

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA

SARCOMAS RETROPERITONEALES

ESTUDIO CLINICO-PATOLOGICO DE 40 CASOS

DR. ALFREDO GARCIA GUZMAN  
Investigador Científico Patología  
Instituto Nacional de Cancerología

DR. RODRIGO CALIZ  
Residente IV - Cirugía General  
Instituto Nacional de Cancerología

DRA. LIGIA INES RESTREPO E.  
Residente III - Patología  
Instituto Nacional de Cancerología

Bogotá, Agosto de 1.987

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA  
SECCION BIBLIOTECA Y PUBLICACIONES  
RECIBIDO 17 FEB 1988

COMPRA  CANJE  DONACION

ENTIDAD INC

FACTURA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

COSTO \$1000.00

Tr. Reg. I 113/89  
R.M.

1481

17 FEB 1988  
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA  
SECCION BIBLIOTECA Y PUBLICACIONES

## CONTENIDO

	Página
I. INTRODUCCION	1
II MATERIAL Y METODOS	2
III. RESULTADOS	2
I. Aspectos clínicos	3
II. Estudios diagnósticos	4
III. Clasificación histológica	5
IV. Recurrencias, metástasis y sobrevida por tipo histológico	7
V. Tratamiento y sobrevida	10
VI. Recurrencias y su tratamiento	11
VII. Organos resecados y complicaciones quirúrgicas	12
IV. DISCUSION	13
V. CONCLUSIONES	21
VI. RESUMEN	23
VII. BIBLIOGRAFIA	24

## INTRODUCCION

Los sarcomas de tejidos blandos representan el 1% de los tumores malignos en el hombre (19), y entre el 10 y 20% de ellos aparece en el retroperitoneo (1, 2, 4, 35). Los sarcomas retroperitoneales comprenden entre el 13 y 40% de las neoplasias malignas de esa región (1, 3, 7, 33), seguidos en frecuencia por los linfomas. Los tumores neurogénicos, indiferenciados o que surgen de remanentes embrionarios, representan menos del 25% en todas las series (3).

Esta localización determina en general un pronóstico desfavorable debido a que la mayoría de los tumores son silenciosos, alcanzan grandes tamaños y comprometen órganos adyacentes, siendo por lo general, difícil su resección completa (2); ésto explica la recurrencia frecuente aún después de excisiones aparentemente completas (1, 2, 4, 6).

Debido a su rareza ha sido difícil establecer con precisión su pronóstico y el papel de las modalidades terapéuticas, sobre todo adyuvantes (1, 2, 4). A diferencia de los sarcomas de las extremidades, el resultado del tratamiento de los retroperitoneales no ha cambiado significativamente en los últimos decenios (1, 2, 4, 28, 38), con sobrevividas a 5 años libres de enfermedad de solo 22-25%; sin embargo, varios autores enfatizan en la resección completa y agresiva del tumor y órganos adyacentes comprometidos, como el más válido intento para ofrecer posibilidades de sobrevida a largo término (1, 2, 4).

El propósito del presente estudio es hacer una revisión clinico-patológica de 40 casos de sarcomas retroperitoneales manejados en el Instituto Nacional de Cancerología, para analizar aspectos clínicos, estudios diagnósticos, clasificación histológica, sobrevida, resultados del tratamiento y una revisión de la literatura sobre el tema.

## MATERIAL Y METODOS

Se revisaron las historias clínicas de 63 pacientes vistos en el INC. entre 1960 y 1984, cuyo diagnóstico de ingreso fue sarcoma retroperitoneal. Se excluyeron del estudio 20 casos que no tuvieron revisión histológica en la sección de Patología y 3 casos que no correspondían a Sarcoma. Con los restantes 40 casos se hizo el estudio de los aspectos clínicos, métodos diagnósticos y clasificación histológica, según los conceptos establecidos por Enzinger. Fue revisado un promedio de 6 láminas por dos de los autores, quienes no conocían el diagnóstico previo, utilizando únicamente la coloración de Hematoxilina-eosina.

Además, se determinaron las sobrevividas global, para cada grupo de tratamiento, según grado y tipo histológico y las recurrencias. Debido al deficiente seguimiento durante los primeros 15 años, solo se analizaron estadísticamente los casos del período 1975-1984, lo que corresponde a 32 pacientes, excluyendo los pacientes perdidos de control. Cuando fue posible se hicieron pruebas de significancia estadística. De igual manera, se establecieron los órganos comprometidos en la resección, la frecuencia y localización de las metástasis y complicaciones del tratamiento.

El tratamiento adyuvante consistió en radio y/o quimioterapia, con criterio complementario si la resección fue completa y, paliativo si fue incompleta o irresecable.

## RESULTADOS

Durante el período analizado se diagnosticaron 863 sarcomas de tejidos blandos y 96 tumores retroperitoneales. En esta localización el 41.6% correspondieron a sarcomas. En nuestro Instituto el 4.6% de los -

sarcomas de tejidos blandos son retroperitoneales.

## I. ASPECTOS CLINICOS

### 1- EDAD Y SEXO

La edad promedio global fue de 47.5 años (5 - 76 años), la relación según sexos fue : Hombres 1.1 : 1 Mujer

Liposarcomas : 49.9 años (28 - 76) (gráfica 5); predominio femenino 1.6 : 1

Leiomiomas : 54.46 años (17 ; 75) (gráfica 5); predominio femenino 2.2 : 1

Sarcomas no clasificales : 36.5 años (6 - 70), predominio masculino 2:1

Rabdomiosarcomas : 15.3 años (5 - 27); todos del sexo masculino.

Histiocitoma fibroso maligno : 46.5 (45 y 48); un hombre y una mujer

Fibrosarcoma : 62 años, hombre

Schwannoma maligno : 57 años, hombre

Hemangiopericitoma maligno : 13 años, mujer.

### 2- SINTOMAS Y SIGNOS

La duración promedio de los síntomas fue de 7 meses (2 meses - 5 años) y los más frecuentes fueron : Dolor - 70%; masa abdominal 67.5%; pérdida de peso 50%; anorexia 40%; síntomas digestivos 34.8/ (Tabla No. 1)

El signo predominante fue masa palpable en el 100%; trombosis de la vena renal, 2.5% y anemia 35% (Tabla No. 2).

Hubo ictericia y paraparesia en 2 casos diferentes. Un paciente tuvo elevación de nitrogenados (Creatinina : 2.06 mgr% y B.U.N. : 32.5 mgr%) y no se documentaron casos de hipoglicemia. Los Rx de tórax detectaron metástasis pulmonares en solo 3 pacientes (7.5%) y en 2 de ellos, la autopsia confirmó dicho hallazgo.

## II. ESTUDIOS DIAGNOSTICOS

Se practicó radiografía simple de abdomen a 24 pacientes, con hallazgos de rechazo de asas intestinales en 43.4%; densidad de masa y borramiento de psoas en 65.2% y calcificación en 8.6%. El colon por enema mostró hallazgos en 4 de 5 pacientes (80%), consistentes en masa, un caso y rechazo del colon en 3, sin signos de compromiso tumoral del intestino.

La urografía intravenoso se realizó en 31 pacientes, con datos patológicos en el 87% : rechazo de riñón, ureteres o vejiga en 81.4%, dilatación en 40.7% y exclusión renal en 7.4%.

La ultrasonografía solo se dispuso en 8 pacientes, y en 5 (62.5%) se hizo el diagnóstico anatómico.

La arteriografía se practicó en 2 casos; uno mostró neovascularización y el otro elongación de la arteria ilíaca izquierda; cavografía en solo 2 pacientes; uno tenía compresión de la vena ilíaca izquierdo y en el otro fue negativo.

La tomografía computada benefició a 3 pacientes y en todos se hizo el diagnóstico de tumor retroperitoneal; en uno había destrucción vertebral y en otro, la masa era hipervascularizada.

### III. CLASIFICACION HISTOLOGICA (Tabla No. 3)

#### A- LIPOSARCOMAS

Se diagnosticaron 13 casos, lo que corresponde al 32.5%. El peso promedio fue de 4.801 gms. (828 - 8.000 gms.) y el tamaño promedio de 31.6 cms. (7.5 - 46 cms.). Todos los tumores excepto 1, presentaron grados variables de necrosis y hemorragia. Desde el punto de vista histológico, fueron subclasificados de la siguiente forma :

- 1- LIPOSARCOMAS MIXTOS : 5 (38.4%)
  - a) Patrón mixoide - lipomatoso : 3 casos
  - b) Patrón mixoide - desdiferenciado : 1 caso
  - c) Patrón mixoide - esclerosante : 1 caso
  
- 2- LIPOSARCOMAS BIEN DIFERENCIADOS : 5 casos (38.4%)
  - a) Esclerosante : 3 casos (Fotos 1 y 3)
  - b) Lipomatoso : 1 caso (Foto 2)
  - c) Desdiferenciado : 1
  
- 3- LIPOSARCOMAS MIXOIDES : 2 casos (15%) Foto 4
  
- 4- LIPOSARCOMA DE CELULAS REDONDAS : 1 caso (7.6%) Foto 5

El estudio histológico de 3 tumores recidivantes mostró patrón similar al tumor primario. Cuatro tumores fueron del grado histológico I; 6 casos grado II y 3 grado III.

#### B- LEIOMIOSARCOMAS

13 casos, que corresponden al 32.5%. El peso promedio de las masas tumorales fue de 1.432.8 gms. (358 - 4.226 gms.)

y el tamaño promedio fue de 12.3 cms. (6 - 21 cms.), se subclasificaron así :

1- LEIOMIOSARCOMAS BIEN DIFERENCIADOS : 3 (27%) (Foto 6)

Estos tumores mostraron menos de 5 mitosis por cada 10 campos de gran aumento.

2- LEIOMIOSARCOMAS MODERADAMENTE DIFERENCIADOS : 7 (53.8%)

(Foto 7). En 3, el conteo de mitosis fue mayor de 5 por cada 10 campos de alto poder. Tres casos mostraron un componente mixoide predominante (Foto 8) y en otros se observó un patrón vascular prominente.

3- LEIOMIOSARCOMAS MAL DIFERENCIADOS : 3 (23%) (Foto 9).

Todos presentaron un conteo mayor a 5 mitosis por cada 10 campos de alto poder y pleomorfismo celular evidente.

C- SARCOMAS NO CLASIFICADOS

6 Casos (15%) no se pudieron clasificar mediante las técnicas convencionales. El tamaño en el único caso que se obtuvo, fue de 20 x 15 cms. y el peso de 4.600 gms. Histológicamente todos fueron de alto grado de malignidad y su patrón morfológico aparece en la tabla 7.

D- RABDOMIOSARCOMAS

3 (7.5%). En un solo caso, de autopsia, se estimó el peso del tumor en 3.000 gms. y tamaño en 25 cms.

Dos casos eran de patrón alveolar (Foto 10) y el otro de tipo embrionario. Todos correspondía a sarcomas de alto grado de malignidad (III).

E- HISTIOKITOMA FIBROSO MALIGNO

2 (5%) . Pesaron 1.500 y 385 gms. y midieron 21 y 25 cms. Se observó importante necrosis y hemorragia. Se clasificaron como histiocitoma fibroso maligno mixoide e histiocitoma fibroso maligno pleomórfico con áreas mixoides (Foto 11). Ambos de alto grado de malignidad (Grado III).

F- FIBROSARCOMA

1 caso. (Foto 12). Mostraba áreas con moderado pleomorfismo celular y un conteo mitótico de 10 mitosis por cada 10 - campos de alto poder. Se clasificó como grado II de malignidad.

G- SCHWANOMA MALIGNO

1 caso (Foto 13). Se clasificó como Grado III.

H- HEMANGIOPERICITOMA MALIGNO

1 caso, grado histológico III.

**IV. RECURRENCIAS - METASTASIS Y SOBREVIDA POR TIPO HISTOLOGICO.**

Los casos seguidos en el período de 10 años comprenden 32 discriminados así : Liposarcomas : 11 - Leiomiosarcomas : 11 - Sarcomas no clasificados : 5 - Rabdiosarcomas : 2 - Fibrosarcoma : 1 Schwanoma maligno : 1 - Hemangiopericitoma maligno : 1.

