

Caso clínico

Masa retroperitoneal: leiomiosarcoma

Miguel Ángel Babiano Fernández

Centro de Salud de Almadén (Ciudad Real)

Varón de 73 años de edad, que consulta por dolor recurrente en el hemiabdomen izquierdo.

Antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, hernia de hiato y gastritis crónica atrófica con metaplasia intestinal. Como antecedentes quirúrgicos: gastrectomía hace 47 años por úlcus duodenal, colecistectomía, herniorrafia inguinal y polipectomía rectal.

Hace 9 años fue estudiado por síndrome constitucional mediante diversas pruebas como ecografía, gastroscopia, colonoscopia. Resultó tratarse de una enfermedad diverticular. Se le extirparon múltiples pólipos sésiles (adenomas tubulares con displasia epitelial moderada) y ha precisado seguimiento con colonoscopias anuales hasta la actualidad (última colonoscopia hace un año: normal).

Ahora refiere dolor abdominal crónico recurrente, que empeora progresivamente hasta no ceder con analgesia. Lo describe como espasmódico y más focalizado en el hemiabdomen izquierdo desde hace unos meses. Se acompaña de deposiciones diarreicas crónicas sin vómitos. Niega síndrome constitucional.



Figura 1.

Durante la exploración física encontramos estado general conservado; presión arterial 140/66, frecuencia cardíaca 72, afebril, saturación de oxígeno 98 %; auscul-

tación cardiopulmonar: tonos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos; abdomen: cicatriz de laparotomía media supra-infraumbilical; se palpa masa a la altura del hipocondrio y del flanco izquierdos; dolor difuso con la palpación profunda.

Ante los hallazgos de la exploración física se decide realizar exploración ecográfica en el centro de salud. En ella encontramos hepatomegalia homogénea, de 202 mm, de aspecto esteatósico (figura 1); ausencia de vesícula; riñones y bazo sin anomalías; área pancreática mal visualizada; en la zona ántero-lateral izquierda de la aorta abdominal se aprecia una masa polilobulada, bien definida, heteroecoica, de 79 x 66 mm, con zonas anecoicas en su interior (figuras 2 y 3).

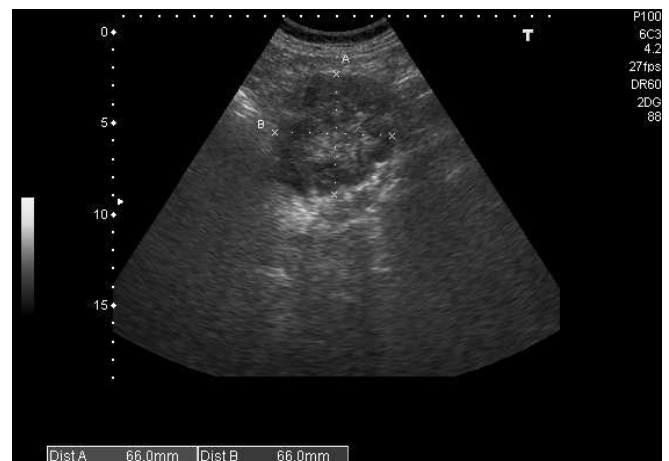


Figura 2.



Figura 3.

En la analítica se observa un hemograma normal; bioquímica: glucosa 97, creatinina 0,73, sodio 141, potasio 3,6, GPT 29, bilirrubina total 0,7, LDH 288, amilasa 110.

TAC abdominal: gran masa retroperitoneal con captación heterogénea de contraste, de 85 x 76 x 74 mm (diámetro antero-posterior, transverso y cráneo-caudal, respectivamente), aproximadamente, que engloba y parece desplazar anteriormente al marco duodenal y a la vena renal izquierda, disminuida de calibre; da lugar a un desplazamiento anterior de la silueta pancreática y hay presencia de líquido peripancreático, pero conserva aparente plano graso con la misma; es difícil determinar si existe contacto con la glándula suprarrenal izquierda: esta última muestra un área de densidad heterogénea, sin poder por lo tanto descartar la extensión tumoral a la misma (figuras 4 y 5).

