

MASAS RETROPERITONEALES Y SUS EFECTOS SOBRE ESTA CAVIDAD

Dra. María Usó Torres¹ / Dra. Clara López Mas² / Dr. Miguel Oliver Serrano¹ / Dra. Eva Yolanda Vilar Bonacasa³

¹ Medico Interno Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Obispo Polanco. Teruel

² FEA del Servicio de Urgencias. Hospital Obispo Polanco. Teruel

³ Jefa de Sección del Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Obispo Polanco. Teruel

RESUMEN

El retroperitoneo es un espacio anatómico que puede afectarse por varias entidades, dando lugar, en todos los casos, a una clínica similar, derivada fundamentalmente de la compresión y/o atrapamiento de órganos vecinos.

Un correcto diagnóstico diferencial entre las distintas etiologías posibles es fundamental para realizar un adecuado tratamiento.

PALABRAS CLAVE

Linfoma, retroperitoneal, retroperitoneo

ABSTRACT

The retroperitoneum is an anatomical space that can be occupied pathologically for many reasons, presenting in all cases a similar clinical condition, derived mainly from the compression of near by organs.

Therefore, a correct differential diagnosis is essential to perform adequate treatment, differentiating between the different possible etiologies ranging from infections to neoplasms.

KEY WORDS

Lymphoma, retroperitoneal, retroperitoneum

INTRODUCCIÓN

El retroperitoneo es el espacio comprendido entre el peritoneo parietal por delante y la fascia transversalis por detrás, que se extiende desde el diafragma hasta la pelvis. Está generalmente dividido por fascias en los espacios: pararenal anterior y posterior, perirrenal y el de los grandes vasos. Hay dos grandes grupos de patologías que podemos encontrar en el retroperitoneo: masas neoplásicas y no neoplásicas.

En el espectro de afecciones del retroperitoneo podemos identificar varias patologías, la fibrosis retroperitoneal, neoplasias e infecciones. Lo que tienen en común es la clínica que ocasionan derivada de la compresión y/o infiltración de los órganos nefrourológicos y retroperitoneales. Dado que estos síntomas pueden ser inespecíficos, es importante realizar un correcto diagnóstico diferencial para identificar la causa en cada caso y tratarla adecuadamente¹.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una mujer de 85 años que acudió al servicio de Urgencias por presentar un cuadro de dolor lumbar cólico irradiado a fosa ilíaca izquierda y náuseas de 48 horas de evolución, sin síndrome miccional ni fiebre. Previamente fue tratada con analgesia de primer escalón sin notar mejoría, Dextetoprofeno 25mg y Metamizol 575mg de forma alterna cada 8 horas por vía oral.

A la exploración general presentó cifras elevadas de tensión arterial e intensidad 10 en la escala EVA del dolor. Estaba consciente, orientada, normoperfundida y eupneica. La auscultación cardiopulmonar fue normal. El abdomen era blando y depresible, con dolor a la palpación en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda, sin signos de irritación peritoneal, no se palparon masas y la puño-percusión lumbar izquierda fue positiva. Las extremidades inferiores no mostraron edemas ni signos de trombosis venosa, los pulsos fueron simétricos.

En la analítica sanguínea se apreció deterioro de la función renal (Creatinina 1.29 mg/dl, Filtrado

