

LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL GIGANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Erick Santa Eulalia Mainegra* / Gloria Martínez Sanz**

*Médico Residente de Radiodiagnóstico. HOP. Teruel.

**Médico Especialista de Radiodiagnóstico. HOP. Teruel.

El liposarcoma es un tumor maligno de origen mesodérmico derivado del tejido adiposo, y supone la variedad más frecuente dentro de los sarcomas de partes blandas del retroperitoneo, si bien estos en general son neoplasias poco frecuentes. Su crecimiento es lento y silente siendo su síntoma más frecuente el dolor abdominal difuso y su signo más específico el aumento paulatino del perímetro abdominal. Pueden llegar a alcanzar un tamaño considerable e involucrar por afectación directa o por compresión a varios órganos intrabdominales.

La técnica de imagen de elección es la Tomografía Computarizada, que permite caracterizar la lesión y sus relaciones anatómicas con estructuras y órganos vecinos. Generalmente se realiza una ecografía previa y en casos de duda diagnóstica se puede complementar con un estudio por Resonancia Magnética. El diagnóstico definitivo se realizará mediante biopsia, generalmente guiada por pruebas de imágenes.

La diseminación metastásica es poco frecuente y cuando ocurre suele ser por vía hema-

tógena, fundamentalmente a hígado y pulmón. El tratamiento de elección es la cirugía radical, siendo necesaria la resección completa, en lo posible, con márgenes quirúrgicos amplios, ya que el mayor problema en la supervivencia de estos pacientes es la alta tendencia a la recidiva local. No está claro que la quimioterapia y la radioterapia intra o postoperatoria mejoren el pronóstico de estos tumores, sobre todo en cuanto a evitar las recidivas.

La supervivencia está determinada por el grado de resección tumoral, el grado histológico y la presencia o no de metástasis. En casos de irresecabilidad puede utilizarse radioterapia o quimioterapia como tratamientos adyuvantes, con resultados inciertos. La principal razón de irresecabilidad suele ser la afectación vascular extensa, la presencia de implantes peritoneales o de enfermedad metastásica.

Presentamos el caso de un paciente de 66 años que acude al médico de atención primaria aquejado de astenia y pérdida de apetito. Al examen físico se constató un abdomen globuloso de consistencia dura difusamente sin poder definirse claramente masa.

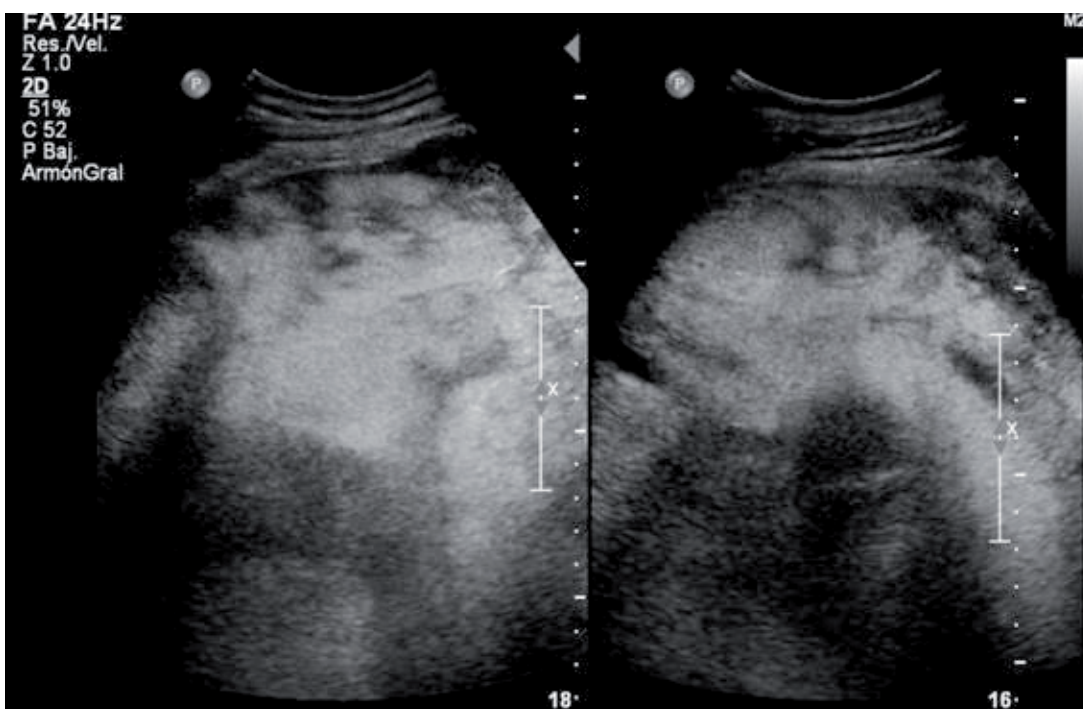


Fig. 1. Ecografía abdominal.

En el estudio ecográfico abdominal realizado se aprecia extensa ocupación de todo el hemiabdomen derecho por tumoración sólida de ecoestructura heterogénea, predominantemente hiperecogénica que desplaza el hígado hacia el hipocondrio izquierdo y que por su volumen impide la correcta visualización del riñón derecho y área pancreática (Fig. 1).

