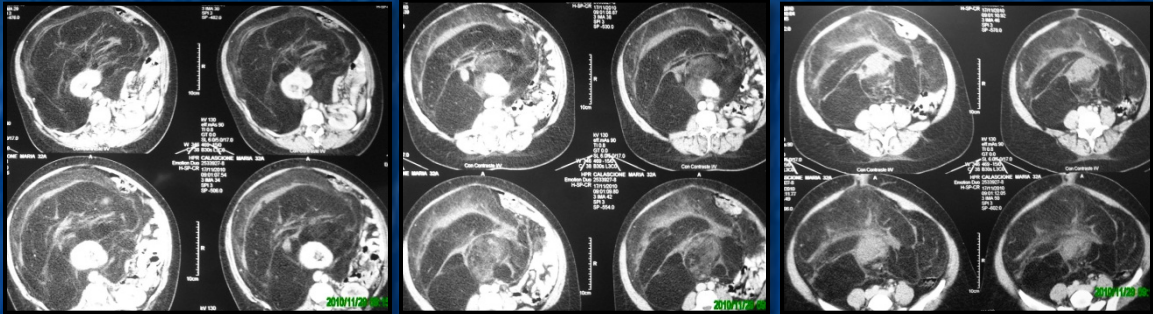


LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL GIGANTE

Dr. L. Belderrain, Dr. D. Paciell, Dr. N. Muniz, Dra. N. Britos, Dr. J. Pereira.
Clínica Quirúrgica «B» Hospital de Clínicas, Montevideo - Uruguay

INTRODUCCIÓN

Los sarcomas retroperitoneales se originan de células derivadas del mesodermo espláncico ubicado en el área dorsal de la cavidad celómica por debajo del nivel del "septum transversum". Patología poco frecuente, en Uruguay se observan 2 casos cada 100.000 habitantes por año¹. La localización retroperitoneal constituye el 15-20 % de los sarcomas de partes blandas² y el 50% de los tumores retroperitoneales primarios de origen extravisceral¹. Los síntomas en general son vagos, siendo lo más sugerente la presencia de tumoración en 80% de los casos, al momento del diagnóstico.



CASO CLINICO

25 años, sexo femenino, sin antecedentes, con dilatación progresiva de abdomen de 1 año de evolución. En lo físico severa distensión de abdomen, simétrica, blanda, mate y sin onda líquida.

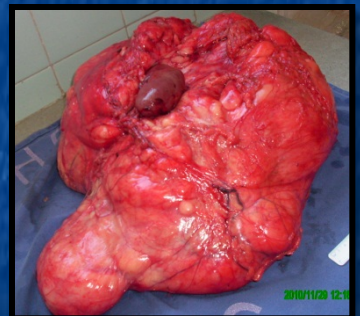
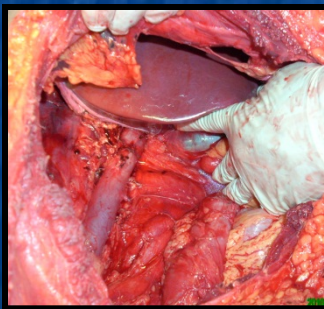
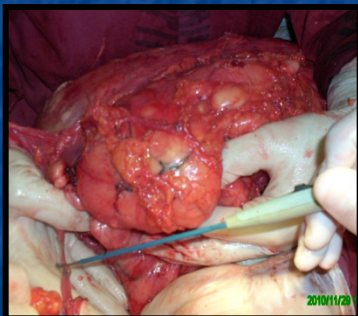


DIAGNOSTICO

La TAC continúa siendo el estudio imagenológico más utilizado y con mejor relación costo-beneficio comparado con la resonancia nuclear magnética⁵. La punción histológica para definir grado de diferenciación no se justifica ante la inhomogeneidad del tumor.

TRATAMIENTO

El tratamiento oncológico de elección es la cirugía, único que ha demostrado aumento de la sobrevida y menor tasa de recidivas. Implica resección radical tipo R0, lo cual se consigue en menos del 50% de los casos, dada la vinculación del tumor a estructuras irrecesables (grandes vasos u órganos vitales). En nuestro caso requirió Nefrectomía derecha de necesidad. La presencia de una pseudocápsula tumoral ofrece un plano de clivaje que facilita la técnica de resección pero quita radicalidad, requiriendo un margen de seguridad mayor de 1cm^{1,2,4}. La quimioterapia como adyuvante; las drogas más utilizadas son la Adriamicina y la Ifosfomida. Se obtiene respuesta hasta en un 50% de los casos sin poder demostrar un aumento en la sobrevida^{3,4}. La radioterapia es muy mal tolerada en esta topografía.



PRONOSTICO

La sobrevida al igual que el tiempo libre de enfermedad dependen del grado de diferenciación y del margen de resección. La recidiva es la regla, aparecen alrededor de los 45 meses. Generalmente son más agresivas con invasión de estructuras vecinas y un rápido crecimiento. La posibilidad de metástasis a distancia es cercano al 10%, siendo el pulmón el órgano más afectado seguido por el hígado. La mortalidad global es del 30% a los 5 años⁴.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Priario JC, Levin R. Sarcomas de partes blandas. Conceptos generales. Rev Med Uruguay 1986; 2: 14-17.
- 2 Enzinger FM, Weiss SW. Soft tissue tumors, 4th ed. ST. Louis, MO: Mosby-Year Book, 2001.
- 3 Henricks WH, Chu Young C, Goldblum JR. Dedifferentiated liposarcoma: A clinicopathological analysis of 155 cases with a proposal for an expanded definition of dedifferentiation. Am J Surg Pathol 1997; 21(3): 271-281.
- 4 Singer S, Antonescu CR, Riedel E. Histologic subtype and margin of resection predict pattern of recurrence and survival for retroperitoneal liposarcoma. Ann Surg 2003; 238: 358-371.
- 5 Tateishi U, Hasegawa T, Beppu Y. Primary dedifferentiated liposarcoma of retroperitoneum: Prognostic significance of computed tomography and magnetic resonance imaging features. J Comput Assist Tomogr 2003; 27: 799-804.