

Tumor retroperitoneal de origen ganglionar y trombosis venosa profunda. Estudio de un caso

Retroperitoneal tumor of lymph node origin and deep venous thrombosis. Study of a case

Amanda Melek Imbert Campos¹, Helen Yifru Shombert¹, Mirtha Laguna Delisle¹

¹Hospital General Docente “Dr. Saturnino Lora”, Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Recibido: 05/05/2020

Aceptado: 02/06/2020

Publicado: 30/06/2020

Palabras clave:

retroperitoneo, tumor retroperitoneal, trombosis venosa profunda.

Keywords:

retroperitoneum, retroperitoneal tumor, deep vein thrombosis.

Citar como: Imbert Campos AM, Yifru Shombert H, Laguna Delisle M. Tumor retroperitoneal de origen ganglionar y trombosis venosa profunda. Estudio de un

Se realizó un estudio de una paciente femenina de 37 años con antecedentes de fibroma uterino y hernia umbilical e inguinal bilateral, que acudió a consulta por dolor abdominal en hipocondrio derecho decidiéndose su ingreso por sospecha de hepatocarcinoma. Los estudios realizados informaron la presencia de una trombosis venosa profunda y mediante la biopsia quirúrgica se llegó al diagnóstico de tumor retroperitoneal de origen ganglionar. El profesional de la salud debe poseer un amplio espectro de conocimientos que le permitan conjeturar todos los posibles diagnósticos con el menor número de métodos complementario y exámenes posibles. Los tumores retroperitoneales son de los menos frecuentes, pero esta baja incidencia no puede constituir una justificación para que el médico dé con el diagnóstico, ya que los procesos con esta localización son de torpe evolución y pronóstico.

ABSTRACT

The case report of a 37-year-old female with a history of uterine fibroid and bilateral umbilical and inguinal hernia, who attended the consultation due to abdominal pain in the right hypochondrium, decided to admit it due to suspected hepatocellular carcinoma. The studies carried out revealed the presence of a deep vein thrombosis and the diagnosis of a retroperitoneal tumor of lymph node origin was made by surgical biopsy. The health professionals must possess a broad spectrum

caso. UNIMED [Internet]. 2020 [citado: Fecha de acceso]; 2(2):XX-XX.

of knowledge that allows them to conjecture all possible diagnoses with the lower number of complementary methods and possible examinations. Retroperitoneal tumors are the less frequent carcinoma, but this low incidence cannot be a justification for the doctors to come up with the diagnosis, since the processes with this location are of awkward evolution and prognosis.

Introducción

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. ¹

Los tumores retroperitoneales primarios son, por definición, independientes de las vísceras que se localizan en el retroperitoneo. Las lesiones secundarias, metástasis de carcinomas y adenopatías, también se excluyen, pero pueden plantear problemas de diagnóstico. Se utilizan las clasificaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que distinguen entre los tumores mesenquimatosos (de los que forman parte los sarcomas y ahora también los tumores neurogénicos), los tumores del sistema nervioso parasimpático, los tumores germinales extragonadales y los tumores linfoides. Los tumores vestigiales quísticos se clasifican en función del tejido embrionario del que proceden. ²

Es decir, los tumores retroperitoneales 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. ¹

Las neoplasias primarias del peritoneo son raras e incluyen el mesotelioma peritoneal y el carcinoma peritoneal primario. La mayoría de las lesiones primarias son de origen mesenquimal e histológicamente benignas, como el tumor desmoide, el lipoma, los schwannomas, los tumores del músculo liso y los sarcomas. La correcta identificación y

reconocimiento del espectro de hallazgos que caracterizan la CP podrá ayudar a identificar el patrón metastásico y el sitio del primario. Además, su identificación evitará abordajes médicos o quirúrgicos inadecuados y estudios de imagen innecesarios.

