

Nada es lo que parece: Neoplasias retroperitoneales infrecuentes

Blanca Prieto García¹, Sara de la Mano González²,
Juan Carlos Paniagua Escudero³, Andrea Verdu
Seguí⁴, Sara Márquez Batalla⁵, Katrin Muradas
Mujika⁶

¹⁻⁶Hospital Universitario de Salamanca,
Salamanca.

Objetivo docente:

Revisar las diferentes etiologías de los distintos tipos de masas retroperitoneales en base a la experiencia recogida en nuestro centro, así como ayudar al radiólogo a reconocer los hallazgos radiológicos más representativos de las mismas.

Revisión del tema:

Los tumores retroperitoneales primarios constituyen un grupo heterogéneo e infrecuente de lesiones benignas y malignas que tienen su origen en el espacio retroperitoneal sin ser dependientes de ningún órgano localizado a dicho nivel.

Aunque se trata de una patología más prevalente en adultos, pueden aparecer a cualquier edad, tratándose hasta en el 70-80% de los casos de neoplasias malignas. Las manifestaciones clínico-analíticas suelen ser inespecíficas, variando en función de la localización de la masa y la relación de ésta con el resto de estructuras vecinas. Es por ello que los hallazgos de las pruebas de imagen se convierten en un elemento clave a la hora de establecer las diferentes posibilidades diagnósticas.

Revisión del tema:

Existen múltiples formas de clasificar las masas retroperitoneales, aunque una de más frecuentes consiste en diferenciar en masas sólidas y quísticas, subdividiéndolas después en neoplásicas o no neoplásicas. En nuestro caso, nos centraremos en lesiones retroperitoneales sólidas recogidas en nuestro centro en los últimos 7 años.

Lesiones sólidas neoplásicas	Lesiones sólidas no neoplásicas	Lesiones quísticas neoplásicas	Lesiones quísticas no neoplásicas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Linfoma ▪ Liposarcoma ▪ Histiocitoma maligno ▪ Leiomiosarcoma ▪ Schwannoma ▪ Paraganglioma ▪ Ganglioneuroma ▪ Neurofibroma ▪ Teratomas inmaduros 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fibrosis retroperitoneal ▪ Hematopoyesis extramedular ▪ Enfermedad de Erdheim-Chester 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Teratomas maduros ▪ Cistoadenoma mucinoso ▪ Mesotelioma quístico 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Linfangioma ▪ Quistes epidermoides ▪ Pseudoquistes pancreáticos ▪ Quistes müllerianos ▪ Linfocele ▪ Urinoma ▪ Hematoma

(Figura 1) Tabla clasificatoria de las diferentes masas retroperitoneales.

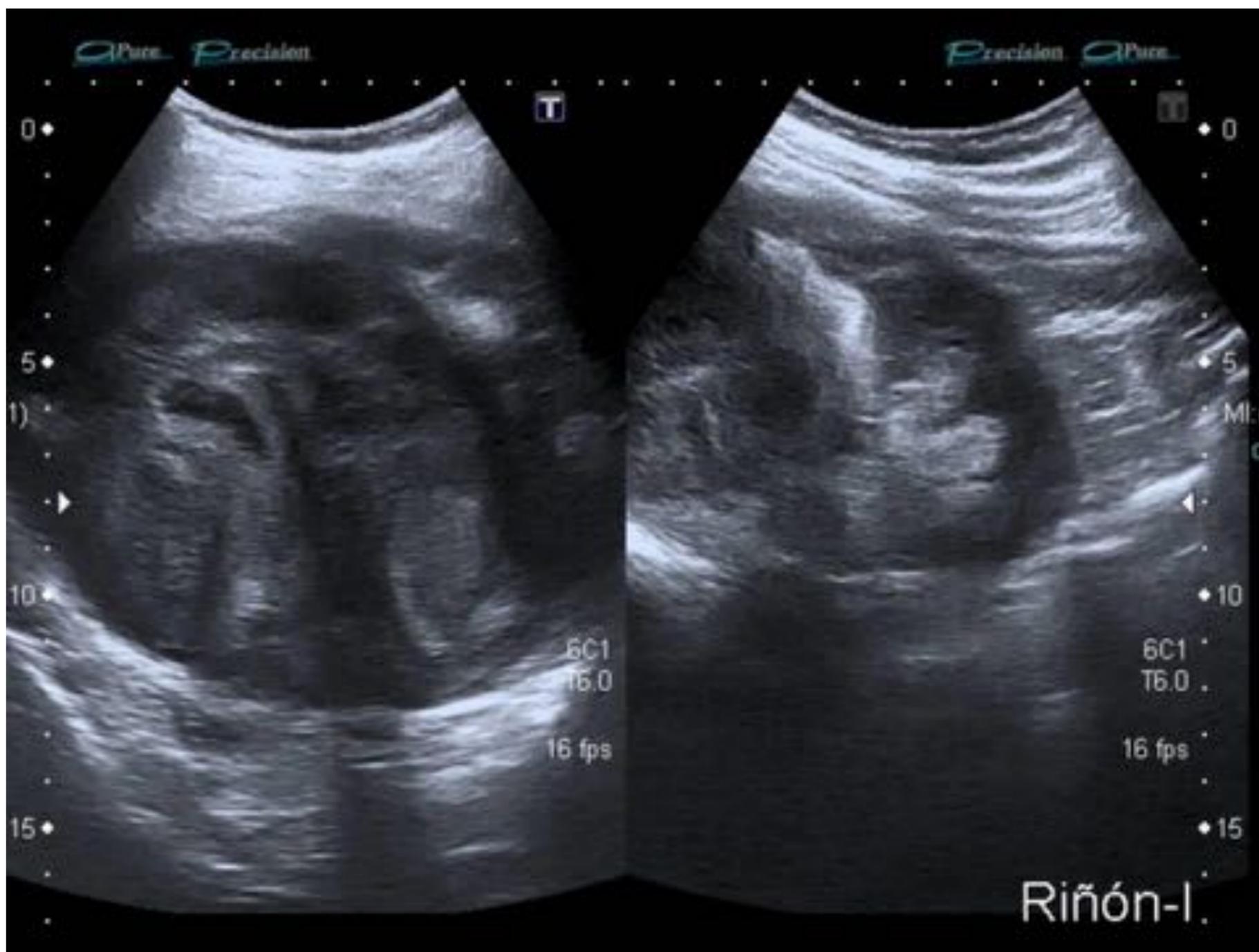
Revisión del tema:

MASAS RETROPERITONEALES SÓLIDAS NEOPLÁSICAS DE ORIGEN MESODÉRMICO

LIPOSARCOMA

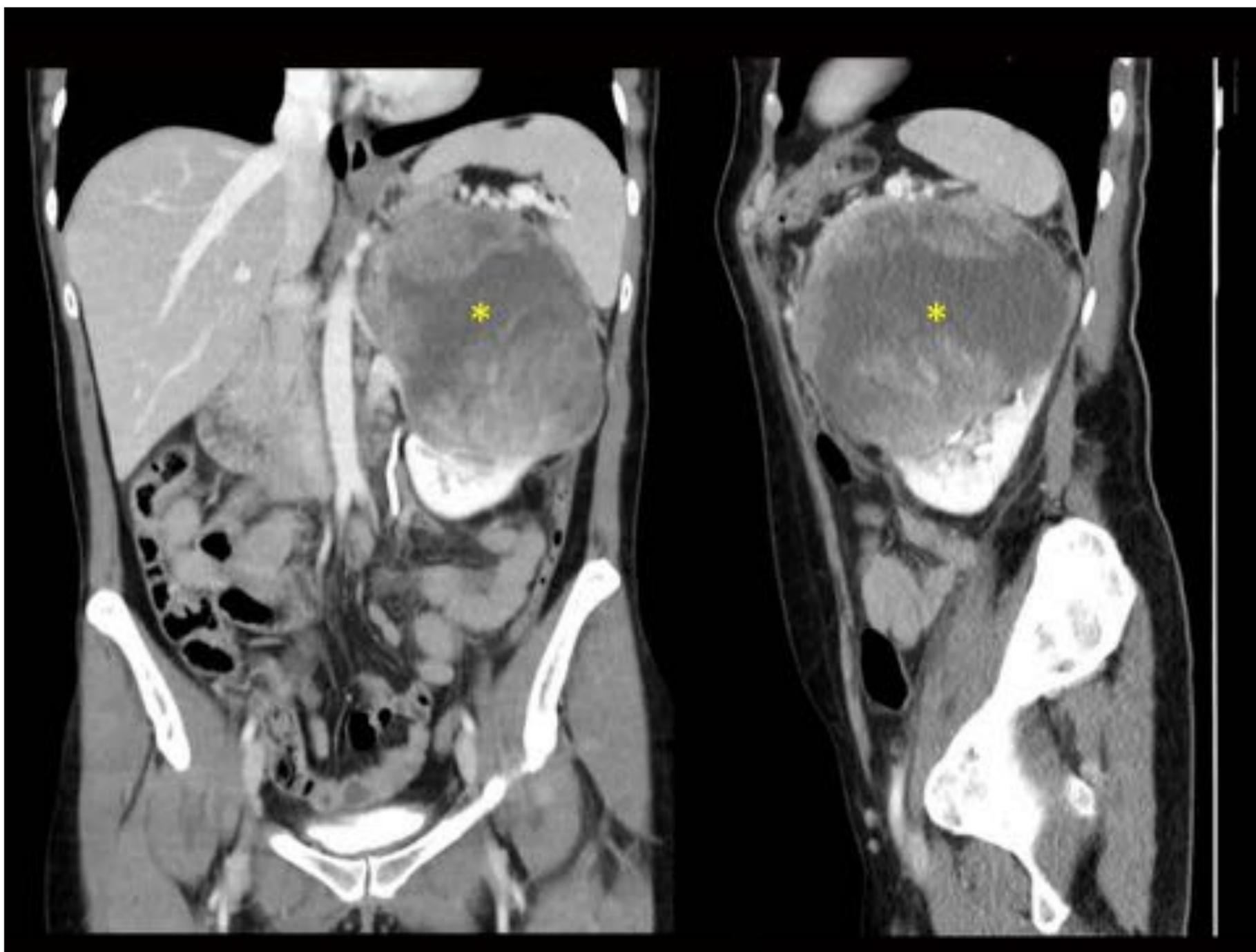
Es la neoplasia retroperitoneal más frecuente de todas (33% del total, aproximadamente), con una incidencia máxima entre los 50-70 años. Suelen tener un crecimiento lento y ser de gran tamaño al momento del diagnóstico.

Se trata de tumores que se muestran generalmente hipodensos en el TC debido al alto contenido en grasa. En los estudios RM se manifiestan como masas hiperintensas en T1 y T2 con marcada caída de la señal en secuencias con supresión grasa.



(Figura 2) Liposarcoma. Ecografía. Mujer de 53 años que acude al servicio de Urgencias con dolor en hipocondrio y flanco izquierdos asociado a náuseas y astenia de 15 días de evolución. A la exploración física se palpa masa dolorosa en hipocondrio izquierdo.

Alteración de la morfología normal del riñón izquierdo a expensas de masa de gran tamaño, aparentemente dependiente del polo superior, con ecogenicidad heterogénea y escasa vascularización en el estudio Doppler.



