

LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL REPORTE DE CASO, REVISIÓN DE LA LITERATURA

Hector Quiñonez Sarmiento¹

RESUMEN

Paciente masculino de 58 años quien refiere aumento progresivo de la circunferencia abdominal asociado a dolor y pérdida de peso, masa palpable en hipocondrio derecho de aproximadamente 15 cm, el ultrasonido y la tomografía evidencian la presencia de Tumoración de 10cm que emerge del retroperitoneo y desplaza hacia la línea media al riñón derecho. Se realiza laparotomía exploradora con hallazgos de tumoración retroperitoneal de 10 x 12 cm en estrecha relación a la vena cava inferior que ejerce efecto de desplazamiento sobre riñón derecho, se realiza resección completa de Tumoración y se envía a biopsia definitiva. El tratamiento quirúrgico se complementa con radioterapia postoperatoria aspecto que se presenta como punto de controversia en el tratamiento de estas lesiones.

Palabras clave: Liposarcoma, Cirugía, Radioterapia.

ABSTRACT

Male patient of 58 years who regard progressive increase in waist circumference associated with pain and loss of weight, palpable mass in the right hypochondrium of approximately 15 cm, ultrasound and CT scan showed the presence of tumor of 10 cm in diameter that emerges from the retroperitoneum and moves toward the midline to the right kidney. Exploratory laparotomy was performed with findings of retroperitoneal tumor of 10 x 12 cm in close relation to the vena cava displacement effect exerted on right kidney is made complete resection of tumor and sent a definitive biopsy. Surgical treatment is supplemented by postoperative radiotherapy aspect presented as a point of controversy in the treatment of these injuries.

Keywords: Liposarcoma, Surgery, Radiotherapy.

INTRODUCCIÓN

Los sarcomas retroperitoneales se originan de células derivadas del mesodermo espláncnico ubicado en el área dorsal de la cavidad celómica por debajo del nivel del "septum transversum". Es una patología poco frecuente, se

cuenta con informes de que la tasa de incidencia internacional oscila de 1,8 a 5 por cada 100.000 por año⁽¹⁾. Los sarcomas de localización retroperitoneal constituyen el 15-20 % de los sarcomas de partes blandas⁽¹⁻²⁾. Valorando los tumores retroperitoneales primarios de origen extraviscerales los sarcomas constituyen el 50% de los mismos⁽¹⁻²⁾. Existen diferentes tipos histológicos de sarcomas retroperitoneales, como lo son: liposarcoma, leiomiomasarcoma, fibrosarcoma, rabdomiosarcoma, histiocitoma fibrosomaligno; predominando ampliamente los liposarcomas⁽²⁾. Los cuales se presentan con mayor frecuencia en espacios viscerales, muy especialmente en el retroperitoneo⁽³⁾.

Descripción del caso

Paciente masculino de 58 años de edad quien con enfermedad actual de 12 meses de evolución caracterizada por presentar aumento de volumen de la circunferencia abdominal que se asocia con dolor abdominal en hipocondrio derecho de carácter punzante presentando como concomitantes hiporexia y pérdida de peso de 10Kg. Paciente refiere antecedente tabáquico acentuado. Al examen físico abdomen blando deprimible levemente doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho, se palpa masa adherida a planos profundos de bordes mal definidos de aproximadamente 15cm de diámetro de consistencia dura que no se moviliza con los movimientos respiratorios.

