada la punción aspiración con aguja fina (PAAF) dirigida con TAC. Sin embargo, la mayoría de los patólogos necesitan material obtenido al menos con biopsia percutánea con aguja para dar una información fiable sobre estirpes celulares y el estroma de la tumoración para orientar sobre el tipo de Linfoma. Si no se sospecha un Linfoma, la obtención de tejido con cualquier técnica percutánea no parece que tenga sentido realizarla, toda vez que tampoco aporta información válida para plantear uno u otro tipo de abordaje quirúrgico.

## **Tratamiento:**

- **Cirugía**

El único tratamiento eficaz para los tumores retroperitoneales, excepto en el caso de Linfoma, es el quirúrgico. La preparación preoperatoria de un paciente con tumoración retroperitoneal debe incluir la limpieza mecánica del Colon y antibióticoterapia profiláctica intraoperatorio, por lo que en principio conviene no plantearse nunca la enucleación como opción quirúrgica.

En más del 60% de los pacientes con tumoraciones por encima de 10 cm de diámetro se precisa la resección de algún órgano adyacente al tumor para conseguir una extirpación completa. Los órganos con más frecuencia incluidos en una resección de un tumor retroperitoneal son los riñones, el duodeno y el colon derecho o izquierdo. La alta posibilidad con la que los uréteres están afectados por las tumoraciones retroperitoneales hace que muchos cirujanos decidan sistemáticamente colocar guías endoscópicas antes de iniciar la resección. No existen normas basadas en la evidencia sobre el costo quirúrgico de una resección radical de un tumor retroperitoneal. La decisión sobre los órganos que se debe sacrificar depende de múltiples factores locales y generales del enfermo, además de las características del tumor.

Hay que tener siempre presente que se trata de intervenciones largas y con necesidad de transfusión preoperatoria en la mayoría de los casos.

La vía de abordaje ha de ser amplia y, en general, resultan más prácticas las incisiones verticales en la línea media. El abordaje laparoscópico por vía intraperitoneal o retroperitoneal tiene indicación en casos excepcionales y está absolutamente determinado por el tamaño del tumor y su estirpe histológica.

Los tumores retroperitoneales no deben enuclearse; esta forma de extirpación resulta incorrecta. La existencia de una pseudocápsula de tejido fibroso, que siempre está invadida por células tumorales, hace que la recidiva sea sistemática si dicha estructura peritumoral no se extirpa en bloque con el tumor. Las masas benignas podrían extirparse mediante una escisión simple, pero está el problema expuesto del diagnóstico histológico.

“El tratamiento quirúrgico es reconocido como el tratamiento más efectivo, siendo la resección total del tumor la que brinda mejores resultados a largo plazo; aunque la complejidad de la anatomía retroperitoneal, las grandes dimensiones que pueden alcanzar estas tumoraciones y el compromiso de estructuras irresecables hacen que la escisión completa sea solamente posible en aproximadamente el 50% de los casos (con cifras entre 38- 70%). Además, a pesar de la resección completa, la recidiva siempre es alta para todos los subtipos, siendo el Sarcoma de bajo grado el de menor tasa de recidiva. Cuando se presentan recidivas el manejo quirúrgico también debe ser agresivo. Debido a que menos del 5% de los pacientes con sarcomas retroperitoneales tiene metástasis ganglionares, la linfadenectomía extensa no está indicada”<sup>(8)</sup>.

La resección de estructuras vecinas a la tumoración es frecuente y es necesaria en la mayoría de los casos (entre un 63- 86%) y las estructuras involucradas generalmente son: riñón, colon, vesícula biliar, páncreas e intestino delgado.

- **Radioterapia- Quimioterapia**

“La terapia coadyuvante al tratamiento quirúrgico no ha demostrado mayormente ventajas sobre la sobrevida y evolución de la enfermedad. Varios autores sostienen que la quimioterapia no ha demostrado un impacto en el índice de recurrencia local, supervivencia o periodo libre de enfermedad”<sup>(9)</sup>.

8. Absalón E, Martínez R, Díaz L, Barra R et al. Sarcomas Retroperitoneales. Cirujano General 2006, Vol. 28: Pág. 77- 88
9. Revista Científica de la Facultad de Medicina Humana - Universidad Ricardo Palma. Sarcomas Retroperitoneales: Reporte de tres casos y revisión de literatura. Pág. 21

## 2.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Se han realizado distintos estudios de los tumores retroperitoneales, para determinar el método quirúrgico más efectivo para la extirpación de dichos tumores. Entre las revisiones médicas encontradas tenemos:

Julio A. Virseda Rodríguez y colaboradores presentaron los casos vistos durante los diez últimos años, denominado “*Tumores retroperitoneales primarios*”, realizado en el Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. España, el cual fue publicado en la revista Scielo Arch. Esp. Urol. v.63 n.1 Madrid Ene.-Feb. 2010. En este estudio de tumores retroperitoneales primarios se analizó la clínica de presentación, pruebas diagnósticas utilizadas, anatomía patológica tumoral, datos quirúrgicos, tratamientos oncológicos complementarios, índices de recidiva y supervivencia. Fue un análisis retrospectivo de 37 casos de tumores retroperitoneales primarios diagnosticados en los últimos 10 años. La TAC fue la técnica de imagen más utilizada y con mejor rendimiento diagnóstico. El 83% de los tumores eran malignos y el 17% benignos. Se realizó cirugía de exéresis total del tumor en el 73% de los casos. La vía de abordaje más utilizada fue la laparotomía media. En el 51,8% de los casos en los que se realizó exéresis radical hubo que realizar una extirpación asociada de órganos vecinos. El índice de recidiva de los pacientes operados fue del 45%. El tiempo medio de aparición de la recidiva tras la cirugía exéretica fue de 23 meses. Se realizó resección iterativa de las recidivas en el 66% de los casos. La supervivencia a 5 años después de la resección completa de los tumores malignos fue del 44%. La media de supervivencia de los pacientes tras la resección iterativa fue de

9,8 meses. Los tumores retroperitoneales primarios son poco frecuentes, siendo habitualmente malignos. La cirugía es el tratamiento de elección y la exéresis completa del tumor es el principal factor que determina el pronóstico. También el Dr. Rafael Pila Pérez y colaboradores han publicado en la Revista Archivo Médico de Camagüey versión On line ISSN 1025-0255, titulado "*Liposarcoma retroperitoneal recidivante*". AMC v.14 n.2 Camagüey Mar.-Abr. 2010". Los Liposarcomas retroperitoneales son tumores infrecuentes. Sus peculiaridades biológicas y clínicas les confieren algunos aspectos diferenciales respecto al resto de los sarcomas retroperitoneales. Se presenta el caso de una paciente de 59 años con el diagnóstico de Liposarcoma retroperitoneal, variedad mixoide, con recidiva en cuatro oportunidades, realizándose en todas exéresis completa del tumor, sin extirpación de órganos vecinos, con radioterapia como tratamiento adyuvante. La supervivencia de esta paciente fue de cuatro años. La elevada tendencia a la recidiva de estos tumores determina un pronóstico global malo.

La edad media de presentación es alrededor de los sesenta años de edad, frecuentemente en hombres en proporción de 3:1, aunque existen autores que lo citan más en mujeres; este caso trató una paciente de 59 años.

Su tamaño medio es grande, alrededor de 10-20cm según varias series publicadas, la neoplasia retroperitoneal fue la de mayor prevalencia; en esta paciente los tumores extraídos siempre fueron mayores de 30cm, el encontrado en el estudio histopatológico post-mortem fue de 40 x 25 x 10cm.

Los Liposarcomas Retroperitoneales son tumores de crecimiento lento, aunque no siempre bien delimitados, poco invasivos localmente y con escasa tendencia a metastatizar a distancia. Característicamente afectan poco el estado general a pesar de

las grandes dimensiones que suelen adquirir antes de su diagnóstico. El motivo de consulta más frecuente es la masa abdominal palpable y/o la formación de abscesos o sepsis sobreañadida; todas estas manifestaciones fueron encontradas en la enferma, que fue intervenida quirúrgicamente en cuatro oportunidades en corto tiempo. Se acepta que un número importante de Liposarcomas Retroperitoneales se originan en la grasa perirrenal, lo que podría explicar en gran parte la frecuencia con que se engloban los riñones durante su curso evolutivo.

Desde un punto de vista anatomopatológico se contemplan cuatro histiotipos: (A) Bien diferenciado, (B) Mixoide y/o células redondas, (C) Lipoblástico y (D) Pleomórfico. El más frecuente es el mixoide y/o células redondas, existen frecuentemente formas mixtas de estos tipos, sin embargo, el comportamiento clínico de ambos es radicalmente distinto, de forma que los tumores predominantemente mixoides se comportan como bien diferenciados, con recurrencias variadas sin apenas metastatizar, como ocurrió en la paciente y los tumores formados predominantemente por células redondas pertenecen al grupo de los poco diferenciados con menos recurrencias y metástasis frecuentes.