## 1- LIPOSARCOMAS

Seis pacientes (46.1%) presentaron una recurrencia entre 21 y 67 meses del diagnóstico inicial, con promedio de 34.1 meses; 2 pacientes tuvieron dos recidivas que aparecieron en promedio a los 33 y 36 meses del tratamiento inicial. No se documentaron en ningún caso, metástasis a distancia.

La sobrevida global a 5 años fue de 54.5%, y un 30.7% se encontraba libre de enfermedad. La sobrevida según tratamiento para los pacientes seguidos (11) aparece en la tabla 4. La sobrevida promedio según subtipo histológico fue :

- Mixtos : 50.7 meses
- Bien diferenciados : 51 meses
- Mixoides : 44.5 meses
- Células redondas : 8 meses

## 2- LEIOMIOSARCOMAS

Cuatro pacientes (40%) presentaron recidiva en promedio a los 18.7 meses. Desarrollaron metástasis 5 pacientes (38.4%) 3 fueron a hígado, 1 a cerebro y 1 a ganglios para-aórticos. La sobrevida global a 5 años fue de 40% y un 15.3% se encontraba libre de enfermedad. La sobrevida según tratamiento para los casos seguidos (11) aparece en la tabla 5.

La sobrevida promedio para el grupo con menos de 5 mitosis fue de 32 meses y de 45.3 meses para el grupo de más de 5 mitosis. No hubo correlación entre mitosis o diferenciación y el comportamiento biológico del tumor.

Considerando los 2 tipos histológicos más frecuentes, no hubo diferencia estadísticamente significativa entre la sobrevida a 5 años de los liposarcomas (54.5%) y los leiomiomas (40%) (Gráfica 4); pero sí hubo a los 18 meses del tratamiento ( $p:0.05$ ).

### 3- SARCOMAS NO CLASIFICABLES

Un paciente a quien se le hizo resección completa y radioterapia complementaria, recidivó a los 6 meses y fue perdido del seguimiento.

Dos pacientes con resección incompleta y radioterapia paliativa (en uno se administró V.A.C), sobrevivieron 6 y 8 meses respectivamente.

Un paciente irresecable recibió quimioterapia durante 48 meses (no se conoció esquema); presentó a los 54 meses metástasis a cerebro y mandíbula. Se le practicó hemimandibulectomía, radio y quimioterapia con V.A.C post-operatorias, falleció a los 56 meses.

Dos casos, uno irresecable y otro que no recibió tratamiento sobrevivieron 6 y 2 meses.

Desarrollaron metástasis 3 paciente (50%) a cuero cabelludo y región inguinal, mandíbula y cerebro, pulmón, suprarrenales, reja costal, vértebras lumbares y hueso coxal.

### 4- RABDOMIOSARCOMAS

Dos pacientes no recibieron tratamiento y fallecieron a los 4 días del ingreso y al mes. El tercer caso, irresecable, se le dió V.A.C. - ADRIA más radioterapia y murió a los 10 meses.

Se practicó autopsia que mostró metástasis a pulmón, hígado, ganglios retroperitoneales, riñón, suprarrenales, corazón, páncreas, vértebras, meninges y cuero cabelludo.

### 5- OTROS SARCOMAS

Los 2 casos de histiocitoma fibroso maligno fueron tratados con resección completa. El primero recibió radioterapia - complementaria y falleció 4 meses después. El segundo caso

recidivó nuevamente a los 6 meses y murió un mes después por metástasis pulmonares.

El fibrosarcoma falleció a los 34 meses del diagnóstico por metástasis hepáticas y persistencia tumoral extensa luego de una cirugía incompleta.

El caso del Schwannoma maligno se manejó con cirugía incompleta y radioterapia paliativa. A los 12 meses presentó recidiva tumoral y murió por metástasis pulmonares a los 20 meses del diagnóstico.

La única paciente con hemangiopericitoma maligno se encuentra viva con persistencia tumoral, después de 60 meses de una cirugía incompleta y quimioterapia.

En cuanto hace referencia al grado de diferenciación (Gráfica 2), el grupo de mayor tasa de supervivencia a 5 años fue para los tumores bien diferenciados con un 66.6%; moderadamente diferenciados 46.1% y mal diferenciados 23%, con una diferencia estadísticamente significativa al comparar los grupos ( $p < 0.05$ ).

Finalmente la tasa global de supervivencia a 5 años (Gráfica 1) para todos los grupos histológicos fue de 37.5%, con un 18.7% libres de enfermedad.

## V. TRATAMIENTO Y SOBREVIVENCIA

Los 32 pacientes seguidos fueron divididos según el esquema de tratamiento en 4 grupos (Tabla 6).

### - GRUPO I

Resección completa exclusiva, en 4 pacientes, con una supervivencia a 5 años de 3 (75%), todos libres de enfermedad.

## GRUPO II

Resección completa más radioterapia, benefició a 11 pacientes y la sobrevida a 5 años fue 54.5%, 35.6% libres de enfermedad.

Combinados con los 2 anteriores se obtuvo el grupo de Resección Completa, cuya sobrevida a 5 años fue del 60%. (Gráfica 3).

## GRUPO III.

Resección incompleta (Más radioterapia y/o quimioterapia) en 10 casos, sobrevida a 5 años de 20%, (2 casos, ambos libres de enfermedad).

## GRUPO IV.

Irresecables (tratamiento primario o paliativo con radioterapia y/o quimioterapia), con 7 casos y sobrevida a 5 años de 14.3%, ninguno libre de enfermedad.

La sobrevida para el grupo de pacientes con Resección Completa fué significativamente mayor que la obtenida para los grupos de resección incompleta y/o irresecables (p. 0.05). Por otra parte hubo una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de pacientes con resección incompleta y los irresecables con relación a la tasa de sobrevida a 12 meses después del tratamiento (70% vs. 28.6%, p. 0.05).

## VI. RECURRENCIAS Y SU TRATAMIENTO

Quince de los 40 pacientes (37.5%) desarrollaron recurrencia. A 5 se les practicó nueva resección completa. A 4, resección incompleta.

Un caso fue irresecable y falleció en el post-operatorio.

Estas cirugías se realizaron en promedio a los 27.6 meses del

tratamiento inicial y sobrevivieron 23.7 meses (promedio) adicionales.

Cinco pacientes fueron tratados para su recidiva con radioterapia y sobrevivieron solo 7.4 meses más.

#### **VII. ORGANOS RESECADOS-COMPLICACIONES QUIRURGICAS.**

Los órganos comprometidos en la resección y las complicaciones quirúrgicas aparecen en las tablas 8 y 9.



FOTO No. 1 Un Liposarcoma Bien Diferenciado tipo Esclerosante;  
obsérvese el infarto inflamatorio sobreagregado (40 X)

FOTO No. 2 Un Liposarcoma Bien Diferenciado tipo lipoma. Se obser-  
van lipoblastos de diverso tamaño (40 X)

FOTO No. 3    Liposarcoma Esclerosante, bandas colágenas entre células  
adiposas (40 X)

FOTO No. 4    Liposarcoma Mixoide que muestra patrón vascular  
plexiforme (10 X')

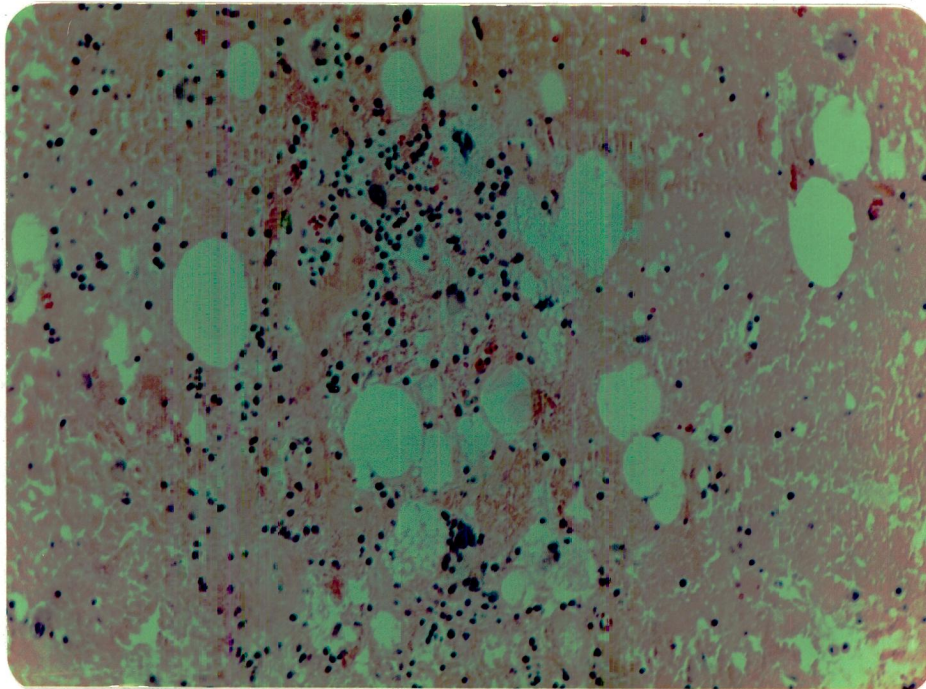


FOTO No. 1 Un Liposarcoma Bien Diferenciado tipo Esclerosante; obsérvese el infarto inflamatorio sobreagregado (40 X)

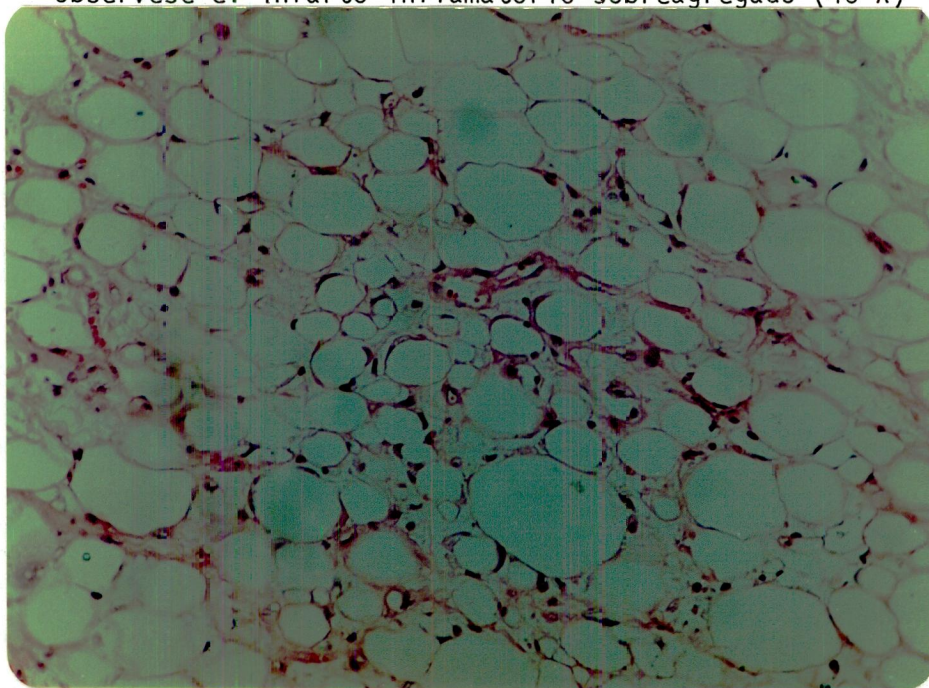


FOTO No. 2 Un Liposarcoma Bien Diferenciado tipo lipoma. Se observan lipoblastos de diverso tamaño (40 X)