Se realizaron exámenes de laboratorio que reportaron valores: Leu 5.4x10⁹ g/dl, Hb 11,6g/dl Plaquetas 300x10⁹g/dl, HTC 38%, glicemia 100 mg%, creatinina 0,89 mg% TGO 35UI/L, TGP 26UI/L, fosfatasa alcalina 30UI/L Na138meq/l, K 3.5meq/l, Cl 102meq/l, se realizó ultrasonido abdominal que reporta una imagen hipoecoica de 8x5x7 que desplaza al riñón derecho. Se realizó Tomografía (TAC) con contraste (figuras 1,2) la cual reporta lesión ocupante de espacio de 10x8x9cm que impresiona emerger del borde de hemidiafragma derecho con plano de clivaje con el riñón derecho pero desplazándolo hacia línea media, la Tomografía (TAC) de tórax (figura 3) descarta la relación con el diafragma y se

¹ Adjunto de Servicio Cirugía I Hospital Universitario de Caracas. hectorquinonez@hotmail.com

Recibido: 13.05.2013

Aprobado: 28.11.2013

logra evidenciar que la misma emerge desde el retro peritoneo, se completa el preoperatorio sin evidencias de otra lesiones se planifica turno quirúrgico con el diagnóstico de Tumor Retroperitoneal, se realiza laparotomía exploradora con hallazgos de Tu retroperitoneal de 12 cm firmemente adherido a vena renal derecha (figuras 4,5), se realiza resección de la lesión (figura 6) se envía para biopsia definitiva. Evolucionando satisfactoriamente inicia vía oral a las 24 horas y egresa a las 72 horas de realizada la cirugía. Se asocia esquema de radioterapia que se cumple en el postoperatorio. El reporte de anatomía patológica concluye la lesión como liposarcoma bien diferenciado. Luego de 18 meses de control no existe evidencia clínica y paraclínica de recurrencia de la enfermedad.

Figura 1. TAC Abdomen con evidencia de lesión Ocupante de espacio (LOE) en relación a vena cava y riñón derecho.



Figura 2. TAC abdomen ampliada donde se muestra LOE proveniente del retroperitoneo y su relación con estructuras vecinas.

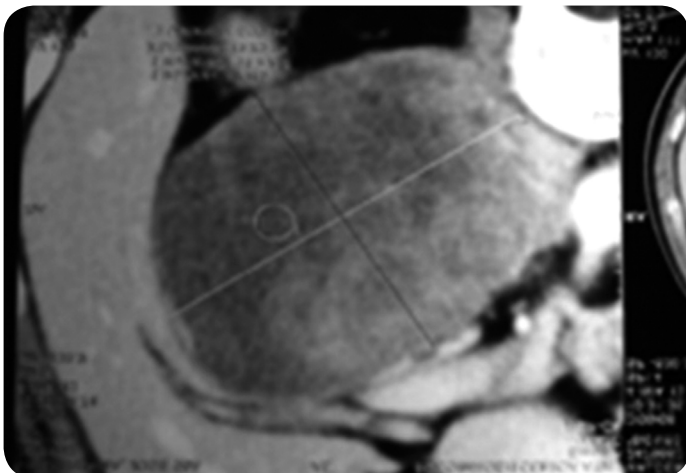


Figura 3. TAC de tórax sin lesiones Demostrables.

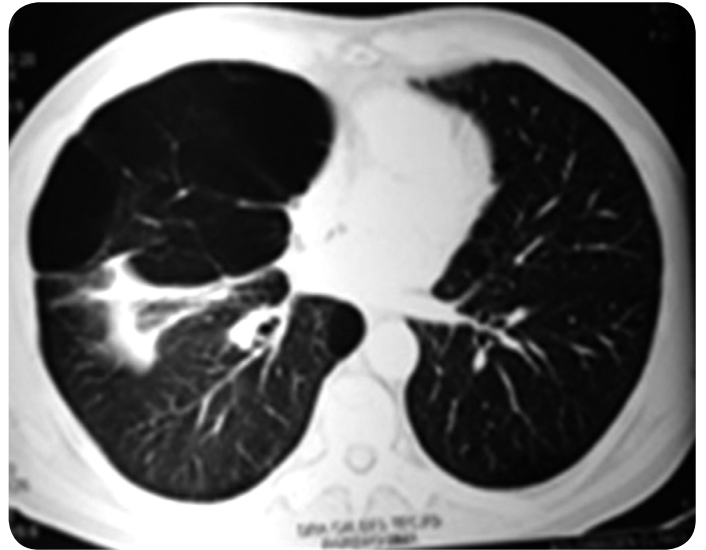


Figura 4. Hallazgo operatorio de lesión Retroperitoneal.

