

### Cirugía multivisceral en un liposarcoma retroperitoneal dediferenciado gigante: Reporte de caso.

### *Multivisceral surgery in a giant dedifferentiated retroperitoneal liposarcoma: a case report.*

Cristhian Hernán Cruz-León<sup>2,a</sup>, Diego Alexis Mejía-Villanueva<sup>2,a</sup>, David Daniel Bacilio-García<sup>2,a</sup>, Yanis Mía Maraza-Rodríguez<sup>2,a</sup>, Diego Alonso Chávarry-Rodríguez<sup>2,a</sup>, Juan Alberto Díaz-Plasencia<sup>1,b</sup>.

#### Filiación:

- 1 Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, IREN Norte. Trujillo, Perú.
  - 2 Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Trujillo. La Libertad, Perú.
- a Estudiante de Medicina.  
b Médico Cirujano, especialista en Cirugía Oncológica. Doctor en Medicina.

#### ORCID:

- Cristhian Cruz León: <https://orcid.org/0000-0003-1137-0405>
- Diego Mejía Villanueva: <https://orcid.org/0000-0002-2685-8019>
- David Bacilio García: <https://orcid.org/0000-0002-2808-8273>
- Yanis Maraza Rodríguez: <https://orcid.org/0000-0002-3189-0064>
- Diego Chávarry Rodríguez: <https://orcid.org/0000-0002-8545-2369>
- Juan Díaz Plasencia: <https://orcid.org/0000-0001-7019-6609>

#### Correspondencia:

Cristhian Hernán Cruz León.

✉ t051802820@unitru.edu.pe

#### Conflictos de Interés:

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

#### Revisión de Pares:

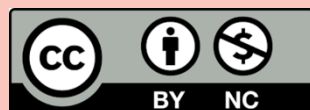
Recibido: 04-12-2023

Aceptado: 16-09-2024

#### Citar como:

Cruz-León C, Mejía-Villanueva D, Bacilio-García D, Maraza-Rodríguez Y, Chávarry-Rodríguez D, Díaz-Plasencia J. Cirugía multivisceral en un liposarcoma retroperitoneal dediferenciado gigante: Reporte de caso. Rev méd Trujillo.2024;19(3):103-107.

DOI: <https://doi.org/10.17268/rmt.2024.v19i3.6143>



©2024. Publicado por Facultad de Medicina, UNT.  
Este es un artículo de libre acceso, bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0.

DOI: <http://dx.doi.org/10.17268/rmt>

QJS: <https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/RMT/>

#### RESUMEN

Los liposarcomas son neoplasias malignas de origen mesodérmico derivados de tejido adiposo que forman parte del 10-15% de los sarcomas de tejidos blandos. Para su diagnóstico, se tiene en cuenta la presencia de una masa abdominal palpable y estudios imagenológicos como: TAC, RM y PET que permiten definir el aspecto, tamaño, localización y relaciones orgánicas que tenga el tumor.

Se reporta el caso de una mujer de 51 años que, tras dolor en fosa iliaca izquierda 7/10 EVA opresivo, sin irradiación y de aparición intermitente, se le detecta una masa de contenido graso y partes blandas en la región retroperitoneal cuya TAC mide 25,8 cm x 23,5 cm x 13,5 cm, que invade y desplaza el riñón izquierdo superiormente, la aorta abdominal hacia la derecha, además del uréter izquierdo, la glándula suprarrenal y que desplaza el colon descendente hacia adelante. Se le realizó resección de tumor retroperitoneal con cirugía multivisceral que incluye nefroureterectomía izquierda y colectomía izquierda más colocoloanastomosis latero-terminal. El informe histopatológico de la pieza operatoria corresponde a un liposarcoma dediferenciado de alto grado con un peso de 6,776 kg, que mide 42 x 30 x 12 cm.

