

## Casos Clínicos

# Resección de tumor retroperitoneal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza

*Retroperitoneal tumor resection at the Arzobispo Loayza National Hospital*

*Alejandro Calle-Brush<sup>1a</sup>, Eduardo Adams-Hurtado<sup>1b</sup>, Alan Querevalú-Olivares<sup>1b</sup>, Néstor Reyes-Hernández*

### Resumen

Reportamos el caso de un paciente varón de 54 años con dolor abdominal asociado a distensión y llenura precoz a causa de un tumor retroperitoneal gigante, el cual se resolvió luego de la resección total de éste. El paciente presentó la particularidad de tener una función renal disminuida del riñón contralateral al tumor por un cuadro de litiasis renal, por lo cual preservar el riñón derecho era vital y se logró con una disección minuciosa del tumor. El paciente fue dado de alta sin interurrencias en el PO5, y al momento continúa con buena evolución, esperando resultados de inmunohistoquímica del tumor.

### Caso clínico

Paciente varón de 54 años acude al servicio de emergencia con un tiempo de enfermedad de 40 días, caracterizado por dolor abdominal en hemiabdomen derecho asociado a distensión, llenura precoz y dificultad respiratoria. Refiere además una pérdida de peso de aproximadamente 5kg en estos 40 días debido a la llenura precoz. Niega antecedentes patológicos y tiene como antecedente quirúrgico una laparotomía exploratoria por trauma abdominal abierto por arma blanca hace 35 años en otra institución.

Al examen físico presenta funciones vitales estables, leve palidez en mucosas, abdomen no distendido, con ruidos

hidroaéreos presentes pero se aprecia una masa de aproximadamente 18 x 10 cm en flanco derecho, no móvil, levemente dolorosa, sin signos peritoneales. Dentro de los exámenes de laboratorio al ingreso se aprecia una hemoglobina de 9.5 g/dL, albúmina en 3.15 g/dL, PCR en 21.3 g/dL, leucocitos en orina 60-80 por campo y hematíes en orina > 100 por campo. Se realiza eco abdominal y renal por los hallazgos y se evidencia una masa de contornos parcialmente definidos localizada en espacio de Morrison, condicionando desplazamiento renal derecho a línea media, así como aspecto infiltrante en segmento hepático VI. Además se aprecia una disminución del parénquima renal izquierdo y una ectopia renal derecha por efecto de masa. Es hospitalizado en el servicio de Cirugía General y se realiza una tomografía espiral multicorte al día siguiente donde se evidencia una extensa tumoración heterogénea con áreas hipodensas y bordes lobulados con realce heterogéneo a la administración de contraste que mide 210 x 151 x 135 mm que condiciona desplazamiento anterior del riñón derecho y efecto de compresión en el borde inferior del hígado conservando la interfase, además de una mala interfase con el psoas. El riñón derecho se evidencia desplazado con parénquima regular y el riñón izquierdo se encuentra disminuido de tamaño con parénquima adelgazado y con múltiples litiasis, además de severa dilatación pielocalicial e hidronefrosis severa (Figura 1).

Debido a los hallazgos se realiza además un radiograma con test de furosemida donde se evidencia el riñón

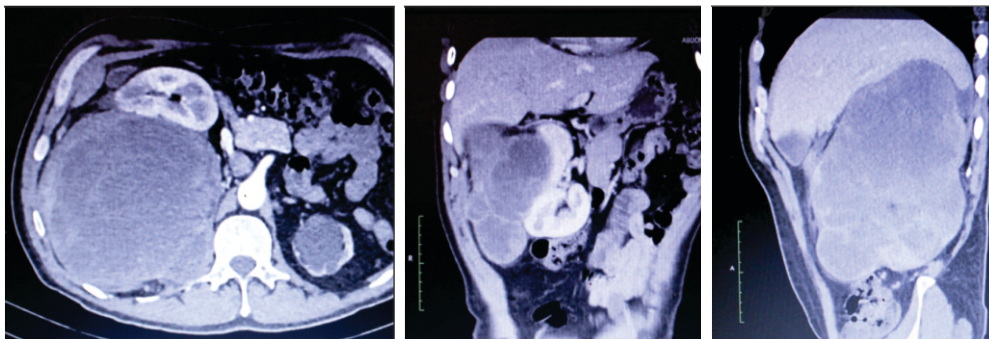


Figura 1. TEM abdominal donde se evidencia extensa tumoración retroperitoneal.

