

Hallazgo retroperitoneal inesperado

Pérez-Gimeno, E¹, Vallejo-Desviat, P², Villar-Blanco, IH³, Azpeitia-Hernández, FJ¹, Soriano-Navarro, F⁴, López-Lafuente, C⁵

Sanid. mil. 2024; 80 (4): 161-162, ISSN: 1887-8571

Mujer de 53 años que refiere a su médico de atención primaria un aumento progresivo del perímetro abdominal junto con saciedad precoz desde hace un año y medio y es remitida por este para la realización de una ecografía de abdomen completo. No presenta antecedentes médicos de interés ni historia clínica previa.

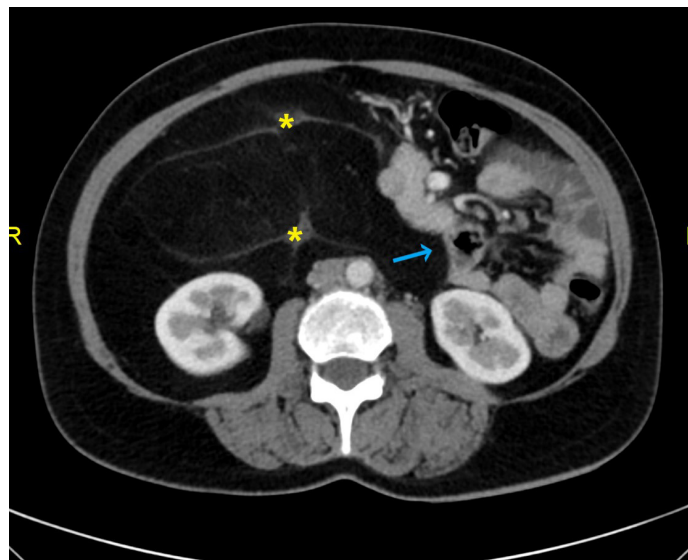
En la ecografía se observa una masa abdominal (figura 1), por lo que se completa el estudio con un TC abdominopélvico con contraste intravenoso (figuras 2 y 3).



Figura 1. Ecografía abdominal. Masa ecogénica y relativamente bien delimitada, de unos 20 × 12 × 7 cm de diámetro, que se extiende caudalmente hasta pelvis, sin clara dependencia de ninguna estructura

DIAGNÓSTICO: LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL BIEN DIFERENCIADO

Los hallazgos observados tanto en la ecografía como en el TC son característicos de un tumor de estirpe lipomatosa. Los liposarcomas son tumores malignos de tejido graso, así como los



Figuras 2 y 3. TC de abdomen con CIV en fase portal, en cortes axial (izquierda) y corona (derecha). Voluminosa masa retroperitoneal de predominio lipomatoso, de aproximadamente 15 × 21 × 27 cm, heterogénea y de bordes parcialmente definidos, con tabiques en su interior que realzan con el CIV (asterisco amarillo). Desplaza el hígado (flecha verde), el páncreas, el marco cólico y las asas del intestino delgado (flecha azul) sin identificar signos de infiltración de estas

¹ Capitán médico. Escuela Militar de Sanidad. Academia Central de la Defensa, Madrid (España).

² Coronel médico. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid (España).

³ Médico especialista. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid (España).

⁴ Capitán médico. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid (España).

⁵ Teniente coronel médico. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid (España).

Dirección para la correspondencia: Elena Pérez Gimeno. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Glorieta del Ejército s/n, 2804 7 Madrid (España).

Correo electrónico: epergim@mde.es

Recibido: 12 de marzo de 2024

Aceptado: 14 de noviembre de 2024

lipomas son tumores benignos. Se originan de las células mesenquimales primitivas y no de los adipocitos.

El liposarcoma es el sarcoma retroperitoneal más frecuente (33 %). Puede originarse en cualquier parte del cuerpo (siendo hasta el 15 % retroperitoneales). La edad más frecuente de presentación es 50-70 años. La presentación clínica varía según la localización, teniendo un curso más insidioso en las lesiones intraabdominales o intratorácicas.

Son tumores de lento crecimiento y suelen ser mayores de 20 cm cuando se diagnostican¹. Las masas que desplazan los órganos retroperitoneales anteriormente (por ejemplo, los riñones, el colon ascendente, el colon descendente y el páncreas) son más probablemente tumores retroperitoneales primarios².