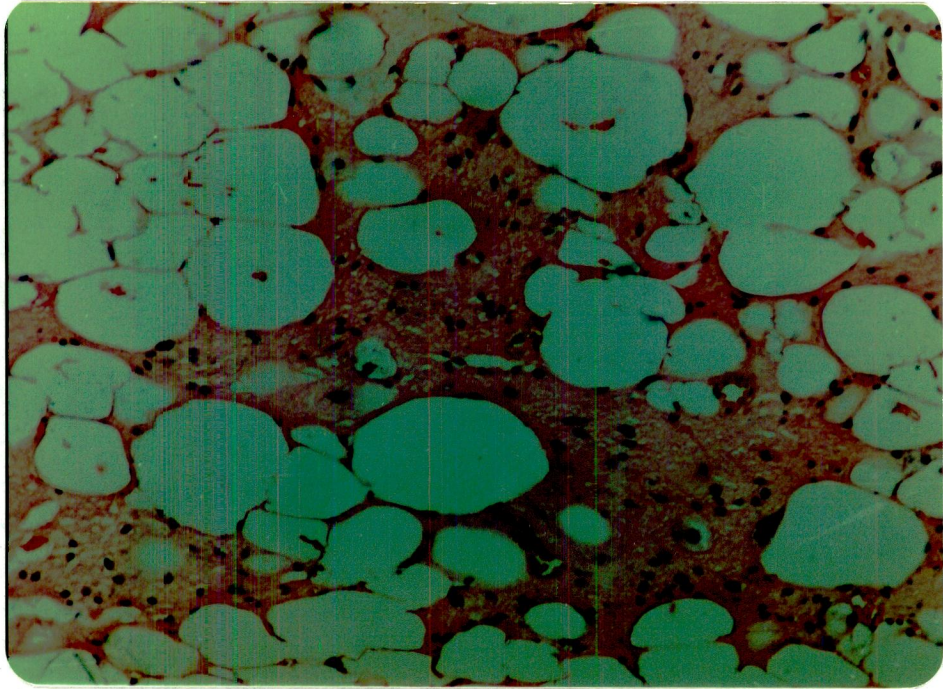


FOTO No. 3 Liposarcoma Esclerosante, bandas colágenas entre células adiposas (40 X)

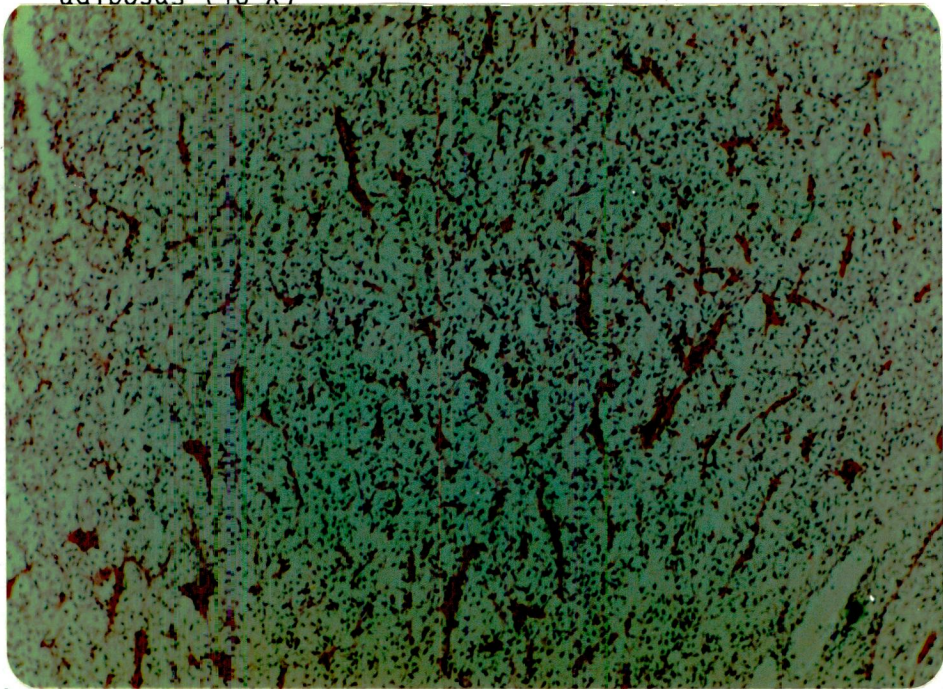


FOTO No. 4 Liposarcoma Mixoide que muestra patron vascular plexiforme (10 X')

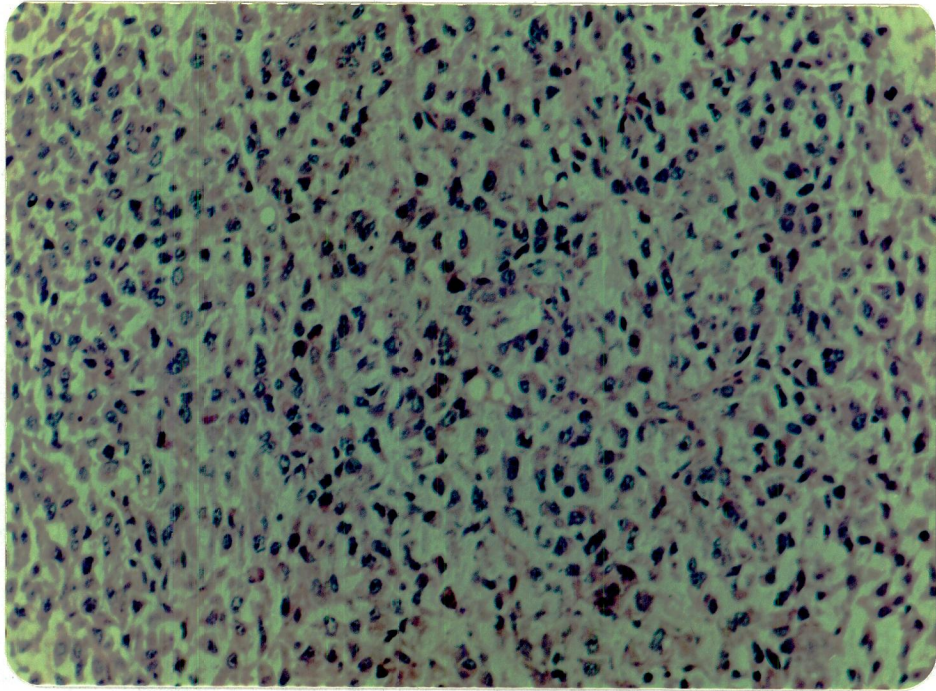


FOTO No. 5 Liposarcoma de Células Redondas en una matriz mixoide escasa (40 X)

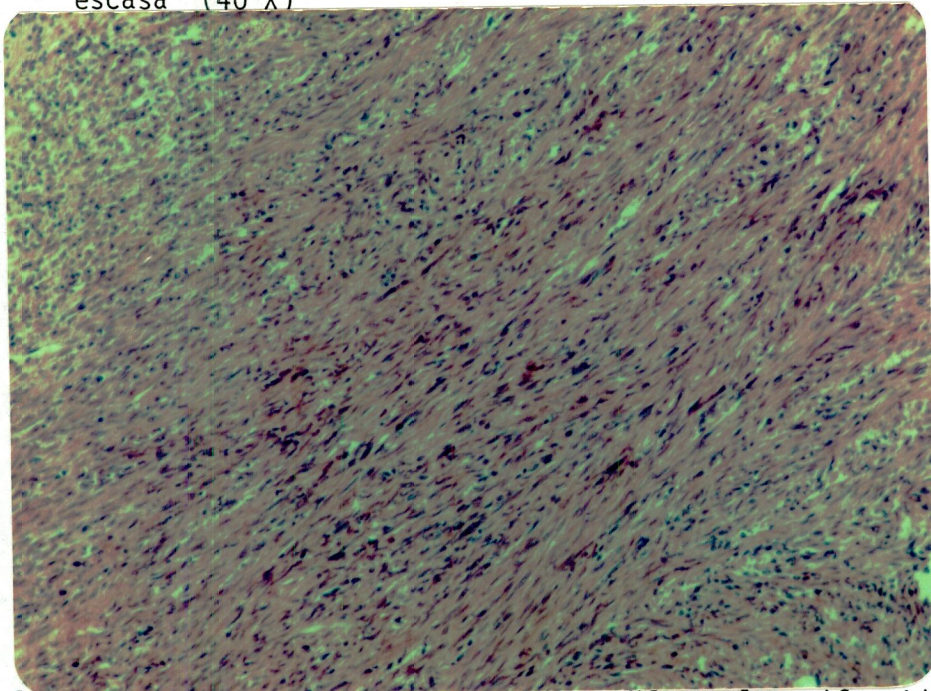


FOTO No. 6 Leiomyosarcoma Bien Diferenciado. Nótese la uniformidad en los haces musculares (10 X)

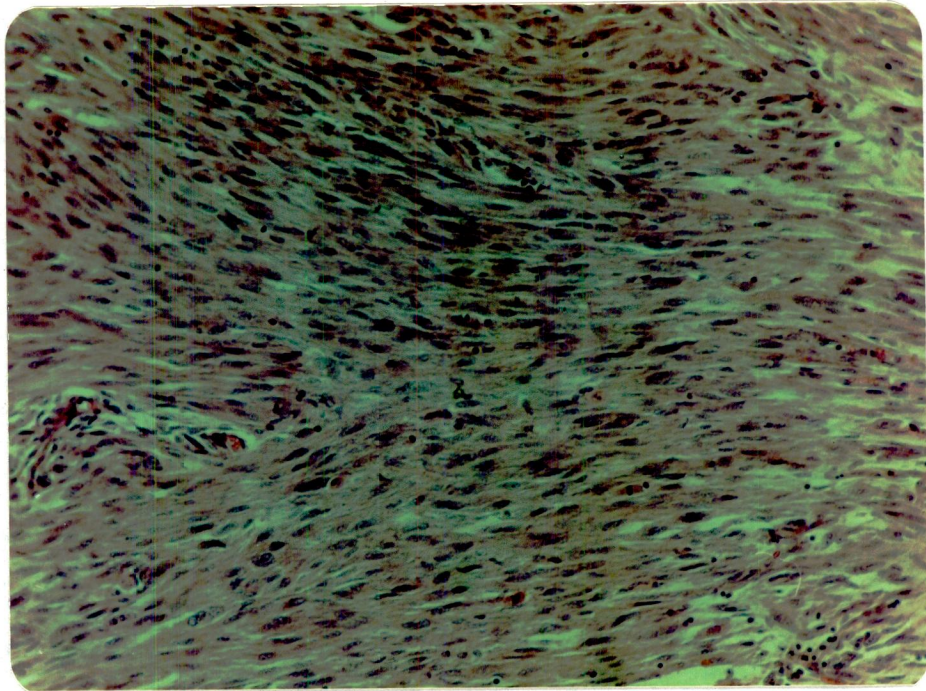


FOTO No. 7 Leiomiosarcoma Moderadamente Diferenciado. Se observan varias mitosis y mayor tamaño nuclear (40 X)

