



Figura 2 – Leiomiosarcoma dependiente de vena gonadal derecha (flecha A) en íntima relación por cara posterior con uréter derecho tutorizado con catéter JJ (flecha B).

inició un cuadro de febrícula asociado a celulitis de región más distal del faldón abdominal. Las pruebas de imagen descartaron absceso asociado y tras el fracaso de tratamiento conservador mediante antibioterapia de amplio espectro, se decidió realizar una nueva dermolipectomía con la misma técnica de suspensión referida, pesando en esta ocasión la pieza 20,6 kg.

Hay descritos varios métodos para retraer el faldón abdominal y siempre en cirugía programada. Ollapallil et al.² describen una técnica con 2 clavos de Kuntcher que atraviesan el pániculo adiposo y lo sujetan con cadenas a una grúa, Gabilondo et al.³ utilizan un sistema de estribo-clavo que suspenden a poleas previamente instaladas al techo del quirófano para la intervención, Graf et al.⁴ usan un retractor específico: el Rultract Skyhook Surgical Retractor System (Rultract Inc., Cleveland, Ohio) y Fadel et al.⁵ utilizan un fórceps que se conecta al abdomen con una barra para elevarlo con una grúa.

En nuestro caso, la paniclectomía se llevó a cabo de urgencia y tuvimos que emplear los medios de los

de disponíamos en ese momento, como fueron la grúa para obesos y las suturas de Ventrofil® que atravesaban la piel a ambos lados del faldón y se sujetaban en los brazos de la grúa para elevarlo y movilizarlo. Consideramos que el método de suspensión que describimos se puede disponer en cualquier hospital, siendo efectivo porque soporta bien el peso sin desgarrar la piel y permite una buena movilización del faldón.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brown M, Adenuga P, Soltanian H. Massive panniculectomy in the super obese and super-super obese: Retrospective comparison of primary closure versus partial open wound management. *Plast Reconstr Surg*. 2014;133:32–9.
2. Ollapallil J, Koong D, Panchacharave G, Butcher C, Yap B. New method of abdominoplasty for morbidly obese patients. *ANZ J Surg*. 2004;74:504–6.
3. Gabilondo FJ, Torrero V, Madariaga N. Obesidad mórbida: caso excepcional de reconstrucción de pared abdominal. *Cir Plast Iberolatinoam*. 2006;32:209–18.
4. Graf A, Yang K, Hudak K., Kim N. Abdominal suspensión during massive panniculectomy: A novel technique and review of the literatura. *J Plast Reconstr Aesth Surg*. 2016;8:23–8.
5. Fadel MG, Chatzikonstantinou M, Gilchrist C, Andrews B. Panniculus morbidus: Obesity-related abdominal wall lymphoedema. *BMJ Case Rep*. 2017. <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2016-219023>. bcr-2016-219023.

Teresa Pérez de la Fuente^a, Lara Blanco Terés^b, Francisco Viamontes Ugalde^b [5_TD\$DIFF] y Alberto Gimeno^b

^aUnidad de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

^bServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tepefu@yahoo.es (T. Pérez de la Fuente).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.09.002>

0009-739X/© 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Leiomiosarcoma de vena gonadal derecha

Leiomyosarcoma of the right gonadal vein



Los leiomiosarcomas (LMS) primarios de origen vascular son tumores infrecuentes (1/100.000 tumores malignos), siendo la localización más frecuente la vena cava inferior (60%)¹⁻⁴. El

LMS primario de vena gonadal es una entidad muy rara, habiendo descritos en la literatura apenas una decena de casos^{2,5,6}.

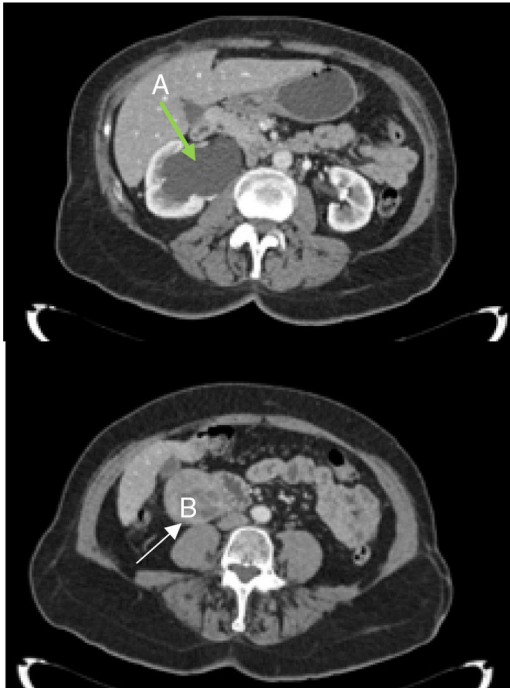


Figura 1 – Hidronefrosis derecha (flecha A) por masa retroperitoneal heterogénea (flecha B) adyacente a segunda porción duodenal.

