



Rev Guatem Cir Vol. 23 • 2017

Liposarcoma Retroperitoneal. Reporte de Caso

Danilo Herrera-Cruz MD, MACG, Servio-Tulio Torres-Rodríguez MD, MACG FCCP.

Cirujano General (DHC), Cirujano General y Torácico (STTR). Hospital San Vicente. Todos en Guatemala. Autor correspondal: Servio Tulio Torres Rodríguez: 6 Avenida 7-66 Zona 10. Edificio Condominio Médico Oficina C-2 e-mail: stuliotr@gmail.com

Resumen

Los liposarcomas son tumores poco frecuentes, de comportamiento clínico silencioso y evolución variable dependiendo del tipo histológico, la recurrencia local y las metástasis a distancia. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica total del tumor. Se presenta el caso de paciente femenina de 57 años de edad que consultó por tumor retroperitoneal, cuyo diagnóstico por patología fue de liposarcoma bien diferenciado. Se reseca la totalidad el tumor, preservando el riñón derecho. CONCLUSION. La cirugía en caso de liposarcoma retroperitoneal es el tratamiento de elección donde la radioterapia y la quimioterapia juegan un papel controversial.

Palabras claves: Liposarcoma, Retroperitoneal, Resección.

Abstract

Retroperitoneal Liposarcoma. Case report.

Liposarcomas are rare tumours, of silent clinical behavior and variable evolution depending on histological type, local recurrence and distant metastases. Treatment of choice is tumors' complete surgical resection. We hereby report the case of a 57-year-old female patient with a retroperitoneal tumor, whose final diagnosis was well-differentiated liposarcoma. The entire tumor was resected, preserving the right kidney. Conclusion. For Retroperitoneal Liposarcoma, surgery is the treatment of choice

Keywords: Liposarcoma, Retroperitoneal, Resection

Introducción

Los liposarcomas retroperitoneales son tumores que corresponden a los sarcomas de tejidos blandos, alcanzando una incidencia de 0.2% de todas las patologías malignas. Es el tumor más común de los tumores retroperitoneales.¹ Su crecimiento es lento y alcanzan grandes tamaños debido a las particularidades del espacio retroperitoneal que permiten su desarrollo en forma silente.² La evolución clínica dependerá del tipo histológico, invasión y/o resección de órganos vecinos, y del grado de resección quirúrgica, completa o incompleta. La cirugía por sí, es la piedra angular del tratamiento, aún en aquellos casos en que la cirugía inicial no haya logrado su objetivo. Se presenta el caso de paciente femenina de 57 años de edad que ingresó con diagnóstico de masa retroperitoneal, a quien se le reseco en totalidad el tumor y el diagnóstico de patología fue de liposarcoma bien diferenciado.

Presentación de Caso

Paciente femenina de 57 años de edad, quien ingreso al hospital con historia de dolor abdominal difuso, de tipo sordo y de intensidad moderada, de 3 meses de evolución. Tres meses antes, consultó con médico privado quien le solicitó ultrasonido abdominal reportando únicamente lipomatosis pielocalicial. La paciente continúa con dolor y malestar abdominal difuso por lo que hace nueva consulta y dos meses después le repiten el ultrasonido en un centro radiológico donde reportan "en segmentos hepáticos V, VI, VII, y VIII, identificamos imagen heterogénea, sólida con áreas de ecogénicas que alterna con áreas hipocogénicas de contornos lobulados con leve vascularidad central y periférica, ésta imagen mide 186 x 175 x 136 mm. Desplaza y comprime al segmento IV y vesícula biliar, probablemente proceso mitótico, hepatocarcinoma fibromamelar, tumor neuroendócrino y menos probable adenoma, hiperplasia nodu-

