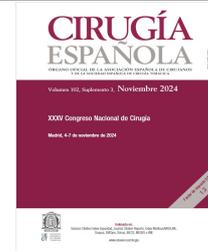




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-333 - LIPOSARCOMA PLEOMÓRFICO GIGANTE EN PARED TORÁCICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Rubiera Álvarez, Alba; Tacoronte Pérez, Sergio; Mañes Bonet, Nuria

Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna.

Resumen

Introducción: Los liposarcomas constituyen el 15% de los sarcomas, estos además se dividen histológicamente en 5 subtipos: bien diferenciado, mixoide, desdiferenciado, de células redondas y pleomórfico. Los liposarcomas pleomórficos (LP) conforman el 5% del total y se consideran uno de los subtipos más agresivos asociando una supervivencia media a los 5 años del 30-50%. Muchos LP son resistentes a la quimioterapia y no hay consenso en lo referente al beneficio de la radioterapia neoadyuvante, por lo que el tratamiento estándar consiste en la extirpación quirúrgica.

Caso clínico: Se trata de un paciente varón de 51 años con una masa de aproximadamente 10 cm de diámetro en pared torácica lateral derecha (sobre músculo dorsal ancho) con biopsia positiva para LP grado 3, sin signos de enfermedad a distancia. Se valora en el comité multidisciplinar de Sarcomas donde se decide iniciar tratamiento neoadyuvante y posteriormente realizar intervención quirúrgica. Inicia tratamiento quimioterápico con epirrubicina e ifosfamida, además de radioterapia concomitante. Durante la neoadyuvancia el paciente precisa de ingreso hospitalario por cistitis complicada, bacteriemia y toxicidad hematológica secundaria a la quimioterapia, entonces es valorado por Cirugía Torácica y debido al aumento de tamaño de la lesión (mayor de 15 cm en ese momento) a pesar del tratamiento neoadyuvante se decide adelantar intervención. En el procedimiento se realizó una incisión en ojal sobre el tumor y disección del mismo en toda su circunferencia a través del plano graso con aspecto macroscópico normal. Se liberó toda la lesión separando en su extremo inferior del músculo dorsal, seccionando unas fibras del mismo y en el margen anterior se separó de las fibras del músculo pectoral, seccionando a través de músculo sano. Se marcó el lecho con clips sobre la punta de la escápula. Además, en el borde inferior se reseccó un extremo de piel de aspecto más engrosado, se colocaron dos drenajes tipo redón. El posoperatorio evolucionó sin complicaciones, fue dado de alta a domicilio a los 2 días de la intervención con ambos redones y seguimiento ambulatorio. Con el resultado definitivo (pT4N0M0, extirpado en su totalidad con bordes libres y más del 90% con respuesta al tratamiento) se volvió a valorar en el comité y se decidió realizar seguimiento cada 3 meses con TC y análisis sanguíneo. Desafortunadamente, en el primer TC de control se observaron 3 nódulos pulmonares bilaterales sugestivos de progresión.

Discusión: En los LP es fundamental como opción curativa la exéresis completa de la tumoración con márgenes libres de enfermedad, aun así, se han descrito ciertos factores como son la edad mayor de 60 años, el alto índice de mitosis, el gran tamaño tumoral y la localización del tumor que asocian peores resultados. Los LP localizados en el tórax o en los pulmones, como es nuestro caso, parecen tener mayor riesgo de mortalidad que los que se encuentran en otras regiones. Se ha descrito que la radioterapia adyuvante puede mejorar los resultados y que es necesario el seguimiento estrecho posoperatorio.