En estudio por Tomografía Computarizada se comprueba la presencia de voluminosa masa retroperitoneal de aproximadamente 24 x 23 x 25 cm con márgenes mal definidos, que ocupa el hemiabdomen derecho desde la región subdiafragmática hasta el área infraumbilical.

La tumoración presenta un componente predominantemente sólido con densidad heterogénea, que incluye zonas de baja densidad, en el rango de los tejidos grasos, entremezcladas con otras más densas que no se modifican tras la administración del contraste intravenoso.

Produce a su vez, un marcado desplazamiento del hígado, páncreas, vasos retroperitoneales, riñón derecho y su pedículo vascular (desplazado anteriormente junto con la vena cava inferior, que se observa comprimida). No se identifica plano de separación con los órganos vecinos, existiendo una extensión hacia la región dorsal, con infiltración de la pared y de los planos musculares.

Es visible una lesión nodular de 10 mm en lóbulo inferior izquierdo pulmonar (Fig. 2, 3 y 4).

Se realiza biopsia guiada por TC obteniéndose el diagnóstico de liposarcoma bien diferenciado.

El paciente es intervenido quirúrgicamente días después (extirpación en bloque de la masa retroperitoneal y nefrectomía derecha).

El diagnóstico anatomopatológico definitivo fue liposarcoma mixto tipo mixoide asociado a liposarcoma bien diferenciado y zonas de diferenciación de bajo grado, asociando afectación renal por dicha tumoración.

BIBLIOGRAFÍA

1. SERAM. Patología suprarrenal y retroperitoneal. En: del Cura J L, Pedraza S, Gayete A. Radiología esencial. Madrid: Ed Panamericana. 2009. p.617-31.
2. Pascual Samaniego M, González Fajardo JA, Fernández

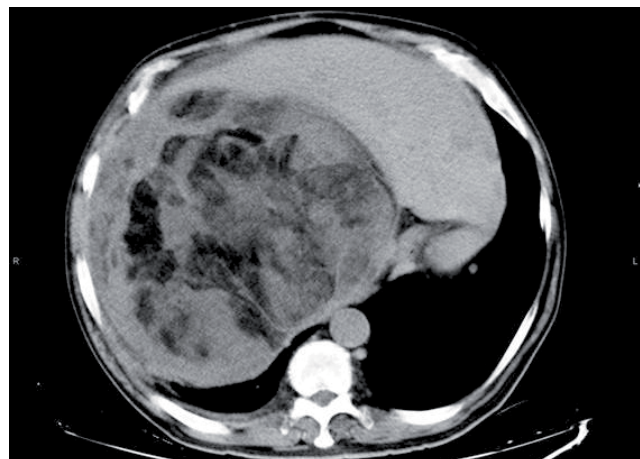


Fig. 2. TC abdominal.

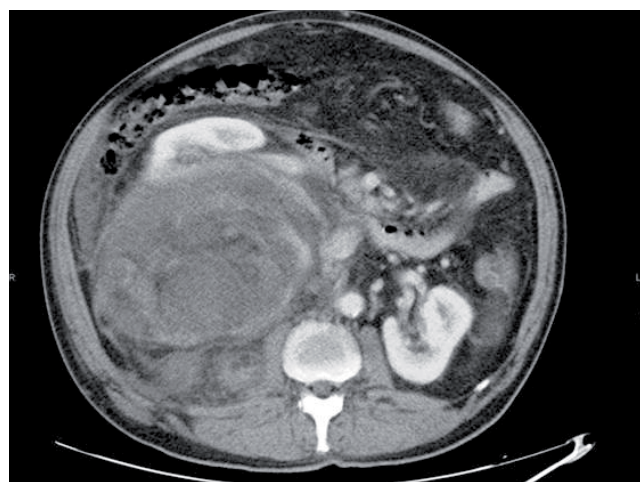


Fig. 3. TC abdominal.

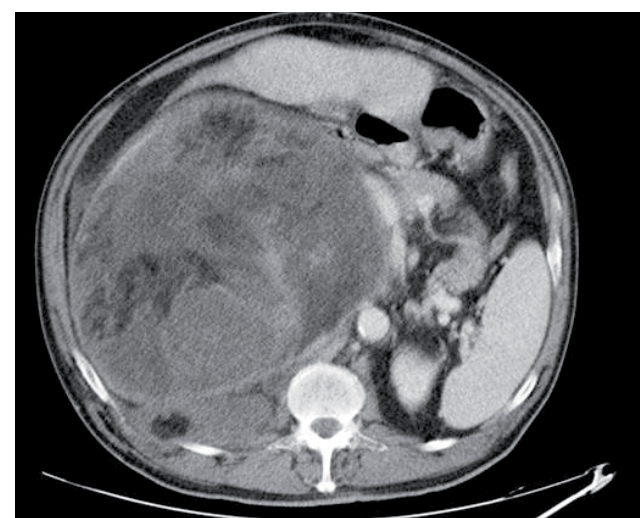


Fig. 4. TC abdominal.

de la Gándara F, et al. Liposarcoma retroperitoneal gigante. Actas Urol Esp. 2003; 27 (8): 640-644.

3. Ashok K.G, Richard H. C, Isaac R. F. CT of recurrent retroperitoneal sarcomas. AJR 2000; 174:1025-1030.
4. Lawrence W, Donegan WL, Natarajan N. Adult soft tissue sarcomas. A pattern of care survey of the American College of Surgeons. Ann Surg. 1987; 205:349-59.