



CARTA CIENTÍFICA

Liposarcoma retroperitoneal gigante con afectación renal: reporte de un caso y revisión de la literatura



A giant retroperitoneal liposarcoma with renal involvement: A case report and literature review

El liposarcoma retroperitoneal, con una incidencia de 2,5 por millón de personas, es un tumor poco frecuente, usualmente asintomático, que puede ser infra diagnosticado y desarrollarse hasta comprimir las estructuras circundantes¹.

Mujer de 65 años, sin antecedentes médicos, que a los 6 meses de una cirugía de cistocele acudió al hospital con distensión abdominal, saciedad precoz, pérdida de peso y presión en la cavidad abdominal en decúbito lateral izquierdo. En la exploración física se palpó una masa sólida abdominal de 15 × 20 cm. Se le realizó un análisis de sangre, una tomografía computarizada (TC) abdominal y una ecoendoscopia.

Los análisis de sangre revelaron una anemia con hemoglobina de 10,5 g/dl (11,5-16 g/dl), trombocitosis 422.000/ μ l (130.000-450.000/ μ l), proteína C reactiva elevada de 212 mg/dl (< 5) y una velocidad de eritrosedimentación de 105 mm/h (hasta 20 mm/h).

La TC abdominal con contraste evidenció una masa abdominal de 14 cm × 23 cm encapsulada, heterogénea y con calcificaciones, que se encontraba en contacto con la cola del páncreas, el bazo y el riñón izquierdo (fig. 1). Presentaba una adenopatía aislada en la región hepatopancreática de 15 mm, con escasa cantidad de líquido libre en la pelvis. La ecoendoscopia (5-7 MHz) mostró una gran masa sólida, retrogástrica, heterogénea, vascularizada y polilobulada. Se realizó una punción-aspiración con agua de biopsia, Shark-Core 22G (2 pases) guiada por ecoendoscopia para la obtención de material para estudio histológico. La muestra histológica sugirió un tumor mesenquimal de tipo estromal gástrico, con fibroblastos, abundantes células linfoplasmocíticas y, ocasionalmente, células histiocíticas. No fue posible efectuar inmunohistoquímica (IHQ).

Se realizó una resección completa del tumor mediante laparoscopia. El tumor se encontró adherido al riñón izquierdo, por lo que se procedió a realizar una nefrectomía, esplenectomía y una ligadura de la arteria renal y

ovárica. Debido a su inserción en el diafragma, se realizó la reconstrucción del diafragma izquierdo y la colocación de un drenaje pleural. Durante la cirugía, la paciente requirió una transfusión de sangre.

La pieza extraída presentó una masa media de 30 × 23 × 16 cm y un peso de 5.330 g. El estudio histológico mostró una neoplasia mesenquimal con patrón fusiforme y células con marcado pleomorfismo. El estudio de IHQ fue positivo para vimentina y S-100, y negativo para desmina, actina y CD34; todo ello altamente sugestivo de liposarcoma pleomórfico. El riñón estaba parcialmente infiltrado por la neoplasia, mientras que el uréter y el bazo mostraban ausencia de signos histológicos de malignidad. La paciente fue valorada por el servicio de Oncología, sin observarse recidiva tumoral en la TC abdominal con contraste posterior a la cirugía, ni en la realizada a los 6 meses de seguimiento.

El liposarcoma es el sarcoma retroperitoneal más común. Su incidencia es mayor entre los 40 a 60 años de edad y se presenta en una proporción de 1:1 entre ambos sexos². Se clasifica en 4 subtipos: indiferenciado, pleomórfico, bien diferenciado y mixoide³. Los tipos indiferenciado y pleomórfico son neoplasias con alto grado de malignidad, mientras que los bien diferenciados y los de tipo mixoide son tumores con bajo grado de malignidad.

La TC abdominal con contraste es la prueba de imagen de elección para este tipo de tumores, la resonancia magnética se reserva para los casos en los que se sospecha afectación muscular, ósea o enfermedad pélvica. La biopsia percutánea con aguja gruesa es el estándar de oro para su diagnóstico. Ocasionalmente, las lesiones no son accesibles o tienen un alto riesgo de complicaciones durante la realización de la biopsia, por lo que el diagnóstico diferencial basado en la imagen se vuelve crucial. Debido a la variabilidad del grado tumoral, la FDG-PET/TC no tiene un papel rutinario, solo es útil cuando se detectan anomalías pulmonares en la TC⁴.

La cirugía sigue siendo el pilar del tratamiento de los sarcomas retroperitoneales. En la mayoría de los casos es necesario reseccionar uno o más órganos junto con el tumor para lograr una resección completa. Con frecuencia, el hemicolon ipsilateral y el riñón se resecan «en bloque» con el tumor. Si la cirugía es técnicamente un desafío para lograr márgenes de resección claros, se puede considerar la radioterapia o la terapia sistémica para mejorar el control local⁵.

En conclusión, el sarcoma retroperitoneal es un tumor poco frecuente, siendo el liposarcoma el tipo histológico más común. La ausencia de síntomas específicos dificulta

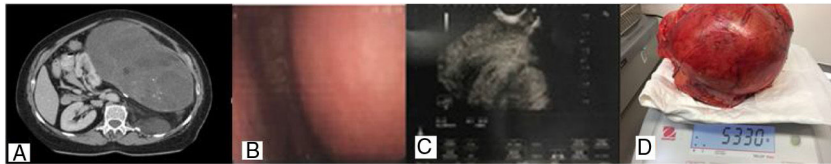


Figura 1 Liposarcoma retroperitoneal visto por TC (A), por endoscopia (B), por ecoendoscopia con PAAB (C) y pieza quirúrgica (D).

su diagnóstico y las manifestaciones clínicas se producen por la compresión de los órganos adyacentes. La resección quirúrgica completa es el tratamiento de elección.

Bibliografía

1. Zhang WD, Liu DR, Que RS, Zhou B, Zhan CN, Zhao JG, et al. Management of retroperitoneal liposarcoma: A case report and review of the literature. *Oncology letters*. 2015;10:405–9.
2. Hashimoto Y, Hatakeyama S, Tachiwada T. Surgical treatment of a giant liposarcoma in a Japanese man. *Adv Urol*. 2010;2010:943073.
3. Crago M, Singer S. Clinical and molecular approaches to well differentiated and dedifferentiated liposarcoma. *Curr Opin Oncol*. 2011;23:373–8.
4. Kim EY, Kim SJ, Choi D. Recurrence of retroperitoneal liposarcoma: Imaging findings and growth rates at follow-up CT. *Am J Roentgenol*. 2008;191:1841–6.
5. Messiou C, Moskovic E, Vanel D. Primary retroperitoneal soft tissue sarcoma: Imaging appearances, pitfalls and diagnostic algorithm. *Eur J Surg Oncol*. 2016;43:1191–8.

Andrea Montenegro^{a,*}, Modesto Varas^a, Elena Sánchez-Vizcaíno^b, Javier Naval^c, Carmen Loras^d y Ramón Abad^a

^a *Unidad de Endoscopia y Departamento de Gastroenterología, Hospital CIMA Sanitas, Barcelona, España*

^b *Unidad de Investigación Clínica, Unidad de Endoscopia y Departamento de Gastroenterología, Hospital CIMA Sanitas, Barcelona, España*

^c *Unidad de Cirugía, Hospital CIMA Sanitas, Barcelona, España*

^d *Unidad de Endoscopia y Departamento de Gastroenterología, Centro Médico Teknon, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: andrea.montenegro.a@gmail.com (A. Montenegro).