Exploraciones complementarias como la TAC y la resonancia magnética nuclear (RMN) permiten valorar la extensión de la neoplasia, la afectación de otros órganos y la propia estructura tumoral, se posibilita en muchos casos orientar su naturaleza histológica. La TAC es la herramienta más importante en la evaluación de un tumor retroperitoneal: ella no solamente evalúa la localización, sino también la relación con órganos vecinos y las metástasis a órganos abdominales y a los huesos.

Hassan y colaboradores enfatizan la importancia de los cortes sagitales y coroneales, sin embargo, en líneas generales, la RMN a la hora de diagnosticar un tumor

retroperitoneal, es superior a la TAC ya que ésta no distingue entre un tumor retroperitoneal y un tumor suprarrenal y la RMN sí, aunque aporta muy poco en el diagnóstico de estirpe. En este caso la ecografía, pero fundamentalmente la TAC y la Biopsia Aspiración con Aguja fina (BAAF) posibilitaron el diagnóstico de esta paciente.

Por lo tanto dentro de las exploraciones complementarias, la TAC y la RMN permiten valorar la extensión de la neoplasia, la afectación de otros órganos y la propia estructura tumoral, posibilitando en muchos casos orientar su naturaleza histológica.

La BAAF dirigida percutáneamente mediante ecografía o TAC constituye una técnica poco cómoda para el paciente, con escasa morbilidad y buena rentabilidad diagnóstica; la urografía descendente, la cavografía y la arteriografía permiten información adicional que puede ser de gran utilidad a la hora de diseñar la conducta terapéutica; a esta paciente sólo se le realizó el urograma excretor.

El tratamiento de elección de los Liposarcomas Retroperitoneales es la cirugía radical, de manera que la resección completa constituye el factor pronóstico más importante. Con frecuencia la radicalidad quirúrgica obliga a la exéresis en bloque de estructuras adyacentes, especialmente el riñón, el bazo, la glándula suprarrenal, e incluso estructuras vasculares como la vena cava inferior. Con respecto al tratamiento complementario, el papel de la quimioterapia no está bien establecido.

La radioterapia postoperatoria parece recomendable, aunque los resultados son controvertidos, especialmente en la variedad mixoide y como tratamiento paliativo. En este caso, se empleó la radioterapia en dos oportunidades en el 2003, a razón de 6000 rads en 25 ciclos y en el 2006, con los mismos esquemas.

Es característica la elevada tendencia a la recidiva de los LR, que varía según las series entre el 20 y el 85% especialmente durante los dos primeros años, como fue observado en esta paciente. El tratamiento de la enfermedad recurrente debe ser el mismo que la neoplasia primaria, de aquí la necesidad de un seguimiento estricto a fin de establecer un diagnóstico precoz de la recidiva, lo que coincide con esta investigación.

Es precisamente esta tendencia a la recurrencia la que condiciona el mal pronóstico global de los LR, que rara vez supera el 50% de supervivencia a los cinco años, como fue apreciado en la paciente.

Así mismo, se realizó otra revisión titulado "*Tumores Retroperitoneales. Revisión de cinco años en material de autopsia*" realizado por Tania Álvarez-Domínguez y colaboradores, publicado en la revista Médica del Hospital General de México. Volumen 67. Número 2 Abril- Junio 2004.

Los tumores retroperitoneales representan del 0.3 al 0.8% de todas las neoplasias. La gran mayoría son mesenquimatosos y malignos. Su diagnóstico generalmente es difícil y, por lo común, se realiza cuando alcanzan gran tamaño.

Los informes en material de autopsias son escasos. Este trabajo nos permite conocer la frecuencia y los tipos de estos tumores. Se revisaron los protocolos de autopsias efectuadas en un período de cinco años en el Hospital General de México. Se encontraron 12 tumores retroperitoneales. La frecuencia y los tipos histológicos resultaron similares a lo informado en otras series.

En esta serie, la frecuencia de tumores retroperitoneales es similar a la informada anteriormente en material quirúrgico, donde el Liposarcoma fue el que ocupó el primer lugar con cuatro casos y de ellos se presentaron los tipos histológicos

lipomatoso y pleomórfico; el tipo mixoide es muy raro. Es importante tener en cuenta que el Liposarcoma retroperitoneal tiene un peor pronóstico que aquellos que se presentan en las partes blandas.

Los tres casos de Leiomioma retroperitoneal se presentaron en mujeres, lo que concuerda con lo informado (segundo lugar de los tumores retroperitoneales).

El pronóstico es malo pues el 80% mueren dos años después de haber sido diagnosticados; en nuestra serie la supervivencia máxima fue precisamente de dos años. El fibrohistiocitoma ocupó el tercer lugar en nuestra serie con dos casos; se puede asociar a leucocitosis periférica y tener patrones diversos como xantomatoso, inflamatorio y otros. Los tumores germinales del retroperitoneo se presentan en niños y jóvenes adultos; se pueden presentar como teratomas inmaduros, carcinoma embrionario, tumor de senos endodérmicos o, como en nuestra serie, de tipo seminoma.

Hubo un caso de tumor derivado de vaina nerviosa (Schwannoma maligno). Estas neoplasias son poco frecuentes; en el retroperitoneo lo habitual es que sean malignas, al contrario de lo que ocurre cuando se presentan en las partes blandas.

Los Paragangliomas extraadrenales suelen ocurrir en la línea media, son más frecuentes en mediastino que en el retroperitoneo; en este último sitio, la mayoría no son funcionales como el caso que se presentó en esta serie.

La Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma publicó una revisión sobre Sarcomas Retroperitoneales "*Reporte de 3 casos y revisión literaria*", realizado por Dr. Manuel Huamán Guerrero y colaboradores, registrado en la Revista Científica de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma 2008, Volumen 8, N.2, Pág. 15- 23.

En dicho estudio refiere que los tumores retroperitoneales son neoplasias poco comunes; por lo tanto es importante enriquecer la literatura médica con los casos que se presentan en la práctica diaria. Describen tres casos manejados por el Servicio de Cirugía de Esófago y Tumores Retroperitoneales del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, en los cuales los pacientes mostraron sintomatología similar y fueron diagnosticados histopatológicamente como tumores malignos de origen mesenquimal. En los dos primeros casos la extirpación total de la masa tumoral fue posible, correspondiéndoles un mejor pronóstico; en el tercer caso, esta no fue lograda íntegramente por infiltración extensa del tumor; así concluyen que los sarcomas son neoplasias más comunes en el espacio retroperitoneal, es usual realizar el diagnóstico tardíamente, cuando la masa tumoral alcanza grandes dimensiones y en cuanto al manejo, siempre que sea posible se debe optar por la vía quirúrgica, que proporciona mejores resultados; además, se debe tener en cuenta que a pesar de las grandes dimensiones de la tumoración, la resección completa es posible y debe intentarse siempre, con el fin de mejorar la sobrevida de los pacientes.

## **2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS**

Los términos que a continuación se definen, establecen significados cuyo objetivo es facilitar la comprensión de este proyecto de investigación.

**2.1.1** Tumor retroperitoneal: Tumores que se asientan en el espacio retroperitoneal, con excepción de los originados en órganos específicos, como páncreas o riñón.

**2.1.2** Manejo terapéutico: Procedimientos a seguir en busca de mejoría del paciente.

**2.1.3** Recidiva: Reparición de una enfermedad en la misma persona.

**2.1.4** Incidencia: Es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.

**2.1.5** Sarcoma: Es una neoplasia maligna que se origina en un tejido conjuntivo.

**2.1.6** Alfafetoproteína sérica (AFP): Proteína que normalmente es producida por el hígado del bebé. Está presente en el líquido que rodea al feto (líquido amniótico) y una pequeña cantidad cruza la placenta y se introduce en el torrente sanguíneo de la madre.

Se encuentra elevado en casos de presencia de tumores germinales y cáncer de hígado.

**2.1.7** Gonadotropina coriónica humana (GCH): Es una hormona glicoproteica producida durante el embarazo por el embrión en desarrollo después de la concepción y posteriormente por el sincitiotrofoblasto (parte de la placenta).

Se encuentra elevado en tumores trofoblásticos y tumor de células germinales.

Por dicho motivo puede encontrarse elevada en los casos de Tumores Retroperitoneales.