**Palabras Clave:** neoplasias retroperitoneales, liposarcoma dediferenciado, cirugía oncológica. (Fuente: DeCS BIREME).

#### SUMMARY

Liposarcomas are malignant neoplasms of mesodermal origin derived from adipose tissue that form part of 10-15% of soft tissue sarcomas. For its diagnosis, the presence of a palpable abdominal mass and imaging studies such as: CT, MRI and PET are taken into account, which allow defining the appearance, size, location and organic relationships of the tumor.

The case of a 51-year-old woman with a mass of fatty content and soft tissues in the retroperitoneal region is reported, in whose CT scan measures 25.8 cm x 23.5 cm x 13.5 cm, which invades and displaces the left kidney superiorly. the abdominal aorta to the right, in addition to the left ureter, the adrenal gland and which moves the descending colon forward. She underwent retroperitoneal tumor resection with multivisceral surgery that included left nephroureterectomy and left colectomy plus side-to-end colorectal anastomosis. The histopathological report of the surgical specimen corresponds to a high-grade dedifferentiated liposarcoma weighing 6,776 kg, measuring 42 x 30 x 12 cm.

**Key words:** retroperitoneal neoplasms, dedifferentiated liposarcoma, oncological surgery. (Source: MeSH).

## INTRODUCCIÓN

Los liposarcomas son tumores malignos de origen mesodérmico derivados de tejido adiposo, sus tipos según su diagnóstico histológico son: Mixoide, pleomórfico, bien diferenciado y desdiferenciado. Forman parte del 10-15% de los sarcomas de tejidos blandos y están localizados principalmente en las extremidades. El 12 - 40% de los liposarcomas presenta una localización retroperitoneal, siendo el 35% de aparición a partir de tejido adiposo perirrenal y son, en mayor parte, asintomáticos, por lo que el diagnóstico se da cuando se ha desarrollado por encima de los 15cm [1].

En el Perú, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas reporta que representan el 33,7% de los casos de sarcoma retroperitoneal [2].

Para su diagnóstico, se tiene como dato clínico más frecuente la presencia de una masa abdominal palpable (acompañada o no de síntomas compresivos de diversas estructuras); sin embargo, los estudios imagenológicos son la ayuda primaria en esta patología, siendo la TAC, RM y PET las que permiten definir el aspecto, tamaño, localización y relaciones orgánicas que tenga el tumor. De estos estudios, el principal viene a ser la tomografía axial computarizada. La biopsia tumoral preoperatoria se indica ante un diagnóstico incierto y permite la subclasificación histológica, sin embargo, en casos de liposarcoma bien diferenciado (LPS-WD) se puede prescindir de este estudio. En la actualidad, no se ha demostrado que la quimioterapia y radioterapia preoperatorias sean la mejor opción, por lo que las opiniones de los autores son diversas y aún es un tema de estudio [3].

El tratamiento de elección es la cirugía multivisceral, con un método habitual de laparotomía media usualmente extendida hacia el lado afectado permitiendo así un mejor manejo quirúrgico. Este procedimiento implica la resección de órganos, estructuras vasculares y estructuras nerviosas afectados por la masa tumoral, preservándose lo más posible y adaptándose a la agresividad histológica del tumor, además de considerar criterios de irreseccabilidad [3].

En este reporte, presentamos un caso de liposarcoma retroperitoneal con compromiso renoureteral izquierdo y de hemicolon izquierdo.

El objetivo de este reporte es exponer el abordaje multidisciplinario aplicado en la paciente que consistió en la cirugía multivisceral y el posterior tratamiento quimioterápico y radioterápico.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Ama de casa de 51 años, casada, con 3 hijos, procedente de Trujillo - Perú. Cuenta con antecedentes familiares de cáncer gástrico.