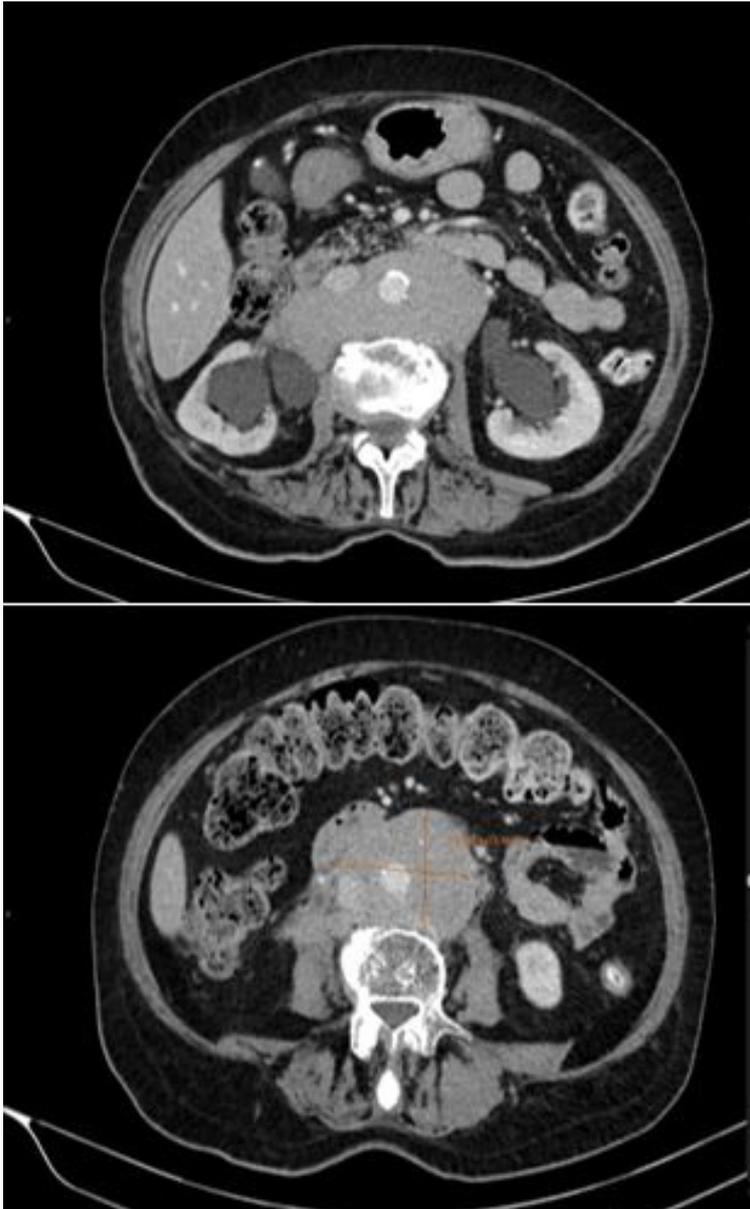


Fig. 1. TC con contraste planos axiales donde se visualiza masa de partes blandas que rodea los grandes vasos y atrapa ambos uréteres ocasionando ectasia renal bilateral.

Glomerular 37.85 ml/min/1.732), PCR 163.4 mg/L y LDH 842 IU/L, el hemograma era normal, la orina oscura, y en el análisis cualitativo se observó hematuria y proteinuria marcadas.

Se realizó ecografía abdominal, y posteriormente y para confirmar el diagnóstico, estudio por Tomografía Computarizada (TC) abdomino-pélvica, tras la administración de contraste yodado. En la ecografía se identificó ectasia renal bilateral de grado II. A nivel retroperitoneal se describió una masa de partes blandas hipoecogénica que rodeaba la aorta, la cava, y ambos ejes ilíacos desde la salida del tronco celíaco hasta los vasos femorales, con me-