La relativa inaccesibilidad del retroperitoneo y la sintomatología inespecífica de estos tumores hace que alcancen tamaños considerables y al momento del diagnóstico hayan invadido órganos adyacentes. El paciente puede quejarse de debilidad, lumbalgia o dorsalgia, trastornos psicológicos, oligomenorrea o amenorrea en la mujer y disfunción sexual en el hombre. En otras ocasiones los síntomas derivan de la compresión o invasión de órganos vecinos. La compresión de los grandes vasos puede generar ascitis, edemas y varices en los miembros inferiores, así como varicocele en el varón y edema de genitales externos en la mujer.

Es frecuente la aparición de síntomas generales con alteraciones inespecíficas, como pérdida de peso, astenia, anorexia y/o fiebre prolongada. La hipertensión arterial puede deberse al compromiso de los vasos renales y la claudicación intermitente en las compresiones de los vasos ilíacos. A veces puede presentarse un cuadro abdominal agudo con shock hemorrágico ^{3,4}

Para el diagnóstico de los tumores retroperitoneales se utiliza la tomografía axial computadorizada (TAC), considerada un método preciso y eficiente para el diagnóstico de estos tumores, también, su disponibilidad y rapidez hacen que continúe siendo un procedimiento de primer orden en el estudio de esta entidad. Las neoplasias retroperitoneales siguen suponiendo un reto para el profesional médico. Revisten un elevado riesgo no solo por la agresividad histológica de la mayoría de subtipos, sino por su cercanía a estructuras neurovasculares. Además, precisan un alto índice de sospecha para su diagnóstico, siendo en la mayoría de los casos de carácter incidental tras una prueba de imagen.⁵

En general, se trata de tumores poco frecuentes, representando el 0,2 a 0,6 % de las neoplasias en total. No existen diferencias en su incidencia en cuanto al sexo, aunque se recoge una discreta tendencia hacia el sexo femenino (57 %). La mayoría de las ocasiones se descubren entre la sexta y la séptima década de la vida. Sin embargo, ciertos tipos histológicos (rhabdomyosarcoma embrionario, teratoma y neuroblastoma) son más

frecuentes en la infancia. El 85 % de los tumores retroperitoneales son malignos y, de ellos, cerca del 50 % son sarcomas.⁶

A nivel mundial se ha reportado que la incidencia oscila entre un 0,3-0,4 % por cada 100 000 habitantes. En Cuba la incidencia de estas masas retroperitoneales primarias es de 1,3 por cada 100 000 habitantes y se diagnostican 100 pacientes, aproximadamente, por año.⁷

Caso clínico

Paciente femenina de 37 años de edad, piel mestiza con antecedentes de fibroma uterino hace 8 años que no lleva tratamiento, hernias umbilical e inguinales bilaterales hace alrededor de 5 años. Refiere que hace un mes comenzó con un dolor en hemiabdomen superior derecho, de aparición gradual, moderado que se irradiaba a la espalda, mantenido y acompañado de dolor de cabeza pulsátil, intenso en región occipital que cedía al tratamiento con dipirona. Además refiere decaimiento marcado en ocasiones que le impide realizar las actividades diarias. Niega otra sintomatología por lo que se decidió su ingreso para estudio y tratamiento el 2 de noviembre de 2016.

No existen más antecedentes patológicos personales que los ya referidos. Como hábito tóxico tenemos que la paciente es fumadora y no refiere antecedentes patológicos en la familia.

Luego de su ingreso la paciente refiere dolor en hemiabdomen superior derecho, cefalea pulsátil occipital, y además comenzó a realizar deposiciones de color pálido, no presenta fiebre, falta de aire ni otros síntomas.

Se le realiza el examen físico y se decide indicar las pruebas diagnósticas pertinentes.

