



V-143 - CIRUGÍA COMPARTIMENTAL RETROPERITONEAL DERECHA SECUNDARIA A UN LIPOSARCOMA DESDIFERENCIADO GIGANTE: ABORDAJE DOWN-TO-UP

Marrero-Marrero, Patricia¹; Delgado-Plasencia, Luciano J.¹; Asencio-Pascual, José Manuel²; Tuñón-Fequant, Carlota¹; Rodríguez-Castellano, Desiree¹; Hernández-Oramas, Claudia¹

¹Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna; ²Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción: El liposarcoma es el tumor mesenquimal más frecuente en el retroperitoneo. Su resección en bloque con las estructuras que contactan con él, aunque no estén infiltradas, es la técnica de referencia para intentar minimizar el riesgo de recidivas locorregionales. La principal dificultad técnica la constituyen su gran tamaño y los límites imprecisos del compartimento donde crece. En 2021, se publica el Consenso del Transatlantic Retroperitoneal Sarcoma Working Group (TARPSWG, 2021) que estandariza los pasos de la técnica quirúrgica. Sin embargo, en tumores muy voluminosos, puede ser necesario una modificación en el “orden” de la técnica sin afectar a los resultados oncológicos. Se presenta el abordaje quirúrgico *Down-to-up* de un liposarcoma desdiferenciado retroperitoneal derecho gigante.

Caso clínico: Varón 69 años, sin antecedentes personales de interés, refiere 9 meses de evolución de aumento progresivo del perímetro abdominal, a expensas del hemiabdomen derecho, astenia y anorexia sin alteración del tránsito intestinal. La exploración física revela una tumoración de aproximadamente 30 × 20 cm localizada en el hemiabdomen derecho, de consistencia dura, no móvil y con signo de la “oleada” negativo. ECOG 2. Analítica: anemia microcítica hipocrómica y desnutrición proteica moderadas. Tomografía axial computarizada abdomino-pélvica con contraste intravenoso: masa heterogénea de origen retroperitoneal derecho que ocupa la práctica totalidad del hemiabdomen ipsilateral, sólida, con cambios necróticos, que desplaza contralateralmente la cabeza pancreática y 1.^a-2.^a porción duodenales sin poder descartar infiltración de los mismos, pierde planos con la vena cava inferior (VCI) en un segmento de 3-4 cm a nivel del origen de las venas renales, no pudiendo tampoco descartar invasión a dicho nivel. Resto de las estructuras intraabdominales desplazadas pero no infiltradas. BAG-ecoguiado: proliferación tumoral mesenquimal fusocelular y mixoide; Inmunohistoquímica: STAT 6-; DOG1-; FISH del gen MDM2: amplificado. Estudio de extensión: negativo. Comité Multidisciplinar: Cirugía compartimental retroperitoneal derecha. Intraoperatoriamente y, en primer lugar, se descartó la infiltración del bloque duodeno-pancreático, principal factor limitante de la posibilidad de exéresis en bloque de la tumoración dado el estado basal del paciente. Se prosiguió con el control proximal de la VCI infrahepática-suprarrenal y vena ilíaca común derecha. Se confirmó la ausencia de infiltración tumoral de los vasos ilíacos derechos y se comenzó con una disección *Down-to-Up*, identificando el área de 3-4 cm de VCI- a nivel de la desembocadura de las venas renales- en íntimo contacto con la tumoración pero sin ser infiltrada. Se procedió al clampaje de la VCI infrahepática suprarrenal e infrarrenal y de la vena renal izquierda y se procedió a disecar y liberar dicho fragmento de la VCI, sin incidencias. Se continuó con la técnica quirúrgica estandarizada del TARPSWG, sin eventualidades. Posoperatorio prolongado por complicaciones Clavien-Dindo II, siendo alta hospitalaria tras 16 días de la

intervención. Anatomía-patológica: Liposarcoma desdiferenciado, grado II (FNCLCC); márgenes quirúrgicos: R0. Estadificación, TNM: pT4 pN0 pMx.

Discusión: El abordaje *Down-To-Up* del liposarcoma retroperitoneal en el lado derecho puede ser necesario en tumores voluminosos que “cruzan” la línea media. Se presenta como una técnica reproducible en manos expertas sin afectar la calidad oncológica del procedimiento.