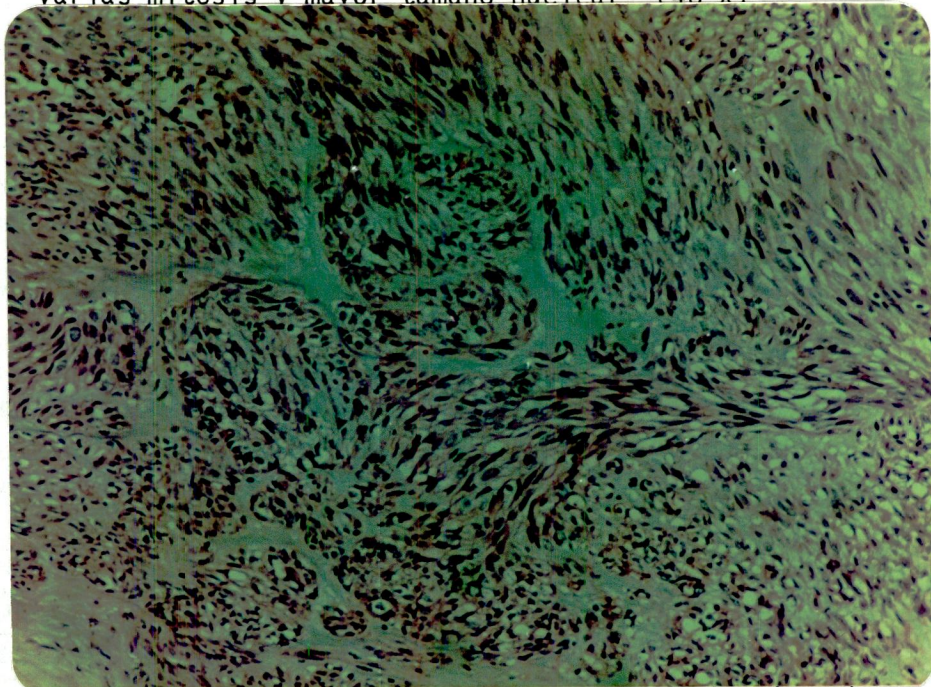


FOTO No. 8 Componente Mixoide en un Leiomiosarcoma Moderadamente Diferenciado

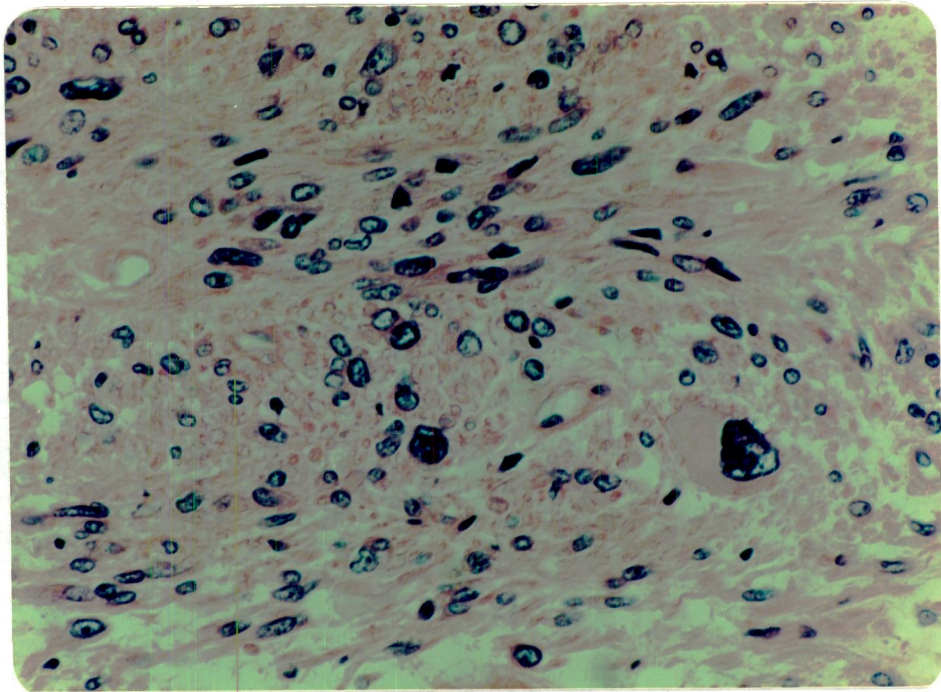


FOTO No. 9 Marcado pleomorfismo celular en un Leiomiosarcoma Mal Diferenciado (40 X)

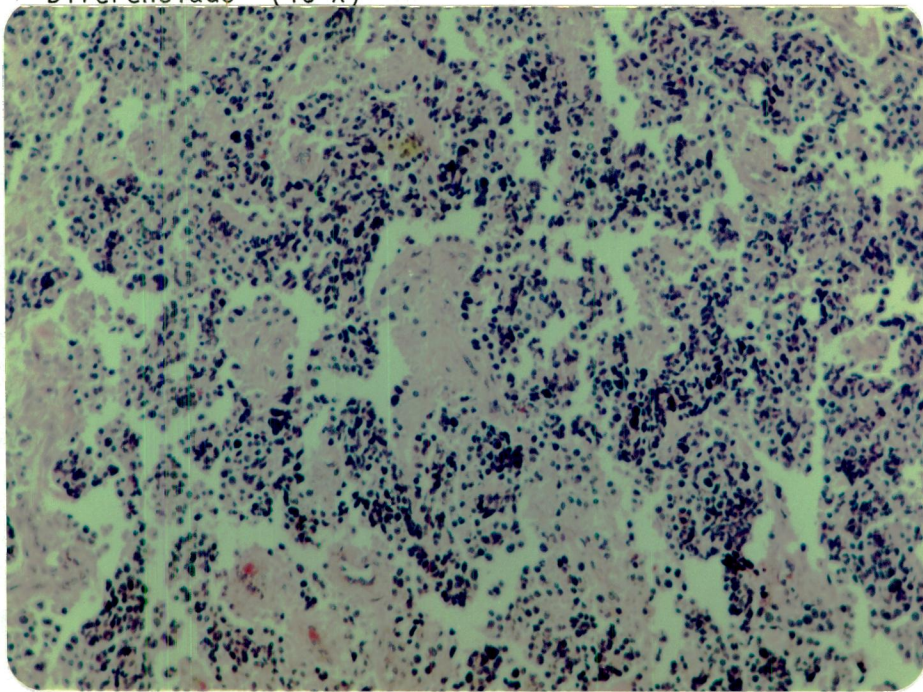


FOTO No. 10 Se observa un Rabdomiosarcoma Alveolar con focos de necrosis

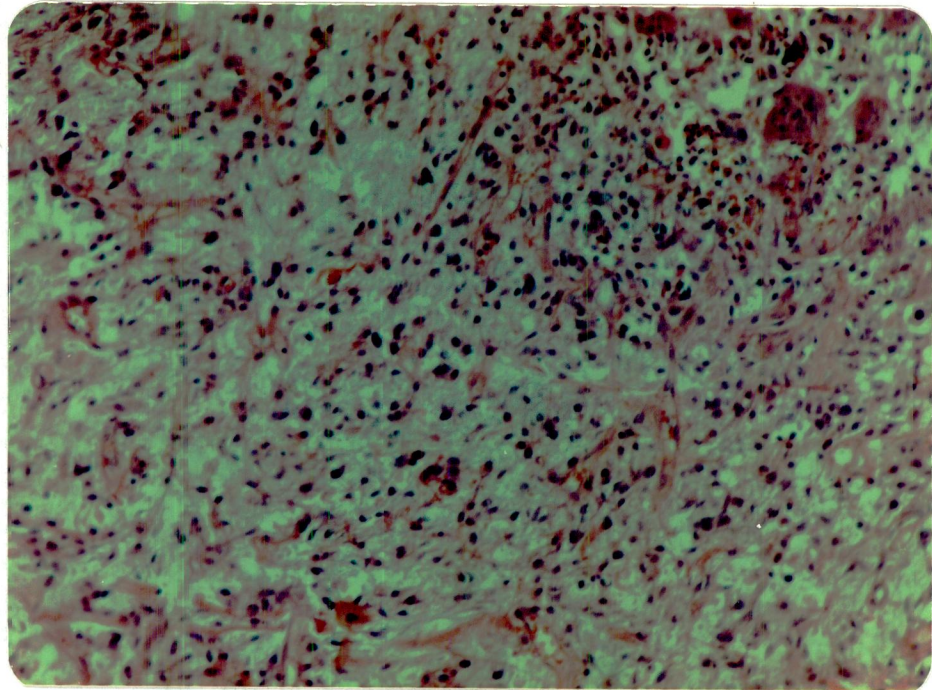


FOTO No. 11 Areas mixoides en un Histiocitoma Fibroso Maligno Pleomórfico. Se observa una célula gigante multinucleada.

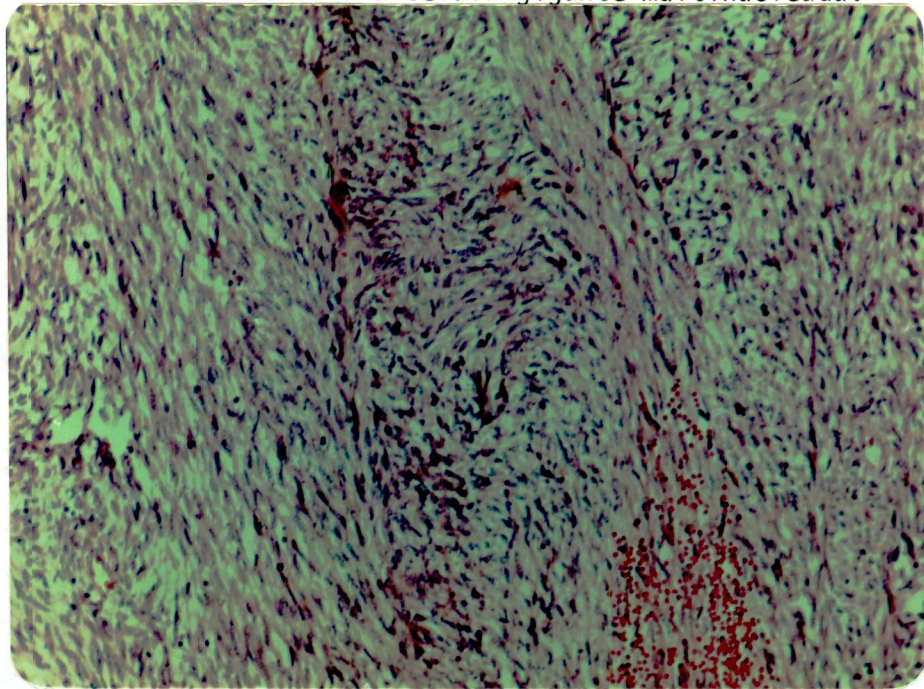


FOTO No. 12 Fibrosarcoma con patrón "Espina de Pescado" (40 X)

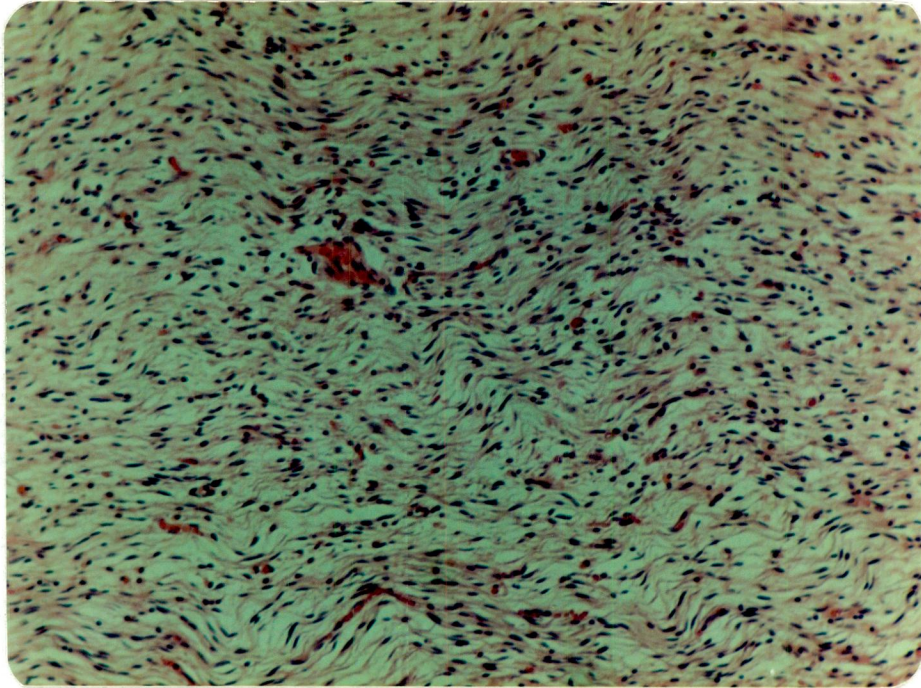


FOTO No. 13 Schwannoma Maligno que muestra el ondulamiento nuclear, en una matriz fibrilar (40 X)

TABLA No. 1

**SARCOMAS RETROPERITONEALES**  
1.960 - 1.984

SINTOMAS		%
DOLOR ABDOMINAL 70%	DIFUSO	28.7
	LUMBAR	17.8
	MID	10.7
	FLANCO DERECHO	10.7
	EPIGASTRIO	10.7
	HIPOGASTRIO	10.7
	NO ESPECIFICADO	10.7
MASA ABDOMINAL 67.5%		
PERDIDA DE PESO 50%		
ANOREXIA 40%		
SINTOMAS URINARIOS 32.5%	NO ESPECIFICADOS	53.8
	DISURIA	15.3
	HEMATURIA	15.3
	OTROS	15.3
SINTOMAS DIGESTIVOS 35%	ESTREÑIMIENTO	28.5
	DIARREA	21.4
	NAUSEAS Y/O VOMITO	14.2
	OBSTRUCCION INTESTINAL	14.2
	OTROS	21.7