Examen físico

Las alteraciones encontradas en el examen físico se describen a continuación:

- Tejido celular subcutáneo: se encuentra infiltrado por edema hasta la rodilla en ambos miembros inferiores, de difícil Godet, no doloroso normotérmico y normocoloreado.
- Abdomen: Presencia de circulación colateral en región periumbilical, dolor a la palpación de hipocondrio derecho, se constata hepatomegalia acentuada hacia

hipocondrio izquierdo, dolorosa y con bordes irregulares, se palpan hernias umbilicales e inguinales, la maniobra de Valsalva resulta positiva.

- Sistema venoso periférico: Presencia de várices y microvárices en miembros inferiores y en región periumbilical e inguinal
- Sistema genitourinario: los puntos pielorrenoureterales medio derecho e izquierdo dolorosos y la puño percusión lumbar derecha también resulta dolorosa.

Exámenes complementarios

Se realizaron estudios de química sanguínea (hemoglobina: 11,5g/L, hematocrito: 0.45 L/L, Leucograma con diferencial: 8.4×10^9 /L, eritrosedimentación: 30mm/s, glicemia: 4.6 mmol/L). Pruebas de función hepática (bilirrubinatotal: 15umol/L, TGO: 20 U/ L, TGP: 22 U/ L, GGT: 7 U/L, fosfatasa alcalina: 112 U/L, coagulograma y lipidograma con resultados en parámetros normales). Pruebas de función renal (determinación de ácido úrico, urea y creatinina, cituria). Estudio serológico, VIH, determinación de amilasa pancreática y medulograma, los cuales no mostraron alteraciones.

Se le realizó carga para virus C que fue positiva y fue valorada por hepatología que sugirió repetir la carga para virus C y realizar determinación de anticuerpos anticardiolipinas ya que no se puede descartar el síndrome antifosfolípídico.

Estudios de imagen

Se indicaron estudios imagenológicos como: Radiografía de tórax en vista postero-anterior, ultrasonido abdominal de hígado, páncreas y vías biliar, ultrasonido ginecológico, Tomografía Axial Computarizada, Ultrasonido Dupler y Doppler de vena cava que arrojaron la presencia de trombosis en vena cava inferior, comenzando inmediatamente la terapia con fraxiheparina.

-TAC de abdomen (2/11/2016): Marcada hepatomegalia a predominio del lóbulo izquierdo, vías biliares no dilatadas. Bazo normal, páncreas desplazado hacia adelante por masa hiperdensa que ocupa el hilio hepático, que mide 5.6 x 6.6 cm con el aspecto de un conglomerado de adenomegalias; riñones normales y aorta de calibre normal.

-Ecografía abdominal (4/11/2016): Hígado, vías biliares y vesícula sin alteración ecográfica. En proyección del hilio se observa imagen ecogénica de contornos regulares, lobuladas, con vascularización periférica, no homogéneas que miden 68 x 59 mm. Bazo, riñones, área suprarrenal, área pancreática sin alteraciones ecográficas; aorta de calibre normal.

-Ultrasonido ginecológico (10/11/2016): útero aumentado de tamaño de 33 mm con bordes calcificados, ovarios en fase proliferativa con aumento de tamaño del ovario derecho.

-Ultrasonido abdominal espleno-portal (16/11/2016): eje espleno-portal: esplénica mide 9mm; porta mide 11mm y se encuentra comprimida por imagen T a nivel del hilio hepático. Porta intrahepática de 13mm. Bazo de tamaño y textura normal no dilatación venosa. Se observa imagen compleja polilobulada en proyección del hilio hepático. Impresiona imagen T retroperitoneal a nivel de la cadena ganglionar que infiltra a la pared de la vena cava inferior con crecimiento intraluminal ocupando la luz. No descartar que dicha masa produzca un trombo a ese nivel por compresión.