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía General, Hospital Nacional Arzobispo Loayza. <sup>1a</sup>Médico Residente, <sup>1b</sup>Médico Asistente.

izquierdo de aspecto hipotrófico desplazado y riñón derecho de tamaño conservado, ambos con escasa fase parenquimal a predominio izquierdo, sin evidente fase excretora que sugiere severa disfunción a predominio del riñón izquierdo. Se realiza Junta Médica con oncología donde se concluye una resección del tumor y posteriormente tratamiento coadyuvante de acuerdo a examen anatomopatológico. Durante la hospitalización el paciente cursa con leve dolor abdominal asociado a llenura precoz, evidenciándose además una leve caída de hemoglobina de  $>9.5$  a  $8.8$  en el cuarto día de hospitalización.

Se programa la cirugía, realizándose una laparotomía exploratoria y una excéresis de tumor retroperitoneal, evidenciándose una masa de  $25 \times 14 \times 14$  cm no adherida a otros órganos, pudiéndose retirar en una sola pieza (Figura 2, figura 3, figura 4).

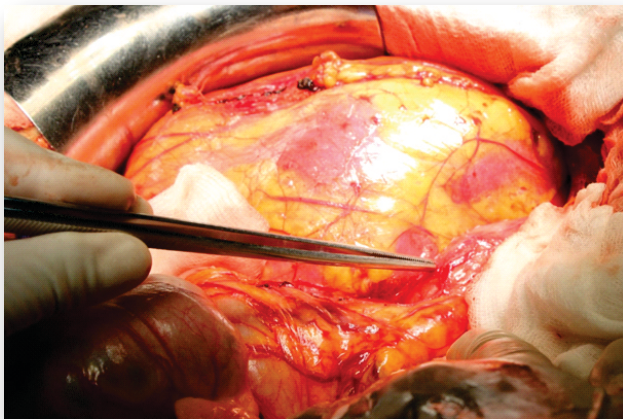


Figura 2

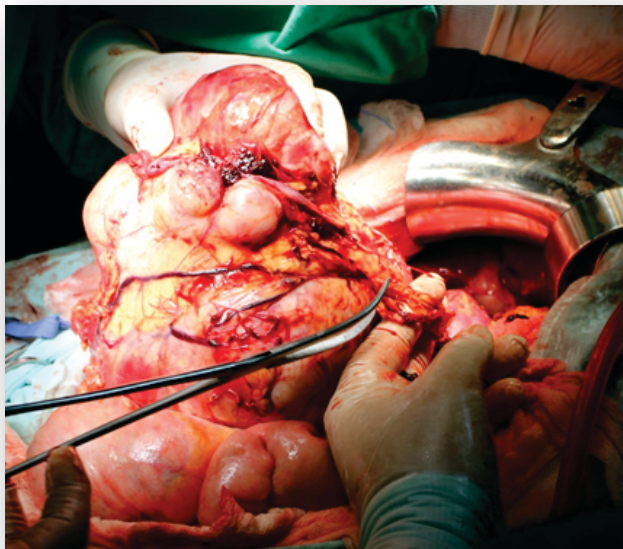


Figura 3

En el post operatorio el paciente cursa con evolución favorable, se inicia tolerancia oral en el PO1, siendo dado de alta en el PO5 sin complicaciones.



Figura 4

En el resultado de la anatomía patológica se describe una neoplasia maligna fuso celular con necrosis presente en el 60% de la pieza, sin invasión linfovascular con un estadio T4N<sub>x</sub>M<sub>x</sub>, requiriendo examen de inmunohistoquímica para completar el estudio.

### Discusión

El retroperitoneo puede almacenar una gran cantidad de patologías, incluyendo una gran variedad de tumores benignos y malignos que pueden ser primarios o metastásicos, los mismos que pueden causar un dilema diagnóstico y presentar retos terapéuticos debido a su rareza, manifestación tardía y ubicación anatómica, usualmente en relación a estructuras vitales en el espacio retroperitoneal<sup>(1)</sup>.

En adultos, la mayoría de tumores retroperitoneales son linfoproliferativos primarios (Linfoma de Hodgkin y no Hodgkin) o tumores epiteliales parenquimatosos (Renal, adrenal o pancreático) o representan una enfermedad metastásica<sup>(2)</sup>.

Los tumores de tejidos blandos (mesenquimales) del retro peritoneo son menos comunes, sin embargo el 15% de todos los sarcomas primarios se originan en este lugar, representando el segundo lugar más frecuente de aparición de tumores mesenquimales malignos, luego del muslo<sup>(3)</sup>. Cabe resaltar que, aunque los tumores benignos de tejidos blandos son más frecuentes que los malignos en una frecuencia de 100:1, en el retroperitoneo los sarcomas son más prevalentes que su contraparte benigna<sup>(2,3)</sup>.