## **CAPÍTULO III: VARIABLES**

### **3.1 VARIABLES**

- 3.1.1** Sexo del paciente.
- 3.1.2** Edad del paciente.
- 3.1.3** Presentación clínica
- 3.1.4** Localización anatómica
- 3.1.5** Características demográficas. (Lugar de nacimiento, lugar de procedencia, estado civil, grado de instrucción, ocupación)
- 3.1.6** Antecedentes patológicos.
- 3.1.7** Sintomatología al momento de la historia clínica.
- 3.1.8** Diagnóstico anatomopatológico.
- 3.1.9** Tratamiento quirúrgico del paciente. (Técnica quirúrgica)
- 3.1.10** Recuperación post operatoria del paciente.
- 3.1.11** Días de hospitalización.
- 3.1.12** Recurrencia/ recidiva.

# **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA**

## **4.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

Es un estudio descriptivo retrospectivo.

## **4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA**

### **Población**

Pacientes con diagnóstico de Tumor Retroperitoneal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

### **Muestra**

La muestra está constituida por 96 pacientes con diagnóstico de Tumor Retroperitoneal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, durante el periodo Enero 2007 a Diciembre 2012, sometidos a intervenciones quirúrgicas.

### **Unidad de análisis**

Pacientes con diagnóstico de tumor retroperitoneal sometidos a intervenciones quirúrgicas.

### **Criterios de inclusión**

Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico confirmado mediante anatomía patológica que presentaron tumor retroperitoneal y que fueron sometidos a intervención quirúrgica entre Enero 2007 y Diciembre 2012.

## **4.3 INSTRUMENTOS**

### **Instrumentos para la Recolección de Datos**

Para el presente trabajo de investigación se ha elaborado una ficha de recolección de la información que contiene las variables que permitirá cumplir con los objetivos planteados. La fuente de información es de carácter indirecta, a través de revisión de expedientes clínicos que cumplan los criterios de inclusión.

### **Aspectos Éticos**

Los datos que se obtendrán para el presente estudio, son de carácter confidencial, sólo con fines descriptivos, para lo cual, se solicitará historias clínicas del Servicio de Archivo del Hospital Edgardo Rebagliati Martins y no se consignarán los nombres de los pacientes ni otros datos que permitan su identificación.

### **Tareas específicas para el logro de resultados, recolección de datos u otros**

Para la recolección de datos se registró en una ficha de recolección de datos, a todos los pacientes que cumplen con los criterios de inclusión.

#### **4.4 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS**

El procesamiento de datos se realiza mediante la utilización de Microsoft Excel; la presentación de los resultados se realiza mediante el uso de tablas y/o gráficos con el programa estadístico SPSS V20.

El análisis realizado es principalmente descriptivo. Para variables categóricas, los resultados son presentados en frecuencias absolutas y porcentuales, según el tipo de datos. Para variables continuas, se emplean medias y desviaciones estándar. Estos resultados son presentados en tablas y gráficos. Se utiliza tablas de doble entrada para registrar posibles relaciones entre variables. Se investiga posibles relaciones que se puedan establecer en base a los resultados obtenidos durante la investigación. Se usará la prueba de Chi Cuadrado o Prueba Exacta de Fisher para relacionar variables cualitativas. El nivel de significación utilizado será  $\alpha = 0.05$ ; esto es, toda vez que  $p$  sea menor que 0.05, el resultado se considerará estadísticamente significativo.

# RESULTADOS

**Tabla No. 01**  
**DATOS DEMOGRÁFICOS**

	Cantidad	Porcentaje
<b>SEXO</b>		
Femenino	55	57,3
Masculino	41	42,7
<b>EDAD</b>		
20 a 30 años	9	9,4
31 a 40 años	19	19,8
41 a 50 años	15	15,6
51 a 60 años	23	24,0
61 a 70 años	16	16,7
71 a 80 años	14	14,6
Media +-DE	51años+-15años	
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Soltero	33	34,4
Casado	50	52,1
Separado	2	2,1
Viudo	4	4,2
Conviviente	7	7,3
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>		
Primaria	12	12,5
Secundaria	29	30,2
Superior	55	57,3
<b>LUGAR DE NACIMIENTO</b>		
Lima	36	37,5
Provincia	60	62,5

De la Tabla No. 01; se aprecia que del total de pacientes, el 57.3 % son de sexo femenino y el 42.7% son de sexo masculino. La edad más prevalente de los pacientes con tumor retroperitoneal es de 51 a 60 años (24%) del total de pacientes; el 16.7% tiene edad de 61 a 70 años; el 15.6% tienen edad de 41 a 50 años y el 14.6% tienen edad de 71 a 80 años. La media de la edad es 51 años. Asimismo, se aprecia que la gran mayoría son casados

(52.1%) y el 34.4% del total de pacientes son solteros. El 57.3% tienen grado de instrucción superior y el 62.5% nacieron en provincia.

**Tabla No. 02**  
**HALLAZGO ANATOMOPATOLÓGICO SEGÚN EDAD Y SEXO**

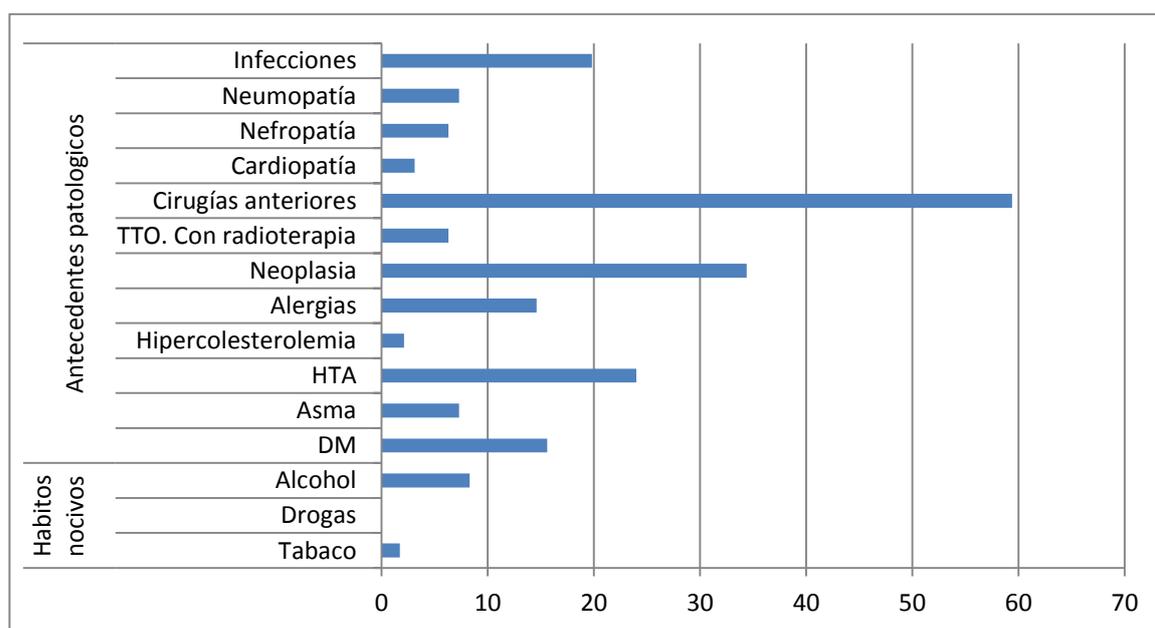
EDAD	Hallazgo Anatomopatológico				Total
	Tumor retroperitoneal		Otros		
	N=39		N=57		
	N	%	N	%	
20 a 30 años	4	10.3	5	8.8	9
31 a 40 años	7	17.9	12	21.1	19
41 a 50 años	7	17.9	8	14.0	15
51 a 60 años	9	23.1	14	24.6	23
61 a 70 años	6	15.4	10	17.5	16
71 a 80 años	6	15.4	8	14.0	14
<b>SEXO</b>					
Femenino	24	61.5	31	54.4	55
Masculino	14	35.9	27	47.4	41

De la Tabla No. 02; se aprecia que el total de pacientes con Tumor retroperitoneal (N=39) el 23.1% tiene edad de 51 a 60 años y el 17.9% tienen edad entre 31 a 40 años o 41 a 50 años. Asimismo, se aprecia que del total de pacientes con Tumor retroperitoneal el 61.5% son de sexo femenino.

