

Liposarcoma retroperitoneal gigante: a propósito de un caso

Dres Andrés Julián Vanrell,¹ Juan Peralta,² Andrés Saez,³
Alexander Ballesteros Ospina⁴

¹ Jefe de División Diagnóstico por Imágenes. Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú. Docente Adscripto Cátedra de Diagnóstico por Imágenes, UBA. Director Asociado Subsede Hospital Tornú. Carrera de Especialistas en Diagnóstico por Imágenes, UBA. Director Centro Formador Carrera de Posgrado de Médicos Especialistas en Diagnóstico por Imágenes de la Universidad del Salvador. Encargado académico, Carrera Especialistas en Diagnóstico por Imágenes. Sociedad Argentina de Radiología, Ministerio Salud de la Nación.

² Médico de planta. Sector Tomografía Computada Multislice.

³ Médico de planta. Encargado de Intervencionismo Guiado por Imágenes, en el Sector Tomografía Computada Multislice y Ecografía.

⁴ Médico en formación de la Carrera de Posgrado de Especialistas en Diagnóstico por Imágenes de la Universidad del Salvador.

Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Paciente masculino de 48 años con antecedente de hipertensión, que consulta por dolor abdominal difuso continuo, anorexia y aumento progresivo del perímetro abdominal. Al examen por TC se observa importante formación sólida heterogénea de densidad predominantemente grasa, que ocupa la casi totalidad del abdomen con desplazamiento de estructuras del abdomen superior; luego de la administración de medio de contraste formación presenta además componente de densidad de partes blandas de aspecto vegetante con realce heterogéneo que infiltra el retroperitoneo. Luego de su recesión completa, se concluye con el diagnóstico de liposarcoma.

Palabras claves. Liposarcoma, tumor retroperitoneal, liposarcoma gigante retroperitoneal.

Correspondencia: Dr Andrés Julián Vanrell
Correo electrónico: jvanre@hotmail.com

Giant retroperitoneal liposarcoma: a case report

Summary

48 years old male patient with a history of hypertension, that consultation by diffuse abdominal pain continued, anorexia and progressive increase in the abdominal circumference. To review by TC is important training solid heterogeneous density predominantly fat that occupies almost the whole of the abdomen with displacement of structures in the upper abdomen, after the administration of contrast medium training is also a component of soft tissue density of vegetative aspect with heterogeneous enhancement that infiltrates the retroperitoneum, after his complete recession, it is concluded with the diagnosis of liposarcoma.

Key words. Liposarcoma, tumor retroperitoneal, giant retroperitoneal liposarcoma.

Introducción

Los tumores retroperitoneales son un grupo heterogéneo de neoplasias, 85% de los cuales son malignos. Dentro de los sarcomas de partes blandas, el liposarcoma representa entre un 7 y un 28% y, aunque globalmente solo supone el 0,1% de todas las neoplasias del organismo, es considerado el tumor retroperitoneal más frecuente, puesto que el linfoma como enfermedad generalizada no se considera propio del retroperitoneo en sentido estricto.

Materiales y métodos

Se realizó tomografía computada multisector (TCMD) de 16 canales, de abdomen y pelvis, con contraste endovenoso (EV) con equipo Toshiba Activion.

Se inyectó contraste iodado no iónico –ioversol 320– 125 ml (OPTIRAY NR) a una velocidad de 2,5 ml/seg. en vena antecubital, a través de bomba inyectora de un cabezal Optistat. Comienzo de las adquisiciones a los 40 seg. de iniciado el bolo EV, se complementa con reconstrucciones multiplaneres y ventanas para abdomen y pelvis.

Caso clínico

Paciente masculino de 48 años con antecedente de hipertensión, que consulta por dolor abdominal difuso continuo, anorexia y aumento progresivo del perímetro abdominal.

Hallazgos imagenológicos

Se observa importante formación sólida heterogénea de densidad predominantemente grasa que ocupa la casi totalidad del abdomen, con desplazamiento de estructuras del abdomen superior hacia cefálico y estructuras intestinales hacia flanco izquierdo.

Dicha formación presenta además componente de densidad de partes blandas de aspecto vegetante, con realce heterogéneo luego de la administración de contraste endovenoso, que mide 12 x 12 cm, y se ubica a nivel del abdomen superior. El componente grasa infiltra el retroperitoneo y se extiende hacia la región pelviana. (Figuras 1, 2 y 3).

Figura 1. Tomografía computada multidetector (TCMD) de abdomen y pelvis con contraste endovenoso. Se evidencia formación sólida heterogénea de densidad predominantemente grasa con desplazamiento de estructuras adyacentes asociado a componente de densidad de partes blandas de aspecto vegetante con realce heterogéneo.