(Figura 3) Liposarcoma desdiferenciado. TC abdominal con CIV, cortes coronal y sagital. Mujer de 53 años que acude al servicio de Urgencias con dolor en hipocondrio y flanco izquierdos asociado a náuseas y astenia de 15 días de evolución.

Masa sólida aparentemente dependiente del polo superior del riñón izquierdo con importante necrosis central y realce heterogéneo, mostrando áreas hiperdensas en el estudio basal sin CIV (posibles zonas de sangrado). Contacta con diversas estructuras (cuerpo y cola pancreáticos, bazo, fundus gástrico...), perdiendo plano de clivaje con las mismas, sin poder descartar infiltración.

En la autopsia se demostró la dependencia retroperitoneal y se confirmó el diagnóstico en el estudio anatomopatológico.

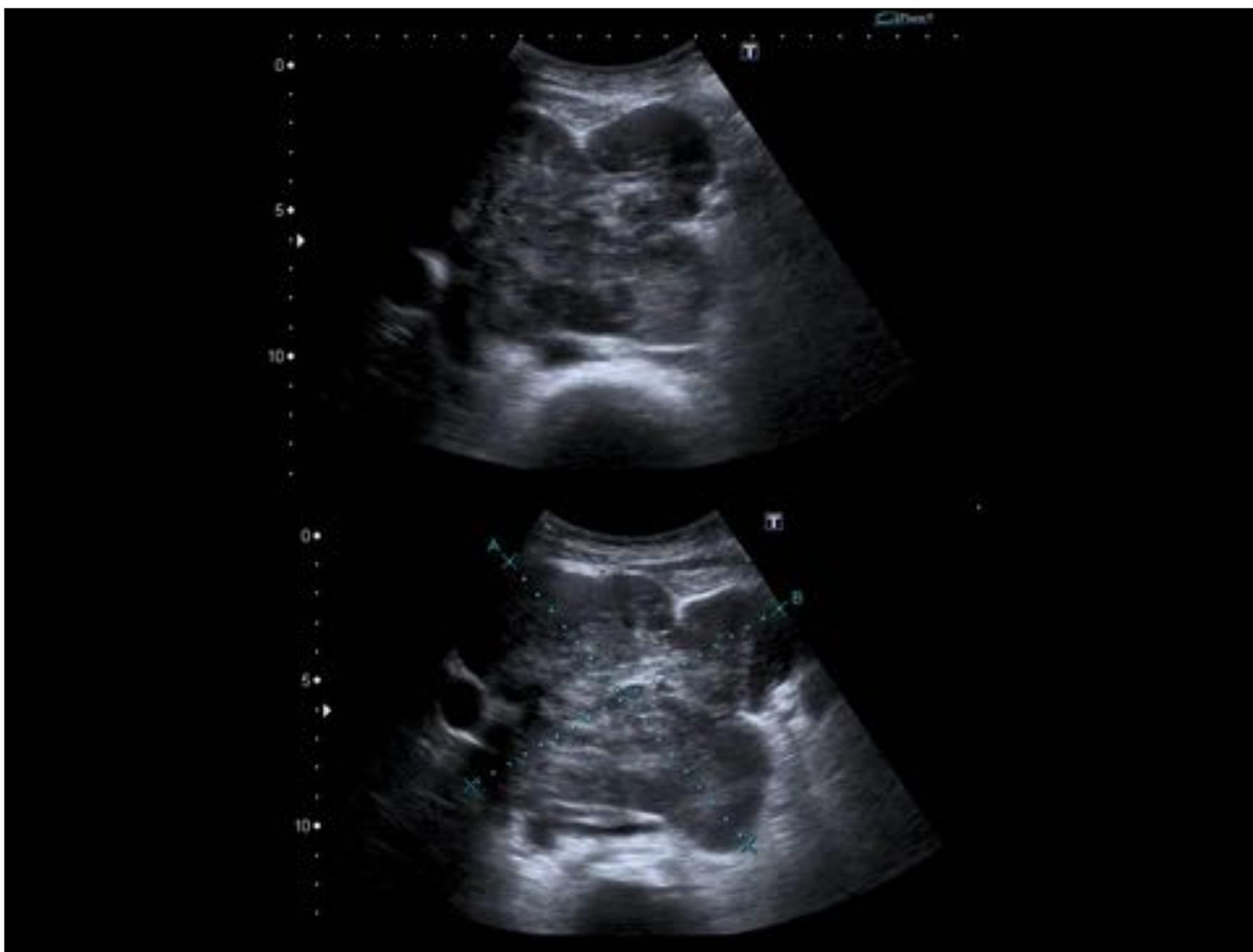
Revisión del tema:

MASAS RETROPERITONEALES SÓLIDAS NEOPLÁSICAS DE ORIGEN MESODÉRMICO

LEIOMIOSARCOMA

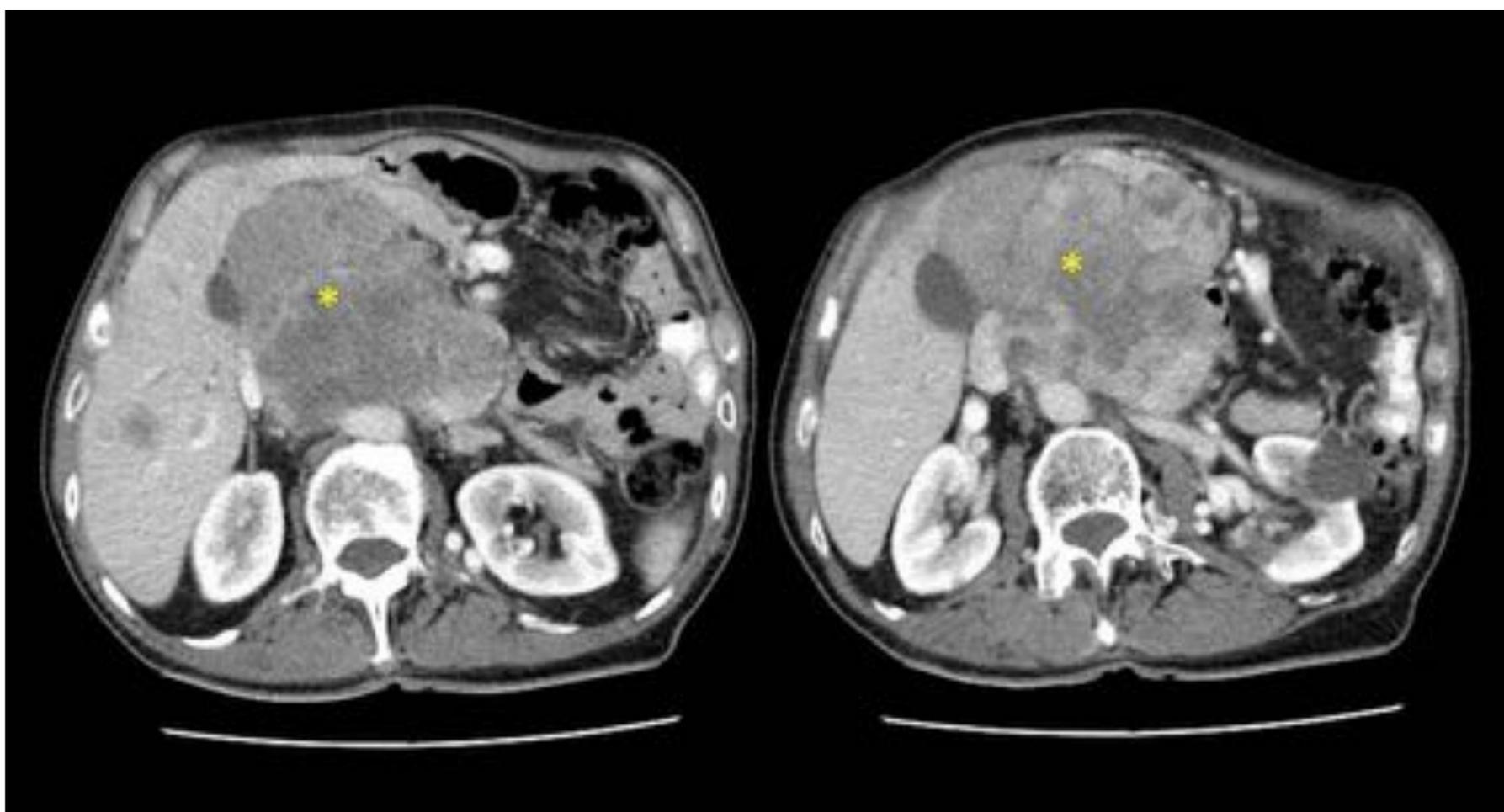
Es la segunda neoplasia retroperitoneal sólida más frecuente tras el liposarcoma (28%). Deriva del tejido muscular liso, presentando un crecimiento lento y gran tamaño a la hora del diagnóstico, manifestándose generalmente por síntomas compresivos sobre las estructuras adyacentes.

Puede tratarse de tumores extravasculares o intravasculares, siendo frecuente encontrarlos en vena cava inferior, habitualmente en el segmento entre el diafragma y la vena renal. Generalmente son neoplasias heterogéneas, con áreas de necrosis y sangrado asociadas.



(Figura 4) Leiomiosarcoma. Ecografía. Varón de 77 años valorado en consultas externas de Medicina Interna por dolor abdominal en hipocondrio derecho tras la ingesta.

Masa heterogénea de 13 x 12,3 cm (T x AP) de aspecto lobulado y aparente localización retroperitoneal, dado que condiciona desplazamiento de la arteria aorta y del páncreas.



(Figura 5) Leiomiosarcoma. TC abdominal con CIV, cortes axiales. Varón de 77 años valorado en consultas externas de Medicina Interna por dolor abdominal en hipocondrio derecho tras la ingesta.

Masa retroperitoneal sólida y de aspecto heterogéneo, parcialmente necrosada que contacta con aorta abdominal y grandes vasos condicionando desplazamiento de los mismos, así como de otras estructuras adyacentes (duodeno, vesícula biliar, páncreas...).

A nivel hepático se objetivan múltiples lesiones focales hipodensas sugestivas de enfermedad metastásica.

Revisión del tema:

MASAS RETROPERITONEALES SÓLIDAS NEOPLÁSICAS DE ORIGEN MESODÉRMICO

HISTIOCITOMA FIBROSO MALIGNO

Es la tercera neoplasia retroperitoneal sólida (19%), siendo el sarcoma más frecuente en los tejidos blandos. Afecta con mayor frecuencia al sexo masculino con una incidencia máxima entre los 50-60 años.

Son tumores heterogéneos con densidad partes blandas frecuentemente asociada áreas de necrosis y hemorragia, presentando diferentes grados de realce tras contraste, tratándose de hallazgos poco específicos. Pueden observarse calcificaciones periféricas (permiten diferenciarlo del leiomioma, que no presenta calcificaciones) o áreas quísticas (menos habitual).

ANGIOMIOLIPOMA

Integrados por vasos sanguíneos, músculo liso y grasa, siendo esta última el componente principal. Tienen predilección por el sexo femenino, presentándose aislados o en relación con esclerosis tuberosa (bilaterales). Suelen ser asintomáticos, asentando habitualmente en el riñón y siendo la hemorragia la primera manifestación en la mayor parte de casos.

