



EDITORIAL

Tumores retroperitoneales: un diagnóstico y tratamiento complicados



Retroperitoneal tumors: complex diagnosis and treatment

Los tumores retroperitoneales ofrecen un reto diagnóstico y más aún un gran desafío terapéutico. Las masas encontradas en esta región anatómica pueden ser benignas o malignas, pueden corresponder a metástasis o ser el nicho de un tumor primario. El primer informe de un tumor retroperitoneal fue realizado por Giovanni Battista Morgagni (1682-1771), quien describió en 1761 un tumor lipomatoso en la autopsia de una mujer de 60 años de edad¹; pero fue Jean Frédéric Lobstein (1777-1835) de Estrasburgo quien acuñó el término "tumor retroperitoneal" en su *Traité d'anatomie pathologique* en 1829².

Alrededor de tres de cada cuatro masas localizadas en este espacio anatómico son malignas^{3,4}, y estas se clasifican por su similitud con cierto tipo de tejidos mesenquimales, ya que hasta dos tercios pueden ser de origen mesodérmico y de estos más del 80% son malignos. Definidos por James Stephen Ewing (1866-1943) en su libro *Enfermedades neoplásicas* (1919) como "tumores malignos poco comunes compuestos de células del mesodermo, tipo de tejido conectivo"⁵, los sarcomas de tejidos blandos representan un grupo extremadamente diverso de más de 50 tipos y subtipos de tumores diferentes, derivados de tejido adiposo, muscular, conectivo, vascular y nervioso.

Cerca del 10 al 15% de los sarcomas tiene un origen retroperitoneal, para los Estados Unidos la incidencia anual calculada es de alrededor de 2,6 casos por cada 1.000.000 de habitantes. Aunque parece que la incidencia entre poblaciones a nivel mundial no difiere de la anteriormente anotada, ni hay variaciones por género, hay pocas series a este respecto en Latinoamérica y en nuestro país⁶.

La serie presentada en este número de la revista realizada por García *et al.* es un esfuerzo por tratar de caracterizar este grupo de patologías que convergen en un sitio anatómico, pero que pueden ser extremadamente diversas⁷. El desafío clínico implica tener un diagnóstico apropiado y poder definir el mejor tratamiento posible que, como anotan los autores, la gran mayoría de las

veces requiere abordaje quirúrgico. A este respecto, Perry *et al.* mencionaban en esta revista la complejidad que puede tener la intervención ya que a veces alcanzan un gran tamaño en el momento de su diagnóstico, por lo cual comprimen y desplazan órganos retroperitoneales. La mayoría de los pacientes que consultan a instituciones médicas dedicadas al tratamiento del cáncer en nuestro país han sido sometidos a resecciones quirúrgicas previas, con lesiones de varios años de evolución, lo que incrementa la dificultad para la resección. Generalmente, en las reintervenciones se encuentran múltiples adherencias a órganos intraabdominales y retroperitoneales, lo que hace que muchos de estos tumores no puedan ser resecados completamente⁸.

En Colombia, Figueroa *et al.* también publicaron su experiencia quirúrgica en pacientes en el Hospital Pablo Tobón Uribe en Medellín durante 8 años, describiendo hechos coincidentes como el tipo de recursos imagenológicos empleados en el diagnóstico, el porcentaje bajo de tratamientos neoadyuvantes (alrededor del 12% a 13,5%) y entre un 40% a 48% de tratamientos adyuvantes complementarios, en especial, para sarcomas de alto grado^{7,9}.

Juaneda *et al.* describe tasas de recaídas locorregionales en pacientes tratados en Latinoamérica de hasta un 63%¹⁰; la serie de García *et al.*, para su reporte de casos, anota este mismo problema en un 54%. Recientemente, Bishop *et al.* ha reportado una tasa del 57% de recaídas locorregionales asociadas al compromiso de los márgenes de sección^{7,11}, un reto en particular sobre todo cuando se trata de definir márgenes a nivel del diafragma, el músculo psoas, la columna vertebral, la pelvis y los tejidos paravertebrales. Técnicas como la radioterapia intraoperatoria en el abordaje multidisciplinario que implican estas patologías, disponible hoy en día en nuestro país, pueden de alguna manera modificar estos desenlaces para futuros pacientes con este grupo heterogéneo y complejo de tumores que, sin duda, siguen siendo un reto diagnóstico y terapéutico.

Bibliografía

1. Morgagni J. De sedibus, et causis morborum per anatomen indagatis, Libri quinque. Venetia Remondinius. 1761.
2. Lobstein J. Traité d'Anatomie Pathologique. Paris: FG Levrault; 1829.
3. Liles JS, Tzeng CWD, Short JJ, Kulesza P, Heslin MJ. Retroperitoneal and intra-abdominal sarcoma. *Curr Probl Surg*. 2009;46(6):445–503.
4. 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(3):355–65.
5. Ewing J. *Neoplastic Diseases: A Text-Book on Tumors*. Philadelphia, PA: W. B. Saunders Company; 1919. p. 133–4.
6. Swallow CJ, Catton CN. Improving outcomes for retroperitoneal sarcomas: a work in progress. *Surg Oncol Clin N Am*. 2012;21(2):317–31, <http://dx.doi.org/10.1016/j.soc.2012.01.002>.
7. García M, Lehmann C, Ríos D, Prada N, López R, Díaz S, et al. Tumores retroperitoneales: experiencia de 11 años en un centro de referencia en cáncer en un país latinoamericano. *Rev Colomb Cancerol*. 2015;19(2), <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccan.2015.01.003>.
8. Perry-Perry F, Casa-Patiño E. Incisión abdominosubcostal continua para abordaje de sarcomas retroperitoneales. *Rev colomb cancerol*. 2007;11(2):129–32.
9. Figueroa JD, Herazo F, Ríos D, Vergara E, Penagos D, Perdomo D. Descripción de dos abordajes quirúrgicos para tumores retroperitoneales, experiencia en el Hospital Pablo Tobón Uribe, 2003-2011. *Rev Colomb Cir*. 2012;27(3):221–6.
10. Juaneda I, Alvarenga JR, Mondino JC, Eynard H, Obeide LR. Tumores retroperitoneales primarios/Primary retroperitoneal tumors. *Exp méd*. 2006;24(4):120–6. Ilus.
11. Andrew J. Bishop, Gunar K. Zagars, Keila E. Torres, Kelly K. Hunt, Janice N. Cormier, Barry W. Feig, B. Ashleigh Guadagnolo. Combined modality management of retroperitoneal sarcomas: a single institution series of 121 patients Original Research Article. *International Journal of Radiation Oncology*Biophysics*Physics*. Received: November 25, 2014; Received in revised form: February 18, 2015; Accepted: April 29, 2015; Published Online: May 03, 2015.

Ricardo Bruges Maya

*Coordinador de Oncología Clínica, Instituto Nacional de
Cancerología, Bogotá, Colombia*
Correo electrónico: ricardobrujes@gmail.com

Disponible en Internet el 16 de junio de 2015