**Tabla No. 03**  
**HABITOS NOCIVOS Y ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**

		Cantidad	Porcentaje
<b>HÁBITOS NOCIVOS</b>	Tabaco	16	16,7
	Drogas	0	0,0
	Alcohol	8	8,3
<b>ANTECEDENTES PATOLÓGICOS</b>	DM	15	15,6
	Asma	7	7,3
	HTA	23	24,0
	Hipercolesterolemia	2	2,1
	Alergias	14	14,6
	Neoplasia	33	34,4
	TTO. Con radioterapia	6	6,3
	Cirugías anteriores	57	59,4
	Cardiopatía	3	3,1
	Nefropatía	6	6,3
	Neumopatía	7	7,3
	Infecciones	19	19,8

De la Tabla No. 03; se aprecia que del total de pacientes el 16.7% presentan antecedente de consumo de tabaco; el 15.6% padecen de Diabetes Mellitus tipo 2; el 24% padecen de Hipertensión arterial; el 34.4% presentaron antecedente de neoplasia; el 59.4% presentaron cirugías anteriores y el 19.8% presentaron infecciones.



**Tabla No. 04**  
**ENFERMEDAD ACTUAL**

<b>TIEMPO DE ENFERMEDAD</b>	Cantidad	Porcentaje
Menos de 1 mes	22	22.9
De 1 a 5 meses	20	20.8
6 a 10 meses	18	18.8
11 a 15 meses	8	8.3
16 a 20 meses	10	10.4
21 a 25 meses	13	13.5
Mayor de 26 meses	5	5.2
<b>FORMA DE INICIO</b>		
Brusco	12	12.5
Insidioso	84	87.5
<b>CURSO</b>		
Estacionario	7	7.3
Progresivo	89	92.7

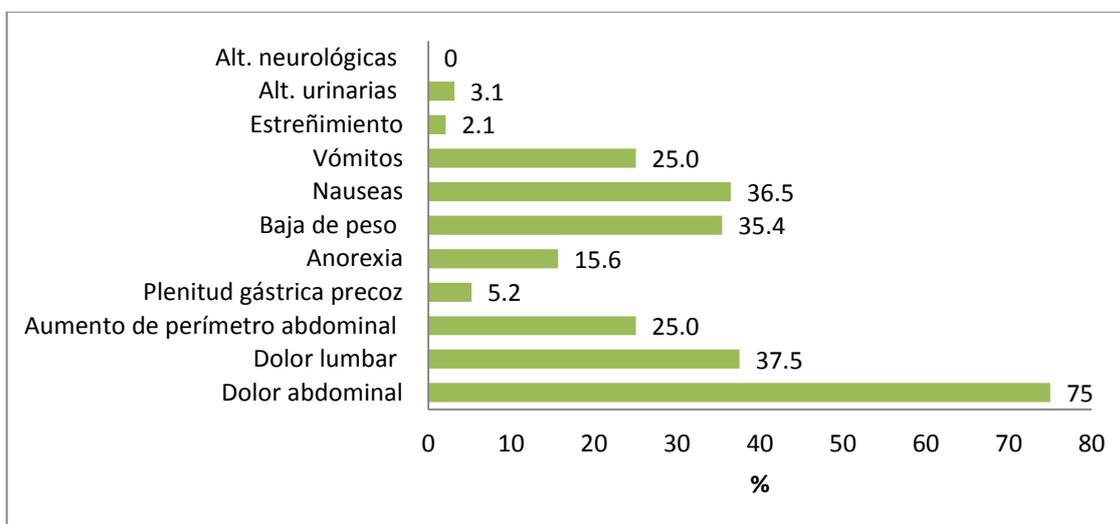
**N=96**

De la Tabla No. 04; se aprecia que el 22.9% presentan tiempo de enfermedad menos de 01 mes; el 20.8% su tiempo de enfermedad es de 1 a 5 meses; y el 18.8% de 6 a 10meses. El 87.5% tuvieron forma de inicio insidioso y el 92.7% tiene curso progresivo.

**Tabla No. 05  
SINTOMATOLOGÍA**

	Cantidad	Porcentaje
Dolor abdominal	72	75
Dolor lumbar	36	37,5
Aumento de perímetro abdominal	24	25,0
Plenitud gástrica precoz	5	5,2
Anorexia	15	15,6
Baja de peso	34	35,4
Nauseas	35	36,5
Vómitos	24	25,0
Estreñimiento	2	2,1
Alteraciones urinarias	3	3,1
Alteraciones neurológicas	0	0

De la Tabla No. 05; se aprecia que la mayor sintomatología es el dolor abdominal (75%); el 37.5% presentan dolor lumbar; el 35.4% presentan baja de peso ; el 36.5% presentan náuseas y el 25% presentan vómitos.



**Tabla No. 06**  
**EXAMEN FISICO**

<b>ESTADO GENERAL</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Aparente buen estado general	17	17,7
Aparente regular estado general.	6,0	6,3
Aparentemente lúcido	1,0	1,0
Buen estado general	8,0	8,3
Lúcido, despierto	40	41,7
Mal estado general	8	8,3
Regular estado general	16	16,7
<b>NUTRICIÓN</b>		
Buen estado de nutrición	96	100,0
<b>HIDRATACIÓN</b>		
Buen estado de hidratación	96	100,0
<b>FUNCIONES VITALES</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>
Presión arterial sistólica	114,6	10,2
Presión arterial diastólica	68,1	10,3
Frecuencia cardiaca	78,0	4,2
Frecuencia respiratoria	18,0	2,9
Temperatura	37,2	13,7
<b>AP. RESPIRATORIO</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares	96	100,0
<b>AP. CARDIOVASCULAR</b>		
Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos	96	100,0
<b>AP. NEUROLÓGICO</b>		
Lucido, orientado en tiempo, espacio y persona	96	100,0
<b>AP. GENITOURINARIO</b>		
PPL (-), PRU (-).	96	100,0

De la Tabla No. 06; los resultados muestran que el 41.7% del total de pacientes se encuentran lúcidos y despiertos y el 17.7% se encuentra en aparente buen estado general. El 100% se encuentra en buen estado nutricional y el 100% presenta buen estado de hidratación. La media de la presión arterial sistólica es de 114.6 mmHg y la media de la presión arterial diastólica es de 68.1 mmHg; la media de la frecuencia cardiaca es de 78 pulsaciones por minuto y la temperatura media es de 37.2 grados celsius.

**Tabla No. 07**  
**EXAMEN FISICO DE ABDOMEN**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Blando, depresible, buena distensión, ruidos hidroaéreos (+).	61	63.5
Masa abdominal palpable poco móvil	79	82.3
Distendido, RHA (+), se palpa tumoración gigante que va desde fosa iliaca izquierda hasta hipocondrio.	3	3.1
Dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho, buena distensión, ruidos hidroaéreos (+).	9	9.4
Blando, depresible, doloroso a la palpación en la región paraumbilical derecha	1	1.0
Cicatriz por antecedente, buena distensión, ruidos hidroaéreos (+), no doloroso a la palpación	19	19.8
Globuloso, RHA (+), se palpa masa que ocupa zona de mesogastrio y flanco derecho	2	2.1

De la Tabla No. 07; en el examen físico de abdomen se aprecia que 63.5% del total de pacientes presentan abdomen blando, depresible, buena distensión, ruidos hidroaéreos (+), y el 82.3% presentan masa abdominal palpable poco móvil.

**Tabla No. 08**  
**EXAMENES AUXILIARES**

<b>HEMOGRAMA</b>	Media	DE
WBC	9,02	4,2
HGB g/dl	11,94	2,0
PLT 10 <sup>3</sup> /ul	299,00	100,9
<b>BIOQUÍMICA EN SANGRE</b>		
Glucosa (74-109)mg/dl	76,80	15,6
Urea (16,6-48,5)mg/dl	33,92	9,7
Creatinina (0,5-0,8) mg/dl	0,96	0,05
Proteínas totales (6,6-8,7)g/dl	7,06	3,7
Albumina (3,4-4,8)g/dl	3,92	1,5
Globulinas (2-3,5)g/dl	3,08	1,9
Bilirrubina total (0,4-11)mg/dl	0,36	0,07
Bilirrubina indirecta (0-0,3)mg/dl	0,78	0,3
TGO (80-31)U/L	47,76	13,0
TGP(0-31)U/L	20,00	17,2
Fosfatasa alcalina (35-104)U/L	49,00	25,6
Gamma glutamil ( 5-36)U/L	32,48	34,2
Colesterol (140-200)mg/dl	189,65	24,9
HDL Colesterol ( 45-65) mg/dl	68,34	14,8
VLDL Colesterol ((0-30)mg/dl	135,84	23,5
Colesterol Total HDL (0-0,5)	0,38	0,004
Triglicéridos (60-200) mg/dl	184,57	25,6
LDL Colesterol (70-130)mg/dl	115,84	65,4
Sodio (135-145)mmol/L	142,65	28,6
Potasio(3,5-4,5)mmol/L	3,84	1,9
<b>PERFIL DE COAGULACIÓN</b>		
T Protrombina (10-13) seg	10,94	6,7
T. Tromboplastina Parcial activada ( 26-37)seg.	28,51	15,4
T. Trombina (16-21)seg.	18,45	17,5
Fibrinógeno(200-400)mg/dl	291,90	16,3

De la Tabla No. 08:

Hemograma: Los valores de WBC tiene media de 9.02; la media de HGB es de 11.94 g/dl y la media PLT es de 299 10<sup>3</sup>/ul.