Son masas bien delimitadas y homogéneas, salvo que presenten un mayor tamaño que pueden tener aspecto heterogéneo con realce irregular post-contraste. A mayor tamaño, mayor riesgo de hemorragia espontánea.

Revisión del tema:

MASAS RETROPERITONEALES SÓLIDAS NEOPLÁSICAS DE ORIGEN MESODÉRMICO

MIELOLIPOMA

Son tumores compuestos por células hematopoyéticas y tejido adiposo, más frecuentes en mujeres de edad avanzada y asintomáticos (aunque si son gran tamaño pueden producir dolor por compresión de estructuras vecinas o hemorragia).

Con gran frecuencia asientan en la glándula suprarrenal, aunque también pueden aparecer en retroperitoneo o región presacra. Muestran aspecto heterogéneo en el TC con áreas combinadas de grasa y partes blandas que realzan tras contraste.

El diagnóstico diferencial se debe realizar con el liposarcoma, que normalmente presenta contornos mal definidos, sin identificar cápsula ni desarrollar complicaciones hemorrágicas.

Revisión del tema:

MASAS RETROPERITONEALES SÓLIDAS NEOPLÁSICAS DE ORIGEN MESODÉRMICO

TUMOR DESMOIDE

Se trata de una forma de fibromatosis profunda que supone en torno al 1,5-3% de todas las masas de partes blandas (<1% de las masas retroperitoneales). Es más frecuente en el sexo femenino, con un pico de incidencia máximo en torno a los 30 años. Puede aparecer de forma aislada o en el contexto de una poliposis familiar o síndrome de Gardner.

En las pruebas de imagen se manifiesta de formas variables dependiendo de la composición que predomine, mostrándose en el TC como una masa de alta densidad con bordes más o menos bien definidos, con un realce de moderado a intenso tras la administración de contraste.

Revisión del tema:

MASAS RETROPERITONEALES SÓLIDAS NEOPLÁSICAS DE ORIGEN NEUROGÉNICO

Suponen entre el 10-20% de todos los tumores retroperitoneales primarios, apareciendo en una población más joven, presentando más tendencia a ser benignos y tener buen pronóstico en comparación con los de origen mesodérmico.

SCHWANNOMA

Se trata de un tumor benigno que se origina a partir de las células perineurales de Schwann. Supone en torno al 6% de todas las neoplasias retroperitoneales, siendo asintomático y más frecuente en el sexo femenino (mayor incidencia entre los 20-50 años).

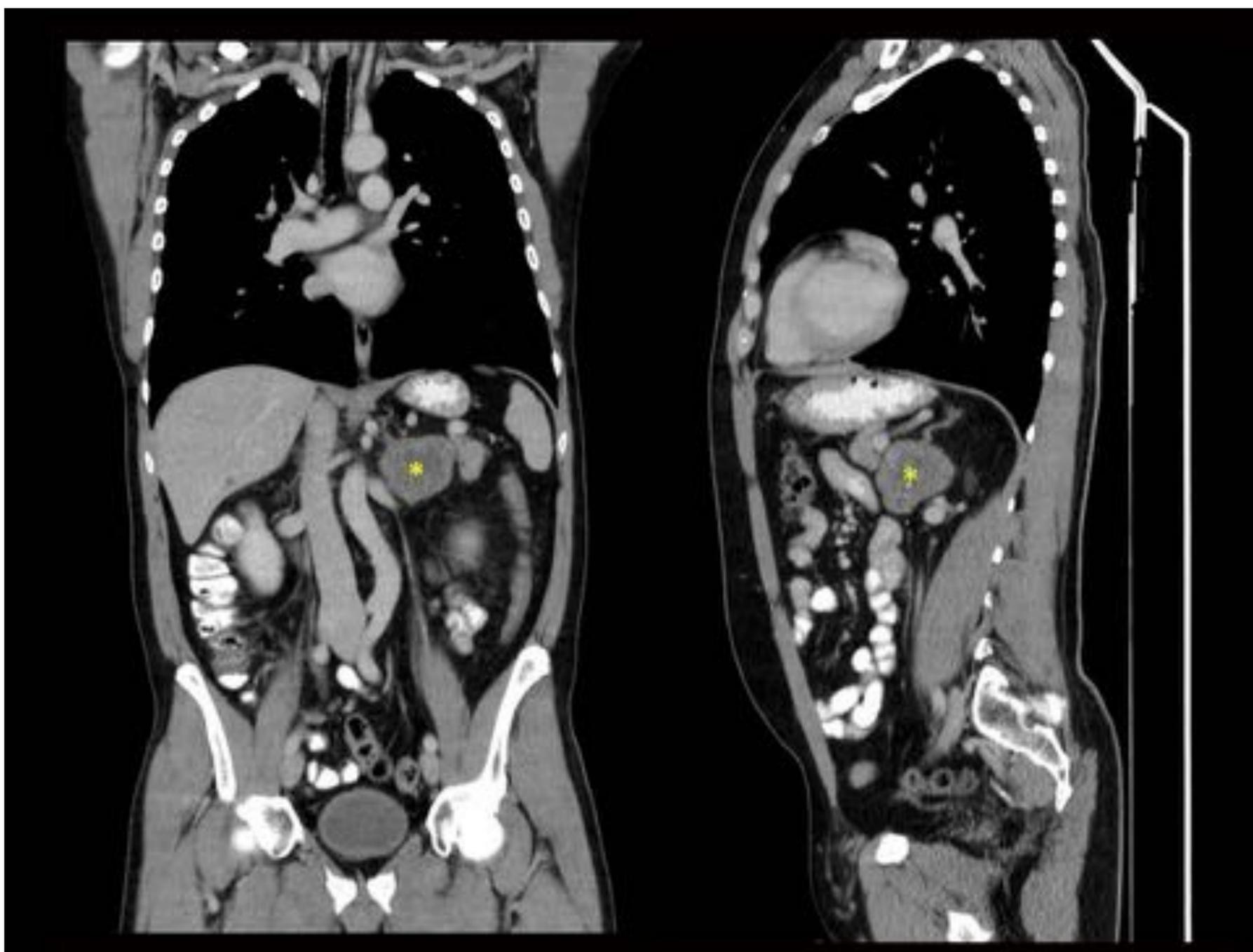
En el TC se manifiestan como masas de pequeño tamaño y morfología redondeada, bien definidas y homogéneas, pudiendo presentar calcificaciones, con realce variable tras contraste. En la RM aparecen como lesiones hipointensas en T1 y T2, con algunas áreas quísticas (hiperintensas en T2).

Es posible la transformación maligna de estas entidades, si bien es poco frecuente.



(Figura 6) Schwannoma. Angio-TC de aorta, corte axial. Varón de 47 años al que se le realiza estudio vascular mediante angio-TC de aorta, completándose con TC toracoabdominal.

En teórica localización de glándula suprarrenal izquierda se objetiva masa de contornos polilobulados, con baja atenuación y calcificaciones en su interior. Contacta con glándula suprarrenal izquierda (sin poder establecer claramente dependencia de la misma), cola pancreática y vasos esplénicos y renales ipsilaterales.



(Figura 7) Schwannoma. TC toracoabdominal con CIV, cortes coronal y sagital. En teórica localización de glándula suprarrenal izquierda se objetiva masa de contornos polilobulados, con baja atenuación y calcificaciones en su interior. Contacta con glándula suprarrenal izquierda (sin poder establecer claramente dependencia de la misma), cola pancreática y vasos esplénicos y renales ipsilaterales.

Revisión del tema:

MASAS RETROPERITONEALES SÓLIDAS NEOPLÁSICAS DE ORIGEN NEUROGÉNICO

NEUROFIBROMA

Es un tumor derivado de la vaina de los nervios que puede aparecer de forma aislada (90% de los casos) o asociado a una neurofibromatosis tipo 1. Más frecuentes en el sexo masculino, sobre todo entre los 20-40 años.

Son lesiones bien definidas, homogéneas e hipodensas en el TC, con realce homogéneo tras contraste. La transformación maligna es más frecuente que en el schwannoma, sobre todo en los pacientes con neurofibromatosis.

GANGLIONEUROMA

Es un tumor infrecuente derivado de los ganglios simpáticos. Habitualmente asintomático, afecta a la población joven entre 20-40 años, con idéntica incidencia en ambos sexos. Retroperitoneo y mediastino son las dos localizaciones más típicas de aparición de este tipo de tumor, observándose con mayor frecuencia a lo largo del espacio paravertebral, en relación con los ganglios simpáticos.

En el TC se manifiesta como una masa lobulada hipodensa y de bordes bien delimitados, presentando calcificaciones punteadas hasta en el 20-30% de los casos (diferentes de las calcificaciones amorfas de los neuroblastomas). No son frecuentes la necrosis ni el sangrado.

Revisión del tema:

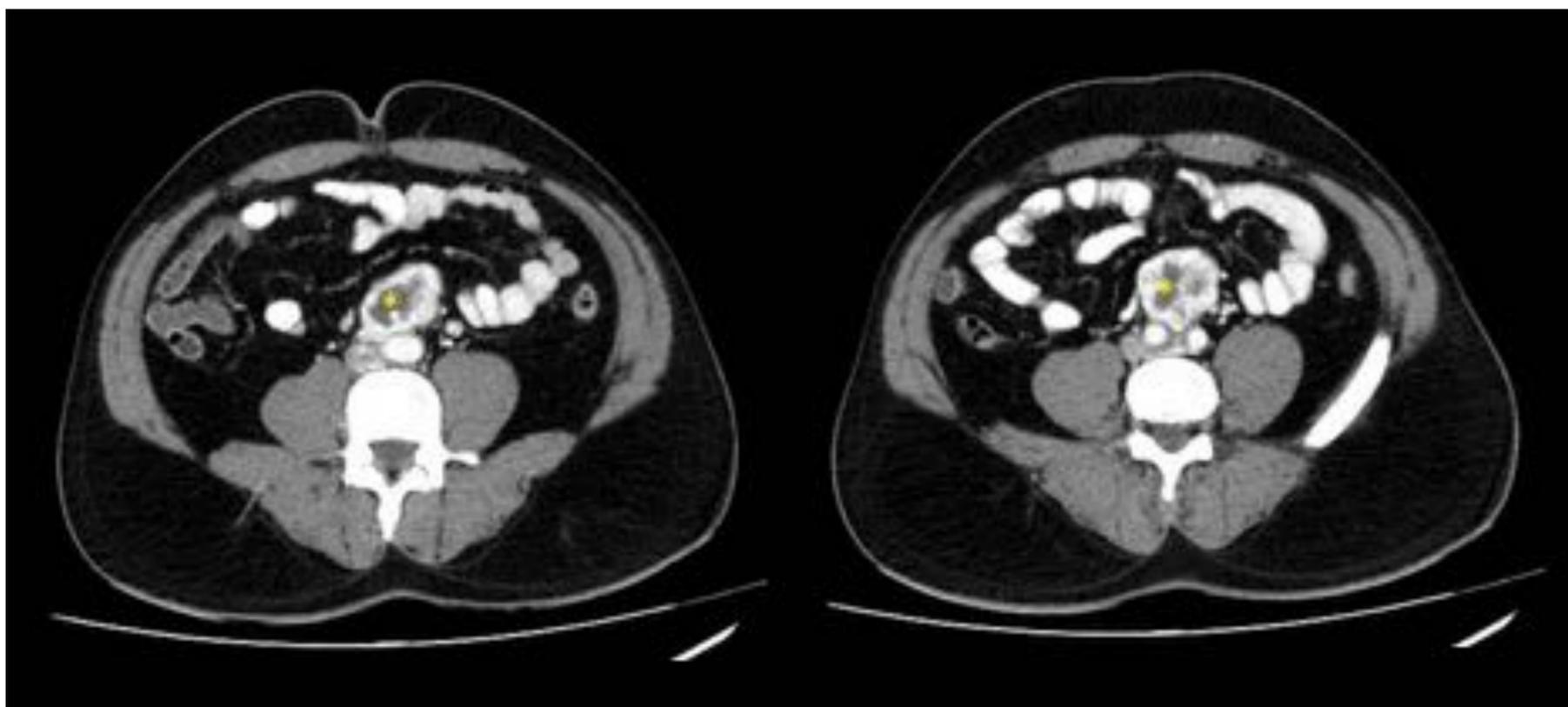
MASAS RETROPERITONEALES SÓLIDAS NEOPLÁSICAS DE ORIGEN NEUROGÉNICO

PARAGANGLIOMA

Se trata de feocromocitomas de localización extraadrenal, derivados de las células cromafines. Hasta en el 40% de casos son productores de catecolaminas, produciendo manifestaciones como cefalea, palpitaciones o sudoración. De forma menos frecuente pueden manifestarse como dolor abdominal agudo por hemorragia retroperitoneal. Se han descrito asociaciones con neurofibromatosis tipo 1, neoplasias endocrinas múltiples y síndrome de von Hippel-Lindau.