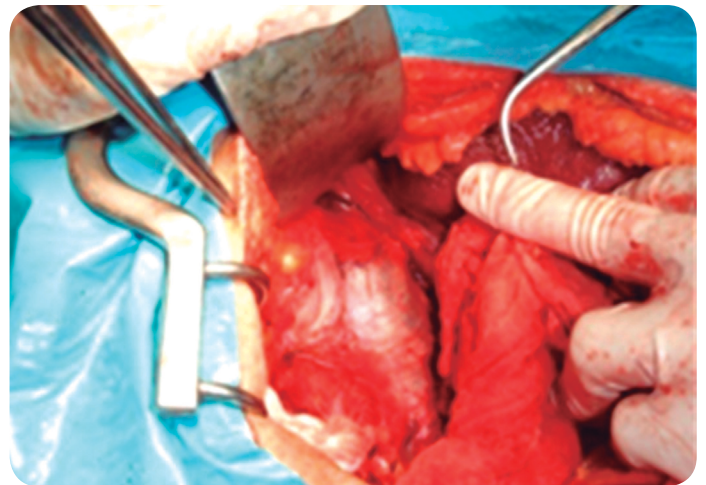
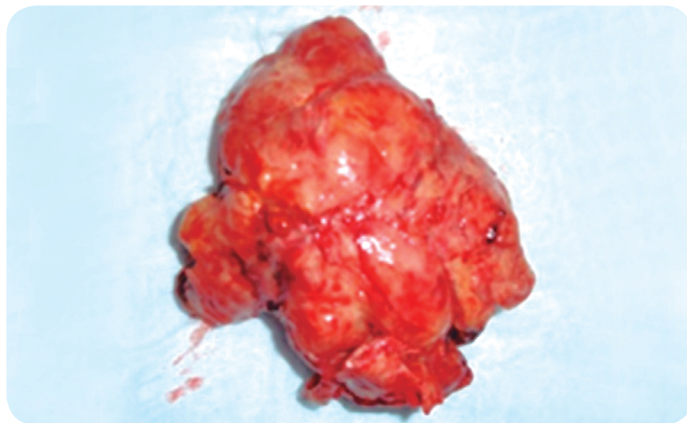


Figura 5. Lesión retroperitoneal expuesta posterior a disección intraoperatoria.



Figura 6. Pieza quirúrgica extraída.

DISCUSIÓN

Aunque con terapia combinada, que incluye cirugía y radioterapia, se han alcanzado tasas de control local del 85-90%⁽⁴⁾, el momento de aplicación de la radioterapia, antes o después de la cirugía, continúa siendo un aspecto controversial. La radiación preoperatoria tiene la ventaja de permitir el suministro de menores dosis en un campo más reducido. Además, el tumor puede disminuir realmente de tamaño tras su aplicación, haciendo más factible técnicamente la cirugía. En contrapartida, las complicaciones quirúrgicas se incrementan, especialmente las relacionadas con el área de incisión. Pollak et al 1998 han publicado complicaciones en la cicatrización de la herida quirúrgica del 25%, frente al 6% observado en los pacientes que recibieron tratamiento radioterápico postoperatorio. Se ha sugerido, no obstante, que la mejora en el pronóstico oncológico de los pacientes con liposarcomas y la disminución de la incidencia de complicaciones tardías permanentes justificaría el uso de la radioterapia preoperatoria, a pesar de la mayor tasa de complicaciones⁽⁵⁻⁶⁾. El papel de la quimioterapia en el tratamiento del liposarcoma continúa siendo controvertido; de forma óptima, su utilización debe valorarse en cada caso individual. En relación al liposarcoma, lo comúnmente aceptado es que el comportamiento de un tumor en concreto depende del subtipo histológico de éste⁽⁷⁾. Los liposarcomas bien diferenciados tratados con cirugía y radioterapia perioperatoria antes o después de la cirugía tienen una tasa de recidiva local inferior al 10% y un índice de metástasis muy cercano al 0%⁽⁸⁻⁹⁾. Por el contrario, los liposarcomas pleomórficos recaen en un tercio de los casos y se diseminan en un 40%. Las tasas de supervivencia a los 5 y 10 años para los pacientes con liposarcomas son del 100% y del 87% respectivamente para la variante bien diferenciada 88%, 76% para el tipo mixoide, 56% al 39% para la variante pleomórfica⁽⁹⁾.