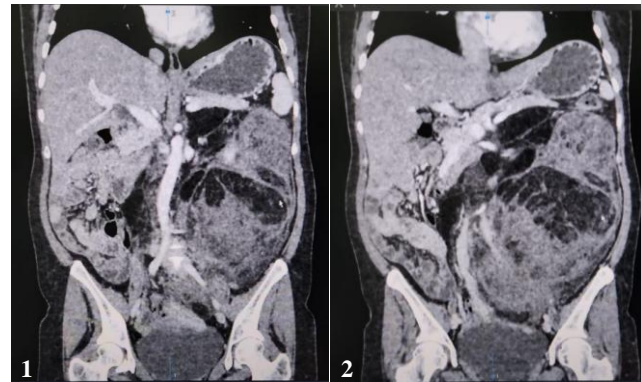
En septiembre del 2022, presentó dolor en la fosa iliaca izquierda 7/10 EVA opresivo y sin irradiación, dicho dolor continuó apareciendo de manera intermitente. En enero del 2023 se agregó la presencia de una tumoración en la fosa iliaca izquierda, hiporexia y estreñimiento. En abril del 2023 ingresó al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Trujillo-Perú, donde se le detectó al examen una masa en la fosa iliaca izquierda de dimensiones: 26 cm x 23 cm de consistencia firme, bordes definidos y móvil a la palpación.

Los exámenes de laboratorio mostraron lo siguiente:

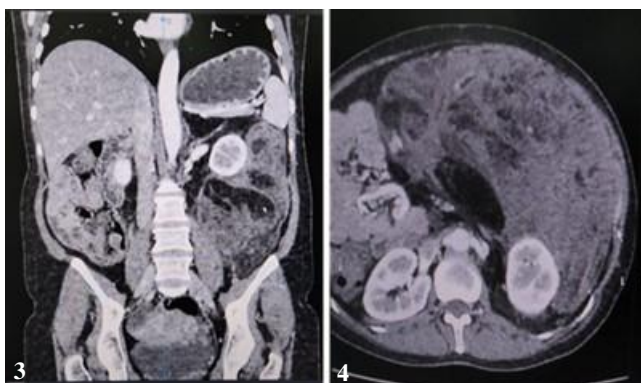
■ **Hemograma:** Leucocitos=6,59 x 10<sup>3</sup> / uL, Neutrófilos segmentados=62%, Neutrófilos abastados=0 %,

Eosinófilos=3%, Basófilos=0%, Monocitos=5%, Linfocitos=30%. Hemoglobina=12,6 g/dL. Hematocrito=39,3 % VCM=92,6 fL. HCM=29,7 pg. CHCM=32,1 g/dL. Plaquetas=414 x 10<sup>3</sup> / uL. Grupo sanguíneo=O+ ■ **Bioquímica:** Glucosa basal=96 mg/dl, Urea=30 mg/dl, Creatinina=0.44 mg/dl, Proteínas totales=7.1 g/dl, Albúmina=4.21 g/dl. ■ **Perfil de coagulación:** Tiempo de protrombina (TP)=11.4 s, Tiempo parcial de tromboplastina (Tpt)=51.1 s, INR=0.9. ■ **Marcadores tumorales:** CEA (Antígeno carcinoembrionario)=1,24 ng/mL, CA-125 (Marcador de cáncer de ovario)=14,57 U/mL, CA 19-9 (Marcador de cáncer gástrico o pancreático)=2,95 U/mL.

Se realizó una TAC simple de tórax, abdomen y pelvis que evidenció la presencia de una masa de contenido predominantemente graso y de partes blandas con medidas de 25,8x23,5x13,5cm y que abarcó desde región retroperitoneal hasta peritoneo, así como desde la región pararenal izquierda hasta la región supravesical, con efecto de masa sobre estructuras adyacentes, desplazando el riñón izquierdo superiormente y la aorta levemente hacia la derecha.



**Figura. 1 y 2:** La TC coronal muestra el desplazamiento hacia la derecha de la aorta abdominal por compresión del liposarcoma (1). Se muestra el colon sigmoide comprimido por la masa (2).



**Figura. 3 y 4:** En ambas imágenes se aprecia el compromiso renal izquierdo por la masa.

Se le realizó intervención quirúrgica a la paciente para la resección de tumor retroperitoneal, aplicando anestesia general y efectuando la cirugía en bloque con nefroureterectomía izquierda y colectomía izquierda más colo-rectoanastomosis latero-terminal.