Es más típico entre los 30-40 años, con idéntica incidencia en ambos sexos. Cuando asienta en retroperitoneo, la zona más frecuente es el órgano de Zuckerkandl, localizado anterior a la aorta, aproximadamente a la altura de la salida de la arteria mesentérica inferior.

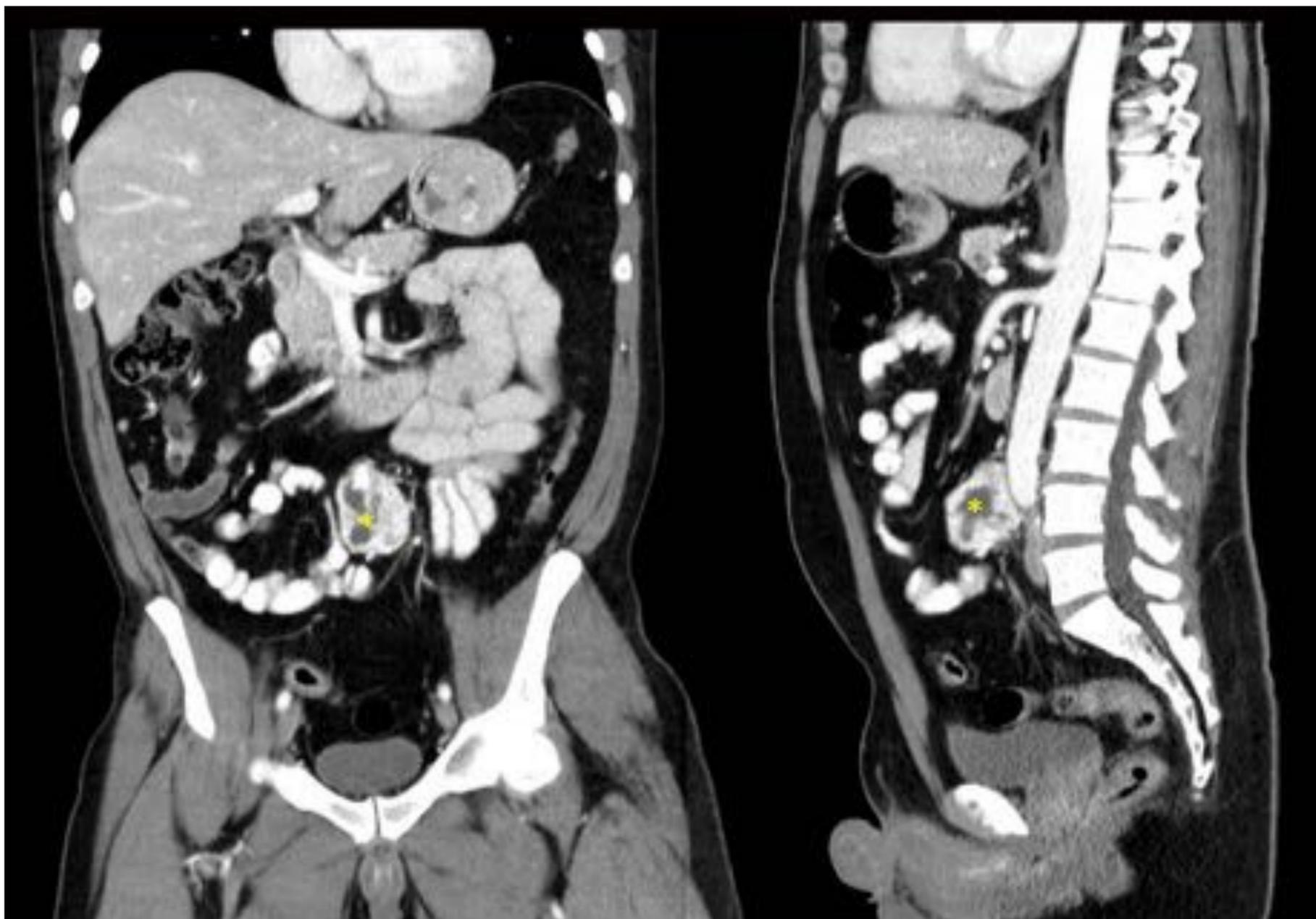
Son tumores bastante agresivos, debutando con metástasis hasta en el 50% de los pacientes, y suelen presentarse como una masa de gran tamaño, bien definida y de contornos lobulados y áreas de necrosis y hemorragia en su interior. Debido a su naturaleza hipervasculada, es habitual que presenten un marcado realce tras contraste.



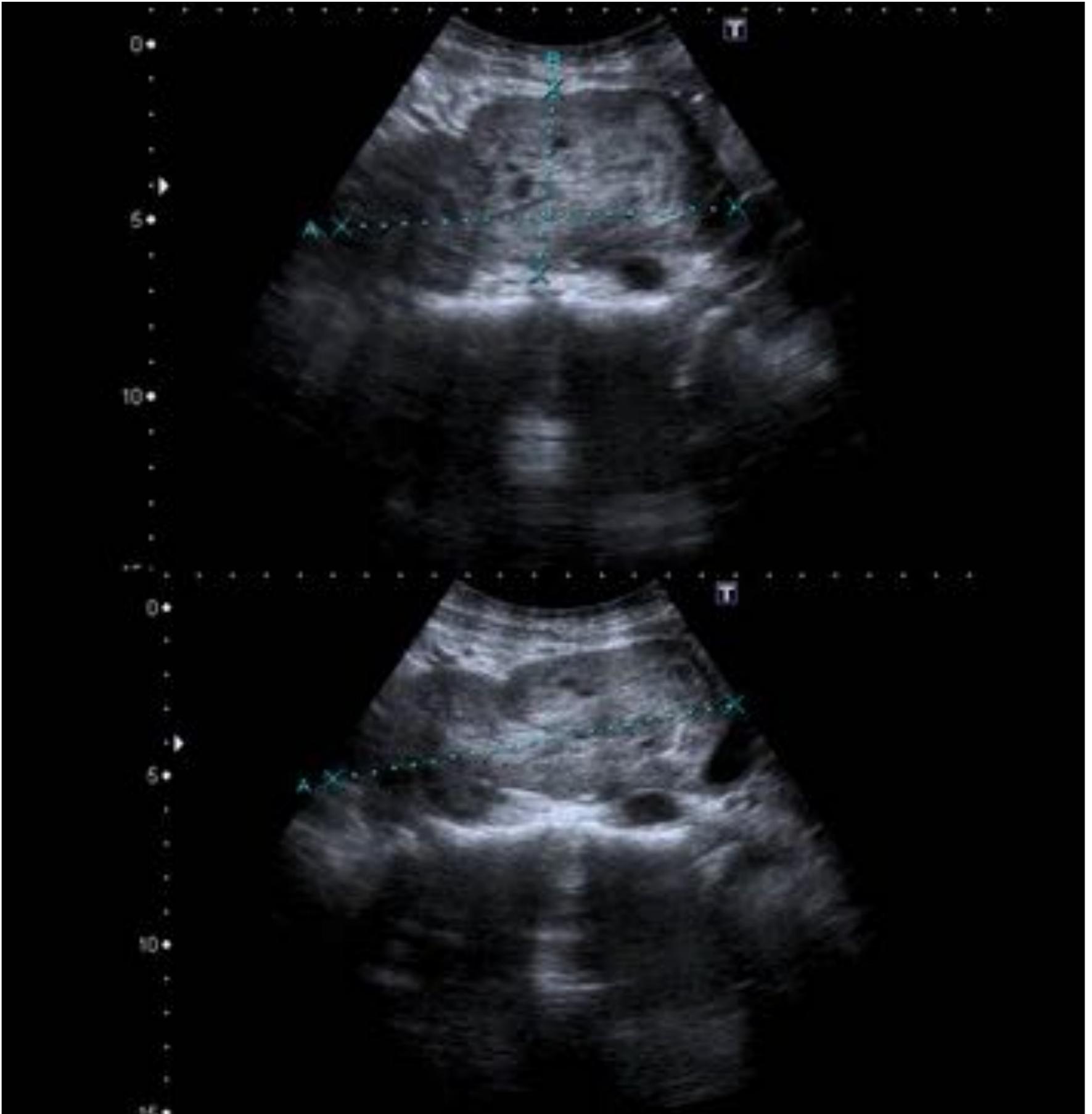
(Figura 8) Paraganglioma. TC abdominal con CIV, cortes axiales.

Varón de 38 años sin antecedentes personales de interés, valorado por dolor inguinal derecho irradiado hacia la pierna de un año de evolución. Según la historia clínica del paciente, se realiza ecografía en centro privado que detecta adenopatía retroperitoneal de 5 cm sin apreciar otras lesiones en retroperitoneo.