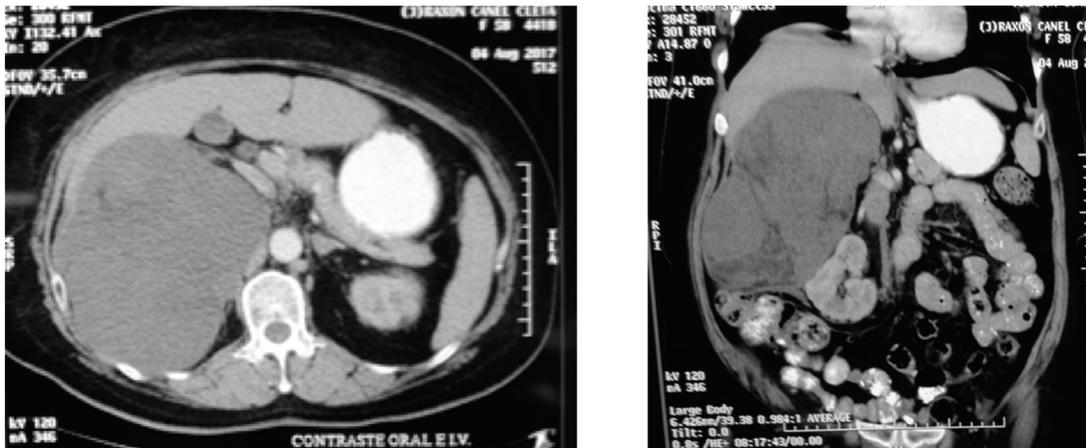


Figura 1. A y B. TAC multicorte muestra la masa en relación a las estructuras adyacentes y su desplazamiento.

lar, masa suprarrenal derecha y /o colon". Sugieren realizar RMI para una mejor evaluación. La paciente se hace los estudios y consulta a nuestro hospital con los resultados.

Antecedentes: Diabetes de cuatro años de evolución, tratada con metformina. Hernioplastía inguinal derecha 10 años atrás. No historia de consumo de licor ni fumado.

Al examen físico: Peso 68.63 kgs y talla de 1.43 mts. IMC 33.56, (obesidad tipo 1) P/A: 100/70, FC: 77, SO₂: 98%. Consciente, orientada, hidratada. Cuello: no adenopatías. Pulmones: ventilando adecuadamente ambos campos pulmonares. Corazón: rítmico sin soplos ni ruidos ectópicos. Abdomen: suave, depresible, indoloro, se palpa masa en el hemi-abdomen derecho desde el reborte costal hasta la cresta ilíaca derecha y sobrepasando la línea media, fija de consistencia firme. Extremidades: várices de pequeño calibre.

Tomografía multicorte de abdomen completo reporta, hígado de contornos regulares de dimensiones normales, sin dilatación de vías biliares intra y extrahepáticas, no hay masas sólidas ni quísticas en su parénquima. Hay compresión sobre el segmento VI, imagen hipodensa, sólida, heterogénea, captante de contraste que mide 210 x 132 mm. Comprime el riñón ipsilateral y puede tener origen suprarrenal. (Ver Figura 1)

Ingresa con impresión clínica de masa abdominal de etiología a determinar, a) suprarrenal, b) hepática, c) retroperitoneal.

Laboratorios pre operatorios reportan: Hemoglobina: 13.50 g/dl. Hematocrito: 40.50 %. Glóbulos blancos: 8.800. Plaquetas: 302000. Glucosa: 197 mg/dl. Nitrógeno de urea: 8.58 mg/dl. Creatinina: 0.6 mg/dl. Transaminasa oxalacética: 69.0 U/L. Transaminasa pirúvica: 41.0 U/L. DHL 255 U/L. Bilirrubina directa: 0.8 mg/ml. Bilirrubina total: 1.6 mg/ml. Tiempo de protrombina: 17.1 seg. Tiempo parcial de tromboplastina: 27.3 seg. Grupo sanguíneo: O positivo. Radiografía de Tórax sin anormalidades y EKG en límites normales.