En el caso presentado se logra una resección de toda la lesión retroperitoneal que de acuerdo al reporte de anatomía patológica correspondía a una variedad bien diferenciada de liposarcoma, además de esto se decide dar radioterapia postoperatoria sin ningún esquema de quimioterapia asociado a la misma. En el seguimiento postoperatorio a los 18 meses de control no existen evidencias de recurrencia de la enfermedad.

Anatomía Patológica: microscópicamente se evidencia proliferación adipocítica con variación del tamaño celular y con abundantes lipoblastos, estas células expresan S100. Concluido como liposarcoma bien diferenciado de tipo esclerosante.

REFERENCIAS

1. Wibmer C, Leithner A, Zielonke N, Sperl M, Windhager R. Increasing incidence rates of soft tissue sarcomas? A population-based epidemiologic study and literature review. *Ann Oncol.* 2010 May;21(5):1106-11. doi: 10.1093/annonc/mdp415. Epub 2009 Oct 25.
2. Enzinger FM, Weiss SW. *Soft tissue tumors.* 4th ed. ST. Louis: Mosby Year Book, 2001.
3. Peterson JJ, Kransdorf MJ, Bancroft LW, O'Connor MI. Malignant fatty tumors: classification, clinical course, imaging appearance and treatment. *Skeletal Radiol.* 2003 Sep;32(9):493-503.
4. Singer S, Antonesur C, Riedel E, Brennan M. Histologic Subtype and margin of resection predict pattern of recurrence and survival for retroperitoneal liposarcoma. *Ann Surg.* 2003;238(3): 358-371.
5. Pollack A, Zagars GK, Goswitz MS, Pollock RA, Feig BW, Pisters PW. Preoperative vs. postoperative radiotherapy in the treatment of soft tissue sarcomas: a matter of presentation. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1998 Oct 1;42(3):563-72.
6. Layfield LJ. *Cytopathology of Bone and Soft Tissue Tumors.* New York: Oxford University Press; 2002. P. 71-88.
7. Lewis JJ, Brennan MF. *Soft tissue sarcomas.* *Curr Probl Surg.* 1996 Oct;33(10):817-872.
8. Linehan DC, Lewis JJ, Leung D, Brennan MF. Influence of biologic factors and anatomic site in completely resected Liposarcoma. *J Clin Oncol.* 2000;18(8):1637-1643.
9. Pearlstone DB, Pisters PW, Bold RJ, Feig BW, Hunt KK, Yasko AW. Patterns of recurrence in extremity Liposarcoma: implications for staging and follow-up. *Cancer.* 1999 Jan 1;85(1):85-92.
10. Pisters PW, Leung DH, Woodruff J, Shi W, Brennan MF. Analysis of prognostic factors in 1,041 patients with localized soft tissue sarcomas of the extremities. *J Clin Oncol* 1996; 14(5):1679-1689.
11. Robinson E, Neugut AI, Wylie P. Clinical aspects of postirradiation sarcomas. *J Natl Cancer Inst.* 1988;80(4):233-40.