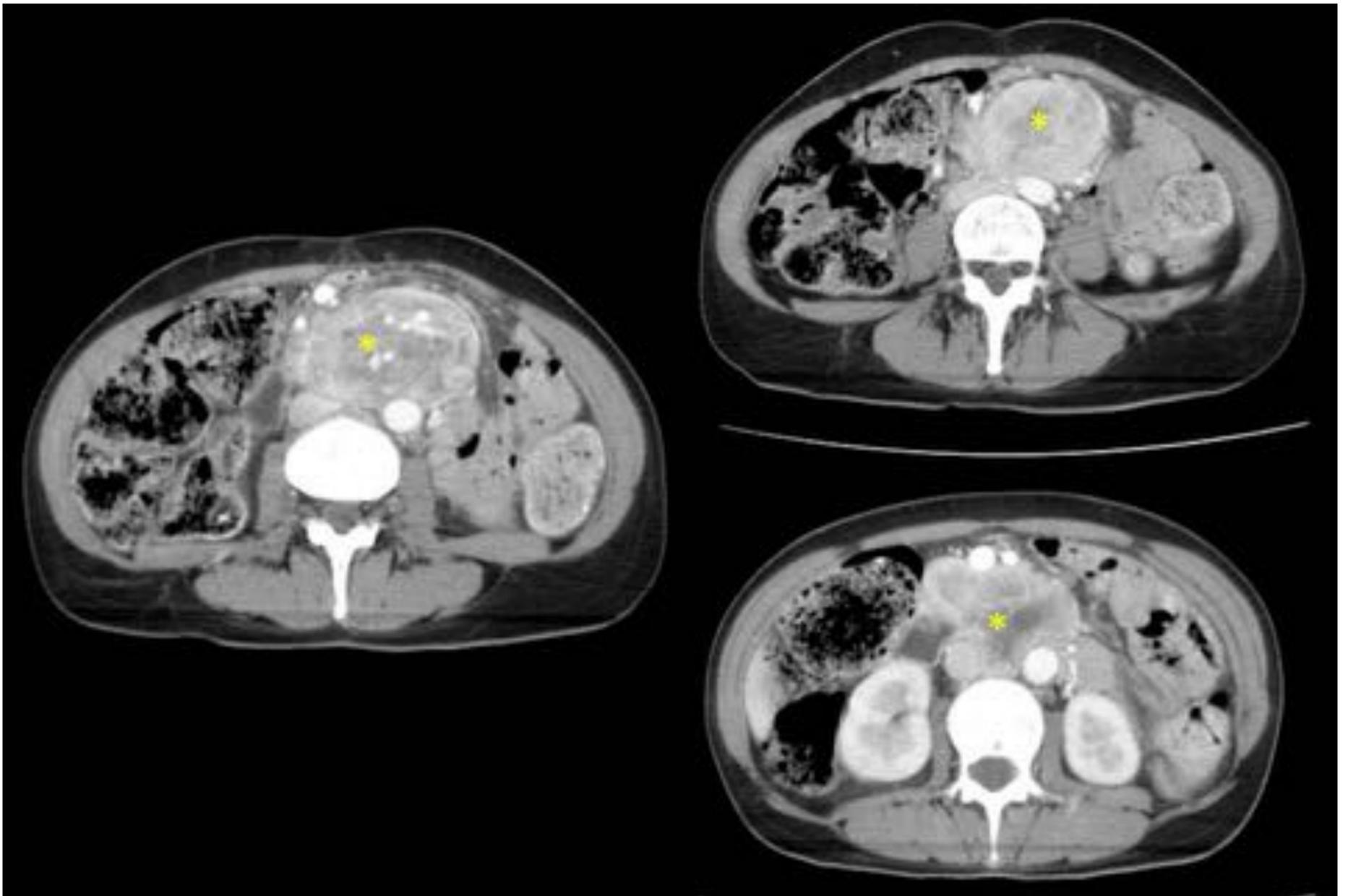
En el estudio TC se aprecia masa retroperitoneal de localización anterior a la bifurcación aorto-ilíaca, perdiendo plano de clivaje con la arteria mesentérica inferior. Presenta bordes bien definidos y comportamiento heterogéneo, de predominio hipervascular con áreas de menor atenuación en su interior, probablemente correspondientes a necrosis central.



(Figura 9) Paraganglioma. TC abdominal con CIV, cortes coronal y sagital. Masa retroperitoneal de localización anterior a la bifurcación aorto-ilíaca, perdiendo plano de clivaje con la arteria mesentérica inferior. Presenta bordes bien definidos y comportamiento heterogéneo, de predominio hipervascular con áreas de menor atenuación en su interior, probablemente correspondientes a necrosis central.



(Figura 10) Paraganglioma. Ecografía. Mujer de 42 años valorada por dolor epigástrico, pérdida de peso importante e HTA con insuficiencia renal leve. Se detectan múltiples adenopatías de localización inter-aortocava y retroperitoneales de gran tamaño.



(Figura 11) Paraganglioma. TC abdominal con CIV, cortes axiales. Mujer de 42 años valorada por dolor epigástrico, pérdida de peso importante e HTA con insuficiencia renal leve. Masa retroperitoneal inter-aortocava, posterior a los vasos mesentéricos, con densidad heterogénea y áreas hipodensas centrales, en probable relación con necrosis. Presenta marcada vascularización con intenso realce heterogéneo.

Revisión del tema:

MASAS RETROPERITONEALES SÓLIDAS NEOPLÁSICAS DE ORIGEN EN CÉLULAS GERMINALES Y CORDONES SEXUALES

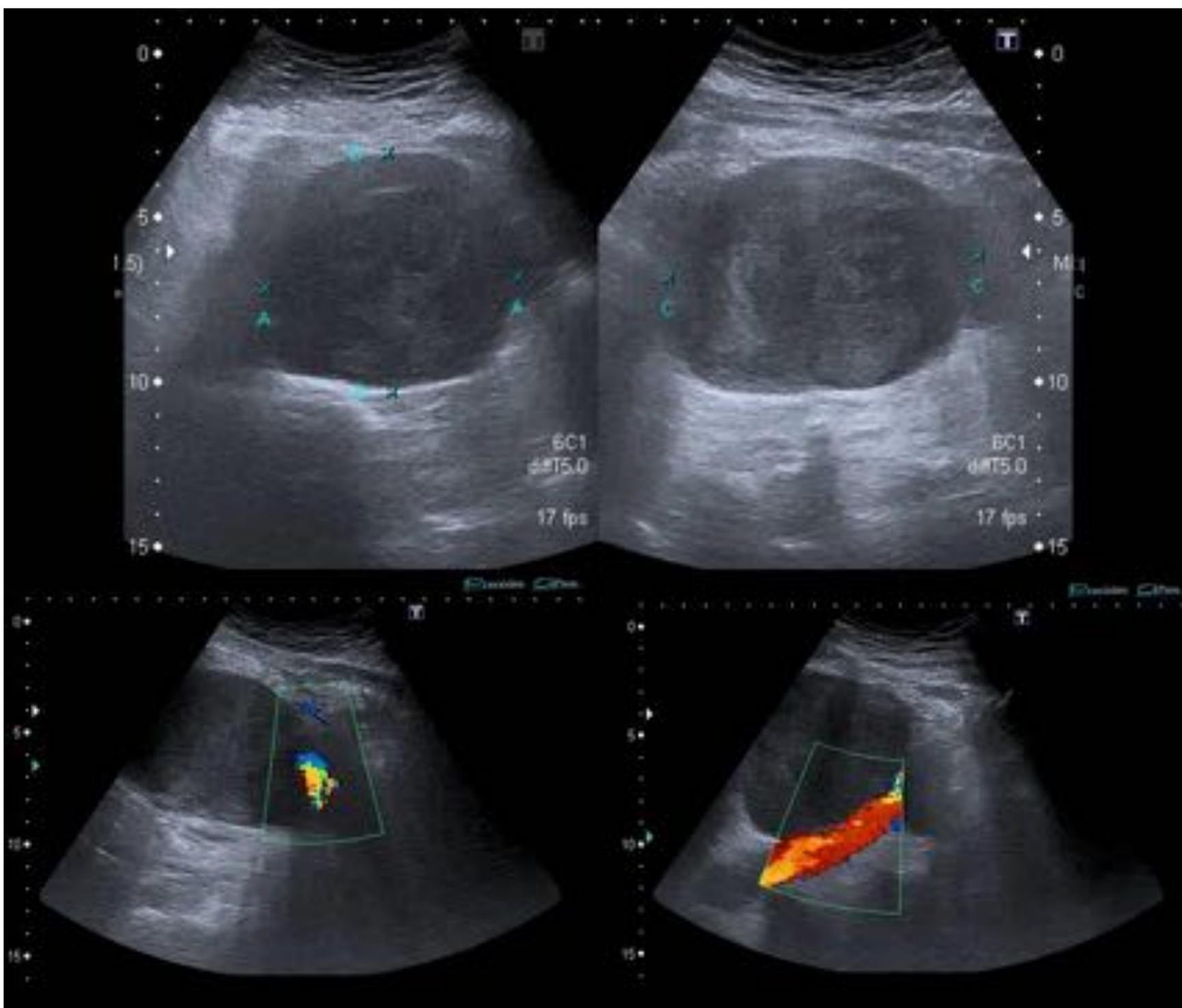
TUMORES PRIMARIOS DE CÉLULAS GERMINALES EXTRAGONADALES

Conjunto de tumores poco frecuentes (1-2,5%) con localización extragonadal, probablemente en relación con un desarrollo anómalo.

Antes de clasificarlos como una masa primaria retroperitoneal se debe descartar la existencia de una masa primaria gonadal, pudiendo éstas asociar metástasis retroperitoneales hasta en un 30% de los casos. El tumor primario puede no ser visible debido a una regresión del mismo, objetivándose solamente una cicatriz con presencia o no de metástasis asociadas. Puede tratarse de cualquier tipo de tumor (seminoma, teratoma, coriocarcinoma, carcinoma embrionario...).

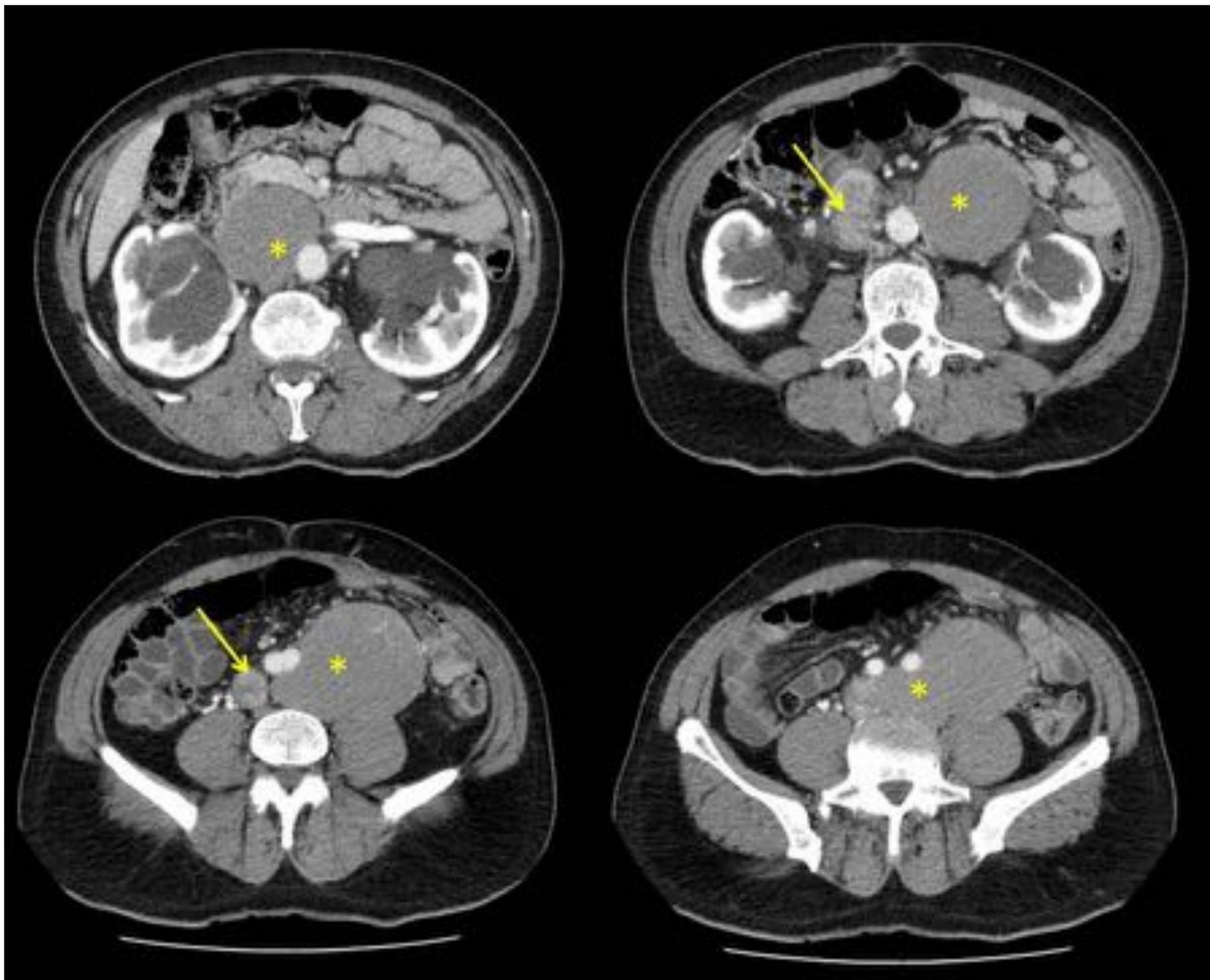
Es frecuente que estos tumores se localicen próximos a la línea media, especialmente entre las vértebras T6 y S2. De esta forma, cuando encontramos una masa en línea media es más probable que se trate de una lesión primaria que de una metástasis.