Los hallazgos operatorios fueron: Tumor de 30 x 40 cm, que desplazaba el colon transverso y englobaba el polo inferior del riñón izquierdo, todo el uréter izquierdo y el hilio renal izquierdo. Además, desplazó y englobó mesocolon sigmoide

y mesocolon ascendente. No se evidenció metástasis ganglionar ni en órganos sólidos. Se observó que la tumoración desplaza vasos retroperitoneales como: Vena cava y arteria aorta, además del uréter izquierdo englobado por tumoración.

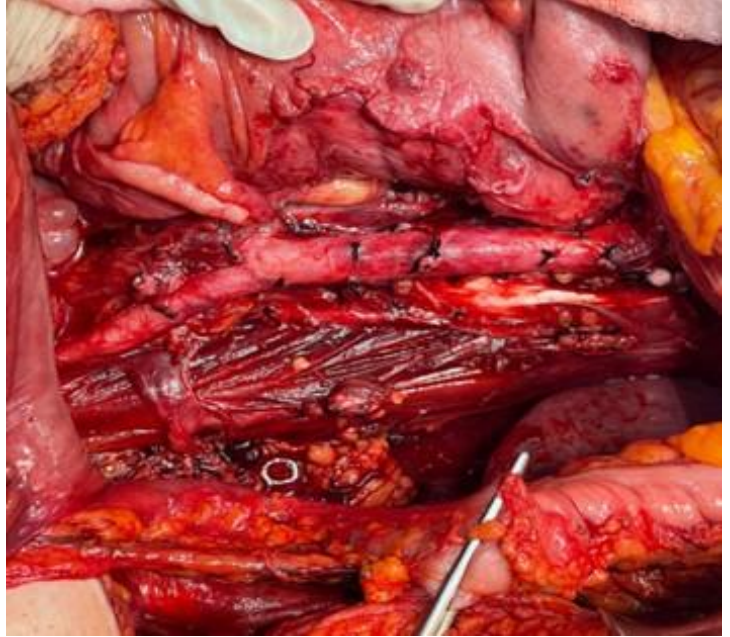
En el informe anatomopatológico, el diagnóstico microscópico reveló un tumor retroperitoneal de tipo liposarcoma desdiferenciado de alto grado, con un diámetro mayor tumoral de 42 cm, un grado histológico de 2, un rango mitótico de 1 por 10 campos de alto poder, necrosis presente

con un rango menor de 50%, con bordes de márgenes comprometidos por la neoplasia.

El diagnóstico macroscópico revela un tumor retroperitoneal con peso de 6,776 kg y de dimensiones: 42 x 30 x 12 cm que traía adherido segmento de intestino que mide 50 cm de longitud x 2 cm de borde quirúrgico y riñón izquierdo que mide 10 x 12 cm, cubierto por grasa perirrenal que se desprende con facilidad. También se encontró adherido a glándula suprarrenal que mide 3 x 2 cm y uréter que mide 11 x 0.5 cm, el cual estaba rodeado por la tumoración (nódulos satélites).



**Figura.5:** Fotografía que muestra el aspecto posterior del lecho tumoral con la aorta abdominal y la vena cava inferior.



**Figura. 6:** Lecho quirúrgico libre de neoplasia donde se muestran estructuras anatómicas conservadas.



**Fig. 7:** Liposarcoma extraído en su totalidad.

Actualmente, luego de la intervención quirúrgica, la paciente se encuentra tranquila, niega dolor o alguna otra molestia y pertenece al nivel 1 de la escala ECOG. Al examen físico no se detectan signos anormales. No cuenta con exámenes hematológicos y bioquímicos actuales. Se le explica al paciente y familiares que recibirá tratamiento quimioterápico por la presencia de tumor residual y afectación ganglionar, la cual consistió en recibir ifosfamida y adriamicina en 4 cursos desde 14.7.2023 hasta el 31.10.2023. Luego de 1 mes aproximadamente se realiza una TC de control que revela ausencia de masa retroperitoneal descrita en la TC del 08/04/23 (Antes de la intervención quirúrgica).