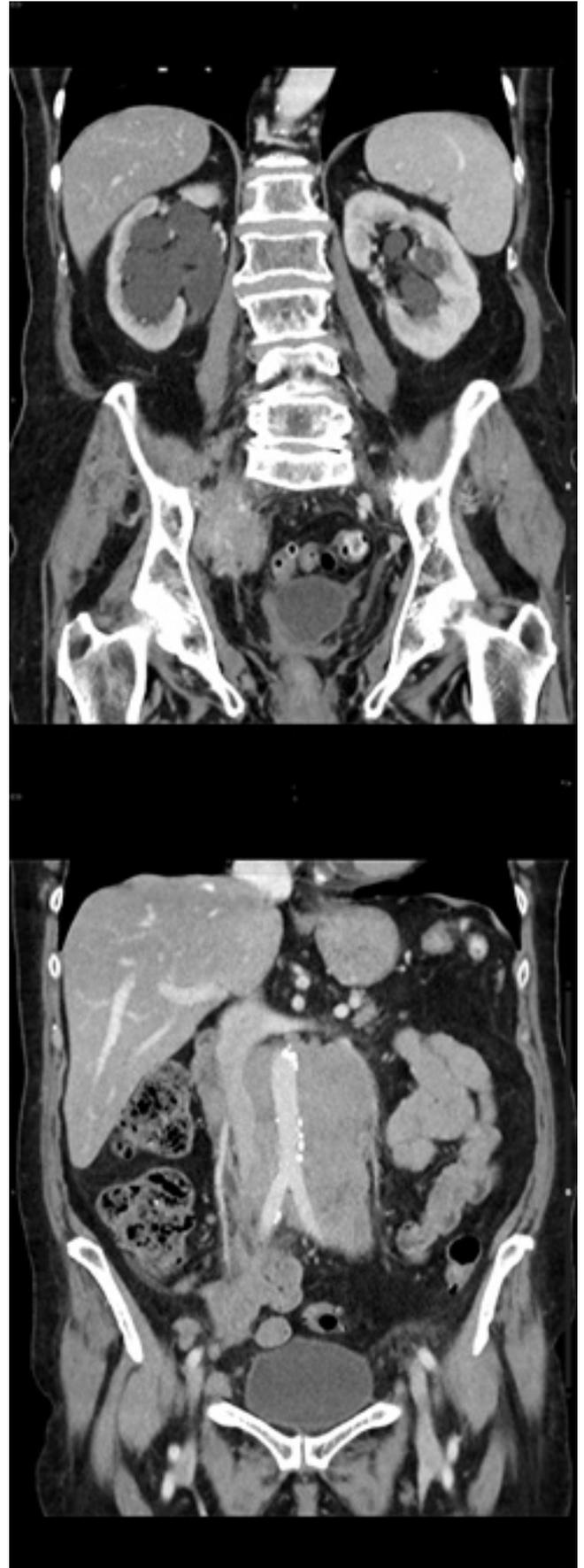


Fig. 2. TC con contraste en plano coronal que muestran la masa de partes blandas que rodea la aorta, la cava y ambos ejes ilíacos desde la salida del tronco celíaco hasta las femorales.

didadas aproximadas de 12 cm de longitud, 5 cm de diámetro anteroposterior y 7 cm de diámetro transversal, que atrapaba ambos uréteres, responsable de la ectasia renal bilateral, compatible con proceso linfoproliferativo (Fig. 1 y 2).

Se administró analgesia intravenosa y se ingresó para estudio.

Durante el ingreso se realizó estudio por TC de tórax, que mostró múltiples adenopatías mediastínicas, siendo las de mayor tamaño de 22 mm en el ligamento pulmonar y de 20 mm en el espacio paratraqueal derecho.

La biopsia con aguja gruesa (BAG) de una de las adenopatías mostró un proceso linfoproliferativo de bajo grado, con inmunofenotipo sugestivo de linfoma linfocítico B de célula pequeña.

Por tanto, dada la localización de las lesiones y con el estudio anatomopatológico se diagnosticó a la paciente de Linfoma B linfocítico de célula pequeña estadio III.

Durante su ingreso fue tratada con analgesia, antibioterapia, y colocación de catéter ureteral bilateral para mejorar la función renal, que llegó a cifras de creatinina de 7. Al iniciar tratamiento quimioterápico con los fármacos Rituximab, Ciclofosfamida, Clorhidrato de Doxorubicina, sulfato de Vincristina y Prednisona, el esquema RCHOP, la paciente presentó alivio rápido del dolor, permitiendo la retirada progresiva de la analgesia.

DISCUSIÓN

Las masas tumorales que ocupan el retroperitoneo, suelen diagnosticarse de forma tardía, ya que es un espacio “adaptable” y el paciente puede permanecer asintomático durante un largo periodo de tiempo. Frecuentemente, el primer signo, es la aparición de una masa visible y palpable. En otras ocasiones, los primeros síntomas se derivan de la compresión o invasión de los órganos retroperitoneales fundamentalmente².

El linfoma es la masa retroperitoneal maligna más frecuente³. El linfoma Hodgkin suele manifestarse como enfermedad limitada, afectando al bazo y al mediastino. En cambio, los linfomas no Hodgkin suelen cursar como enfer-

medad extranodal, por ello los encontramos en el retroperitoneo. Estos linfomas se extienden entre las estructuras normales retroperitoneales, en numerosas ocasiones sin comprimirlas. La PAAF no suele proporcionar material suficiente para distinguir entre un patrón nodular o difuso, por lo que se recurre a la BAG⁴.

Entre los tumores mesodérmicos, los sarcomas son los más frecuentes² y dentro de ellos, el liposarcoma⁶, el leiomioma y el histiocitoma fibroso maligno suponen el 80% de estos tumores⁷. Estos son más frecuentes en la 5ª-6ª década de la vida. Se diagnostican cuando son de gran tamaño y afectan a estructuras adyacentes, formando una pseudocápsula².