Mujer de 72 años que consulta por dolor en el flanco derecho acompañado de saciedad precoz y pérdida de peso. En la exploración física se evidencia masa palpable en hemiabdomen derecho, dolorosa a la presión.

En la ECO abdominal se objetiva una masa retroperitoneal de 6 × 5 cm, heterogénea, con presencia de calcificaciones, adyacente a pelvis renal derecha condicionando hidronefrosis ipsilateral. En tomografía computarizada (TC) dicha masa

parece contactar con la segunda porción duodenal y la vena cava inferior, sin datos claros de infiltración (fig. 1). Además, se objetivan hidronefrosis derecha grado III por compresión vs. infiltración a nivel de uréter medio y calcificaciones y focos de necrosis intratumoral que podrían estar en relación con GIST. Se completa estudio mediante ecoendoscopia donde se descarta dependencia/infiltración de pared duodenal. Los resultados de BAG ecoguiada demuestran una neoplasia mesenquimal maligna con diferenciación de músculo liso, indicativo de LMS, sin poder descartar GIST-WT. En la TC torácica de extensión no se objetivan depósitos pulmonares secundarios.

Con diagnóstico de tumor mesenquimal retroperitoneal y, ante la duda de no poder garantizar la resección en bloque con márgenes negativos por vía laparoscópica por posible invasión de estructuras circundantes, se opta por abordaje abierto mediante laparotomía media con hallazgo de masa de 10 cm de diámetro adyacente a polo inferior renal derecho y vena cava inferior, dependiente de vena gonadal derecha. El uréter derecho se encuentra en íntimo contacto, pero finalmente sin evidencia de infiltración. Se lleva a cabo extirpación tumoral mediante ligadura y resección de vena gonadal derecha, previo control vascular en cava supra e infrarrenal y liberación de uréter derecho, previamente tutorizado con catéter JJ (fig. 2).

Postoperatorio, sin incidencias siendo dada de alta a las 72 h de la intervención.

En el examen anatomopatológico definitivo: LMS grado III con bordes de resección libres, necrosis tumoral del 10% y un índice mitótico de 35 mitosis/10 cm² (pT2NxMx).

No ha recibido tratamiento adyuvante. A los 12 meses de seguimiento no existen datos de recidiva tumoral local o a distancia.

Los LMS son neoplasias originadas a partir de las fibras musculares lisas de la túnica media de los vasos.

Son más frecuentes en mujeres (2:1) entre 60-69 años⁴. Generalmente, presentan un patrón de crecimiento extravascular (60%) y lento. Suelen ser asintomáticos hasta alcanzar

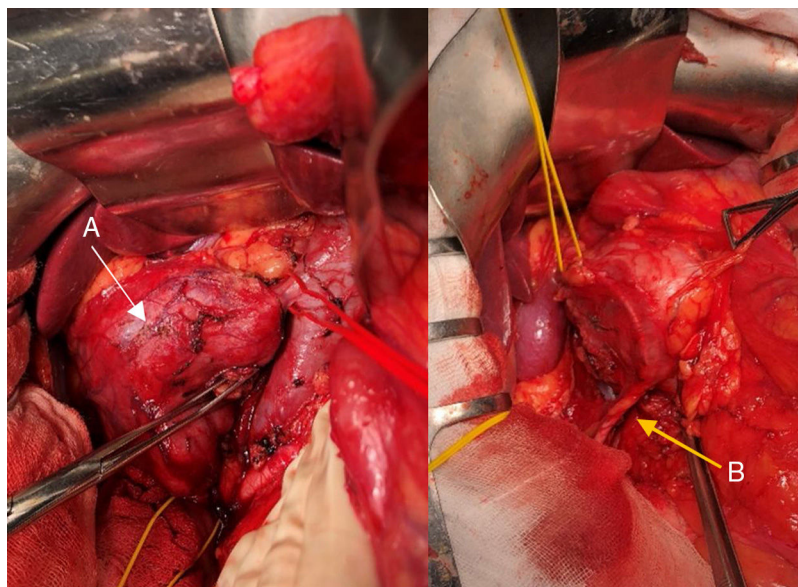


Figura 2 – Leiomiiosarcoma dependiente de vena gonadal derecha (flecha A) en íntima relación por cara posterior con uréter derecho tutorizado con catéter JJ (flecha B).

grandes tamaños, siendo la clínica más habitual en los casos descritos la aparición de dolor abdominal o masa palpable⁶.

La ausencia de síntomas iniciales unida a la escasa incidencia de los mismos y, por tanto, la baja sospecha diagnóstica, hace que generalmente sean diagnosticados de forma tardía, influyendo en un peor pronóstico.

Se han descrito el tamaño tumoral, la profundidad de invasión, el grado histológico y el origen vascular como factores pronósticos^{1,6}.

El LMS de origen vascular se ha asociado a un peor pronóstico que los de otras localizaciones, debido al alto potencial de diseminación hematógena que presentan^{1,5}.