TABLA No. 2

**SARCOMAS RETROPERITONEALES**  
**1.960 - 1.984**

SIGNOS		%
MASA 100 %	ABDOMINAL	52.5
	PELVICA	47.5
	FIJA	57.5
	MOVIL	25.0
	NO ESPECIFICADO	17.5
TROMBOSIS VENA RENAL 2.5 % (1 CASO)		
ANÈMIA 35 %		

TABLA No. 4

**LIPOSARCOMAS RETROPERITONEALES  
I. 975 - I. 984  
TRATAMIENTO**

TIPO TUMOR	TRATAMIENTO	SOBREVIDA (MESES)
LIPOSARCOMA BIEN DIFERENCIADO ESCLEROSAMENTE	RESECCION COMPLETA + RESCATE Y RTX	117 LIBRE
LIPOSARCOMA BIEN DIFERENCIADO TIPO LIPOMA	RESECCION COMPLETA + RTX COMPLEMENTARIA	51 LIBRE
LIPOSARCOMA MIXTO MIXOIDE Y LIPOMATOSO	RESECCION COMPLETA + RTX COMPLEMENTARIA	33 MUERTE
LIPOSARCOMA MIXTO MIXOIDE Y ESCLEROSANTE	RESECCION COMPLETA + VAC. RESCATE + RTX COMPLEMENTARIA	79 LIBRE
LIPOSARCOMA MIXTO MIXOIDE Y LIPOMATOSO	RESECCION COMPLETA + RTX COMPLEMENTARIA + RESCATE	30 MUERTE
LIPOSARCOMA BIEN DIFERENCIADO ESCLEROSAMENTE	RESECCION COMPLETA + RTX COMPLEMENTARIA	27 LIBRE
LIPOSARCOMA MIXOIDE	RESECCION COMPLETA + RTX NO COMPLETA	29 LIBRE
LIPOSARCOMA BIEN DIFERENCIADO ESCLEROSAMENTE	RESECCION INCOMPLETA + RTX PALIATIVA + VAC HOLOXAN	20 MUERTE
LIPOSARCOMA MIXTO MIXOIDE Y LIPOMATOSO	RESECCION INCOMPLETA + RESCATE + RTX	61 LIBRE
LIPOSARCOMA MIXOIDE	RESECCION INCOMPLETA	76 LIBRE
LIPOSARCOMA BIEN DIFERENCIADO TIPO DESDIFERENCIADO	RESECCION INCOMPLETA + VAC + RESCATE + RTX PALIATIVA POR 2º RECIDIVA	40 MUERTE

TABLA No. 5

**LEIOMIOSARCOMAS RETROPERITONEALES  
1.975 - 1.984  
TRATAMIENTO**

TIPO TUMOR	TRATAMIENTO	SOBREVIDA(MESES)
MODERADAMENTE DIFERENCIADO	RESECCION COMPLETA +RTX COMPLEMENTARIA	136 LIBRE
MODERADAM. DIFERENCIADO TIPO MIXOIDE	RESECCION COMPLETA +RTX COMPLEMENTARIA	32 MUERTE
MODERADAMENTE DIFERENCIADO	RESECCION COMPLETA	27 LIBRE
MODERAD. DIFERENCIADO - MIXOIDE FOCAL	RESECCION COMPLETA +VAC POR RECIDIVA	11 MUERTE
MODERADAMENTE Y MAL DIFERENCIADO	RESECCION COMPLETA +RTX COMPLEMENTARIA	36 LIBRE
BIEN DIFERENCIADO	RESECCION COMPLETA +RTX COMPLEMENTARIA	13 MUERTE
BIEN DIFERENCIADO	RESECCION COMPLETA +RTX COMPLEMENTARIA	103 LIBRE
MODERADAMENTE Y MAL DIFERENCIADO	RESEC. INCOMP +RTX PALIATIVA POR RECIDIVA	62 MUERTE
MAL DIFERENCIADO	IRRESECABLE	6 MUERTE
MODERAD. DIFERENCIADO TIPO MIXOIDE	IRRESECABLE RTX PALIATIVA	5 MUERTE
MODERADAMENTE DIFERENCIADO	NO TRATAMIENTO	3 MUERTE

TABLA No. 6

**SARCOMAS RETROPERITONEALES  
TRATAMIENTO Y SOBREVIDA**

TIPO TRATAMIENTO	No. DE CASOS	SOBREVIDA (%)
RESECCION COMPLETA EXCLUSIVA	4	75.0
RESECCION COMPLETA MAS RADIOTERAPIA	11	54.5
RESECCION INCOMPLETA (MAS RADIO Y/O QUIMIOTERAPIA)	10	20.0
IRRESECABLES (RADIO Y/O QUIMIOTERAPIA)	7	14.3

TABLA No. 7

**SARCOMAS NO CLASIFICABLES**

No.	HISTOLOGIA	SOBREVIDA (MESES)
1	SARCOMA MAL DIFERENCIADO (SARCOMA SINOVIAL ? )	8
2	SARCOMA MAL DIFERENCIADO (S. EMBRIONARIO ? )	56
3	SARCOMA FUSOCELULAR MAL DIFERENCIADO DE ALTO GRADO	6
4	SARCOMA MAL DIFERENCIADO	6
5	SARCOMA MAL DIFERENCIADO DE CELULA REDONDA (EWINGUS RABDOMIOSARCOMA)	2
6	SARCOMA MIXOIDE FUSOCELULAR	15

TABLA No. 8

**SARCOMAS RETROPERITONEALES**  
**ORGANOS COMPROMETIDOS EN LA RESECCION: 15 (37.5%)**

ORGANO	No. DE CASOS
COLON	5
RIÑON	5
VEJIGA	1
BAZO	1
TESTICULO	2
UTERO	1

TABLA No. 9

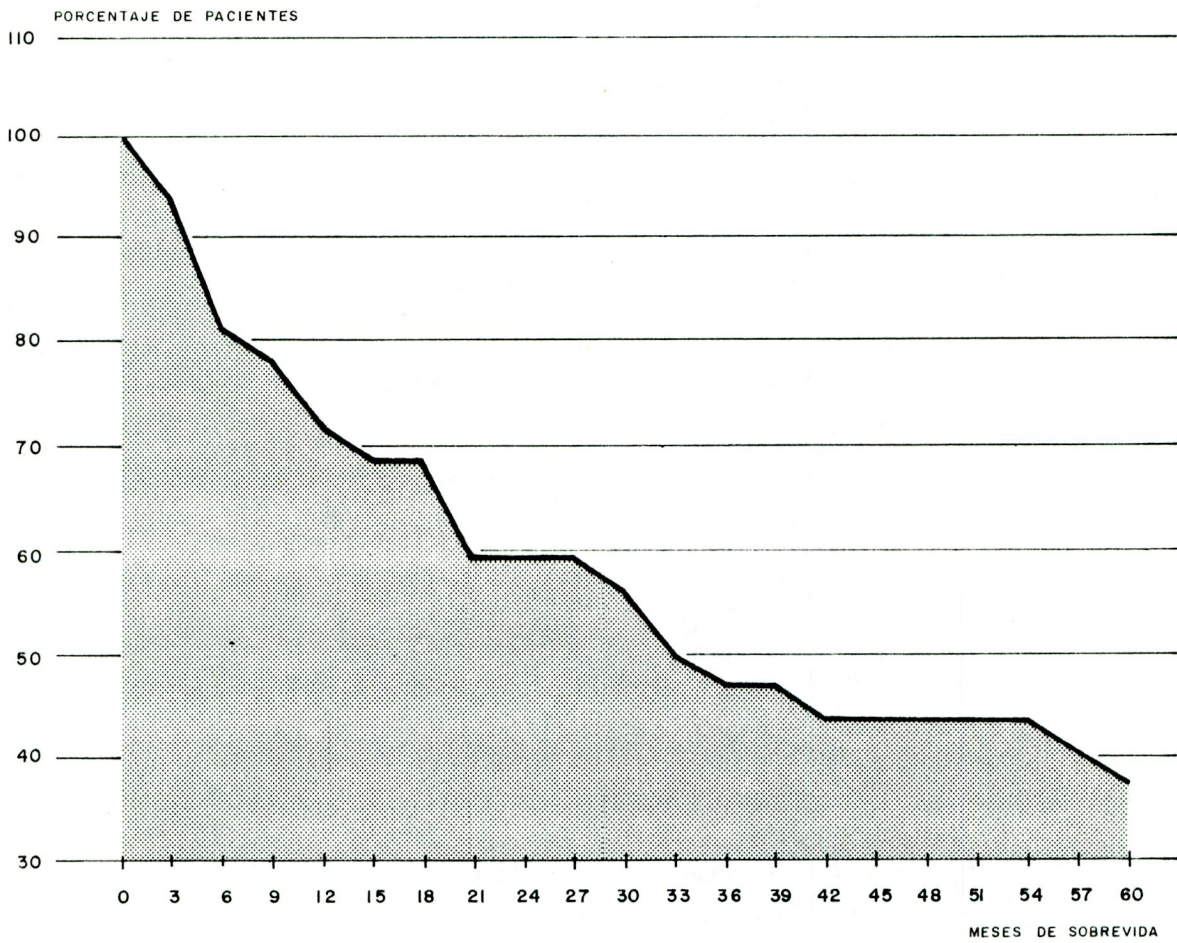
**SARCOMAS RETROPERITONEALES**  
**COMPLICACIONES : 12 CASOS ( 30 % )**

COMPLICACIONES	No. DE CASOS
FISTULA INTESTINAL	2
FISTULA BILIODIGESTIVA	1
SECCION URETER	1
LINFOCELE	1
HIDRONEUMOTORAX	1
ATELECTASIA	1
INFECCION HERIDA QUIRURGICA Y SEPSIS	2
SHOCK HIPOVOLEMICO	1
NEFROPATIA POR RADIOTERAPIA	1
INSUFICIENCIA RENAL	1