Los hallazgos de este tipo de tumores en las pruebas de imagen (TC y RM) son inespecíficos, siendo similares a los descritos en las neoplasias de localización gonadal. En muchas ocasiones pueden acompañarse de elevación de marcadores tumorales (alfafetoproteína o betagonadotropina coriónica) en las pruebas analíticas.



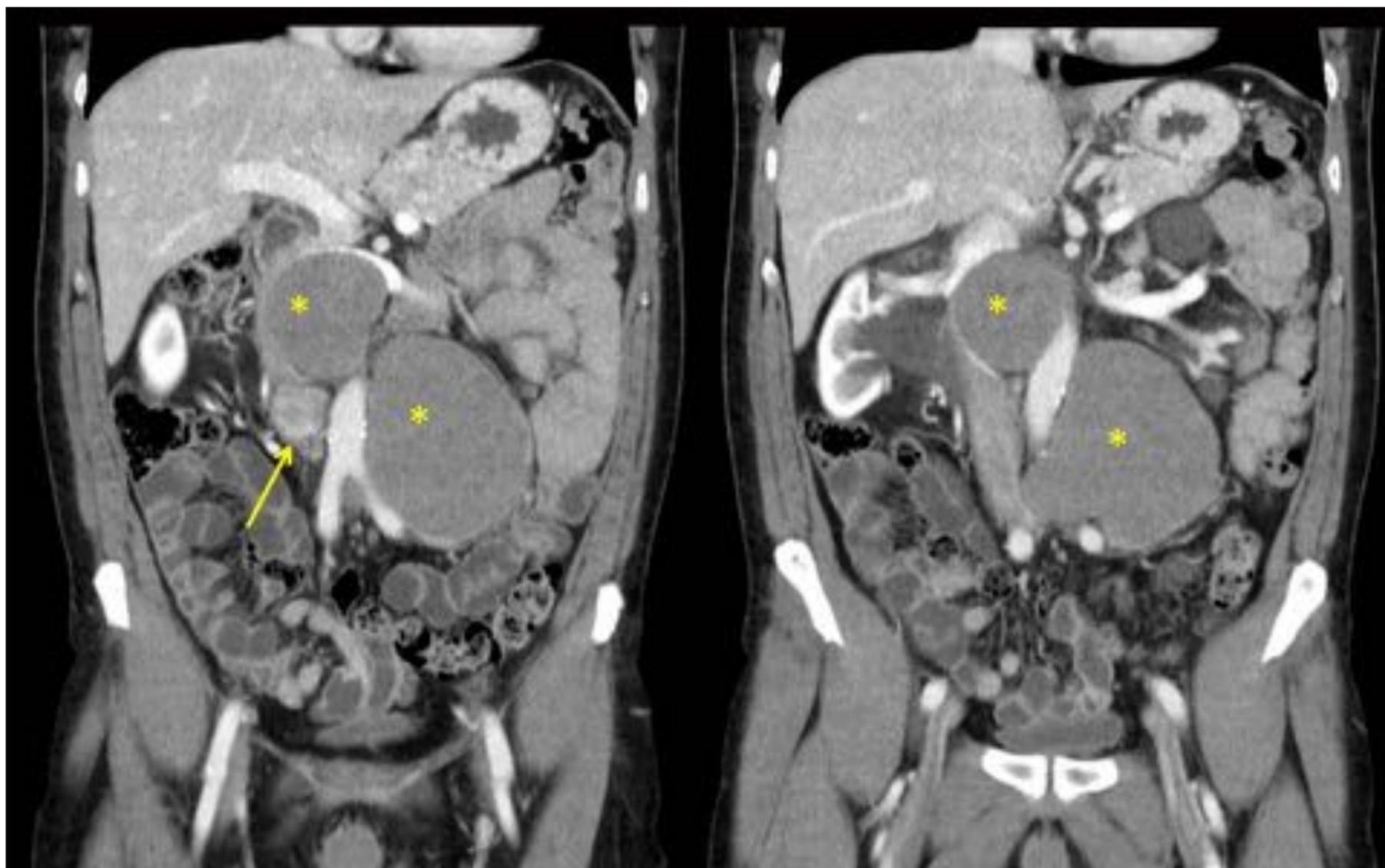
(Figura 12) Seminoma. Ecografía. Varón de 53 años que acude al servicio de Urgencias por dolor intermitente en FID de dos días de evolución, asociándose a fiebre en las últimas horas, solicitándose ecografía para valoración inicial del paciente.

Se detectan varias lesiones sólidas retroperitoneales de bordes bien definidos y de localización paraaórtica, decidiéndose ampliar el estudio con TC abdominal con CIV.



(Figura 13) Seminoma. TC abdominal con CIV, cortes axiales. Varias masas sólidas de localización paraaórtica derecha, precava y paraaórtica izquierda con extensión retroaórtica y realce heterogéneo. Condicionan desplazamiento lateral y anterior de la vena cava inferior (parcialmente colapsada), vena renal derecha, duodeno y cabeza pancreática, asociando dilatación de venas ilíacas comunes y desarrollo de circulación colateral (secundaria a la compresión de VCI). Pérdida del plano de clivaje con la vena ilíaca común izquierda y desplazamiento lateral del uréter izquierdo.

Dilatación pieloureteral derecha grado I-II (secundaria a litiasis de 7 mm en tercio medio del uréter ipsilateral, justificando el cuadro clínico del paciente).



(Figura 14) Seminoma. TC abdominal con CIV, cortes coronales. Varias masas sólidas de localización paraaórtica derecha, precava y paraaórtica izquierda con extensión retroaórtica, con realce heterogéneo que condicionan desplazamiento lateral y anterior de la vena cava inferior (parcialmente colapsada), vena renal derecha, duodeno y cabeza pancreática, asociando dilatación de venas ilíacas comunes y desarrollo de circulación colateral (secundaria a la compresión de VCI). Pérdida del plano de clivaje con la vena ilíaca común izquierda y desplazamiento lateral del uréter izquierdo.

Revisión del tema:

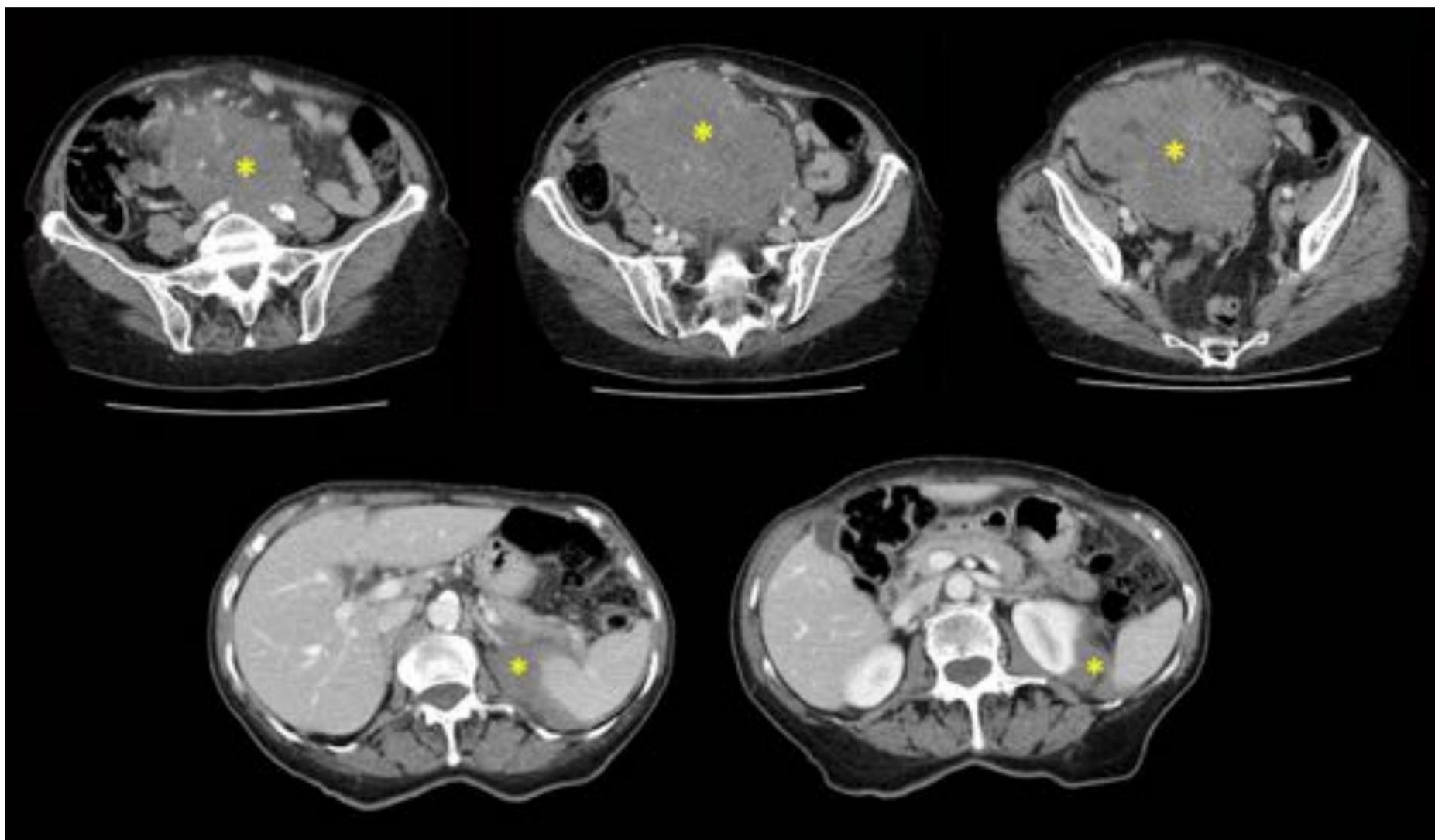
LINFOMA Y NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS

LINFOMA

El linfoma constituye la neoplasia retroperitoneal más frecuente (aproximadamente el 33% del total), pudiendo tratarse de un linfoma Hodgkin (manifestándose como una enfermedad limitada, con una distribución de edad bimodal: en torno a los 20 años y a los 60 años) o no Hodgkin (más habitual entre los 40-70 años, frecuentemente avanzada).