En las series publicadas se describe hasta un 12% de LMS de localización distinta de la vena cava con metástasis al diagnóstico (pulmonares las más frecuentes); sin embargo, ninguno de los casos es un LMS de localización gonadal^{3,4}.

A día de hoy, no existe evidencia clara sobre el papel de la quimio o la radioterapia en términos de supervivencia o disminución de tasas de recidiva local, por lo que la piedra angular de tratamiento sigue siendo la cirugía.

La resección tumoral completa con márgenes libres, incluyendo resecciones en bloque de estructuras vecinas en caso de infiltración de las mismas, es fundamental. Alcanzar una resección R0 es el principal objetivo, puesto que se trata del factor pronóstico más importante⁶⁻⁸, asociando las mayores tasas de supervivencia (33-68% a 5 años)^{9,10}. Por ello, en el caso de nuestra paciente, ante la dudosa infiltración del uréter medio derecho se decidió, de forma conjunta con el Servicio de Urología, optar por un abordaje abierto que garantizase la extirpación tumoral completa (R0).

El abordaje laparoscópico en este tipo de tumores debe ser valorado con cautela. De la Fuente et al.⁹ describe el caso de un LMS de vena gonadal derecha donde, ante la ausencia de un diagnóstico histológico prequirúrgico, se decide llevar a cabo un abordaje mínimamente invasivo. El análisis histopatológico definitivo de la pieza quirúrgica reveló un LMS de alto grado con márgenes de resección afectados (R1), con la implicación pronóstica que ello conlleva según lo descrito anteriormente.

Dada la escasa casuística descrita en la literatura de LMS de vena gonadal, es importante el reporte y la visibilidad de cada uno de los casos, con el objetivo de progresar en el conocimiento de dicha enfermedad y aumentar la sospecha diagnóstica para un diagnóstico más temprano y un tratamiento precoz con el probable impacto positivo en términos pronósticos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Italiano A, Toulmonde M, Stoeckle E, Kind M, Kantor G, Coindre JM, et al. Clinical outcome of leiomyosarcomas of

vascular origin: Comparison with leiomyosarcomas of other origin. *Ann Oncol.* 2010;21:1915-21.

2. Cho HJ, Kim HK, Suh JH, Lee GJ, Shim JC, Kim YH, et al. Leiomyosarcoma of the ovarian vein: A case report with radiological findings. *Korean J Radiol.* 2008;9 Suppl:S14-7.
3. Hirano T, Okumura H, Maeda S, Shimada M, Imakiire A, Makisumi K, et al. Vascular leiomyosarcoma originating from the right ovarian vein: A case report and literature review. *Surg Case Rep.* 2019;5:120.
4. Gage MJ, Patel AV, Koenig KL, Newman E. Non-vena cava venous leiomyosarcomas: A review of the literature. *Ann Surg Oncol.* 2012;19:3368-74.
5. Tsuyoshi H, Yoshida Y, Kurokawa T, Kotsuji F. Diagnosis and management of leiomyosarcoma arising from ovarian vein: Case report and literature review. *J Obstet Gynaecol Res.* 2012;38:466-70.
6. López-Ruiz ME, Yébenes L, Berjón A, Hardisson D. Primary leiomyosarcoma of the ovarian vein: Case report and literature review. *Int J Surg Pathol.* 2017;25:339-43. <http://dx.doi.org/10.1177/1066896916679888>.
7. Stoeckle E, Coindre JM, Bonvalot S, Kantor G, Terrier P, Bonichon F, et al. Prognostic factors in retroperitoneal sarcoma: a multivariate analysis of a series of 165 patients of the French Cancer Center Federation Sarcoma Group. *Cancer.* 2001;92:359.
8. Hensley ML, Enserro D, Hatcher H, Ottevanger PB, Hansen AK, Blay JY, et al. Adjuvant gemcitabine plus docetaxel followed by doxorubicin versus observation for high-grade uterine leiomyosarcoma: A phase III NRG oncology/gynecologic oncology group study. *J Clin Oncol.* 2018;36:JCO1800454.
9. De la Fuente N, Rodríguez Blanco M, Cerdán G, Moral A, Artigas V. Leiomyosarcoma of the right gonadal vein: Review of the approach and prognostic in a rare case. *Case Rep Surg.* 2019;2019:4042689. <http://dx.doi.org/10.1155/2019/4042689>.
10. Matsuzono T, Chan CYH, Chan MYM. Gonadal vein leiomyosarcoma: A case report with radiological findings. *Intractable Rare Dis Res.* 2015;4:152-4. <http://dx.doi.org/10.5582/irdr.2015.01016>.

Ana Puerta Vicente*, Alfonso Sanjuanbenito
y Eduardo Lobo

Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anapuertavicente@gmail.com

(A. Puerta Vicente).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.09.001>

0009-739X/© 2020 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de AEC.