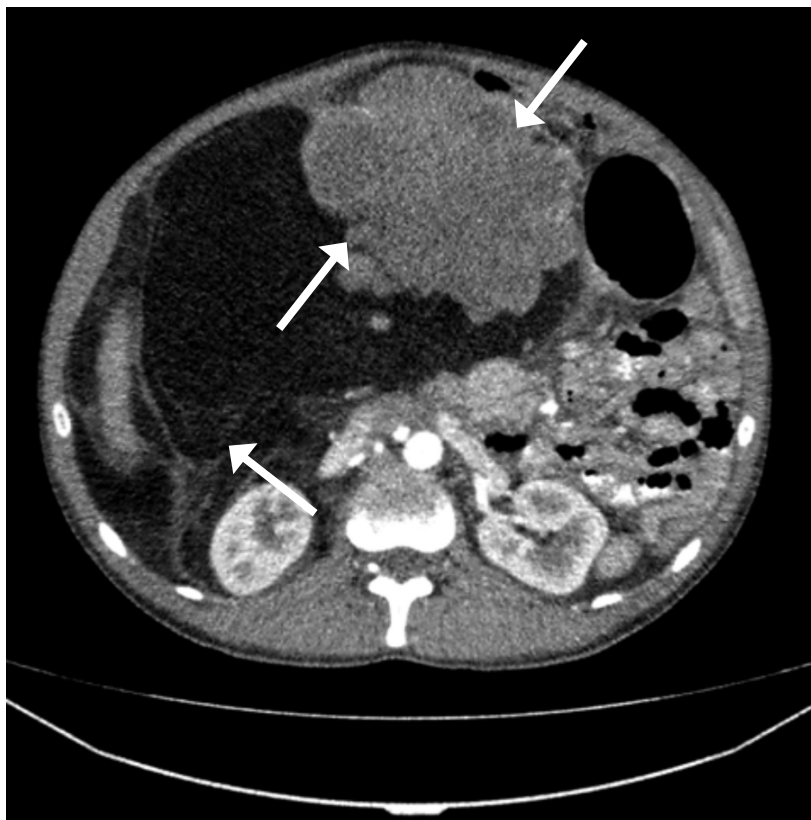


Figura 2. Tomografía computada multidetector (TCMD) de abdomen y pelvis con contraste endovenoso. Se evidencia formación sólida heterogénea de densidad predominantemente grasa con desplazamiento de estructuras adyacentes asociado a componente de densidad de partes blandas de aspecto vegetante con realce heterogéneo.

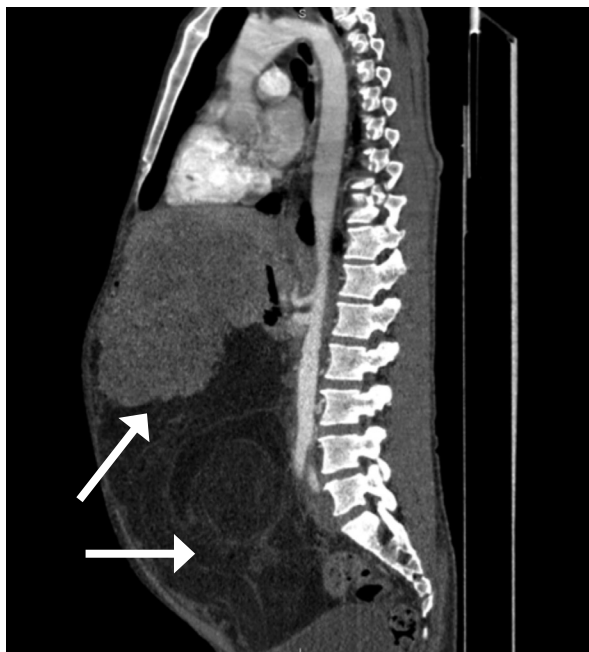


Figura 3. Tomografía computada multidetector (TCMD) de abdomen y pelvis con contraste endovenoso. Se evidencia formación sólida heterogénea de densidad predominantemente grasa con desplazamiento de estructuras adyacentes asociado a componente de densidad de partes blandas de aspecto vegetante con realce heterogéneo.



Discusión

El liposarcoma es un tumor maligno de origen mesodérmico derivado del tejido adiposo.^{1,2} Presenta unas características propias en relación con su localización profunda y su crecimiento lento y expansivo, alcanzando diámetros medios de 10 a 15 cm, con compromiso de los órganos vecinos en hasta un 80% de los casos.³

Los sarcomas retroperitoneales tienen diferente evolución clínica dependiendo de su subtipo histológico y grado. Los liposarcomas se dividen en 5 subtipos histopatológicos: bien diferenciados, mal diferenciados, mixoide, pleomorfo y mixtos.