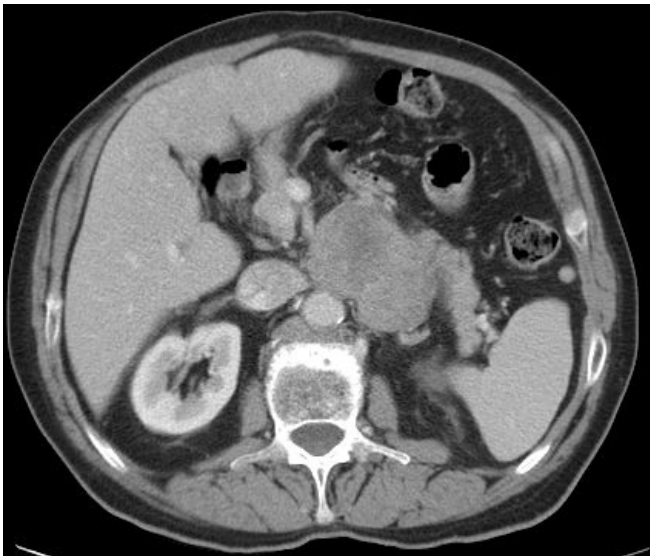


Figura 4.

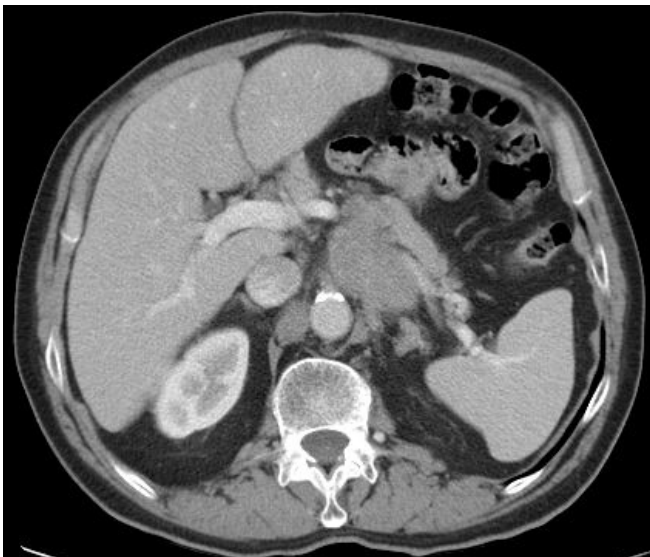


Figura 5.

Entre otras posibilidades diagnósticas, dada su localización, hay que valorar que se trate de un sarcoma retroperitoneal o de un carcinoma duodenal con afectación de la vena renal izquierda y dudosamente hepática.

Se realiza biopsia con aguja gruesa guiada por ecografía. El informe anatomopatológico refiere haber encontrado proliferación fusocelular maligna, compatible

con leiomioma.

Se efectúa laparotomía media por incisión anterior. Se encuentra un tumor retroperitoneal localizado entre la tercera-cuarta porción duodenal, la arteria mesentérica superior, la cola de páncreas, la aorta y el hilio renal.

El diagnóstico anatomopatológico definitivo es de leiomioma moderadamente diferenciado (pT2b), grado histológico (FNCLC) 2 (diferenciación: 2, actividad mitótica: 2, necrosis: 1; total: 5); no se identifica invasión vascular linfática; márgenes quirúrgicos libres.

La evolución posoperatoria es satisfactoria y no se presentan complicaciones.

En la actualidad está pendiente de revisión por Cirugía y Oncología. El informe de la última TAC refiere aspecto normal del hígado, sin alteraciones nodulares de su atenuación; glándulas suprarrenales de morfología y tamaño normales; bazo de morfología normal; páncreas y espacio retroperitoneal normales; discreta fibrosis periaórtica; riñones funcionantes, de morfología normal; estómago y asas intestinales normales; estructuras pelvianas normales (figuras 6 y 7).