Ante la sospecha de masa suprarrenal se le solicitan: Metanefrinas: 0.17 (0-1 mgs/24 horas). Cortisol-Am: 1.6 (3.7-19.4). Na: 139 nmol/l. K: 4.2 nmol/l. Cloruro: 105.3 nmol/l. Ca: 7.0 mg/dl. Fósforo: 2.5 mg/dl.

Se lleva a sala de operaciones y a través de incisión mediana supra e infra umbilical se ingresa a cavidad abdominal, encontrando masa de consistencia firme, adherida a retroperitoneo que desplaza hígado hacia arriba, riñón derecho hacia abajo, colon ascendente y transversal anteriormente e intestino delgado y vena cava inferior hacia la línea media. Se procede a su disección y separación de los puntos de fijación hasta lograr la resección completa. Se dejan drenajes y se cierra la cavidad abdominal. Paciente



Figura 2. A. Masa tumoral de 27 x 19 x 12 cms. B. Apertura de la masa en la que se observa el tejido café amarillento con áreas mixoides, hemorragia y necrosis (flechas)

evoluciona bien en su post operatorio y se da egreso al cuarto día. (Ver Figura 2)

Informe de Patología reporta: masa con tejido café amarillento, irregular, lobulado de 27 x 19 x 12 cms. Al corte muestra tejido con áreas mixoides, áreas blanquecinas nodulares y otras con mucha necrosis y hemorragia. Diagnóstico: Liposarcoma bien diferenciado con áreas esclerosante con extensas áreas de necrosis. Bordes quirúrgicos con lesión.

En evaluación post operatoria se escribe nota de traslado al Instituto Nacional de Cancerología para evaluar radioterapia neoadyuvante.

Discusión

El liposarcoma es un tipo común de sarcoma de tejido blando, ocurre más frecuentemente en las extremidades (52%) seguido por el retroperitoneo (19%)³. son tumores raros y más aún cuando alcanzan gran tamaño, llegando a denominárseles “gigantes” cuando el peso sobrepasa los 20 Kgs.¹ La incidencia es de 2.5 por millón, 1% de todos los casos de cáncer y 15% de los casos están localizados en el retroperitoneo.^{4,5,6} Son más frecuentes en hombres y la edad de presentación es entre 40 y 60 años,¹ cuando se extienden dentro del canal inguinal pueden asociarse a una morbi - mortalidad mayor.^{7,8}



El gran volumen del espacio retroperitoneal permite su crecimiento sin comprimir órganos vitales, resultando difícil su diagnóstico temprano.³ Estos tumores son generalmente detectados tardíamente por su ausencia de síntomas y alcanzan grandes dimensiones (>de 15 cms) en el tiempo del diagnóstico.¹ En este caso la paciente, manifestó molestias abdominales difusa y dolor, dos meses previos a su ingreso a pesar de la compresión que ejercía sobre órganos internos y que su tamaño sobrepasaba los 27 cms.

La clasificación en grados para este tipo de tumores aceptada por muchos autores, está basada en los criterios de la Federación Francesa de Centros de Cáncer (FNCLCC) que toma en cuenta: la diferenciación del tumor, cantidad de mitosis y la necrosis del tumor. La clasificación por tipos histológicos reconocida es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre cinco subtipos: a) Bien diferenciado, b) De-diferenciado, c) Células mixoides, d) Pleomórfico, e) Tipo Mixto.^{1,4,6}