Aunque los sarcomas retroperitoneales se pueden presentar a cualquier edad, el pico de incidencia es en la sexta década de la vida, y con un ligero predominio hacia los hombres.^{1,3,4} Los síntomas clínicos de los tumores retroperitoneales son inespecíficos. El dolor abdominal difuso es el más frecuente. Otros síntomas incluyen enfermedad neurológica por extensión o compresión directa en aproximadamente el 30%, así como síntomas generales que incluyen pérdida de peso, náuseas, vómitos, varices en extremidades inferiores y, menos frecuentes, edema en aproximadamente el 10% de los casos. La presencia de edema de muslos o varicocele indica obstrucción

venosa o linfática. Los pacientes que tienen síntomas por largos períodos de tiempo sin un diagnóstico tienen peor pronóstico y una supervivencia libre de recurrencia menor.

El protocolo de estudio para pacientes con tumores retroperitoneales incluye radiología convencional, ultrasonido, tomografía computarizada, resonancia magnética.^{5,6}

La tomografía computarizada de abdomen con contraste endovenoso es el mejor método de elección para evaluar el potencial de reseccabilidad del tumor; establece el origen retroperitoneal del tumor, el grado de necrosis y la extensión de la enfermedad.

No es recomendable realizar biopsias percutáneas de la tumoración, únicamente en el caso de sospecha que la masa retroperitoneal sea un linfoma. El diagnóstico histológico suele establecerse mediante estudio histológico transoperatorio o hasta el estudio definitivo de la pieza quirúrgica. En los sarcomas retroperitoneales, la resección parcial no ofrece ventaja en comparación con la no resección

respecto de la supervivencia, excepto en pacientes con liposarcomas, particularmente en liposarcomas bien diferenciados. Una resección quirúrgica total amplia es el pilar del tratamiento para el sarcoma retroperitoneal.^{6,7} Los resultados de la cirugía son ligeramente inferiores de aquellos sarcomas de extremidades debido al gran tamaño en el momento de la presentación y a la dificultad resecando el tumor, debido a su localización anatómica. Tratamientos adyuvantes y neoadyuvantes, con quimioterapia o radioterapia, tampoco han mostrado ningún beneficio consistente.⁸

La recurrencia local es la principal causa de muerte. El índice de recurrencia local a 5 años se encuentra en el 46% en promedio. Si bien la recurrencia disminuye la supervivencia, una resección adecuada está asociada con una supervivencia mejorada, y aun así la cirugía se prefiere para una enfermedad recurrente.⁹

Conclusión

Los liposarcomas son tumores en los que suele haber dificultades en el manejo, debido a un índice alto de irreseabilidad, patrón de recurrencia elevado, ineficacia en el empleo de tratamientos adyuvantes que impacten en la sobrevida, y el control local. El grado del tumor y la resección completa son variables pronósticas importantes.

La tomografía computarizada de abdomen es el método de elección para evaluar el potencial de resecabilidad del tumor; establecer el origen retroperitoneal, el grado de necrosis y la extensión de la enfermedad.

El manejo quirúrgico continúa siendo el pilar del tratamiento.

Bibliografía

1. Pérez Y, Castellanos R, Guerrero JF, Estrada F, Torres A. Retroperitoneal liposarcoma as etiology of abdominal pain. Case report and literature review. *Cir Ciruj* 2008; 76: 77-82.
2. Leão P, Vilaça S, Oliveira M, Falcão J. Giant recurrent retroperitoneal liposarcoma initially presenting as inguinal hernia: Review of literature. *Int J Surg Case Rep* 2012; 3: 103-106.
3. Samaniego MP, González JA, Fernández F, Calleja J, Sanz FJ, Fernández E. Liposarcoma retroperitoneal gigante. *Actas Urol Esp* 2003; 27: 640-644.
4. Jacob MS, Patel S, Sasken H, Perez Y, Katz V, Ingram M. Retroperitoneal liposarcoma: A case report. *IJCRI* 2014; 5: 108-112.
5. Linehan DC, Lewis JJ, Leung D, Brennan MF. Influence of biologic factors and anatomic site in completely resected liposarcoma. *J Clin Oncol* 2000; 18: 1637-1643.
6. Kawano R, Nishie A, Yoshimitsu K, Irie H, Tajima T, Hirakawa M et al. Retroperitoneal well-differentiated inflammatory liposarcoma: A diagnostic dilemma. *Radiat Med* 2008; 26: 450-453.
7. Ferrario T, Karakousis CP. Retroperitoneal sarcomas: grade and survival. *Arch Surg* 2003; 138: 248-251.
8. Daskalakis K, Christidis B, Diamantopoulos G. Oncology: Diagnosis and management of primary retroperitoneal tumors. *Br J Surg* 1995; 82: 109.
9. Alvarenga JC, Ball AB, Fisher C, Fryatt I, Jones L, Thomas JM. Limitations of 10 surgery in the treatment of retroperitoneal sarcoma. *Br J Surg* 1991; 78: 912-916.