Los sarcomas representan un tercio de tumores retroperitoneales, con dos tipos histológicos predominantes, el Liposarcoma (70%) y el Leiomiomasarcoma (15%)<sup>(4)</sup>. Los tumores benignos usualmente son hallazgos incidentales por síntomas no relacionados, siendo los más frecuentes los neurogénicos (schwannomas, neurofibromas), paragangliomas (funcionales o no funcionales), fibromatosis, angioliopomas renales y lipomas benignos<sup>(5)</sup>.

La mayoría de pacientes con un tumor retroperitoneal presentan distensión abdominal, llenura precoz y disconfort abdominal, además de masa palpable en la mayoría de éstos<sup>(6)</sup>. Aunque el tracto gastrointestinal y urinario usualmente se ve desplazado, es pocas veces invadido, por ello que los síntomas urinarios o gastrointestinales con inusuales<sup>(7)</sup>.

El método diagnóstico de elección es una tomografía espiral multicorte, la cual puede evaluar el tamaño, ubicación y presencia de metástasis. La realización de una biopsia pre operatoria de éstas lesiones es controversial, y en pacientes con imágenes características que no están en duda, una biopsia no es requerida<sup>(1)</sup>. Por otro lado, cuando se sospecha de una neoplasia sensible a terapia neo adyuvante (GIST, sarcoma de Ewing, teratoma), una biopsia es requerida<sup>(1)</sup>.

La resección quirúrgica completa es el único tratamiento potencialmente curativo para sarcomas retroperitoneales, sin embargo la tasa de recurrencia es frecuente y es responsable del 75% de muertes relacionadas a esta patología. Los factores pronósticos conocidos de recurrencia son la resección macroscópica completa, estadio el tumor y tipo histológico<sup>(1,7,8,9)</sup>. La resección de órganos adyacentes a la lesión es frecuente, llegando a realizarse en 34% hasta 93% en algunos reportes, alcanzando a obtener un margen libre en el 55 - 93% de casos<sup>(8)</sup>.

En el caso presentado se logró una resección completa sin resección de órganos adyacentes, obteniendo una pieza en bloque, sin invasión linfocelular con márgenes libres de neoplasia.

### Referencias bibliográficas

1. **Strauss DC, Hayes AJ, Thomas JM.** Retroperitoneal tumours: review of management. *Ann R Coll Surg Engl.* 2011 May;93(4):275-80. doi: 10.1308/003588411X571944. PMID: 21944791; PMCID: PMC3363075. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3363075/>
2. **Rosai J.** *Ackerman's surgical pathology*, 8th edn. St. Louis, MO: Mosby; 1996.
3. **Enzinger FM, Weiss SW.** *Soft tissue tumors*, 3rd edn. St Louis, MO: C.V. Mosby; 1995.
4. **Clark MA, Fisher C, Judson I, Thomas JM.** Soft-tissue sarcomas in adults. *N Engl J Med.* 2005;353:701-711. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16107623/>
5. **Van Roggen JF, Hogendoorn PC.** Soft tissue tumours of the retroperitoneum. *Sarcoma.* 2000;4:17- 26. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2408366/>
6. **Hueman MT, Herman JM, Ahuja N.** Management of retroperitoneal sarcomas. *Surg Clin North Am.* 2008;88:583-597. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18514700/>
7. **Neuhaus SJ, Barry P, Clark MA, et al.** Surgical management of primary and recurrent retroperitoneal liposarcoma. *Br J Surg.* 2005;92:246-252. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15505870/>
8. **Lewis JJ, Leung D, Woodruff JM, Brennan MF.** Retroperitoneal soft-tissue sarcoma: analysis of 500 patients treated and followed at a single institution. *Ann Surg.* 1998;228:355-365. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/>
9. **Hassan I, Park SZ, Donohue JH, et al.** Operative management of primary retroperitoneal sarcomas: a reappraisal of an institutional experience. *Ann Surg.* 2004;239:244-250. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1356218/>

**Contribución de autoría:** *ACB* aportó la idea de investigación, recolección de información, análisis estadístico, revisión, diseño, bibliografía, información bibliográfica, revisión del texto, *EAH* idea de investigación, revisión, *AQO* revisión, *NRH* revisión.

**Conflicto de interés:** Los autores no tienen conflicto de interés con la publicación de este trabajo.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

**Citar como:** Calle-Brush A, Adam-Hurtado E, Querevalú-Olivares A, Reyes-Hernández N. Resección de tumor retroperitoneal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Diagnóstico (Lima).* 2024;63(2).

**DOI:** <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v63i2.521>

**Autor Corresponsal:** Alejandro Calle Brush

**Correo electrónico:** [alejandro.calle.brush@gmail.com](mailto:alejandro.calle.brush@gmail.com)

**Tel.:** 907-969873.



Revista  
DIAGNÓSTICO



Revista  
DIAGNÓSTICO



Revista  
DIAGNÓSTICO