Bioquímica de sangre: Los media de la glucosa es 76.8 mg/dl; Urea 33.92mg/dl; Proteínas totales 7.06gr/dl y Albumina 3.92 g/dl.

Perfil de coagulación: La media de los valores de T Protrombina 10.94seg. La media de la Tromboplastina Parcial activada es de 28.51seg. La media de T. Trombina 18.45 seg. y la media de Fibrinógeno es de 291,90 mg/dl

**Tabla No. 09**  
**COMPLICACIONES POST QUIRÚRGICAS**

<b>COMPLICACIONES</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Hemorragia intraabdominal	0	0
Abscesos	1	1,0
Sepsis	1	1,0
Sin complicaciones	94	98
Total	96	100

De la Tabla No. 09; se aprecia que solamente 1 paciente presentó absceso como complicación post quirúrgica y 1 paciente presentó sepsis como complicación post quirúrgica.

**Tabla No. 10**  
**TRATAMIENTO ADYUVANTE**

<b>TRATAMIENTO</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Quimioterapia	27	28.1
Radioterapia	17	17.7
Farmacoterapia	16	16.7
Sin tratamiento adyuvante	36	37.5
Total	96	100

De la Tabla No. 10; se aprecia que el 28.1% de los pacientes se les trató con quimioterapia; el 17.7% fueron tratados con radioterapia y el 16.7% tuvieron tratamiento con farmacoterapia.

**Tabla No. 11**  
**ESTANCIA HOSPITALARIA**

	<b>Media</b>	<b>Mínimo-Máximo</b>
Estancia hospitalaria	19 días	2-123 días

De la Tabla No. 11; se aprecia que la media de la estancia hospitalaria es de 19 días y tenemos como mínimo 2 días y máximo 123 días.

**Tabla N 12**  
**DIAGNÓSTICO POR IMAGEN**

	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Tumoración retroperitoneal por TAC	60	62.5
Otros	36	37.5
Total	96	100

De la Tabla No. 12; se aprecia que el 62.5% del total de pacientes fueron diagnosticados de tumoración retroperitoneal, por medio de TAC.

**Tabla No. 13**

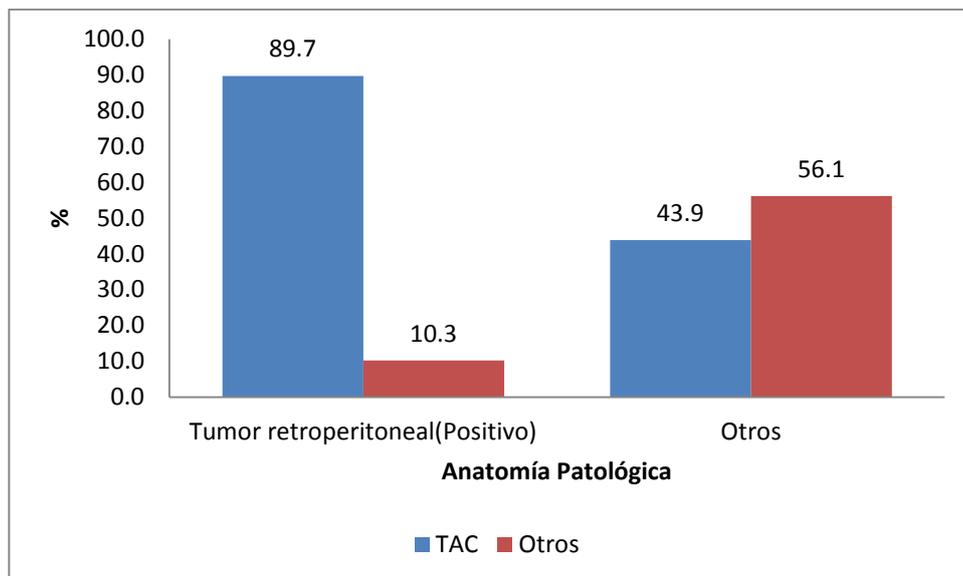
**DIAGNÓSTICO QUIRÚRGICO SEGÚN ANATOMÍA PATOLÓGICA**

Diagnostico quirúrgico	Anatomía Patológica				Total	
	Tumor retroperitoneal(Positivo)		Otros			
	n	%	n	%		
TAC	35	89.7	25	43.9	60	62.5
Otros	4	10.3	32	56.1	36	37.5
Total	39	100.0	57	100.0	96	100

Sensibilidad.89.7% Especificidad: 56.1% Prevalencia: 40.6%

Chi cuadrado: 45.43 P=0.0001<0.05 se encontró relación estadística.

De la Tabla No. 13; se aprecia una sensibilidad de la prueba TAC es 89.7% y la especificad de 56.1%, se encontró relación estadística, la prevalencia de los pacientes con tumoración retroperitoneal es de 40.6%.



**Tabla No. 14**

**TIPO DE TUMORACION**

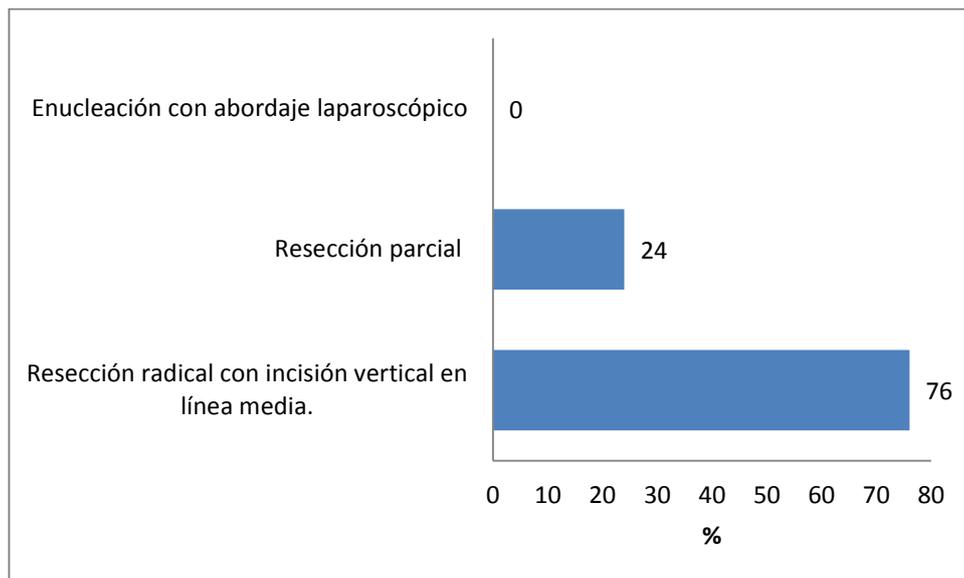
<b>TUMORES MESODERMICOS</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Tumores benignos</b>		
Fibroma	6	6.3
Lipoma	10	10.4
Leiomioma	6	6.3
Adenoma	2	2.1
<b>Tumores malignos</b>		
Fibrosarcoma	5	5.2
Liposarcoma	16	16.7
Leiomiosarcoma	13	13.5
Rabdomiosarcoma	6	6.3
Linfomas- Adenocarcinoma	10	10.4
Mixosarcoma	2	2.1
<b>TUMORES NEUROGÉNICOS</b>		
<b>Tumor benigno</b>		
Neurilemoma	3	3.1
<b>Tumor maligno</b>		
Schwannoma	10	10.4
<b>TUMORES EMBRIONARIOS</b>		
<b>Tumores malignos</b>		
Tumor urogenital	3	3.1
Teratoma	1	1.0
Cordoma	2	2.1
<b>OTROS</b>		
Quiste hidatídico	1	1.0
Total	96	100

De la tabla No. 14; se aprecia que el tipo de tumoración más prevalente es el Liposarcoma (16.7%) seguido por el Leiomiosarcoma (13.5%)

**Tabla No. 15**  
**PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS**

	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Resección radical con incisión vertical en línea media.	73	76
Resección parcial	23	24
Enucleación con abordaje laparoscópico	0	0
Total	96	100