El plasmocitoma extramedular suele tener una localización perirrenal. Consiste en una infiltración de células plasmáticas de origen monoclonal, sin compromiso de médula ósea, lo cual lo diferencia del mieloma múltiple. Es más frecuente en varones, entre la sexta y séptima década de la vida. Su diagnóstico se realiza por exclusión del mieloma múltiple⁵.

En cuanto a los tumores neurogénicos, pueden clasificarse, según su origen en tumores de la vaina nerviosa y en tumores originados de las células gangliónicas y paragangliónicas. Suelen afectar a pacientes jóvenes, generalmente son benignos y por ello tienen mejor pronóstico. Se localizan junto a la cadena simpática, en la región paraespinal, en las glándulas suprarrenales o en el órgano de Zuckerkandl.

Los tumores de células germinales, son infrecuentes, constituyendo menos del 1% de todos los tumores en los varones⁸. Se asocian a niveles altos de alfafetoproteína y β -HCG, y no es raro que debuten como masa retroperitoneal, y en un 30% de ocasiones originan metástasis germinales⁹, por ello siempre que encontremos una masa retroperitoneal de origen germinal, deberemos descartar una lesión primaria gonadal.

El teratoma es un tumor encapsulado originado por células pluripotenciales. Entre los tumores retroperitoneales es el tercero en frecuencia en los niños, después del neuroblastoma y el tumor de Wilms. Son más frecuentes en el sexo femenino, pudiendo ser benignos o malignos¹⁰.

Notas Clínicas

Las masas quísticas neoplásicas en retroperitoneo son infrecuentes y muchas veces asintomáticas, aunque dependiendo de la localización y tamaño puede producir complicaciones. Entre ellas se distinguen patologías como la linfangiomatosis, el linfangioleiomioma y el linfangioma. Este último consiste en una alteración del desarrollo que produce un fallo en la comunicación entre el sistema linfático retroperitoneal y los principales vasos linfáticos. Suele aparecer en los dos primeros años de vida, causando dolor y distensión abdominal¹¹.

En cuanto a las masas no neoplásicas, encontramos la fibrosis retroperitoneal o enfermedad de Ormond, que es una patología cuyo origen en más del 70% de las ocasiones es desconocido. Es más frecuente en varones, con edad entre los 40-60 años¹². Presenta una incidencia aproximada de 1/1.000.000¹³. Puede ser manifestación de una enfermedad autoinmune sistémica, o también deberse a una respuesta inflamatoria local a la arteriosclerosis aórtica, o ser secundaria a la acción de algunos fármacos, habitualmente derivados ergotamínicos. Se caracteriza por ser un depósito excesivo de matriz extracelular en el retroperitoneo¹⁴. Frecuentemente en las pruebas de imagen no se observa desplazamiento de vasos, sin embargo, sí que produce una retracción de estos hacia los cuerpos vertebrales subyacentes, y puede desplazar los uréteres hacia la región medial.

La lipomatosis es otra causa de ocupación del retroperitoneo no neoplásica. Se define como un sobrecrecimiento de grasa blanca madura abdominal, es más frecuente en hombres entre los 40-50 años y no está relacionado con la obesidad¹⁴.

El hematoma es una entidad frecuente, y debe sospecharse, descartarse y prevenirse ante pacientes con factores predisponentes. Son causados por traumatismos, alteraciones de la coagulación, tratamiento anticoagulante, ruptura de un aneurisma aórtico o procedimientos quirúrgicos o intervencionistas. En ocasiones puede confundirse con masas neoplásicas. Su evolución hacia la disminución de tamaño, nos hace distinguirlo de otras entidades¹⁰.

El urinoma y el linfocele son otras colecciones que podemos encontrar en el retroperitoneo, y habitualmente son de causa iatrogénica.

CONCLUSIÓN

El espacio retroperitoneal puede ser ocupado por distintas entidades: neoplásicas, infecciosas, de causa autoinmune o traumáticas, que pueden surgir de cualquier tejido presente en este espacio, la mayoría de ellas podemos diferenciarlas por sus características en las pruebas de imagen, en otras ocasiones habrá que recurrir a la anatomía patológica, pero el punto en común lo encontramos en los signos y síntomas que ocasionan, como dolor abdominal, hemorragia, fiebre, estreñimiento, síndrome miccional, cólicos renales, insuficiencia renal aguda o subaguda, etc. Todo ello derivado de la compresión de los órganos que se encuentran en este espacio. Por ello, dado que la ocupación del retroperitoneo puede ser debida a múltiples etiologías, cabe destacar la importancia de realizar un diagnóstico adecuado, mediante un alto grado de sospecha clínica, con pruebas de diagnóstico por imagen, fundamentalmente TC y RM abdominal y con biopsia si se precisa, para garantizar un correcto tratamiento en cada caso.