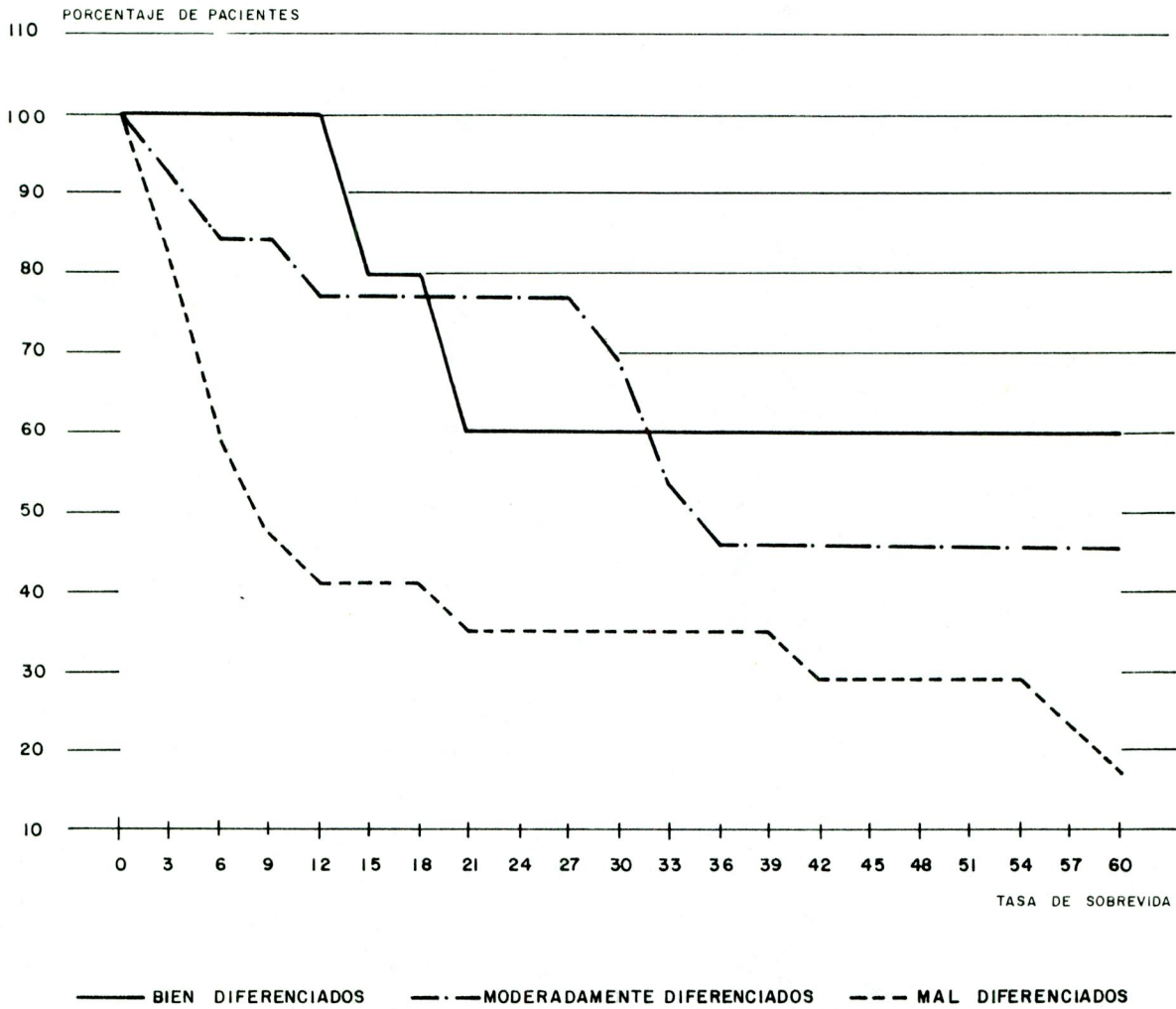
GRAFICA No. 1

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA

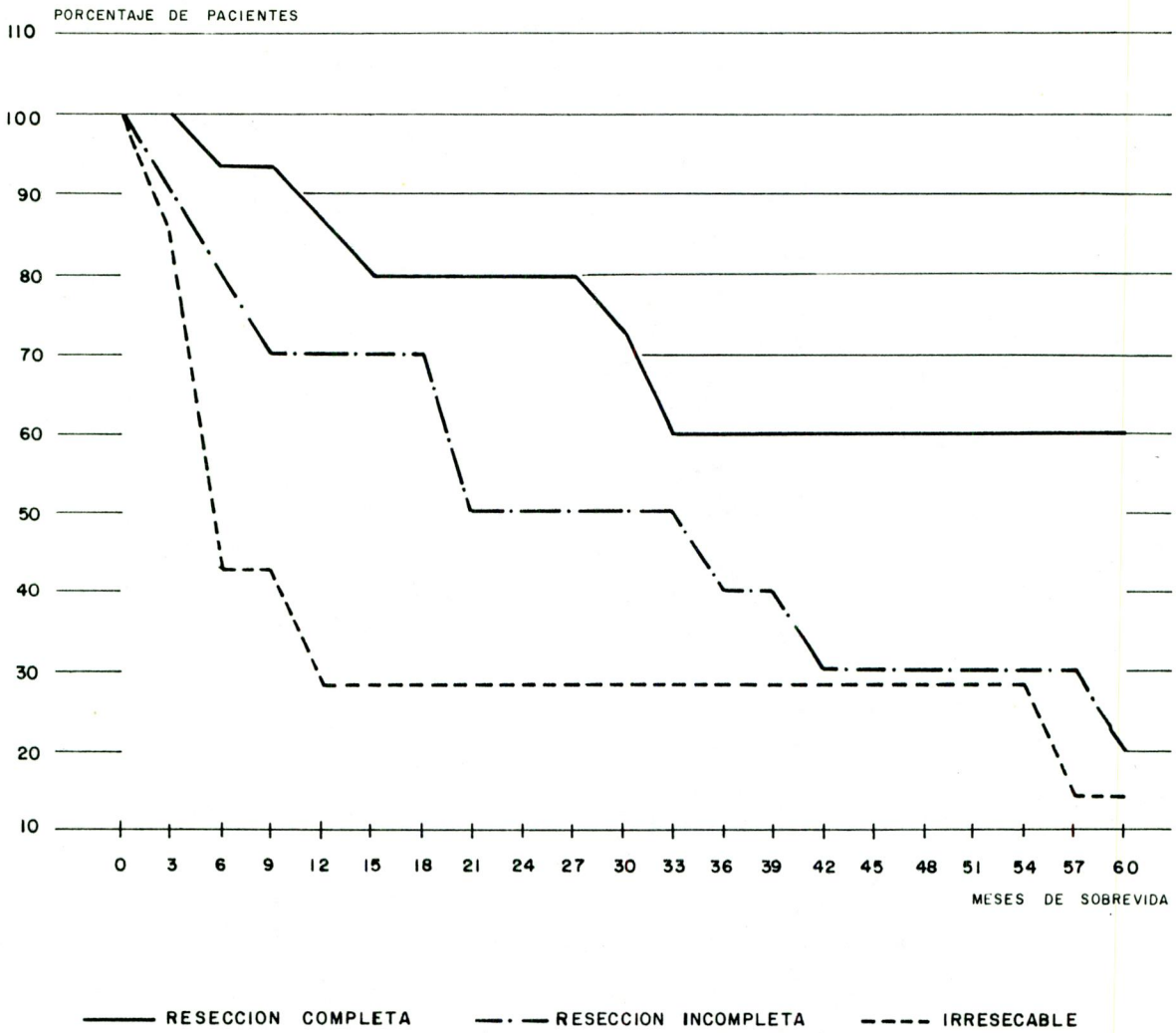
**SARCOMAS RETROPERITONEALES 1.975-1.984**  
**CURVA DE SOBREVIDA GLOBAL**



INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA  
SARCOMAS RETROPERITONEALES 1.975- 1.984  
SOBREVIDA POR DIFERENC.

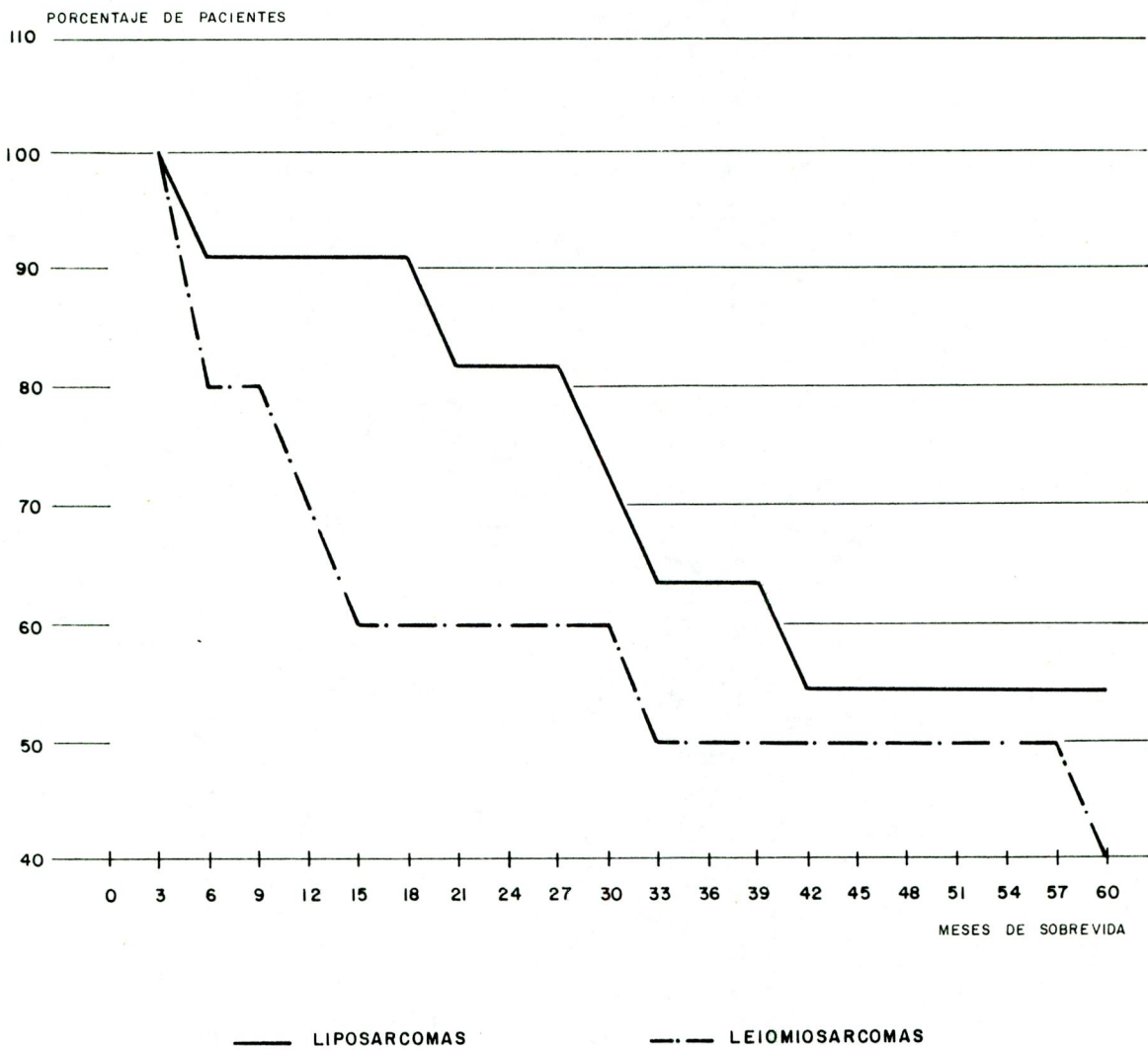


INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA  
SARCOMAS RETROPERITONEALES 1.975-1.984  
SOBREVIDA POR TRATAMIENTO



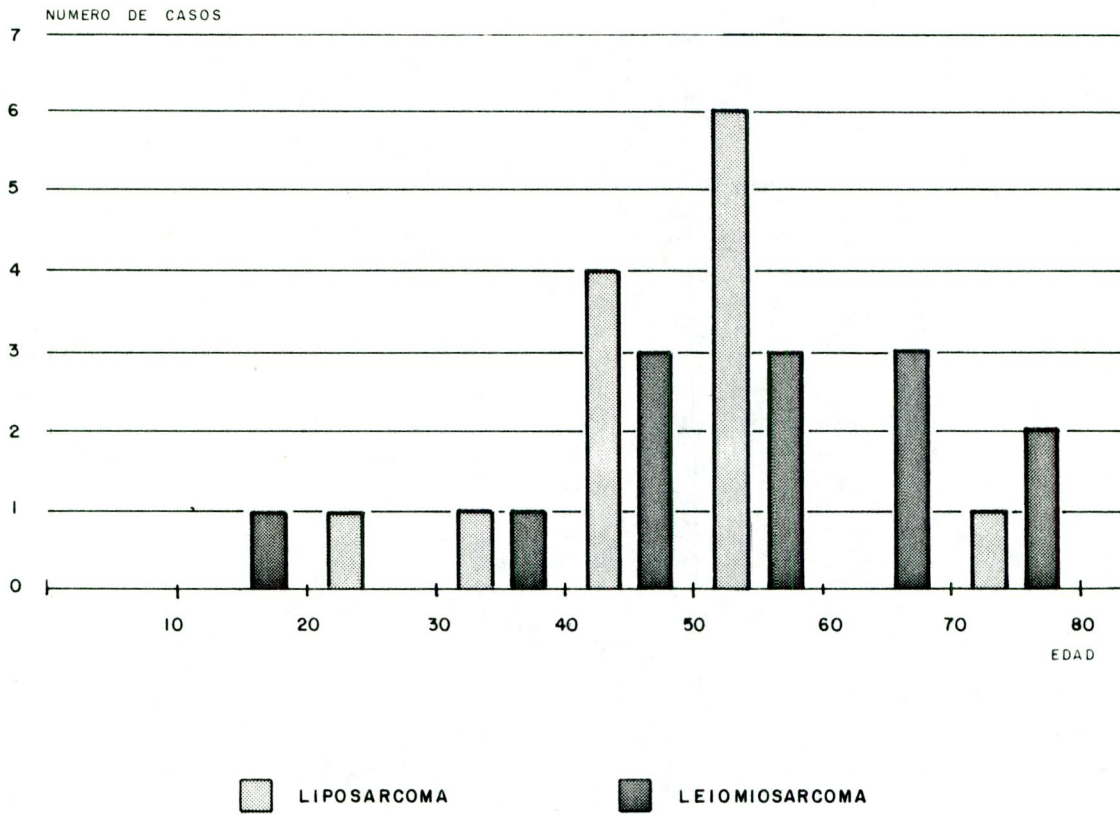
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA