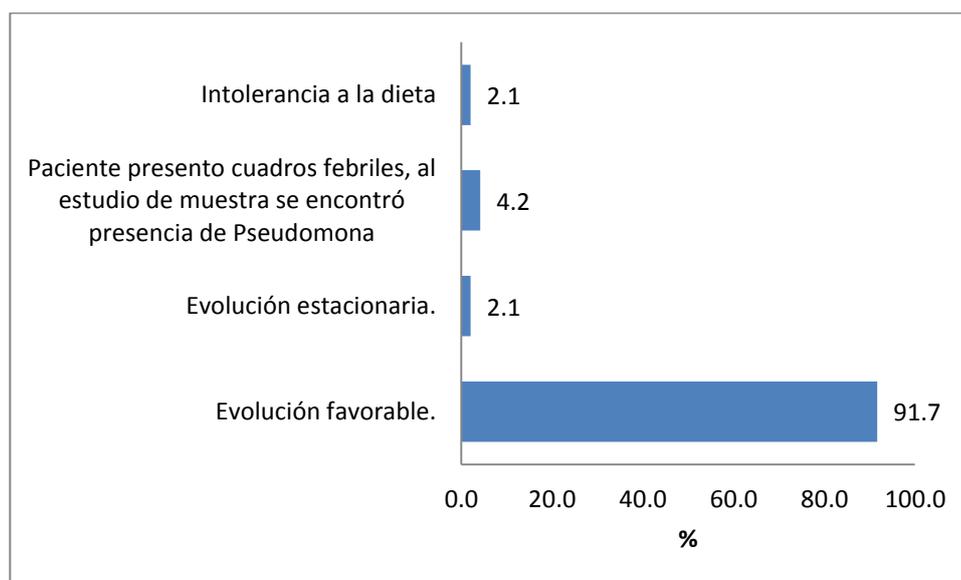
De la Tabla No. 15; se aprecia que el 76% del total de pacientes se realizaron resección radical del tumor encontrado.



**Tabla No. 16**  
**EVOLUCIÓN DEL PACIENTE**

	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Evolución favorable.	88	91.7
Evolución estacionaria.	2	2.1
Paciente presento cuadros febriles, al estudio de muestra se encontró presencia de Pseudomona	4	4.2
Intolerancia a la dieta	2	2.1
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

De la Tabla No. 16; se aprecia que el 91.7% del total de pacientes tuvieron evolución favorable.



## DISCUSION

Se definen los tumores retroperitoneales primarios como aquellos tumores sólidos o quísticos, benignos o malignos, que se desarrollan en el espacio retroperitoneal a partir de tejidos (linfático, nervioso, vascular, muscular de sostén, conectivo y fibroareolar) independientes de los órganos y los grandes vasos contenidos en él como el riñón, las glándulas suprarrenales y las partes retroperitoneales del páncreas, colon y duodeno. Se incluyen también los tumores formados a partir de remanentes embriológicos de la cresta urogenital (conductos wolffianos, müllerianos y células germinales) y de la notocorda primitiva. También se consideran tumores retroperitoneales primarios los derivados de la cresta neural como los paragangliomas del órgano de Zuckerkandl o de otras localizaciones y los neuroblastomas de localización retroperitoneal extraadrenal.

El espacio retroperitoneal es el área situada en la parte posterior de la cavidad abdominal, entre el peritoneo parietal posterior y la fascia que cubre a los músculos de la región lumbar, extendiéndose desde la cara inferior del diafragma, por arriba, hasta el suelo de la pelvis por debajo, llegando lateralmente hasta el borde externo de los músculos lumbares. Por delante, el espacio retroperitoneal está cerrado por la hoja posterior del peritoneo a través del cual toma contacto con la superficie posterior del hígado, una porción del duodeno-páncreas y parte del colon ascendente y descendente.

Los tumores primarios del retroperitoneo representan un grupo infrecuente de neoplasias, pero variado e interesante. No se engloban en este concepto, aunque están situados en este espacio, los tumores renales, suprarrenales, pancreáticos ni los procesos linfoproliferativos malignos generalizados. Es decir, son tumores que no se desarrollan a partir de ningún

órgano retroperitoneal, parenquimatoso o no, sino que provienen de tejidos propios de tal espacio o de restos embrionarios en él contenidos.

El urólogo desempeña un importante papel en el diagnóstico y tratamiento de estos tumores ya que la región anatómica que ocupan es de abordaje quirúrgico habitual en numerosas cirugías urológicas mayores de otra índole. No obstante, en determinadas ocasiones, el abordaje multidisciplinario debe ser considerado para un correcto tratamiento de estos enfermos.

Históricamente fueron Lobstein en 1820 y Witzel los que denominaron a estas neoformaciones con el término de tumores retroperitoneales viniendo a sustituir los antiguos términos que las relacionaban con el sistema renoureteral, tales como tumores pararrenales, perirrenales o paranefríticos, yuxtaperitoneales o subperitoneales.

En nuestros resultados se aprecia que el 57.3 % son de sexo femenino y el 42.7% son sexo masculino. La edad más prevalente es de 51 a 60 años (24%) del total de pacientes, estos resultados se asemeja a la investigación de Pila Pérez y colaboradores quien asevera que la edad media en los pacientes es de 59 años con el diagnóstico de Liposarcoma retroperitoneal, variedad mixoide, con recidiva en cuatro oportunidades, realizándose en todas exéresis completa del tumor, sin extirpación de órganos vecinos, con radioterapia como tratamiento adyuvante. La supervivencia de esta paciente fue de cuatro años. La elevada tendencia a la recidiva de estos tumores determina un pronóstico global malo.

En cuanto a los antecedentes patológicos el 16.7% presentan consumo de tabaco; el 15.6% presentaron DM; el 24% presentaron HTA; el 34.4% presentaron neoplasia; el 59.4% presentaron cirugías anteriores y el 19.8% presentaron infecciones.

El 22.9% tienen tiempo de enfermedad menos de un mes; el 20.8% de 1 a 5 meses; y el 18.8% de 6 a 10 meses.

El 87.5% tuvieron forma de inicio insidioso y el 92.7% tiene curso progresivo. La mayor sintomatología es el dolor abdominal (75%). El 37.5% presentan dolor lumbar; el 35.4% presentan baja de peso; el 36.5% presentan náuseas. Por lo general, los pacientes presentan una masa abdominal por demás asintomática, que, en la mayoría de los casos (90%), es mayor a los 5cm. En otras ocasiones, los pacientes presentan dolor, hemorragia de tubo digestivo, obstrucción intestinal o síntomas neurológicos secundarios a la invasión o compresión de estructuras neurovasculares retroperitoneales.

Los resultados muestran que el 41.7% del total de pacientes se encuentran lucidos y despiertos y el 17.7% se encuentra en aparente buen estado general. Nuestros resultados evidencian que el 100% se encuentra en buen estado nutricional, buena hidratación. La media de la presión sistólica es de 114.6 mmHg y la media de la presión diastólica es de 68.1 mmHg; la media de la frecuencia cardíaca es de 78 pulsaciones por minuto y la temperatura media es de 37.2 grados celsius.

El 98% del total de pacientes no presentaron complicaciones.

En el examen de abdomen se aprecia que el 63.5% del total de pacientes presentan abdomen blando, depresible, buena distensión, ruidos hidroaéreos (+) y el 82.3% presentan masa abdominal palpable poco móvil.

El 28.1% tuvieron tratamiento adyuvante con quimioterapia; el 17.7% tuvieron tratamiento adyuvante con radioterapia; asimismo en el 76% del total de pacientes se realizaron resección radical del tumor encontrado. Estos resultados coinciden con la investigación de Pila y colaboradores quien encontró que el tratamiento de elección de los Liposarcomas Retroperitoneales es la cirugía radical, de manera que la resección completa

constituye el factor pronóstico más importante, con frecuencia la resecabilidad quirúrgica obliga a la exéresis en bloque de estructuras adyacentes, especialmente el riñón, el bazo, la glándula suprarrenal, e incluso estructuras vasculares como la vena cava inferior. Con respecto al tratamiento adyuvante, el papel de la quimioterapia no está bien establecido. La radioterapia postoperatoria parece recomendable, aunque los resultados son controvertidos, especialmente en la variedad mixoide y como tratamiento paliativo.

El tratamiento quirúrgico es reconocido como el tratamiento más efectivo, siendo la resección radical del tumor la que brinda mejores resultados a largo plazo; aunque la complejidad de la anatomía retroperitoneal, las grandes dimensiones que pueden alcanzar estas tumoraciones y el compromiso de estructuras irresecables hacen que la resección radical sea solamente posible en aproximadamente el 51% de los casos.

