



V-195 - CIRUGÍA COMPARTIMENTAL DERECHA POR LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL

Menéndez Jiménez de Zadava Lissón, Miriam; Hurtado Pardo, Luis; Navasquillo Tamarit, Mireia; Avelino González, Lourdes; Pérez Alonso, Carla; Hernando Sanz, Ana; Orbis Castellanos, Francisco; López Andújar, Rafael

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción: Los sarcomas retroperitoneales son un grupo de tumores poco frecuentes que suelen producir diseminación local más que a distancia y que suelen tener poca capacidad de infiltración de estructuras pero si crecen desplazando y envolviendo las estructuras que les rodean. La respuesta a tratamientos sistémicos es escasa, sobre todo en aquellos que son de bajo grado (G1 y G2), por esto el tratamiento de elección en este tipo de tumores es la resección quirúrgica completa (R0).

Caso clínico: Hombre de 51 años con antecedentes de infarto agudo de miocardio hace 25 años, asintomático desde entonces, que consulta por dolor abdominal de varias semanas de evolución sin otra clínica asociada. En las pruebas de imagen se objetivaban 3 masas sólidas retroperitoneales de 11 cm, 10 cm y 4 cm respectivamente que engloban el riñón derecho y desplazan el ciego y colon ascendente. Las lesiones son heterogéneas y con áreas de necrosis por lo que plantean el diagnóstico de sarcoma retroperitoneal, la biopsia bajo control ecográfico de una de las lesiones confirma el diagnóstico de liposarcoma retroperitoneal de alto grado. En Comité multidisciplinar se decide resección radical de las lesiones. Se realiza una cirugía compartimental derecha extirpando en bloque las lesiones descritas así como el riñón derecho y una hemicolectomía derecha. El abordaje se realiza mediante una laparotomía media supra e infraumbilical que se completa con una laparotomía subcostal derecha. Intraoperatoriamente se objetiva afectación del borde lateral duodenal por lo que se extirpa junto con la lesión una pastilla de duodeno, así como una afectación del borde inferior hepático realizando una pequeña resección hepática subcapsular. Como límite superior de la resección nos encontramos el hígado; el borde posterior de la resección es la pared abdominal posterior y el músculo psoas derecho, respetando el plexo lumbar; el borde medial corresponde al duodeno y a la cava infradiafragmática realizando una sección de la vena y la arteria renal derecha; el borde lateral incluye el peritoneo parietal y el borde inferior se extiende hasta la entrada en la pelvis con sección de los vasos gonadales, el conducto deferente y el uréter. Una vez extraída la pieza se realiza una duodenorrafia de la lesión duodenal, una anastomosis ileocólica latero-lateral isoperistáltica y se deja un hemostático en el lecho de la duodenorrafia y de la resección hepática. Se coloca un drenaje tipo Jackson-Pratt abarcando toda la zona de resección y con su extremo perianastomótico y se realiza un cierre por planos. El curso posoperatorio es bueno sin complicaciones inmediatas y siendo alta el 6º día posoperatorio. El paciente presentó cuadro autolimitado de vómitos una semana tras el alta hospitalaria que no precisó ingreso. La anatomía patológica describe un liposarcoma desdiferenciado G2.

Discusión: El éxito de la cirugía en este tipo de tumores recae en una cirugía radical, con una extracción del tumor en bloque y con unos márgenes libres de infiltración tumoral evitando al máximo la manipulación del

tumor ya que presenta una gran tendencia a la recidiva local.