SARCOMAS RETROPERITONEALES 1.975-1.984  
SOBREVIDA POR T. HISTOLOGICO



INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA

SARCOMAS RETROPERITONEALES  
DISTRIBUCION POR EDADES



## DISCUSION

Los sarcomas retroperitoneales hacen parte del gran grupo de Sarcomas de Tejidos Blandos que, como es sabido, derivan del mesénquima primitivo y reproducen sus diversas líneas de diferenciación (4, 19). La presentación clínica habitual incluye masa abdominal palpable entre un 25 y 91.6% y dolor abdominal en el 46 - 96.8% de los pacientes (1, 2, 3, 4, 5). Otros síntomas menos frecuentes son pérdida de peso, anorexia, náuseas o vómito, molestias urinarias y fiebre, ésta última para algunos autores asociada con peor diagnóstico; (4, 9) en nuestra revisión dicho sintoma fue muy raro. A la exploración se puede palpar masa en el 74 - 96.8%, con localización pélvica en el 6.2 - 31.2% (1, 2, 4, 5) ocasionalmente protruyendo en el canal inguinal. (20) Se encuentra edema de miembros inferiores hasta en el 6.3% (4) y excepcionalmente déficit neurológico por compresión o invasión de raíces nerviosas. Los estudios de laboratorio no aportan información específica y el hallazgo más frecuente es anemia, hasta en el 34.8% (3, 5). Se ha informado hipoglicemia en pacientes con mesotelioma (19), pero en nuestra serie no se registró ningún caso de este tumor.

El diagnóstico de las masas retroperitoneales se fundamenta en la sospecha clínica y se confirma con métodos radiológicos. La placa simple de abdomen es poco mencionada en series recientes, contratando con la alta frecuencia de hallazgos en la nuestra. Las vías digestivas altas con bario, muestran compresión o rechazo entre el 50 y 87.5%; casi nunca invasión de la pared visceral. (3, 5). La urografía intravenosa es el estudio tradicional más valioso con anomalías entre el 83.3 y 93.3% (3, 5), consistentes en desplazamiento y dilatación de vías urinarias o exclusión renal; es mandatoria su realización porque hasta un 25% de pacientes requiere Nefrectomía, (2) lo cual ocurrió en nuestro estudio en el 16.6% de los casos.

La arteriografía aporta datos como neovascularización, suplencia san-

guínea para las arterias lumbares, pero en general es poco utilizada en la actualidad y el retroneumoperitoneo con dióxido de carbono ha sido desplazado por métodos menos invasivos (5). La ultrasonografía hace el diagnóstico de masa retroperitoneal en el 100% (5), el 62.5% obtenido en nuestra revisión es explicable por la poca experiencia al comienzo de su utilización.

El colon por enema solo evidencia rechazo por masa en el 50 - 54.5% de los casos (1, 5). Indudablemente la tomografía computada (TAC) es el avance reciente más significativo en la evaluación no solo del tumor primario sino también en la detección temprana de recurrencias (2), proporciona información valiosa sobre el tamaño, consistencia de la masa y relación con órganos vecinos o vasos mayores; brindando también datos sobre resecabilidad, circunstancia esta que, sin embargo solo - puede definirse con certeza en el acto operatorio. (1, 36).

Previa a la cirugía se recomienda la preparación mecánica del colon, pues puede requerirse colectomía en un 20%, aún sin datos radiológicos de invasión de la pared intestinal; nuestra cifra fue muy cercana - (16.6%).

Los principios de la técnica quirúrgica comprenden una amplia incisión vertical o transversa, resección en monobloque de órganos y tejidos - adyacentes comprometidos y disección por fuera de la "pseudocápsula" tumoral. Deben hacerse todos los esfuerzos para extirpar tanto como sea posible, con el fin de reducir al mínimo la enfermedad residual. (2). Algunos autores (4) solo consideran la resección como completa si los márgenes microscópicos están libres de tumor. Nuestra tasa de resecabilidad (completa o incompleta), que fue del 75%, se encuentra dentro del rango de 46 - 96.8% informado en la literatura, (1, 2, 3, 4, 6, 10) con resección de órganos adyacentes en una proporción mucho menor (37.5% vs. 66.6 - 75%). Se ha notado una evidente disminución en la morbilidad quirúrgica, con datos promedio de 25.5% (la nuestra es ligeramente superior, quizá reflejando el largo período), y en la

mortalidad, la cual es tan baja como 2.2 - 11.7%

Desde el punto de vista morfológico, en la mayoría de las series los tumores alcanzan gran tamaño y, con excepción de los liposarcomas bien diferenciados, no existen características macroscópicas peculiares (1, 2, 4, 16, 21).

La distribución por tipos histológicos en general muestra predominio de los liposarcomas sobre los leiomiomas (1, 2, 3, 5, 7). En nuestra serie se observó igual frecuencia para ambos, en contraste con los hallazgos de la revisión de Figueroa y Gómez E. (36), quienes informan un 47.5% para liposarcoma; esta diferencia se debe a que la mayor parte de los casos que excluimos por no disponer de revisión histológica, correspondía a liposarcomas diagnosticados en otras Instituciones, y un pequeño grupo fue reclasificado a otro tipo de sarcomas.

Dentro del grupo de liposarcomas, el subtipo más frecuente en varias series (7, 10, 19, 30) es el mixoide (42.8 - 67.6%), seguido de lejos por el bien diferenciado con un 20.5 - 28.5%. Tres estudios (8, 10, 34) informan entre 8.3 y 13.3% para el tipo pleomórfico y no hallan ningún caso de células redondas. Nosotros encontramos un número apreciable de casos mixtos, con predominio del patrón mixoide, y una proporción igual de bien diferenciados, solo un 15% mixoide puro y un caso de células redondas. No reconocimos ningún caso de pleomórfico, considerado como el más agresivo y recurrente (9, 19).

La sobrevida informada para este grupo oscila entre el 33.3 (36) y el 64%, (9, 10) con un 24 - 33.3% libre de enfermedad; nuestras cifras son similares y confirman su mejor pronóstico global. En referencia a la sobrevida por subtipos histológicos, el bien diferenciado es el más favorable, (19) excluyendo su variedad desdiferenciada.

El pequeño número de casos en nuestra serie no permite estimaciones estadísticas al respecto.

Las recidivas son comunes independientemente de la variedad histológica (19) y en proporción mayor a las de las extremidades, con tasas entre 57 y 87%, (9, 19)- las cuales se disminuyen al 20% con el empleo de radioterapia complementaria (9). Existe acuerdo en cuanto a que el tumor recidivante rara vez presenta menos diferenciación que el primario (19, 36).

Es reconocida la relativa facilidad para hacer el diagnóstico por microscopía de luz de los tumores de músculo liso; sin embargo, no es fácil determinar malignidad, sobre todo cuando hay un recuento mitótico bajo (18).

El criterio de malignidad, en consecuencia, depende del sitio anatómico primario; (17) todo tumor de músculo liso retroperitoneal debe considerarse como sarcoma, ya que el 40% de los que tienen recuento mitótico inferior a 5 da metástasis, sobre todo si el tamaño excede los 10 cms. y presentan necrosis (17, 30). No existe por lo tanto correlación entre mitosis y sobrevida (17). Se han descrito variantes de patrones histológicos en los leiomiomas, tales como un componente vascular prominente, áreas semejantes a hemangiopericitoma, aspecto epitelioide y zonas de transformación estromal mixoide (17, 49). Nosotros encontramos estas mismas variantes focalmente, y 2 casos de predominio mixoide.

La sobrevida global para leiomiomas retroperitoneales va desde 16% a 2 años hasta 29% a 5 años, con solo 10% libre de enfermedad (16, 17, 18, 19) nuestros resultados fueron llamativamente mejores (40% y 15.3%), quizá explicables por una tasa de resección completa de 70% en este grupo y una recurrencia de solo 40%; hay un trabajo que propone el uso de quimioterapia para esta última eventualidad. (16). Según Enzinger (19) y Ranchod (18) se desarrollan metástasis en el 56.6 76.9%, cifra notablemente superior a la hallada por nosotros.

Los rhabdomyosarcomas representan entre el 3.1 y el 9% de los sarcomas retroperitoneales, (2, 3, 4, 5, 19) incluida nuestra serie, en la cual predominó el tipo alveolar. Sus principales características son la dificultad para resección completa (o irresecabilidad), recurrencia y respuesta a la quimioterapia con esquema VAC-ADRIA, (23 - 24) por lo que se recomienda resección conservadora (19). Nuestra casuística (3) no permite hacer análisis de resultados.

El 16% de los histiocitomas fibrosos malignos se localizan en el retroperitoneo, (11, 20) con predominio de los tipos inflamatorio y mixoide (19). Nosotros encontramos sólo 2 casos que habían sido diagnosticados previamente como Liposarcomas Pleomórficos, ambos tenían componente mixoide. El curso clínico fue muy agresivo, reflejando las altas tasas de recidiva y metástasis que lo caracterizan (19). En su localización a nivel de extremidades la respuesta a la quimioterapia llega al 33% por lo que existen razones para utilizarla como adyuvante en los retroperitoneales (31).

El grupo de sarcomas no clasificables comprende del 6 al 23% de las series revisadas (1, 2, 3, 5, 7) incluyendo la presente. Esta cifra (15%) se podría reducir con el uso de técnicas de inmunoperoxidasa y microscopía electrónica. Todos estos tumores fueron de alto grado y tuvieron una evolución muy desfavorable, con un solo caso de sobrevida mayor de un año.

Las frecuencias para neurofibrosarcoma (4.2 - 16%) (1, 2, 4, 7, 26), fibrosarcoma (2 - 33%) (2, 3, 4, 7, 25) y hemangiopericitoma maligno (3 a 4.3%) (2, 4, 5, 7) son muy similares a las encontradas por nosotros, quizá con la excepción de la alta proporción de fibrosarcomas en la serie de Braach y Mon's.

Con relación a la sobrevida global, existen en la literatura conceptos

y resultados disímiles. Algunos autores hacen referencia al pequeño número de casos recolectados en la mayoría de las revisiones y la difícil obtención de conclusiones válidas (4). Cody (2) y otros autores (3, 27) no encontraron que hubiera mejoría en la sobrevida libre de enfermedad en sus series, ni al revisar diversos trabajos desde 1.951, con cifras de solo 22 - 25% a 5 años, y sobrevidas globales entre 30 a 40%. Ellos atribuyen algunos resultados mejores en otros estudios al predominio de tipos histológicos favorables, como liposarcoma (9) o fibrosarcoma (37). Nuestros resultados en términos de sobrevida global y para liposarcoma concuerdan con este punto de vista.

Trabajos más recientes (1, 4, 6), a pesar de resultados muy similares, enfatizan en el papel de la excisión agresiva del tumor primario y sus recurrencias para lograr resultados aceptables a largo plazo; esta condición y el grado histológico (1, 5) se constituyen como los factores más importantes del pronóstico .

No obstante la mejoría informada por algunos para la sobrevida global, la tasa de recurrencias permanece elevada, entre el 50 y 77% (2, 3, 4) siendo la nuestra algo menor (37.5%). En este momento se debe destacar el papel de la cirugía de rescate (36), la cual demostró también en la presente revisión una incidencia favorable sobre la sobrevida, que fue en promedio significativamente mayor que para la del grupo no beneficiado con esta modalidad, aclarando sin embargo, que la razón para no emplearla fue la sospecha de irreseabilidad o las precarias condiciones generales de la mayoría de los pacientes.

