



P-748 - OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR LIPOSARCOMA PRIMARIO DE COLON, UNA MANIFESTACIÓN POCO FRECUENTE

Cancelas Felgueras, M^a Dolores; Bujalance Cabrera, Francisco Manuel; Estaire Gómez, Mercedes; Cervera Celadrán, Iria; Cagigal Ortega, Elima; García Domínguez, Antonio; Álvarez Cuiñas, Ana; Martín Ramiro, Javier

Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés.

Resumen

Introducción: Presentamos el caso de una obstrucción intestinal por un liposarcoma primario de colon. Los liposarcomas son neoplasias malignas de tejido blando poco frecuentes derivadas del tejido mesenquimal, siendo el bien diferenciado uno de los más frecuentes. Este se caracteriza por un crecimiento lento y bajo potencial de metástasis a distancia, considerándose agresivo por su capacidad de infiltración y compresión de estructuras vecinas. El diagnóstico de sospecha se realiza mediante TAC abdominopélvico, que muestra una masa bien definida con densidad grasa en su interior y compresión de estructuras adyacentes. Su localización más frecuente es el retroperitoneo y las extremidades, siendo el primario de colon un caso poco frecuente.

Caso clínico: Mujer de 62 años con antecedentes personales de hipotiroidismo y 2 cesáreas, que acudió a urgencias por ausencia de tránsito intestinal de 10 días de evolución, asociado a distensión abdominal, náuseas y vómitos. A la exploración física presentaba un abdomen distendido, blando y depresible, doloroso a la palpación generalizada con defensa local en fosa iliaca izquierda, sin masas ni megalías. Analíticamente destacó PCR 73, LDH 226 y 15.280 leucocitos. Ante la sospecha de obstrucción intestinal se realizó TAC abdomino-pélvico con contraste apreciándose dilatación de asas de intestino delgado y colon, con un ciego de 90 mm de diámetro, y lesión estenosante en sigma de 30 mm de longitud asociado a líquido libre entre asas y pelvis. La paciente fue ingresada para completar el estudio realizándose colonoscopia con toma de biopsias, y colocación de *stent* para la resolución del cuadro obstructivo y realizar cirugía programada posterior. En la colonoscopia la imagen no fue sugerente de neoplasia de sigma, y se descartó malignidad en las biopsias, siendo además los marcadores CEA y Ca 125 negativos. Debido al tamaño de la lesión y la imposibilidad de extirpación endoscópica se realizó cirugía programada preferente donde se identificó una masa en sigma estenosante, sin evidencia de enfermedad a distancia. Se realizó sigmoidectomía laparoscópica con anastomosis término-terminal mecánica, previo control de verde de indocianina. El curso posoperatorio fue favorable siendo dada de alta al 4º día. El diagnóstico anatomo patológico fue de liposarcoma primario colónico bien diferenciado.



Discusión: Aunque estos tumores presentan altas tasas de irresecabilidad, el tratamiento de elección es la extirpación en bloque y/o compartmental. La radioterapia preoperatoria ha demostrado un papel importante en el tratamiento de los sarcomas retroperitoneales, pero necesita de un diagnóstico anatomo-patológico previo a la cirugía. En caso de márgenes afectos o tumores irresecables se pueden beneficiar de radioterapia externa o intraoperatoria, controlando así su frecuente recurrencia local. Dado que nuestro caso fue bien diferenciado y R0 no preciso RT adyuvante, realizándose un seguimiento en consultas de cirugía general a los 3 meses de la intervención. El liposarcoma primario colónico es una neoplasia poco frecuente, y en nuestro caso de localización y clínica atípica, y dado su mal pronóstico debemos incluirla en el diagnóstico diferencial de masas obstructivas de colon.