Evolución clínica

El día 21 de noviembre se le realiza una valoración por la especialidad de Angiología determinando un evidente aumento de volumen en muslo derecho con dolor intenso a la palpación de la región inguinal derecha y cara interna del muslo con posición antálgica que le dificulta estirar la extremidad. Se le realizan los siguientes exámenes complementarios:

- US Doppler (22/11/2016) :Trombo en vena cava inferior pared anterior que permite el flujo midiendo 81 x 30 mm además de imagen ovalada de 40 x 30 mm en hilio hepático con aspecto T en íntimo contacto con la vena cava inferior, avascular y bien definida. Útero fibromatoso con miomas calcificados; con imagen ecolúcida de 12 mm de aspecto quístico en ovario izquierdo, folículo en ovario derecho.

-Repetición del Doppler (25/11/2016): (Doppler abdominal): imagen ecogénica con proyección del hilio hepático que mide 96 x 43 mm de contornos ligeramente lobulados por detrás de dicha imagen se observa escaso flujo venoso, ausencia de flujo en el interior de la imagen. (No se descartan paquetes de adenomegalias comprimiendo a ese nivel).

-Angiografía (30/11/2016): (Se canalizó vena femoral izquierda) Vena femoral dilatada con calibre de 15 mm ocupada con imagen de trombo no homogénea no compresible que se extiende hasta femoral superficial alcanzando hasta el tercio medio. Se observa flujo a nivel de la poplítea y safena magna.

La paciente se mantuvo estable y fue valorada por los servicios de hepatología y cirugía.

El 5 de diciembre se realiza la discusión del caso por un grupo multidisciplinario integrado por clínicos, cirujanos y angiólogos definiéndose que la paciente presenta adenopatías o tumor retroperitoneal que afecta el retorno venoso por lo que se decide realizar biopsia por laparotomía para definir origen de la lesión. Los resultados de los estudios anatomopatológicos arrojaron lo siguiente:

Anatomía Patológica:

Después de analizar el caso por un grupo multidisciplinario se decidió realizar laparotomía exploratoria (9/12/2016) para diagnóstico y de ser posible resección del tumor sospechado o al menos toma de muestra para biopsia. Se obtuvieron 3 muestras para biopsias en la especialidad de Cirugía arrojando los siguientes resultados:

- Biopsia de retroperitoneo (26/12/2016): Adenitis crónica inespecífica con sinuhistiocitosis.
- Biopsia de útero (26/12/2016): Fibroma.
- Biopsia hepática (11/1/2017): La muestra está constituida por tejido fibroso con áreas de hemorragia y diminuto fragmento con células atípicas no concluyente.

Con estos resultados se llega al diagnóstico definitivo de Tumor retroperitoneal de origen ganglionar y trombosis venosa profunda de las venas femorales y se decide tratamiento quirúrgico para resección del tumor.

Comentarios

Tras el diagnóstico de tumor retroperitoneal y trombosis venosa profunda, se decidió la intervención quirúrgica de la paciente, la cual fue trasladada a la Habana para la extirpación total. El tratamiento de elección de los tumores retroperitoneales es la cirugía extirpativa

de la totalidad de la lesión. A pesar del esfuerzo quirúrgico sólo se consigue la resección completa en el 38-70% de las ocasiones dependiendo de múltiples variables.

La importancia de la resección completa está en relación directa con las posibilidades de supervivencia. En casos favorables podría alcanzar un 50-74% a los cinco años, entre el 8% y el 35% en los que se practica resección parcial y del 3% al 15% en los no reseñables. La supervivencia media después de la resección completa es de alrededor de 60 meses. La tasa de supervivencia a los 5 años oscila entre el 40% y el 74% en los pacientes sometidos a resección completa. (8)

Por ello, es de vital importancia un diagnóstico certero de los procesos que se desarrollan en el retroperitoneo, para realizar así un tratamiento precoz que sea efectivo.

El profesional de la salud debe poseer un amplio abanico de literaturas y experiencias que le permitan vislumbrar las posibles diagnósicos, teniendo en cuenta además, los elementos clínicos presentes y los conocimientos de las potenciales patologías que pudieran estar existir.