Es frecuente encontrar afectación ganglionar paraaórtica en un 25% de los pacientes con linfoma de Hodgkin y hasta el 55% en los no Hodgkin. En el caso de la presentación en forma de masa retroperitoneal, aparece también con mayor frecuencia en el linfoma no Hodgkin (hasta el 14% de pacientes), al igual que la afectación de ganglios mesentéricos.

En el TC se aprecia masa homogénea bien definida que se extiende entre las estructuras adyacentes sin comprimirlas (frecuentemente la aorta y la vena cava inferior se encuentran desplazadas en sentido anterior), mostrando realce homogéneo tras contraste. Es poco frecuente encontrar calcificaciones o necrosis de forma previa al tratamiento, si bien sí pueden asociar obstrucción de los uréteres o de la vena cava inferior.

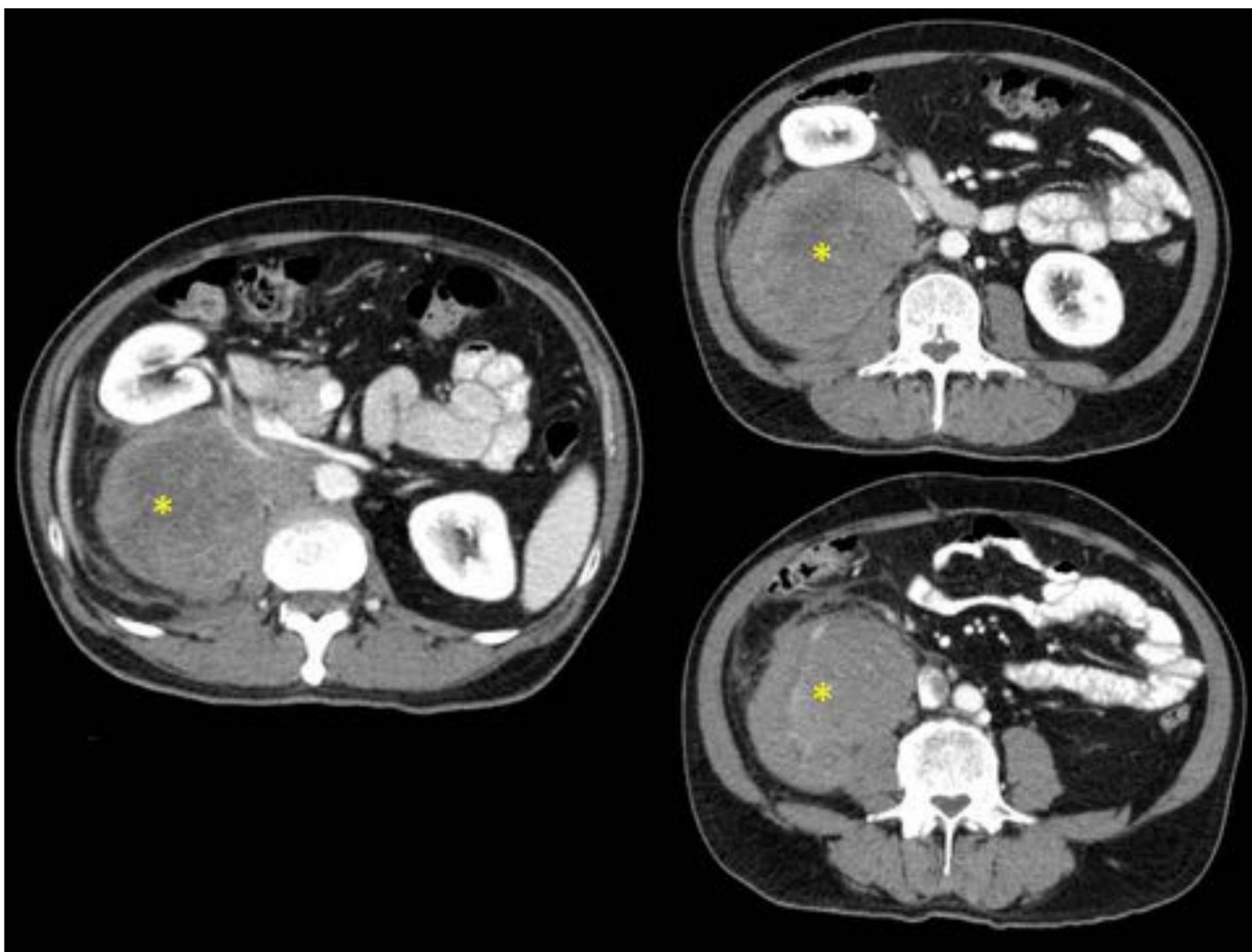


(Figura 15) Linfoma de células B. TC abdominal con CIV, cortes axiales.

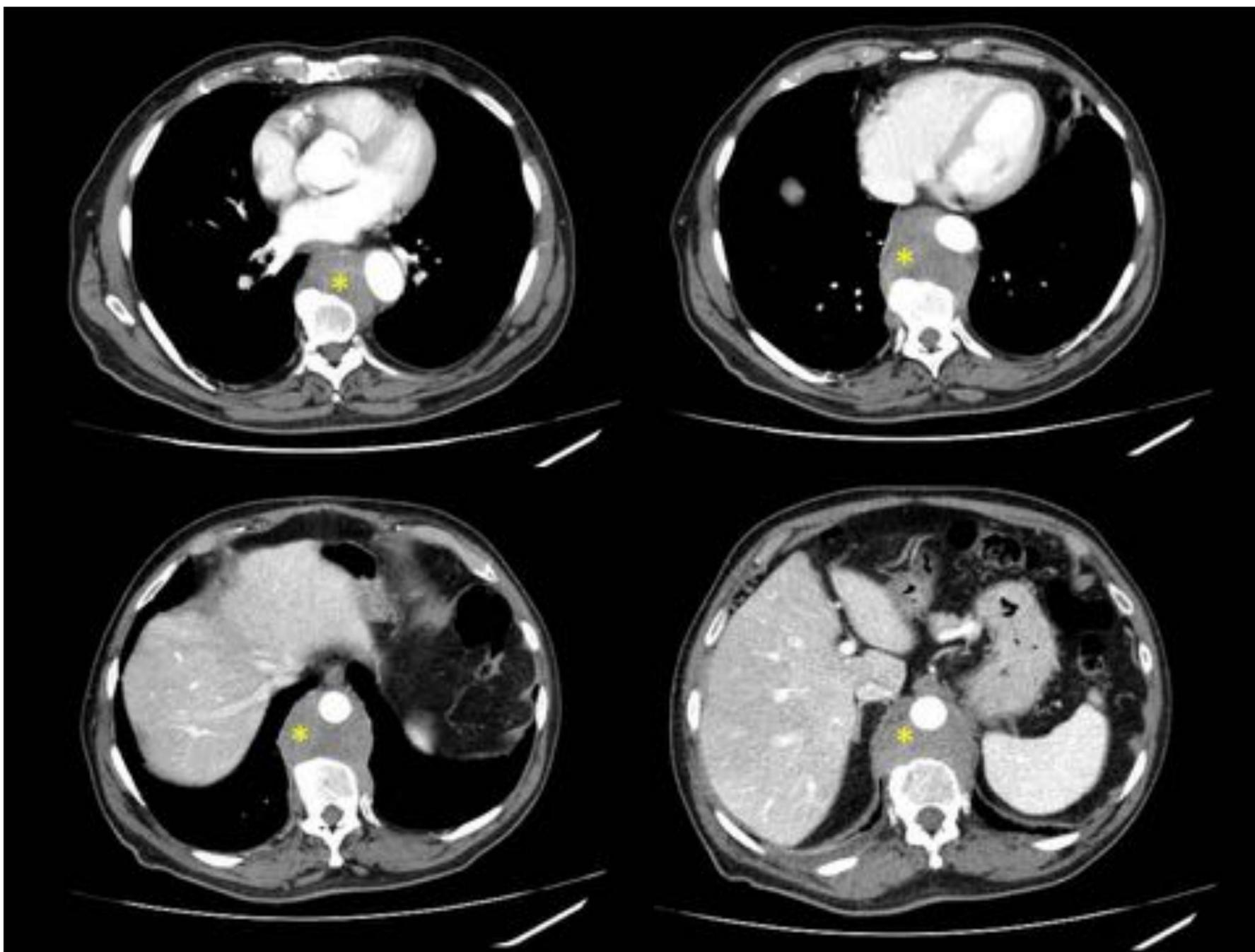
Mujer de 84 años que acude al servicio de Urgencias por dolor abdominal. A la exploración física se aprecia abdomen duro, distendido y con efecto masa en FID.

Masa sólida de gran tamaño y comportamiento hipodenso que se extiende desde retroperitoneo (a la altura de la bifurcación aorto-ilíaca) hasta hipogastrio y FID. Produce efecto masa sobre las estructuras adyacentes, englobando los vasos mesentéricos.

Así mismo, en hipocondrio izquierdo se identifica lesión sólida infiltrativa sin plano de clivaje con cola pancreática, bazo, fundus gástrico, riñón y glándula suprarrenal izquierdos.



(Figura 16) Linfoma de células B. TC abdominal con CIV, cortes axiales. Varón de 64 años con antecedentes de neoplasia de próstata tratada. Masa retroperitoneal sólida de gran tamaño y aspecto heterogéneo que condiciona importante desplazamiento anterior del riñón derecho, de la VCI (con colapso parcial de la misma). Engloba el pedículo renal derecho e impronta el uréter derecho con escasa repercusión proximal. Asocia importante afectación de los planos grasos adyacentes y marcada prominencia de vasos en la porción inferior de dicha masa (muy probablemente secundaria a la compresión de la VCI).



(Figura 17) Linfoma de células B. TC toracoabdominal con CIV, cortes axiales. Varón de 79 años que acude al servicio de Urgencias por dolor abdominal en flanco derecho de una semana de evolución que no cede con analgésicos.

En el estudio TC se demuestra la existencia de una masa de partes blandas a nivel de la encrucijada toracoabdominal, localizada en región prevertebral mediastínica posterior y retrocaval, con medidas aproximadas de 13 x 6,8 x 5,5 cm (CC x T x AP), englobando y desplazando anteriormente aorta y sus ramas.

Revisión del tema:

LINFOMA Y NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS

ENFERMEDAD LINFOPROLIFERATIVA POSTRASPLANTE

Consiste en una proliferación policlonal o monoclonal de células B que acontece como complicación de la inmunosupresión tras un trasplante de órgano sólido. Más frecuente en pacientes sometidos a trasplante hepático. Hasta el 80% de estos casos están asociados al virus de Epstein Barr (VEB), objetivándose diversas formas de presentación.