## DISCUSIÓN

El liposarcoma retroperitoneal, no suele tener síntomas notables hasta que logra comprimir órganos periféricos, en general la evolución de los desdiferenciados es más rápida y con mayor poder metastásico. Este a su vez tiene mal pronóstico, sólo su resección completa, es el tratamiento ideal [4-6].

La resección en bloque que se realizó en este caso, es indicada cuando un órgano o estructura no se puede separar quirúrgicamente del tumor sin dejar rezagos (3). Se debe ayudar con estudios de imágenes, como la TC, para anticipar posibles escenarios para la resección. Los órganos mayormente resecados son riñón y colón, coincidiendo con nuestra paciente. Los mejores resultados de supervivencia se logran con la resección primaria. Por lo tanto, se requiere una planificación quirúrgica adecuada para la resección poli visceral para lograr márgenes negativos. Ocasionalmente, puede ser necesaria la resección de estructuras vasculares importantes como la vena cava, la aorta y los vasos ilíacos y, en casos raros, la resección del hueso pélvico. Por lo tanto, puede ser necesario un equipo quirúrgico multidisciplinario que incluya urología, ortopedia, cirugía vascular periférica y/o cirugía plástica. Los criterios para irreseccable incluyen metástasis difusas, implantes peritoneales, enfermedad extensa/circunferencial de la arteria o vena mesentérica superior [6,7].

Debido a la complejidad de la cirugía, la morbilidad y la mortalidad deben considerarse indicadores de calidad de vida. La mortalidad a los 30 días oscila entre el 1,9% y el 3,0%, similar a la de otras cirugías oncológicas importantes [3,9]. La controversia sobre la práctica de la resección extensa se debe principalmente a la alta morbilidad, incluida una alta tasa de reintervención (12%) debido a fugas anastomóticas y sangrado posoperatorio [3,5]. Los factores asociados con una alta morbilidad incluyen la resección de tres o más órganos, la resección de vasos más grandes, la gastrectomía y/o la duodenectomía [7,8]; aunque mucho menos descrita la radioterapia intraoperatoria es un factor que aumenta la morbilidad y mortalidad postoperatoria /min alrededor de los 50 meses. La progresión de la ERC también es un hallazgo común en este tipo de resección; ya que pacientes en un grado I o II de ERC preoperatorio progresaron a grados III, IV o llegando a requerir diálisis temporal luego de la operación [9].

Por último, el tratamiento coadyuvante de radioterapia, se realiza para limitar la toxicidad. De manera opcional, se puede indicar radioterapia intraoperatoria; sin embargo, esto depende de la institución y los recursos. Cabe resaltar, que esto aún está en estudio y se debe evaluar su aplicación. Asimismo, los liposarcomas que tienen alto riesgo a distancia, son considerados para el uso de quimioterapia después de la resección; y aún más si se prevé una

recuperación postoperatoria prolongada por la extensión de la cirugía o las comorbilidades. En los estudios, hubo una fuerte asociación en la respuesta a este tratamiento a la supervivencia [10-14].

Este caso clínico aporta valiosa información en la literatura médica para la terapéutica del liposarcoma retroperitoneal desdiferenciado gigante. Ya que el caso enfatiza la importancia del tratamiento coadyuvante con quimioterapia y radioterapia para prevenir la recurrencia del tumor. La quimioterapia, especialmente en casos de alto riesgo como este, puede ayudar a controlar la enfermedad y mejorar la supervivencia. Además, es importante recalcar que el desafío quirúrgico se determina al observar nuevos sitios anatómicos donde el tumor puede localizarse, por lo que requiere un procedimiento extirpación, que dependerá de la habilidad y el conocimiento anatómico del cirujano para evitar el daño a estructuras adyacentes, todo ello, será descrito en los reportes, por lo que podrá ayudar a impartir nuevo conocimiento sobre los sitios anatómicos, el cual el tumor puede extenderse.

Las limitaciones de este estudio es que requiere un largo plazo en el seguimiento de la paciente, para observar la evolución y las tasas de supervivencia, ya que son esenciales para evaluar la eficacia del tratamiento. Se contó con el consentimiento informado de la paciente.