Además, a pesar de la resección radical, la recidiva siempre es alta para todos los subtipos, siendo el Sarcoma de bajo grado el de menor tasa de recidiva. Cuando se presentan recidivas el manejo quirúrgico también debe ser agresivo. Debido a que menos del 5% de los pacientes con sarcomas retroperitoneales tiene metástasis ganglionares, la linfadenectomía extensa no está indicada.

La terapia adyuvante al tratamiento quirúrgico no ha demostrado mayormente ventajas sobre la sobrevida y evolución de la enfermedad. Varios autores sostienen que la quimioterapia no ha demostrado un impacto en el índice de recurrencia local, supervivencia o periodo libre de enfermedad.

La media de la estancia hospitalaria es de 19 días y el máximo de 123 días. La prevalencia según el diagnóstico quirúrgico por Anatomía Patológica fue del 40.6%. Los datos evidencian que existe una sensibilidad de 89.7% y una especificidad de 56.1%, se encontró relación estadística  $p < 0.05$  entre el diagnóstico quirúrgico y el hallazgo anatomopatológico.

Estos resultados coinciden con la investigación de Virseda y colaboradores, quien encontró que el tiempo medio de aparición de la recidiva tras la cirugía exéretica fue de 23 meses.

El diagnóstico de los tumores retroperitoneales primarios suele ser tardío, pues el retroperitoneo es un espacio "adaptable" y el tumor permanece asintomático durante largo tiempo. Melicow expresó como el espacio retroperitoneal puede ser clínicamente "silencioso".

El tipo de tumoración más frecuente fue Liposarcoma y el procedimiento quirúrgico más frecuente fue la resección radical con incisión vertical en línea media.

No es infrecuente que el primer síntoma, aunque tardío, sea la aparición de una masa visible y palpable.

El diagnóstico de los tumores retroperitoneales se realiza fundamentalmente por las pruebas de imagen, sin olvidar la exploración clínica y las determinaciones analíticas (catecolaminas, marcadores tumorales testiculares, etc). La exploración radiológica del espacio retroperitoneal se basa en la actualidad en el uso de TAC y RNM, junto con la ecografía abdominal, en etapas históricas anteriores se obtenían imágenes indirectas del efecto masa sobre estructuras retroperitoneales (riñón y vía urinaria) o intraperitoneales (estómago, duodeno, colon) lo que convertía al espacio retroperitoneal en un espacio "ciego". Las actuales pruebas de imagen confirman la localización retroperitoneal de la tumoración palpable y al mismo tiempo establece las relaciones anatomoquirúrgicas con respecto a las vísceras abdominales y los órganos retroperitoneales.

Las características anatómicas del retroperitoneo no establecen barreras para la extensión de los tumores, por lo que generalmente al momento del diagnóstico suelen ser de gran tamaño. Así mismo, es difícil detectarlos tempranamente dado que al no encontrar limitación para su crecimiento, la sintomatología aparece tardíamente. Todas estas

condiciones empeoran el pronóstico de estos pacientes. Desde el punto de vista macroscópico los tumores retroperitoneales pueden ser sólidos, quísticos o más frecuentemente mixtos. Pueden ser únicos o múltiples; con mayor frecuencia son únicos, pero con evaginaciones que se adaptan a las anfractuosidades anatómicas de la región.

El crecimiento silente permite que puedan alcanzar en muchos casos más de 10 kg de peso en las piezas extirpadas”. La palpación del abdomen descubre tumoraciones de gran tamaño, normalmente indoloras, de consistencia dura y adherida a planos profundos, difícilmente movibles. Otros signos que hay que buscar en la exploración física incluyen la existencia de adenopatías en la región inguinal o la existencia de tumoraciones extraabdominales (escroto, cáncer de ano, etc.) que eventualmente podrían estar en relación con grandes bloques de adenopatías retroperitoneales.

El tacto rectal y el vaginal son, lógicamente, obligatorios. Como con gran frecuencia el diagnóstico de las tumoraciones retroperitoneales primarias se realiza por exclusión de otras tumoraciones abdominales, la exploración del abdomen se debe hacer siempre teniendo en cuenta esta posibilidad. Según nuestros resultados el 91.7% del total de pacientes tuvieron evolución favorable.

La evolución de los tumores malignos retroperitoneales primitivos (más del 80% al inicio del diagnóstico) está más condicionada por el riesgo de recidiva local que por el riesgo de metástasis. Son necesarios los conocimientos de la cirugía digestiva y vascular además de la estrictamente urológica o el enfoque multidisciplinario para el tratamiento radical de estos tumores. Con las distintas variables se consiguen resecciones completas en el 38% a 73% de los pacientes, según distintos autores, esto corrobora los resultados obtenidos.

## CONCLUSIONES

1. El 24% de los pacientes con tumor retroperitoneal tienen edad de 51 a 60 años, la edad promedio es de 51 años y el 57.3% son de sexo femenino.
2. El hábito nocivo más frecuente en los pacientes es el tabaco (16.7%). Los antecedentes patológicos más frecuentes son las cirugías anteriores (59.4%) seguido por las neoplasias (34.4%).
3. El 22.9% tienen tiempo de enfermedad menos de 01 mes; el 20.8% de 1 a 5 meses, el 87.5% tuvieron forma de inicio insidioso y el 92.7% tiene curso progresivo.
4. La mayor sintomatología es el dolor abdominal (75%).
5. El 41.7% del total de pacientes se encuentran lucidos. Todos los pacientes presentaron buen estado nutricional y buen estado de hidratación.
6. El 82.3% de los pacientes presentaron masa abdominal palpable poco móvil.
7. El tipo de tumoración más prevalente es el Liposarcoma (16.7%), seguido por Leiomiomasarcoma (13.5%).
8. Se presentó un caso de absceso y un caso de sepsis.
9. La gran mayoría presentó tratamiento adyuvante con quimioterapia.
10. La estancia hospitalaria en promedio es de 19 días y el máximo de 123 días.
11. En el diagnóstico quirúrgico por TAC el 62.5% del total de pacientes presentaron tumoración retroperitoneal.
12. Entre la sensibilidad de la prueba TAC (89.7%) y la especificidad (56.1%), se encontró relación estadística  $P < 0.05$ . La prevalencia de los pacientes con tumoración retroperitoneal según el diagnóstico anatomopatológico es de 40.6%.
13. En el 76% del total de pacientes sometidos a cirugía, el procedimiento quirúrgico fue resección radical con incisión vertical en línea media.
14. El 91.7% del total de pacientes tuvieron evolución favorable.

## RECOMENDACIONES

- Es fundamental, para el adecuado diagnóstico y tratamiento de los tumores retroperitoneales un control de calidad, realizado periódica y sistemáticamente. El control de calidad debe incluir tanto a los equipos como a la capacidad técnica del staff médico y de los estudios realizados.
- Modernizar y actualizar el Laboratorio de Anatomía Patológica, dado que cumple un rol fundamental en el diagnóstico de los tumores retroperitoneales, determinando el tipo histológico, así también el estudio de la pieza quirúrgica.
- Respecto de las capacitaciones recibidas por los profesionales dedicados al diagnóstico de los tumores retroperitoneales en los hospitales, deben ser sistemáticas dado que el mejoramiento contribuye a una estabilidad del paciente.
- Usar tecnologías disponibles modernas y actuales para el diagnóstico de tumores retroperitoneales.
- Realizar estudios longitudinales para medir la evolución y la sobrevida en los pacientes con tumores retroperitoneales.
- Realizar un sistema de seguimiento, a fin de evaluar la tasa de mortalidad de pacientes con tumores retroperitoneales.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- P. Parrilla Paricio, E. Jaurieta Mas, M. Moreno Azcoita. (2004) “Cirugía AEC. Manual de la Asociación Española de Cirujanos” Editorial Médica Panamericana.
- 2.- J. L. Balibrea Cantero. (2002) “Patología Quirúrgica” Editorial Marbán.
- 3.- David C. Sabiston, Jr. M. D. (2005) “Tratado de Patología Quirúrgica” Editorial Mc. Graw- Hill Interamericana.
- 4.- American Joint Committee On Cancer. (2002) “Cancer Staging Manual, Philadelphia” Lippincott Williams & Wilkins.
- 5.- H. Duran Sacristan, I. Arcelus Imaz, L. Garcia- Sancho Martin, F. Gonzales Hermoso, J. Alvarez Fdez Represa, L. Ferrandez Portal, J. Mendez Martin. ( 2002) “Compendio de Cirugía” Editorial Mc. Graw- Hill Interamericana.
- 6.- Asociacion Mexicana de cirugia general, a.c. consejo mexicano de cirugia general, A.C. (2008) “Tratado de Cirugía General” Editorial Manual Moderno.
- 7.- Redalyc- Sistema de Información Científica – Red de Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal.  
“Tumores Retroperitoneales primarios. Revisión de nuestros casos de los diez últimos años” Arch. Esp. Urol. 2010.

