



P-307 - LIPOSARCOMA GIGANTE EN REGIÓN INGUINAL DERECHA

R. León Miranda, X. Valero Cerrato, F. Reoyo Pascual, O. Vidal Doce, M. de la Plaza Galindo, E.B. García Plata Polo, I. Gil Laso, R. Zambrano Muñoz y J.L. Seco Gil

Hospital Universitario de Burgos.

Resumen

Introducción: El liposarcoma es un tumor maligno de origen mesodérmico derivado del tejido adiposo. Representa el 14-18% de todos los sarcomas de partes blandas. Puede alcanzar enormes proporciones. Es de crecimiento lento y su síntoma más frecuente es el dolor y aumento del perímetro. Las tasas de morbilidad-mortalidad dependen de la localización y del tipo histológico. Otros factores pronósticos son la variedad histopatológica, la diferenciación celular, el número de mitosis y la extensión de la necrosis. Entre los cuatro tipos histológicos de liposarcoma, denominados mixoide, pleomórfico, lipoblástico o de células redondas y bien diferenciado o lipoma-like, este último es el más frecuente y el de mejor pronóstico por su escasa tendencia a metastatizar, a pesar de la alta incidencia de recurrencia local y, cuando ocurre, se produce una desdiferenciación, aumentando su agresividad.

Caso clínico: Paciente de 69 años con antecedentes de FA paroxística. TCE con hemorragia frontal izq. Parálisis facial izq. Es remitido a nuestro Servicio por presentar una tumoración en muslo derecho de crecimiento rápido, de unos 10 cm de diámetro, de consistencia firme-elástica subcutánea que clínicamente pudiera corresponder con un lipoma sin poder descartar degeneración sarcomatosa. En las pruebas complementarias encontramos: analítica y marcadores tumorales normales. Ecografía: a nivel de la región interna de la raíz del muslo derecho y en situación de los músculos adductores, se observa una tumoración heterogénea y mal definida, de 12,4 cm × 14 cm × 16 cm, compatible como primera opción con hematoma. En TAC y RMN: Tumoración de 12 × 10 × 14 cm en la raíz del muslo con finos tabiques con densidades grasa y sin evidencia de masa de partes blandas o realce importante de los tabiques entre músculos adductor mayor- mediano y recto interno. Sugiere lipoma. No evidencia de adenopatías valorables en tórax-abdomen-pelvis. Se decide intervención, realizando incisión derecha trasversa en raíz de muslo, zona antero-interna. Voluminosa tumoración blanda, con aspecto de lipoma, que aflora entre los músculos sartorio-recto femoral-vasto interno y adductores. Disección y extirpación completa, con algunas fibras musculares de los músculos anteriores. La cápsula se abre en la zona externa e inferior. No es preciso ligar la safena, ni se aproxima a los vasos femorales. Anatomía patológica: neoplasia lipomatosa atípica/liposarcoma bien diferenciado, de 20 × 17 × 6 cm. Evoluciona favorablemente, siendo dado de alta al 6ºdía postoperatorio.

Discusión: Se han descrito alteraciones genéticas y moleculares en los liposarcomas; con más frecuencia se deben a amplificaciones en la región 12q13-15 que implican a los genes MDM2, CDK4 y que tienen implicaciones para establecer el diagnóstico de malignidad, y para en el futuro delimitar mejor el pronóstico de estos tumores. Las tasas de supervivencia son mejores que en las formas localizadas en las extremidades y peores que en las de localización retroperitoneal. El tratamiento es la cirugía radical y su resección completa es esencial. La recidiva local es frecuente si no están bien encapsulados o no son resecados totalmente. En

formas diferenciadas, la supervivencia alcanza tasas de 60-70% a los 5 años. La radioterapia postoperatoria (60-70 Gy) disminuye las tasas de recidiva local en formas no bien encapsuladas o poco diferenciadas.