## CONCLUSIONES

El tratamiento con cirugía multivisceral es la mejor opción en estos casos de neoplasia con gran extensión y compromiso de órganos y estructuras adyacentes; por otro lado, el tratamiento coadyuvante con quimioterapia, es una opción adecuada que permite la prevención de la extensión de la neoplasia y evita recidivas en el lecho quirúrgico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Liao T, Du W, Li X, He S, Guan G, Zhu H, et al. Recurrent metastatic retroperitoneal dedifferentiated liposarcoma: a case report and literature review. *BMC Urol* [Internet]. 2023;23(1):63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12894-023-01252-3>
- [2] Hernández J, Abella L, Trujillo M. Liposarcoma mixoide gigante retroperitoneal. *Oncología (Barc.)*. 2009; 27(5): 59-60. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0378-48352004000500009](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352004000500009)
- [3] Asencio J, Fernandez J, Blanco G, Muñoz C, Álvarez R, Fox B, et al. Actualización en el manejo de sarcomas retroperitoneales y pélvicos; el papel de la cirugía compartimental. [Internet] 2019 [citado el 3 de Junio del 2023];97(9):480-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-actualizacion-el-manejo-sarcomas-retroperitoneales-S0009739X1930226>
- [4] Gladly RA, Gupta A, Catton CN. Retroperitoneal Sarcoma: Fact, Opinion, and Controversy. *Surg Oncol Clin N Am*. 2016;25:697-711. <https://doi.org/10.1016/j.soc.2016.05.003>
- [5] Gronchi A. Extended surgery for retroperitoneal sarcoma: the key to maximizing the potential for cure and survival. *Pro. Oncology (Williston Park)*. 2013;27:640e642.
- [6] Porpiglia A, Sanjay R, Jeffrey F. Retroperitoneal Sarcomas. *Surgical Clinics*, 2016;4(96): 993-1001. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2016.05.009>
- [7] Kirane A, Crago A. The importance of surgical margins in retroperitoneal sarcoma. *J Surg Oncol*. 2015;113(3):270-276. <https://doi.org/10.1002/jso.24135>
- [8] Cananzi F, Ruspi L, Sicoli F, Minerva E, Quagliuolo V. Did outcomes improve in retroperitoneal sarcoma surgery?. *J Surg Oncol*. 2019;28:96-102. <https://doi.org/10.1016/j.suronc.2018.11.004>
- [9] MacNeill AJ, Fiore M. Surgical morbidity in retroperitoneal sarcoma resection. *Journal of Surgical Oncology*. 2018;117(1):56-61.

- [10] Pawlik TM, Pisters PW, Mikula L, et al. Long-term results of two prospective trials of preoperative external beam radiotherapy for localized intermediate- or high-grade retroperitoneal soft tissue sarcoma. *Ann Surg Oncol* 2006; 13:508.
- [11] Nussbaum DP, Rushing CN, Lane WO, et al. Preoperative or postoperative radiotherapy versus surgery alone for retroperitoneal sarcoma: a case-control, propensity score-matched analysis of a nationwide clinical oncology database. *Lancet Oncol* 2016; 17:966.
- [12] Ma SJ, Oladeru OT, Farrugia MK, et al. Evaluation of Preoperative Chemotherapy or Radiation and Overall Survival in Patients With Nonmetastatic, Resectable Retroperitoneal Sarcoma. *JAMA Netw Open* 2020; 3:e2025529.
- [13] Datta J, Ecker BL, Neuwirth MG, et al. Contemporary reappraisal of the efficacy of adjuvant chemotherapy in resected retroperitoneal sarcoma: Evidence from a nationwide clinical oncology database and review of the literature. *Surg Oncol* 2017; 26:117.
- [14] Tseng WW, Barretta F, Conti L, et al. Defining the role of neoadjuvant systemic therapy in high-risk retroperitoneal sarcoma: A multi-institutional study from the Transatlantic Australasian Retroperitoneal Sarcoma Working Group. *Cancer* 2021; 127:729