



## **Neoplasia gástrica y fibrosis retroperitoneal: ¿factor de mal pronóstico?**

**Sr. Director:**

La fibrosis retroperitoneal se caracteriza por una placa inflamatoria prevertebral que posteriormente evoluciona hacia una fibrosis.

Presentamos el caso clínico de una mujer de 59 años, que acude a urgencias por hemorragia digestiva alta; se practica gastroscopia de urgencias, en la que se aprecia un nicho ulceroso sanguíneo, informado de adenocarcinoma mixto (intestinal y difuso).

Durante el ingreso la paciente presenta insuficiencia renal aguda. En la tomografía computarizada abdominopelviana se aprecia atrapamiento ureteral, causada por fibrosis retroperitoneal, que precisó nefrostomía percutánea. En la laparotomía se aprecia tumoración gástrica con fijación al páncreas y retroperitoneo, así como adenopatías en torno a tronco celíaco e implante en el mesenterio; asimismo presentaba una importante fibrosis en el meso del colon con gran retracción de éste. Ante estos hallazgos, se considera irresecable la tumoración. El curso del postoperatorio resulta desfavorable, y la paciente fallece.

El diagnóstico precoz de la fibrosis retroperitoneal es muy difícil. La forma de presentación más frecuente es el dolor abdominal con uremia, anemia y pérdida de peso. La tomografía computarizada es la prueba diagnóstica de elección y en ocasiones se completa con biopsia, aunque no siempre es necesario<sup>1</sup>.

Se estima que un 8-10% de las fibrosis retroperitoneales se ocasionan por enfermedades malignas; la asociación más frecuente es el adenocarcinoma colorrectal<sup>2,3</sup>. Sin embargo, no hemos encontrado apenas en la bibliografía la asociación de la fibrosis retroperitoneal con tumores de localización supraumbilical. Hoy en día no se sabe exactamente por qué mecanismo se produce esta fi-

brosis y si es un fenómeno puro inflamatorio o una manifestación de la extensión locorregional del tumor; pero lo que sí se ha constatado en los pocos artículos que lo recogen es su muy mal pronóstico y su posible relación con una mayor posibilidad de hallar un tumor irresecable<sup>4,5</sup>.

**Aitor Landaluce Olavarria<sup>a</sup>, Begoña Estraviz Mateos<sup>a</sup>,  
Mikel Gamarra Quintanilla<sup>b</sup>,  
Juan María Goicoechea Artola<sup>a</sup>,  
y Sebastián Sarabia García<sup>a</sup>**

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General. Hospital de Galdácano (Osakidetza). Galdácano. Vizcaya. España.

<sup>b</sup>Servicio de Urología. Hospital de Galdácano (Osakidetza). Galdácano. Vizcaya. España.

## Bibliografía

1. Meier P, Gilabert C, Burnier M, Blanc E. Retroperitoneal fibrosis, an unrecognized inflammatory disease. Clinical observations and review of the literature. *Nephrologie*. 2003;24:173-80.
2. Marinoni M, Boccasanta P, Strinna M, Venturi M. Diagnosis and treatment of retroperitoneal fibrosis and tumors. *Br J Surg*. 1997;84: 109.
3. Wu J, Catalano E, Coppola D. Retroperitoneal fibrosis (Ormond's disease): clinical pathologic study of eight cases. *Cancer Control*. 2002;9: 432-7.
4. Domen K, Mizukami Y, Tanaka K, Nakamura H, Arase K, Yokohama Y, et al. Retroperitoneal fibrosis associated with scirrhouss gastric cancer. *Gastroenterología Japonica*. 1993;28:699-705.
5. Yashiro M, Chung YS, Nishimura S, Inoue T, Sowa M. Fibrosis in the peritoneum induced by scirrhouss gastric cancer cells may act as "soil" for peritoneal dissemination. *Cancer*. 1996;77:1668-75.