Todas estas razones sin duda han motivado el empleo de terapia adyuvante convencional; existe al respecto el consenso de que el número de pacientes tratados no permite establecer su verdadero aporte, de tal forma que el beneficio es debatido o no es claro (1, 4). Algunos autores (2, 4) creen que la radioterapia puede en general ser útil como comple

mento en la resección completa para aumentar el intervalo libre de enfermedad, y quizá en la resección incompleta, especialmente en tumores de alto grado, con sobrevidas hasta de 40 - 59% y aún como tratamiento primario, con sobrevida del 54%. Ellos enfatizan en la necesidad de suministrar dosis altas (7). Nosotros no pudimos demostrar el beneficio en dichos casos, particularmente en los grupos terapéuticos III y IV. La diferencia entre los grupos I y II no fue evaluable por pruebas de significancia estadística.

Existe en cambio acuerdo global con relación a la utilidad de radioterapia en el liposarcoma, tanto para disminuir la tasa de recurrencia y aumentar la sobrevida (9, 24, 36) como para tratamiento primario de los casos irresecables; nuestra pequeña muestra no permitió una evaluación en ese sentido, y no tuvimos en este grupo casos irresecables.

La quimioterapia, con excepción del rhabdomyosarcoma que responde hasta en el 78.8% (1, 23, 24) no tiene un papel claramente establecido, (1, 4, 7, 9, 10), aunque un estudio preliminar (38), que combina la resección y adriamicina pre-operatoria, encontró que era efectiva en el 62%, sugiriendo una mejoría potencial en el pronóstico. Quizá se justifique su empleo al menos en liposarcoma e histiocitoma fibroso - maligno. (31)

Finalmente la frecuencia global de metástasis varía entre el 23 y 50%, siendo las localizaciones más frecuentes pulmón, hígado, hueso, sistema nervioso central y excepcionalmente ganglios linfáticos, conforme a su patrón de diseminación por vía hemática; en nuestro estudio se encontraron en el 30% con una distribución anatómica similar, pero con predominio de hígado sobre pulmón.

La frecuencia más elevada la tuvo el grupo de sarcomas pobremente diferenciados no clasificables (50%), seguido por leiomyosarcoma y no -

las desarrollaron los liposarcomas.

No se practicó ningún tratamiento de rescate.

## RESUMEN

Se revisan 40 casos de Sarcomas Retroperitoneales en el Instituto Nacional de Cancerología, entre 1.960 y 1.984. La edad media fue de 47.5 años, la relación por sexos fue de 1.1:1(hombre/mujer).

Los hallazgos clínicos predominantes fueron dolor, masa y pérdida de peso.

La urografía fue el estudio diagnóstico más útil en nuestro medio.

Histológicamente se clasificaron así :

Liposarcomas	:	13 (32.5%)
Leiomiomas	:	13 (32.5%)
Sarcomas no clasificados	:	6 (15%)
Rabdomiosarcomas	:	3 ( 7.5%)
Histiocitomas fibrosos malignos	:	2 ( 5%)
Fibrosarcoma	:	1
Schwanoma maligno	:	1
Hemangiopericitoma maligno	:	1

La sobrevida global a 5 años para 32 pacientes seguidos fue de 37.5%, con un 18.7% libre de enfermedad. La sobrevida para los tumores bien diferenciado fue del 66.7% y para los mal diferenciados 23%. El tipo histológico más favorable fue el liposarcoma con 54.5%, de sobrevida a 5 años.

La excisión completa del tumor y el bajo grado de malignidad fueron los principales factores pronósticos que garantizaron las mejores sobrevidas.

## BIBLIOGRAFIA

- 1- Adam Y.G., Oland J. y cd Primary Retroperitoneal Foft-Tissue Sarcomas Journal of Surgical Oncology. 25: 8 - 11, 1.984
- 2- Cody H.S., Turnbull A.D. The Continuing Challenge of Retroperitoneal Sarcomas. Cancer 47: 2147 - 2152, 1.981
- 3- Moore S.U., Aldrete J. Primary Retroperitoneal Sarcomas : The Role of Surgical Treatment The American Journal of Surgery, Vol. 142: 358 - 361, Sbre 1.981
- 4- MacGrath P., Neifeld J. Improved Survival Folbwing Complete - Excision of Retroperitoneal Sarcomas. Ann. Surg., Vol 200, No. 2 200 - 204, Agosto 1.984
- 5- Stower M. J. Hardcastle J. D. Malignant Retroperitoneal Sarcoma a review of 32 cases. Clinical Oncology 8: 257 - 263, 1.982
- 6- Fortner J., Martin S. Primary Sarcoma of the Retroperitoneum. Seminars in Oncology, Vol 8, No. 2 : 180 - 184, 1.981
- 7- Tepper J., Suit H. Radiation Therpy of Retroperitoneal Soft Tissue Sarcomas Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys Vol. 10, No. 6 : 825 - 830, 1.984
- 8- Retroperitoneal Sarcoma : Short case report. British Journal of Urology 49: 92, 1.977
- 9- Spittle M. Newton K. Liposarcoma a review of 60 cases British Journal of Cancer, Vol. XXIV, No. 4: 696 - 704, 1.970

- 10- Kinne D., Chu F, Treatment of Primary and Recurrent Retroperitoneal Sarcoma. Cancer 31: 1: 53 - 64, 1.973
- 11- Patel V., Meyer J. Retroperitoneal Malignant Fibrous Histiocytoma Cancer 45: 1724 - 1725, 1.980
- 12- Elliott T., Albertazzi V. Pancreatic Liposarcoma. Cancer 45 : 1720 - 1723, 1.980
- 13- Enterline H., Culberson J. Liposarcoma : Study of 53 cases. Cancer 13, No. 5: 932 - 950, 1.960
- 14- Evans H., Soule E. Atypical lipoma, atypical intramuscular lipoma, and well differentiated retroperitoneal liposarcoma. Cancer 43: 574 - 584, 1.979
- 15- Birkenstock W., Lipper S. Leiomyosarcoma of the right common - iliac artery : a case report Br. J. Surg., Vol 63: 81 - 82, 1.976
- 16- Kay S., McNeill D. Leomyosarcoma of Retroperitoneum. Surgery, Gynecology, obstetrics 129: 285 - 288, 1.969
- 17- Shmookler B., Laver D. Retroperitoneal Leiomyosarcoma Ann. J. Surg. Path. 7: 269 - 280, 1.983
- 18- Ranchod M., Kempson R. Smooth Muscle Tumors of the Gastrointestinal tract and Retroperitoneum Cancer 39: 255 - 262, 1.977
- 19- Enzinger F., Weiss S. Tumores de Tejidos Blandos. Editorial Panamericana, 1.985

- 20- Weiss S., Enzinger F. Malignant Fibrous Histiocytoma Cancer 41: 2250 - 2266, 1.978
- 21- Kahn L. Retroperitoneal Xanthogranuloma and Hanthosarcoma (Malignant Fibrous Xanthoma) Cancer 31: 411 - 422, 1.973
- 22- Rosas-Uribe A., Ring A. Metastasizing Retroperitoneal Fibroxanthoma (Malignant Fibroxanthoma). Cancer 26: 827 - 831, 1.970
- 23- Maurer H., Moon T. The Intergroup Rhabdomyosarcoma Study, Cancer 40: 2015 - 2026, 1.977
- 24- Ransom L., Pratt Ch. Retroperitoneal Rhabdomyosarcoma in Childrens Cancer 45: 845 - 850, 1.980
- 25- Werf - Messing B. Fibrosarcoma of The Soft Tissues Cancer 18: 1113 - 1123, 1.965
- 26- Storm K., Eilber F. Neurofibrosarcoma Cancer 45: 126 - 129, 1.980
- 27- Evans H., Liposarcoma. A study of 55 cases with a reas-sessment of its classification. Am J. Surg. Pathol 3: 507 - 523, 1.979
- 28- Tepper J., Surt H. The Role of Radiation Therapy in the Treatment of Sarcoma of Soft Tissue. Cancer investigation, 3161: 587 - 592, 1.985
- 29- Perry H., Chu F., Radiation Therapy in The Palliative Management of Soft Tissue Sarcomas Cancer 15: 179 - 188, 1962
- 30- Akerman, Rosai J. Patología quirúrgica, 6 edición, Panamericana, 1.983

- 31- Leite C., Goodwin W. Chemotherapy of Malignant Fibrous Histiocytoma Cancer 40: 2010 - 2014, 1.977
- 32- Coran A.G., Crocker DW A twenty-five year experience with Soft Tissue Sarcomas Am.J. Surg. 119: 288 - 293, 1.970
- 33- Russell W., Cohen, Enzinger. A clinical and pathological Staging System for Soft Tissue Sarcomas Cancer 40: 1562 - 1570, 1.977
- 34- Valbuena J., Gómez J., Santamaría A. Tumores Malignos de Tejidos Blandos. Tribuna Médica Bogotá, 53: 33 - 38, 1.976
- 35- Valbuena J. Surg., Méndez A. Liposarcoma. Tribuna Médica, Bogotá, 52: A9 - A15, 1.975
- 36- Figueroa J., Gómez J. Liposarcomas Retroperitoneales 1964 - 1983. Bogotá, I.N.C., 1.987
- 37- Braash J., Mon A. Primary Retroperitoneal Tumors. Surg. Clin. North Am. 47: 663 - 678, 1.967
- 38- Storm K. Eilber F. Retroperitoneal Sarcomas : A Reappraisal of Treatment Journal of Surg. Oncology 17: 1 - 7, 1.981
- 39- Binder S., Katz B. Retroperitoneal Liposarcoma. Ann. Surg. 187: 257 - 261, 1.978

## CONCLUSIONES

- 1- Los sarcomas retroperitoneales representan el 4.6% de los sarcomas de tejidos blandos en el Instituto Nacional de Cancerología.
- X 2- Hay un ligero predominio del sexo masculino y mayor incidencia hacia el quinto decenio de la vida.
- X 3- El diagnóstico se sospecha en base al hallazgo de masa abdominal, sobre todo fija y se confirma por ultrasonografía o tomografía - computada; es manadatoria la urografía intravenosa, ya que hasta un 25% requiere nefrectomía, así como la preparación mecánica del colon previa a la cirugía.
- 4- La mayoría de los tumores se caracterizan por su gran tamaño, hemorragia y necrosis.
- 5- Los tipos histológicos predominantes son liposarcoma y leiomiomas; en nuestro medio hay una baja frecuencia de histiocitoma fibroso maligno. Se requieren técnicas especializadas para disminuir el porcentaje de sarcomas no clasificables.
- 6- La sobrevida global a 5 años está de acuerdo con la informada en la literatura. Las mejores cifras se obtuvieron en los grupos - de resección completa, liposarcoma y grado histológico bajo.
- 7- La radioterapia parece ser útil en el liposarcoma y aún como tratamiento primario en casos irresecables de este tipo. La Quimioterapia tiene reconocido valor en el rabdomiosarcoma, su papel - adyuvante en los otros tipos no se ha podido establecer adecuadamente.

- 8- La característica biológica más importante es la alta frecuencia de recurrencias, independientemente del tipo histológico, reafirmando la importancia del manejo quirúrgico agresivo del tumor - primario y sus recidivas, y la demarcación del lecho tumoral para intentar aumentar el intervalo libre de enfermedad con radioterapia.
  
- 9- Por las anteriores razones, el enfoque para el tratamiento debe de ser multidisciplinario; en nuestro Instituto se ha elaborado un protocolo que es aplicable en general a los sarcomas retroperitoneales y es mencionado en un trabajo reciente (36).

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA  
SECCION BIBLIOTECA Y PUBLICACIONES

F/113/87.

- SARCOMA
- PERITONEU
- UROGRAFIA
- RABDOMIOSARCOMA
- FIBROSARCOMA
- LEIOMIOSARCOMA
- SCHWANNOMA OR NEURILEIOMA

Instituto Nacional de Cancerología



INC002416