Es frecuente que se manifiesten con linfadenopatía (pudiendo existir extensa afectación retroperitoneal), esplenomegalia, masas a nivel hepático o renal y afectación del tracto digestivo.

PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR

Es tumor infrecuente caracterizado por la proliferación monoclonal de células plasmáticas, debutando con sintomatología variable en función de los órganos afectados. Se trata de una entidad con mayor prevalencia en el sexo masculino, con incidencia máxima entre los 60-70 años. El diagnóstico es de exclusión, una vez descartado el mieloma múltiple.

Puede asentar en prácticamente cualquier órgano (más frecuente en tracto respiratorio y digestivo). A nivel retroperitoneal es frecuente encontrarlo en región perirrenal, en relación con la actividad de las células angiohematopoyéticas.

En el TC y la RM se manifiesta como una masa de partes blandas focal o con extensa infiltración, y realce homogéneo tras la administración de contraste.

Revisión del tema:

MASAS RETROPERITONEALES SÓLIDAS NO NEOPLÁSICAS

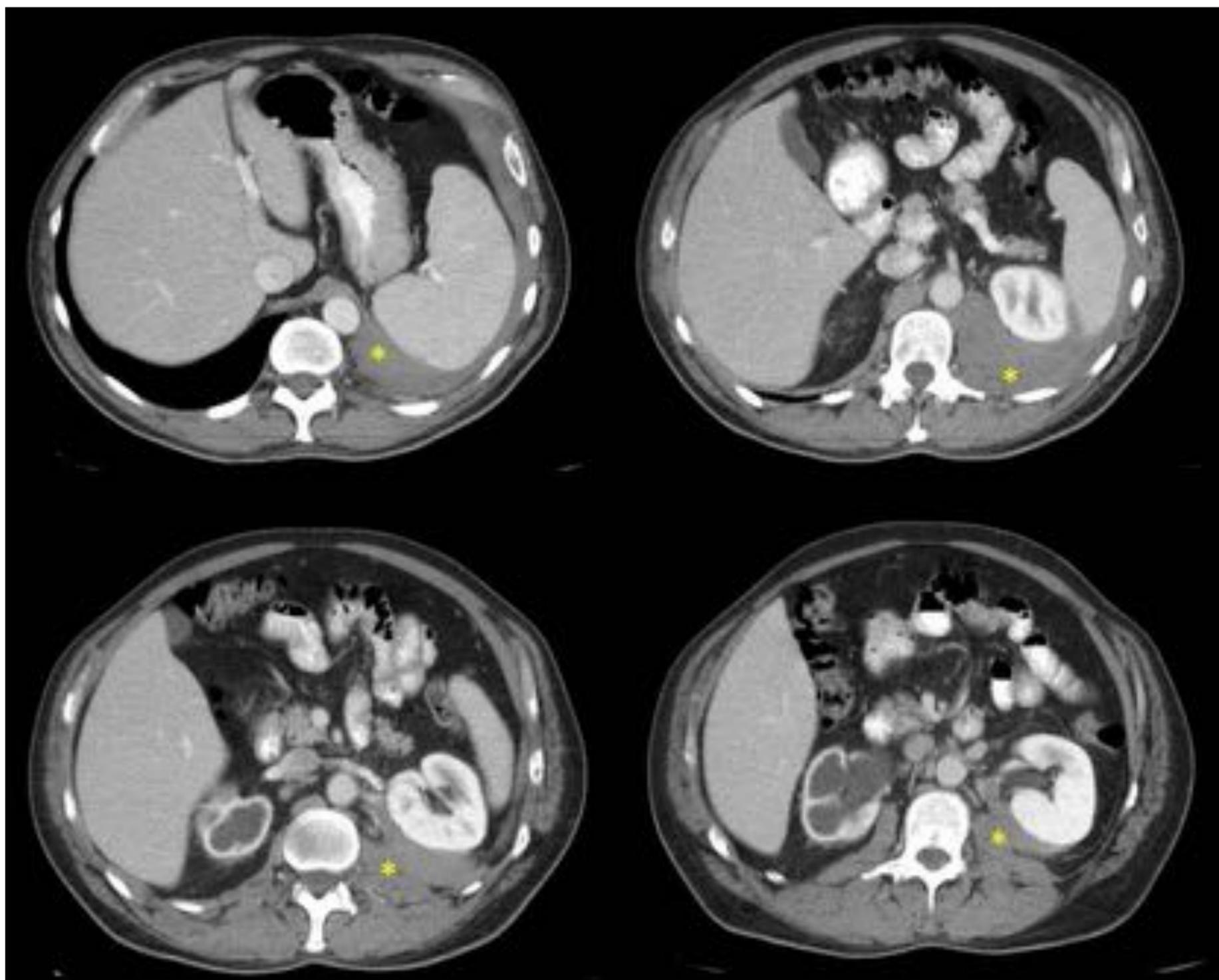
FIBROSIS RETROPERITONEAL

Enfermedad vascular del colágeno poco frecuente y de etiología desconocida que puede simular un tumor retroperitoneal. Es típicamente idiopática (70% de los casos), probablemente en relación con una causa autoinmune. También puede ser secundaria al consumo de drogas, hemorragia, infecciones, radiación, quimioterapia... Puede manifestarse de forma aislada o asociada a otras condiciones que pueden desarrollar fibrosis (colangitis esclerosante, tiroiditis de Riedel, pseudotumor orbitario...).

En la mayoría de casos, es asintomática en fases iniciales, evolucionando de una inflamación crónica activa hacia una fibrosis cicatricial y siendo más frecuente en el sexo masculino (3:1), sobre todo entre los 40-60 años.

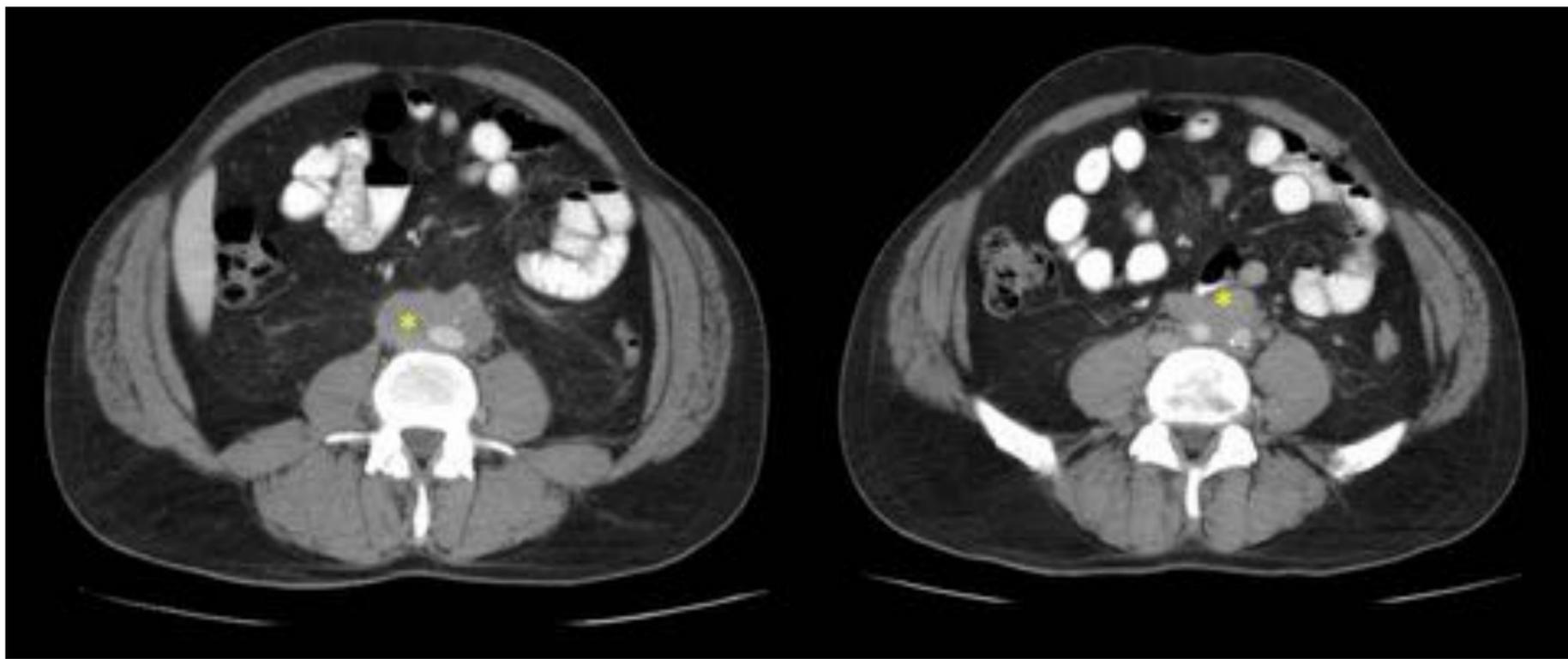
Aparece con frecuencia en torno a la aorta abdominal infrarrenal y en región proximal de ambas arterias ilíacas comunes. En el TC se identifica como una masa de partes blandas irregular, similar a placas de gran tamaño, rodeando la bifurcación aórtica y extendiéndose a lo largo de las arterias ilíacas, pudiendo envolver uréteres, duodeno, páncreas y bazo. Puede mostrar marcado realce tras contraste (en fases activas de la enfermedad), o ausencia de realce (si se trata de fases crónicas).

En algunas ocasiones puede producirse malignización de la fibrosis retroperitoneal, siendo extremadamente difícil diferenciar ambas entidades (siendo la maligna más extensa, irregular, de localización más cefálica...).



(Figura 18) Fibrosis retroperitoneal. TC toracoabdominal con CIV, cortes axiales. Varón de 55 años con antecedentes de anemia ferropénica con gastroscopia y colonoscopia normales.

Masa de partes blandas periesplénica y pararrenal posterior izquierda con comportamiento hipodenso, que se extiende desde el pilar diafragmático izquierdo, perdiendo plano de clivaje con el bazo, suprarrenal izquierda, tercera porción duodenal, aorta abdominal, arteria renal izquierda y cuerpos vertebrales D12 y L1. Inferiormente parece continuarse con otra lesión retroperitoneal que engloba vena cava inferior, aorta abdominal infrarrenal e ilíacas y ambos uréteres, condicionando ureterohidronefrosis grado IV en el lado derecho.



(Figura 19) Fibrosis retroperitoneal. TC toracoabdominal con CIV, cortes axiales. Masa de partes blandas periesplénica y pararrenal posterior izquierda con comportamiento hipodenso, que se extiende desde el pilar diafragmático izquierdo, perdiendo plano de clivaje con el bazo, suprarrenal izquierda, tercera porción duodenal, aorta abdominal, arteria renal izquierda y cuerpos vertebrales D12 y L1. Inferiormente parece continuarse con otra lesión retroperitoneal que engloba vena cava inferior, aorta abdominal infrarrenal e ilíacas y ambos uréteres, condicionando ureterohidronefrosis grado IV en el lado derecho.

Conclusiones:

Los tumores retroperitoneales primarios son entidades poco frecuentes, siendo el tratamiento de los mismos un desafío debido al tamaño de las lesiones, la vascularización compleja y la relación con las estructuras adyacentes. Por ello, para establecer el diagnóstico de forma certera se debe estar familiarizado con los hallazgos radiológicos de cada una de estas entidades.