Los tumores retroperitoneales son de los menos frecuentes, pero esta baja incidencia o los métodos diagnósticos no certeros no pueden constituir una justificación para que el médico dé con el diagnóstico, ya que los procesos con esta localización son de torpe evolución y pronóstico.

Por estas razones, el estudio de este caso resulta de especial importancia, ya que esta entidad es poco frecuente y su diagnóstico resulta difícil tanto por la baja incidencia como por la localización del tumor la cual dificulta el acceso por los medios diagnósticos no invasivos y por los quirúrgicos.

El conocimiento de este tema puede establecer un antecedente para que los profesionales de la salud amplíen el horizonte de posibles diagnósticos de manera más directa, con la reducción del uso de exámenes complementarios y procedimientos excesivos, así como el tiempo de hospitalización del paciente antes de tomar una conducta definitiva. El conocimiento de estas reseñas aquí expuestas será capaz de facilitarle al médico la capacidad de asociar el cuadro que le presente un paciente con esta entidad y sus características de forma espontánea, siendo uno de los posibles diagnósticos diferenciales que se planteen y por lo tanto ir en busca de los datos que lo confirmen o lo refuten.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Virseda Rodríguez, J. A., Donate Moreno, M. J., Pastor Navarro, H., Carrión López, P., Martínez Ruiz, J., Martínez Sanchiz, C., & Perán Teruel, M. (2010). Tumores retroperitoneales primarios: Revisión de nuestros casos de los diez últimos años. *Archivos Españoles de urología (Ed. impresa)*, 63(1), 13-22.
2. Bonvalot, S., Laé, M., Tzanis, D., Bouhadiba, T., Marsaoui, L., Meeus, P., & Stoeckle, E. (2019). Tumores retroperitoneales primarios del adulto. *EMC-Urología*, 51(2), 1-9.
3. Underhill CE, Walsh NJ, Bateson BP, Mentzer C, Kruse EJ. Feasibility and Safety of Irreversible Electroporation in Locally Advanced Pelvic and Retroperitoneal Tumors. *The Amer. Surgeon* [revista en internet]. 2016 [citado 26 de diciembre 2019]; 82(9): e263-5. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=04105e1a-1c95-46ad-9202-f375bb3f47a1%40pdc-v-sessmgr03.3>
4. Galera Martínez C, Doiz Artázcoz E, Fernández Serrano JL, Rodríguez Piñeroa M. Liposarcoma retroperitoneal complicado: a propósito de un caso. *Rev. Chilena Cir.* [revista en internet]. 2017 [citado 26 de diciembre 2019]; 69(6): 498-501. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rchic.2016.11.007>
5. Tomas-Bruzón NW, Pérez-Ponce-de-León L, Labrada-Silva O, Rodríguez-Moro Dd. Estudios imagenológicos en el diagnóstico de tumores retroperitoneales en pacientes del hospital provincial de Las Tunas. *Rev. electron. Zoilo* [Internet]. 2020 [citado 29 Abr 2020];45(2):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2129>
6. Usbillaga E, García Perdomo HA, Díaz A. Manifestaciones clínicas de un tumor quístico adrenal. Reporte de caso. *Urología Colombiana* [revista en internet]. 2015 [citado 26 de diciembre 2019]; 24(1): 57-60. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.uroco.2015.03.007>
7. Balaguera Carvajal J, Jorgensen T, Peña Gamarra L, Martín García-Almenta M, Cerquella Hernández C. Liposarcoma retroperitoneal primario gigante con extensión a muslo. *Rev Esp Invest Quir*

[revista en internet]. 2014, Jul-Sep [citado 7 de marzo 2018]; 17(3). Disponible en:

<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-127807>

8. Zuluaga Gómez A, Jiménez Verdejo A. Patología retroperitoneal. Actas Urol Esp, 2002; 26(7):445-66.