Notas Clínicas

BIBLIOGRAFÍA

1. Engelsgjerd JS, LaGrange CA. Retroperitoneal Fibrosis. In: Stat Pearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2018 Jan.
2. Marín Gómez LM, Vega Ruiz V, García Ureña MA, Navarro Piñero A, Calvo Durán A, Diaz Godoy A. Sarcomas retroperitoneales. Aportación de cinco nuevos casos y revisión de la situación actual. *Cir Esp*. 2007; 82(3):172-176.
3. Armendariz Blanco LI, Rozas Gómez I, López-Vidaur I, García Hernando TM, De Pablo Zurdo L, Carrero Álvaro J. Masas retroperitoneales: cuáles son y cómo las vemos. Congress SERAM 2014. Poster No s-0736.
4. Virseda Rodríguez Julio A., Donate Moreno María José, Pastor Navarro Héctor, Carrión López Pedro, Martínez Ruiz Jesús, Martínez Sanchiz Carlos et al . Tumores retroperitoneales primarios: Revisión de nuestros casos de los diez últimos años. *Arch. Esp. Urol*.
5. Quilodrán JA. Peña C, Valladares X. Plasmocitoma extramedular. Una rara causa de masa mediastínica. *RevMed Chile* 2017; 145: 812-815.
6. Pascual Samaniego M., González Fajardo J.A., Fernández de la Gándara F., Calleja Escudero J., Sanz Lucas F.J., Fernández del Busto E.. Liposarcoma retroperitoneal gigante. *Actas Urol Esp.*]. 2003 Sep ; 27(8): 640-644.
7. Emily M. Webb, Zhen J. Wang et al. Can CT Features Differentiate Between Inferior Vena Cava Leiomyosarcomas and Primary Retroperitoneal Masses?. *AJR* 2013; 200:205-209.
8. Solano Remírez M., Vellilla Alcubilla J. P., Álvarez Frías M. T., Gutiérrez Dubois J., Munuera L., García Labairu C. Masa retroperitoneal en paciente varón joven. *An. Med. Interna (Madrid)*. 2006 Ene; 23(1): 34-36.
9. Paz Maya S, Lemercier P, López Blasco I, Pastor Toledo R. El retroperitoneo, ese gran desconocido: revisión de las principales masas retroperitoneales. Congress SERAM 2014. Poster No. S-1344.
10. O'Mara N, Cheung C, McManus R, Cross KS. Devilwithin: an incidental and rare finding of an extragonadal retroperitoneal germ cell teratoma carcinoid tumour. *BMJ Case Rep*. 2018 Jun 14;2018.
11. Gallart Aragón T, Palomeque Juménez A, Pérez Cabrera B, López Cantarero M. Linfangioma quístico retroperitoneal. *An. Pediatría*. 2014 Jun. 80(6) 341-414.
12. Castro Iglesias N, Belhassen García M, Velasco Tírado V, Carpio Pérez V, Inés Revuelta S, Marín Barba S, Pardo Lledías J. Enfermedad de Ormond: experiencia de cinco casos Ormond's disease. *Rev Reumatol Clin* 2010;6:199-202 - Vol 6.
13. Suarez G, Valera Z, Gómez MA, Docobo F, Álamo JM. Etiología y diagnóstico del hematoma retroperitoneal complicado, actitud e indicación quirúrgica. *Rev. Cirugía Española*. Nov 2005. Pag 281-340.
14. Dolz Aspas R, Moragrega Cardona B, Vilar Bonacasa E, Gracia Sánchez P. Fibrosis retroperitoneal, enfermedad de Ormond. Casos clínicos con diferente presentación y revisión de la literatura. *Revista de Nefrología*.
15. Patil SS, Shah VR, Choudhary VA. Rare Case of Retroperitoneal Lipomatosis in an Indian Woman. *J Radiol Case Rep*. 2016;10(4):23-30. Published 2016 Apr 30.