<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=181017521003>

- 8.- Revista Colombiana Cir. 2012;27:221-226. (2003-2011) “Descripción de dos abordajes quirúrgicos para tumores retroperitoneales, experiencia en el Hospital Pablo Tobón Uribe”
- 9.- Revista Científica Ciencia Médica. (2010) “Liposarcoma Retroperitoneal Gigante: A Propósito de un Caso” <http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v13n1/a13.pdf>
- 10.- Universidad Ricardo Palma. (2008) “Revista Científica de la Facultad de Medicina Humana. Volumen 8, Número 2.
- 11.- Juan Carlos Marcos Enríquez. (2003) “Informe Final de Investigación: Prevalencia, Diagnóstico y Manejo de los Sarcomas de Tejidos Blandos”. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
12. Ackerman LV. Tumors of retroperitoneum, mesentery and peritoneum. En "Atlas of tumor pathology". Armed Forces Institute of Pathology. Washington D.C, Sec 6, fasc. 23 y 24. 136. 1954.
13. Zuluaga Gómez A, Jiménez Verdejo A. Patología retroperitoneal. Actas Urol Esp, 2002; 26(7):445-66.

14. Xu YH, Guo KJ, Guo RX, Ge CL, Tian YL, He SG. Surgical management of 143 patients with adult primary retroperitoneal tumor. *World J Gastroenterol.* 2007; 13(18):2619-21.
15. Melicow M. Primary tumors of the retroperitoneum: clinicopathologic analysis of 162 cases: review of literatura and tables of classification. *J Internat Colle Surgeons* 19, 401-449, 1953
16. Martínez-Piñeiro JA, Pérez-Castro Ellendt E, Hernández Armero A, Cisneros Ledo J, Avellana Fontanella JA. Tumores retroperitoneales primarios. A propósito de 11 casos. *Arch Esp Urol.* 1983; 36(2):97-108.
17. Younger C, Virseda JA. Espacio retroperitoneal: Valor clínico. *Medicamenta,* 1972, 497:214-221.
18. González Cajigal R, Martín Duce A, Moreno González-Bueno C. Tumores retroperitoneales primarios. *Rev Esp Enferm Apar Dig.* 1988; 73(5 Pt 2):580-4.
19. Tambo M, Fujimoto K, Miyake M, Hoshiyama F, Matsushita C, Hirao Y. Clinicopathological review of 46 primary retroperitoneal tumors. *Int J Urol,* 2007; 14(9):785-8.
20. An JY, Heo JS, Noh JH, Sohn TS, Nam SJ, Choi SH, et al. Primary malignant retroperitoneal tumors: analysis of a single institutional experience. *Eur J Surg Oncol.* 2007; 33(3):376-82. 21.

- 21 . Alapont Alacreu JM, Arlandis Guzmán S, Burgués Gasió JP, Gómez-Ferrer A, Jiménez Cruz JF. Tumores retroperitoneales primarios: nuestra casuística. Actas Urol Esp, 2002; 26(1):29-35
22. Gimeno Argente V, Bosquet Sanz M, Gómez Pérez L, Delgado Oliva FJ, Arlandis Guzmán S, Jiménez Cruz JF. Histiocitoma fibroso maligno retroperitoneal con infiltración de órganos vecinos. Actas Urol Esp. 2007; 31(5): 562-566
23. Kutta A, Engelmann U, Schmidt U, Senge T. Primary retroperitoneal tumors. Urol Int. 1992; 48(3):353-7.
24. Marín Gómez LM, Vega Ruiz V, García Ureña MA, Navarro Piñero A, Calvo Durán A, Diaz Godoy A, et al. Sarcomas retroperitoneales. Aportación de cinco nuevos casos y revisión de la situación actual. Cir Esp. 2007; 82(3):172-176.
25. Sebastián Montal L, Batalla Cadira JL. Tumores retroperitoneales primitivos. Arch Esp Urol, 1991; 44 (8): 973-976.
26. García Gil JM, Zuluaga A, Cabrera V, Ayala J, Linares J, Arcelus Imaz IM. Tumores del retroperitoneo. Nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento. Rev Quir Esp, 1978; 5(1):13-20.
27. Barreiro Alvarez F, Vicente Canter M, Mateo Martínez A, Suarez Miguelez J. Tumores del espacio retroperitoneal. A propósito de 7 casos. Rev Quir Esp, 1976; 3: 14-20.

28. Sanchez Bueno S, Parrilla Paricio P, Soriano Girona H, García Marcilla JA, Ponce Marco JL, Robles Campos R. Tumores retroperitoneales primarios. Presentación de 62 casos. *Cir Esp.* 1987; 42:655-665.
29. Giménez Bachs JM, Salinas Sánchez A, Lorenzo Romero J, Donate Moreno MJ, Hernández Millán IR, Segura Martín M, et al. Fibrohistiocitoma maligno retroperitoneal de gran tamaño: aportación de un caso. *Arch Esp Urol.* 2004; 57(2):172-4.
30. Meyers MA. *Dynamic radiology of the abdomen: normal and pathology anatomy.* Heidelberg, Springer-Verlag, 1976; 113-194.
31. Subrini L, Beurton D, Cukier J. Les tumeurs retroperitoneales primitives de l'adulte. Problemes nosologiques et diagnostiques. A propos de 11 observations nouvelles. *J Urol Nephrol.* 6: 466-473, 1974
32. Hita Villaplana G, Hita Rosino E, López Cubillana P, Asensio Egea L, Rigabert M, Pérez Albacete M. Tumores retroperitoneales primarios. Comentarios sobre 22 casos. *Actas Urol Esp.* 1996; 20(9):806-11.
33. Calo PG, Congiu A, Ferreli C, Nicolosi A, Tarquini A. Primary retroperitoneal tumors. Our experience. *Minerva Chir.* 1994; 49(1-2):43-9.

## ANEXOS

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS - TUMORES RETROPERITONEALES

#### I. FILIACIÓN:

Nombre:.....  
Nº SS:..... Sexo: (M) (F) Edad: .....años.  
Lugar de Nacimiento: ..... Lugar de Procedencia: .....  
Estado Civil: ..... Grado Instrucción: .....  
Ocupación: .....

#### II. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

Tabaco:( ) Alcohol: ( ) Drogas: ( )  
DM: ( ) HTA: ( )Hipercolesterolemia( )  
Asma: ( ) Alergias: ( )  
Neoplasias: ( ) .....  
TTO. con Radioterapia: .....  
Cirugías anteriores: Sí ( ) No: ( ).....  
Cardiopatía: Si ( ) No: ( ).....  
Nefropatía: Sí ( ) No: ( ).....  
Neumopatía: Sí ( ) No: ( ).....  
Infecciones: Sí ( ) No: ( ).....

#### III. ENFERMEDAD ACTUAL:

Tiempo de enfermedad:  
Forma de inicio:  
Curso:

#### IV. SINTOMATOLOGÍA:

Dolor abdominal: Si ( ) No ( )  
Características: .....  
Dolor lumbar ( )  
Aumento de perímetro abdominal ( )  
Plenitud gástrica precoz ( )  
Anorexia ( ) Baja de peso ( ) Náuseas ( )  
Vómitos ( ) Estreñimiento ( ) Alt. urinarias ( )  
Alt. neurológicas ( ) Otros ( )

#### V. EXAMEN FÍSICO:

Estado General: ..... Nutrición: .....  
Hidratación:.....  
P.A: .....mmHg F.C: .....x' F.R: .....x' Tº: .....°C  
Ap. Respiratorio: .....  
Ap. Cardiovascular: .....  
Abdomen: .....  
.....  
.....  
Ap. Neurológico: .....  
Ap. Genitourinario: .....

**VI. EXÁMENES AUXILIARES:**

Hemograma:.....  
Bioquímica en sangre:.....  
Perfil de coagulación:.....  
Grupo y factor sanguíneo:.....  
Ecografía:.....  
TAC:.....  
Resonancia Magnética:.....

**VII. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:**

Quimioterapia (S) (N). Esquema:.....  
Radioterapia (S) (N). Esquema:.....  
Otros:.....  
.....

**VIII. DIAGNÓSTICO PREQUIRÚRGICO:**

.....

**IX. DIAGNÓSTICO QUIRÚRGICO:**

.....

**X. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:**

.....

**XI. HALLAZGOS QUIRÚRGICOS:**

Localización del tumor:.....  
Dimensión y descripción:.....  
Compromiso ganglionar:.....

**XII. INFORME ANATOMOPATOLÓGICO:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