Para el diagnóstico, lo más apropiado es la Tomografía Computarizada que define el tamaño, consistencia y relación con los tejidos adyacentes. El pielograma intravenoso es necesario porque la nefrectomía unilateral a menudo es requerida en la resección completa¹ sobre todo en los casos en los cuales el tumor se encuentra en contacto con el riñón y su

resección tiene un efecto benéfico en la supervivencia libre de enfermedad y en la prevención de las recurrencias.⁹ La Resonancia magnética puede proveer información substancial en el diagnóstico de los liposarcomas retroperitoneales en relación a la forma, márgenes, arquitectura interna y estructuras adyacentes.⁵ Además puede ser importante para el diagnóstico de la invasión de la aorta abdominal y de la vena cava inferior.³ La biopsia en general no está recomendada por la posibilidad de siembra tumoral³ y si la muestra revela liposarcoma bien diferenciado, el tratamiento seguirá siendo la resección quirúrgica completa, con un enfoque similar a la preservación de órganos.¹⁰

La resección completa del liposarcoma retroperitoneal con márgenes de tejido normal circundante es la única posibilidad de cura; ya que la efectividad de la radioterapia y la quimioterapia no ha sido bien establecida. La indicación de administrar radioterapia se ve contrastada entre los posibles beneficios presentados por algunos autores, como adyuvancia en los cuales mejora la supervivencia en pacientes con características patológicas de alto riesgo¹¹ o la menor recurrencia local de quienes se les trató con cirugía sola;¹² contra los riesgos de la misma en cuanto neuropatía, hidronefrosis, fístula ureteral y obstrucción intestinal,¹³ o porque su papel es cuestionable debido a la falta de datos de ensayos clínicos aleatorizados¹⁰: Decidimos referir a la paciente a evaluación de terapia neoadyuvante a pesar de las controversias planteadas; debido a que la patología reportó bordes quirúrgicos con lesión y que la recidiva local es notablemente alta, particularmente en subtipos de alto grado.⁶

La opinión de expertos asociados al Memorial Sloan Kettering Cancer Center recomiendan: a) la resección completa, b) resección de la grasa retroperi-

toneal anormal. c) preservación del riñón izquierdo por la vasculatura a otros órganos, d) no apendicectomía profiláctica, e) colectomía izquierda; solo si el suministro de sangre estuviera directamente involucrado, f) no radioterapia.¹⁰

Otros autores, como Pascali y Gronchi,¹⁴ grupos en Europa^{5,9} Tailandia,² recomiendan una estrategia agresiva para maximizar el control de la enfermedad con resecciones amplias que involucran más un órgano intraabdominal. La mayoría aconsejan la resección del riñón involucrado y otros opinan que es discutido cuando la histología del tumor es del subtipo bien diferenciado.⁶ En nuestra paciente se preservó el riñón porque no consideramos que éste estuviera implicado, únicamente desplazado por el tamaño del tumor. La resección se realizó a través de una incisión mediana supra e infraumbilical obteniendo buena exposición; sin embargo, la posición del paciente en sala de operaciones dependerá de la localización del tumor: cuando su ubicación es lateral, la lumbotomía o la incisión toracoabdominal es recomendada y para las lesiones localizadas en la línea media o en la pelvis, la incisión mediana es la indicada.¹⁵

La recurrencia está en relación al tamaño del tumor y su proximidad a estructuras vitales; pero sobre todo por el grado de diferenciación histológica. Así el subtipo bien diferenciado tendrá mejor pronóstico en cuanto recurrencia tumoral y producción de metástasis a distancia que el subtipo pleomórfico, llegando a alcanzar el 50% en subtipo bien diferenciado y 80% en dediferenciado a 5 años. La indicación de resección de la recurrencia local, que puede realizarse hasta en el 60% de las primeras recurrencias, debe ser priorizada para los pacientes sintomáticos puesto que no cambia significativamente el resultado.¹⁶

