

LIPOSARCOMA DESDIFERENCIADO RETROPERITONEAL GIGANTE

GIANT DEDIFFERENTIATED RETROPERITONEAL LIPOSARCOMA

F. Padilla-Ávila, G. Carrillo-Ortega, F. García-Catalán Gallego, G. Díaz-Pavón Madroñal, A. Villar-Raez

Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda, Jaén.

Resumen

El liposarcoma es un tumor maligno de origen mesodérmico derivado del tejido adiposo y el más frecuente de los sarcomas de partes blandas.

La localización más frecuente es en las extremidades inferiores, aunque también puede estar localizado en sitios como el retroperitoneo, brazos, pecho, y cuello

El tipo de liposarcoma va a depender del tipo de células que creen su tumor, clasificándose en: bien diferenciado, dediferenciado, myxoides, pleomórfico y mixto¹.

Generalmente son tumores indolores y de crecimiento lento; cuyo síntoma más frecuente suele ser la palpación de masa bajo la piel.

El tratamiento es quirúrgico realizándose la extirpación del tumor y la cirugía puede ser precedida o seguida de una radioterapia y, a veces, de una quimioterapia

Palabras clave: Liposarcoma, tumor dediferenciado, quimioterapia.

Abstract

Liposarcomas are malignant adipose tissue tumors of mesodermal origin, the most frequent being soft tissue sarcomas.

They are most frequently located in the lower extremities, although they can also be located in the retroperitoneum, arms, chest and neck.

The kind of liposarcoma depends on the type of cells that cause the tumor and can be classified as well differentiated, dedifferentiated, myxoid, pleomorphic and mixed-type¹.

They are generally painless and of slow growth, and their main symptom is usually the palpation of mass under the skin.

Surgery is recommended to remove the tumor. It can be preceded or followed by radiotherapy and, sometimes, by chemotherapy.

Key words: Liposarcoma, dedifferentiated tumor, chemotherapy.

Cuerpo

Presentamos el caso de una mujer de 83 años con antecedentes personales de hipertensión arterial controlada y artrosis generalizada; independiente para las actividades diarias, que acude a la consulta por distensión abdominal de 3 meses de evolución que se acompaña de molestias inespecíficas en flanco izquierdo, con astenia y anorexia importante. No se destacan antecedentes familiares de interés.

CORRESPONDENCIA

Francisca Padilla Ávila
medicane@hotmail.com



Figura 1

Gran masa centroabdominal en TAC.



Figura 2

Masa intraabdominal con septos en RNM.

A la exploración abdominal: abdomen distendido, globuloso, se palpa una masa dura que ocupa toda la cavidad abdominal

Como exploraciones complementarias se realiza ecografía abdominal que pone de manifiesto: masa abdominal que se extiende desde epigastrio hasta pelvis y un poco lateralizada hacia la izquierda, desplazando y comprimiendo las estructuras adyacentes. Presenta ecogenicidad de predominio sólido, con áreas hipo e hiperecogénicas y otras áreas quísticas y escasa vascularización al aplicar doppler color. Se visualiza otra masa sólida hipocogénica

de 8,6 cm en flanco izquierdo que podría corresponder a implante tumoral.

Dados los hallazgos se complementa el estudio con TAC abdomino-pélvico que muestra: Gran masa centroabdominal que desplaza hacia la derecha todas las asas de intestino delgado y colon ascendente. Presenta unas dimensiones aproximadas de 30,5 x 19 x 23 cm en su componente mayor, mostrando una densidad discretamente inferior a las partes blandas sin llegar a un componente claro quístico (Figura 1). Presenta una captación irregular predominante en periferia con septos internos y existe un segundo componente similar localizado en el flanco izquierdo con un diámetro mayor longitudinal de 10 cm, así como otras masas de menor tamaño, todas ellas inmersas dentro de la grasa retroperitoneal que rodea al riñón izquierdo, sugiriendo tumoración de partes blandas (valorar liposarcoma retroperitoneal).

Asimismo dadas las dimensiones de la lesión y el englobe de varias estructuras adyacentes se evalúa a la paciente en comité multidisciplinar y se decide ampliar estudio mediante RNM abdomino-pélvica: lesión abdominal, de unos 29 x 23 x 18 cm de ejes craneocaudal por transversal por anteroposterior, respectivamente, bien delimitado y de características quísticas, con múltiples septos en su interior, que le dan un aspecto multiloculado (Figura 2). Conclusión: masa quística de probable origen ginecológico, sugiere adenocarcinoma mucinoso. Implantes peritoneales.

Tras los resultados de las pruebas complementarias se decide intervención quirúrgica conjunta con cirugía general y ginecología con la consiguiente hoja quirúrgica: Se procede a la identificación de tumoración gigante mamelonada de aspecto cerebroide que desplaza el paquete intestinal en su totalidad al hemiabdomen derecho. Dicha masa se encuentra adherida íntimamente a colon izquierdo y sigma. La biopsia intraoperatoria puso de manifiesto: tumor mesenquimal de bajo grado. Asimismo, se continuó con la liberación de colon-sigma de dicha tumoración como disección de la misma hasta conseguir su exéresis; no dependiente de ovario. Se visualizan lesiones milimétricas en útero (3-5 mm) compatibles con miomas. No se aprecia lesión en relación con implantes peritoneales. Se realiza intervención de Hartmann, debido a que a nivel medio de colon izquierdo presenta continuidad con masa tumoral, quedando colostomía terminal izquierda.

La Anatomía Patológica definitiva tras varias técnicas y tinciones inmunohistoquímicas concluyó: liposarcoma desdiferenciado con afectación del margen quirúrgico del mesocolon por lo que la paciente fue remitida al Servicio de Oncología que tras ser evaluado el caso en sesión clínica se decide realización de TAC body y si resto tumoral visible plantear tratamiento.

Actualmente la paciente se encuentra sin dolor abdominal y con colostomía funcionando, tolerando dieta oral sin problemas. Acude a revisión al mes a consulta encontrándose mejor y en tratamiento activo con Quimioterapia por parte de Oncología que realizan seguimiento periódico.