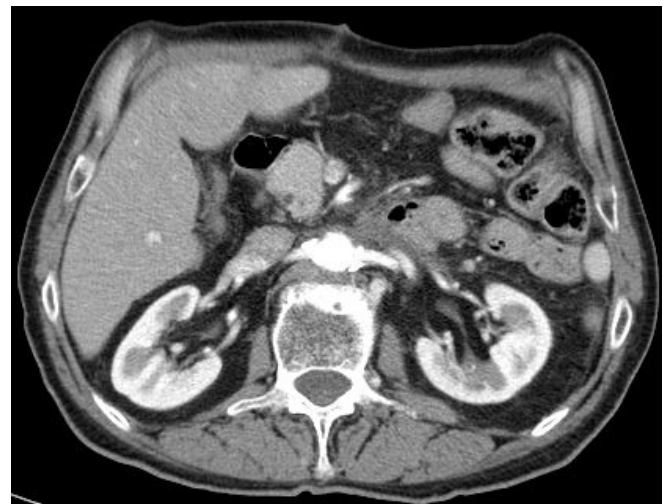


Figura 6.

COMENTARIO

Los sarcomas de partes blandas se clasifican en cinco grupos por la *International Classification of Diseases* (ICD-9), según su origen: retroperitoneo y peritoneo; pleura; corazón y mediastino; bazo; y tejido conectivo, subcutáneo y otros tejidos blandos. Se excluyen el parénquima específico de los órganos, el esqueleto y el sistema retículo-endotelial. Posteriormente, esta clasificación se ha actualizado (ICD-10) con los distintos tipos morfológicos.

Los tumores retroperitoneales primarios son poco frecuentes: representan el 0,3-0,8 % de todas las neoplasias. La mayoría de ellos son sarcomas, menos frecuentemente tumores primarios de células germinales, linfomas o metástasis de carcinomas testiculares.

Los sarcomas retroperitoneales suponen 13 % de los sarcomas de tejidos blandos en los adultos¹. Aproximadamente la mitad de ellos son de alto grado.

Los tipos histológicos más frecuentes son los liposarcomas (representan más del 50 %), los leiomiomas,

los fibrosarcomas (antes eran los más frecuentes, pero muchos de esos casos eran liposarcomas) y los fibrohistiocitomas malignos. Tienen su pico de incidencia a los 55 años y no hay diferencias por sexo.



Figura 7.

Ha sido descrita su asociación con factores de riesgo como el antecedente de una irradiación previa intensa, condiciones genéticas propicias o la presencia de un linfedema crónico². En la mayoría de los casos su etiología aún es desconocida.

Generalmente producen pocos síntomas hasta que son suficientemente grandes como para comprimir o invadir estructuras adyacentes. En algunos pacientes se presentan síntomas vasculares o neurológicos (generalmente referidos a los miembros inferiores) por invasión o compresión de dichas estructuras en la zona del retroperitoneo. Por tanto, en el momento del diagnóstico suelen ser grandes (media de 15 cm) y localmente avanzados^{3,4}.

El diagnóstico se realiza mediante TAC y biopsia percutánea. Para su identificación completa se necesitan técnicas de inmunohistoquímica.

El abordaje terapéutico de elección es quirúrgico cuando son resecables, aunque su supervivencia es mucho peor que la de otros sarcomas de tejidos blandos debido a su localización anatómica, diagnóstico tardío y afectación frecuente de estructuras subyacentes⁵.

Aunque la resección sea total, es frecuente la recidiva. La radioterapia pre e intraoperatoria pueden ser beneficiosas⁶. El papel de la radioterapia adyuvante y de la quimioterapia está aún por definir.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gill DC, Durie CB. Retroperitoneal tumours. A review of 134 cases. *J R Coll Surg Edinb.* 1970;15:213-21.
2. Lawrence V Jr, Donegan WL, Natarajan N, Mettlin C, Beart R, Winchester D. Adult soft tissue sarcomas. A pattern of care survey of the American College of Surgeons. *Ann Surg.* 1987; 205:349-59.
3. Stoeckle E, Coindre JM, Bonvalot S, Kantor G, Terrier P, Bonichon F. Prognostic factors in retroperitoneal sarcoma: a multivariate analysis of a series of 165 patients of the French Cancer Center Federation Sarcoma. *Group Cancer.* 2001;92: 359-68.
4. Jenkins MP, Alvaranga JC, Thomas JM. The management of retroperitoneal soft tissue sarcomas *Eur J Cancer.* 1996;32A: 622-6.
5. Hueman MT, Herman JM, Ahuja N. Management of retroperitoneal sarcomas. *Surg Clin North Am.* 2008;88:583-97.
6. Laskin WB, Siherman TA, Enzinger FM. Post radiation soft tissue sarcomas. *Cancer.* 1998;62:2330-40.