Referencias

1. Zeng X, Liu W, Wu X, et al. Clinicopathological characteristics and experience in the treatment of giant retroperitoneal liposarcoma: A case report and review of the literature. *Cancer Biol Ther.* 2017;4047(August):1-6. doi:10.1080/15384047.2017.1345388.
2. Sriussadaporn S, Sriussadaporn S, Pak-art R, Kritayakirana K, Prichayudh S, Samorn P. Experience with surgical treatment of retroperitoneal soft tissue sarcomas at a university hospital in Thailand. *J Med Assoc Thai.* 2014;97(6):598-614.
3. Zhang WD, Liu DR, Que RS, et al. Management of retroperitoneal liposarcoma: A case report and review of the literature. *Oncol Lett.* 2015;10(1):405-409. doi:10.3892/ol.2015.3193.
4. Tan MCB, Brennan MF, Kuk D, et al. Histology-based Classification Predicts Pattern of Recurrence and Improves Risk Stratification in Primary Retroperitoneal Sarcoma. *Ann Surg.* 2016;263(3):593-600. doi:10.1097/SLA.0000000000001149.
5. Salemis NS, Tsiambas E, Karameris A, Tsohataridis E. Giant retroperitoneal liposarcoma with mixed histological pattern: A rare presentation and literature review. *J Gastrointest Cancer.* 2009;40(3-4):138-141. doi:10.1007/s12029-009-9098-3.
6. Yang J, Zhao Y, Zheng C, et al. Huge retroperitoneal liposarcoma with renal involvement requires nephrectomy: A case report and literature review. *Mol Clin Oncol.* 2016;5(August):607-609. doi:10.3892/mco.2016.1017.
7. Cho CW, Lee KW. Comparison of retroperitoneal liposarcoma extending into the inguinal canal and inguinoscrotal liposarcoma. *Can J Surg.* 2017;60(6):1-9. doi:10.1503/cjs.005917.
8. Bhandarwar AH, Bakhshi GD, Borisa AD, Shenoy SS, Kori CG, Vora S. Giant recurrent retroperitoneal liposarcoma presenting as a recurrent inguinal hernia. *Clin Pract.* 2011;1(4):e130. doi:10.4081/cp.2011.e130.
9. Rhu J, Cho CW, Lee KW, et al. Radical Nephrectomy for Primary Retroperitoneal Liposarcoma Near the Kidney has a Beneficial Effect on Disease-Free Survival. *World J Surg.* 2017;(August). doi:10.1007/s00268-017-4157-6.
10. Singer S, Alektiar K. Treatment Recommendations for Retroperitoneal Liposarcoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2017;98(2):271. doi:10.1016/j.ijrobp.2017.01.234.
11. Ecker BL, Peters MG, McMillan MT, et al. Preoperative radiotherapy in the management of retroperitoneal liposarcoma. *Br J Surg.* 2016;103(13):1839-1846. doi:10.1002/bjs.10305.
12. Lee HS, Yu J Il, Lim DH, Kim SJ. Retroperitoneal liposarcoma: The role of adjuvant radiation therapy and the prognostic factors. *Radiat Oncol J.* 2016;34(3):216-222. doi:10.3857/roj.2016.01858.
13. Ikeguchi M, Urushibara S, Shimoda R, Saito H, Wakatsuki T. Surgical treatment of retroperitoneal liposarcoma. *Yonago Acta Med.* 2014;57(4):129-132. doi:10.1155/S1357714X00000049.
14. Pasquali S, Gronchi A. Retroperitoneal Liposarcoma: An Aggressive Strategy to Maximize Disease Control. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2017;98(2):273-274. doi:10.1016/j.ijrobp.2017.01.230.
15. Erzen D, Sencar M, Novak J. Retroperitoneal sarcoma: 25 Years of experience with aggressive surgical treatment at the Institute of Oncology, Ljubljana. *J Surg Oncol.* 2005;91(1):1-9. doi:10.1002/jso.20265.
16. Park JO, Qin L-X, Prete FP, Antonescu C, Brennan MF, Singer S. Predicting outcome by growth rate of locally recurrent retroperitoneal liposarcoma: the one centimeter per month rule. *Ann Surg.* 2009;250(6):977-982. doi:10.1097/SLA.0b013e-3181b2468b.