Desde el punto de vista histopatológico, hay distintos tipos: liposarcoma bien diferenciado (bajo grado de malignidad), dediferenciado, mixoide (malignidad intermedia), pleomórfico y de células pequeñas³.

El liposarcoma bien diferenciado contiene adipocitos maduros y presenta bajo grado de malignidad. Aunque tiende a рецидивar de forma local, no metastatiza. Radiológicamente puede ser indistinguible de un lipoma (lesión benigna), ya que ambos pueden tener septos o áreas focales de densidad partes blandas en su interior, aunque el liposarcoma suele tener septos más gruesos, irregulares y que realzan tras la administración de contraste intravenoso; además, suelen presentar un mayor tamaño (>10 cm). Por ello, aunque conviene distinguirlos radiológicamente cuando sea posible para evitar procedimientos quirúrgicos innecesarios⁴, en caso de duda deben extirparse³.

Un liposarcoma bien diferenciado puede ocasionalmente sufrir una dediferenciación histológica, haciéndose más agresivo y metastatizando, lo que empeora el pronóstico. Asimismo, tiene un alto riesgo de recurrencia que se debe, en parte, a la dificultad de lograr márgenes de resección libres de tumor, porque los tumores a menudo son irresecables de las estructuras adyacentes. Esta recurrencia se asocia también con un mayor riesgo de dediferenciación y por lo tanto de malignización².

Los hallazgos radiológicos en los liposarcomas son variables y la cantidad de grasa intratumoral es, por lo general, inversamente proporcional al grado de malignidad². El liposarcoma bien diferenciado se observa como una lesión predominantemente hipodensa en el TC (por su elevado contenido en grasa); en RM se visualiza como una lesión hiperintensa en las

secuencias potenciadas en T1, de intensidad intermedia en las secuencias potenciadas en T2 y presenta pérdida de la señal en las secuencias de supresión grasa.

En lesiones altamente sugestivas de liposarcoma retroperitoneal bien diferenciado, puede no considerarse la realización de biopsia prequirúrgica, ya que la sensibilidad del TC en estos casos es cercana al 100 %¹. No obstante, el diagnóstico definitivo debe realizarse mediante estudio histológico⁵.

Finalmente se tomó la decisión terapéutica de realizar tratamiento quirúrgico, basándose en la impresión diagnóstica y las imágenes radiológicas. Este tratamiento consistió en la resección de la masa en bloque junto con nefrectomía y suprarrenelectomía derechas (ya que en el quirófano se observó que la masa englobaba completamente estos órganos, existiendo sin embargo plano graso de separación con el colon derecho).

El diagnóstico anatomopatológico de la lesión retroperitoneal fue de liposarcoma bien diferenciado de grado histológico 1 con márgenes libres de afectación tumoral, encontrándose el riñón derecho también libre de afectación tumoral.

Se consideró un estadio pT2 Nx M0, estadio II, por lo que el tratamiento quirúrgico realizado se considera curativo, sin necesidad de quimioterapia ni radioterapia adyuvantes, debiendo acudir periódicamente a revisiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mullinax JE, Zager JS, Gonzalez RJ. Current diagnosis and management of retroperitoneal sarcoma. *Cancer Control*. 2011;18(3):177-87. doi: 10.1177/107327481101800305.
2. Al-Dasuqi K, Irshaid L, Mathur M. Radiologic-Pathologic Correlation of Primary Retroperitoneal Neoplasms. *Radiographics*. 2020;40(6):1631-1657. doi: 10.1148/rg.2020200015.
3. Martínez-Rodríguez C, Tardáguila-de-la-Fuente G. Patología suprarrenal y retroperitoneal. En: Del Cura Pedraza, JL et al, directores. *Radiología Esencial* (I). 2ª edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2019. p. 929-944
4. Sangster GP, Migliaro M, Heldmann MG, Bhargava P, Hamidian Jahromi A, Thomas-Ogunniyi J. The gamut of primary retroperitoneal masses: multimodality evaluation with pathologic correlation. *Abdom Radiol (NY)*. 2016 Jul;41(7):1411-30. doi: 10.1007/s00261-016-0735-6. Erratum in: *Abdom Radiol (NY)*. 2016 Nov;41(11):2292. doi: 10.1007/
5. Rajiah P, Sinha R, Cuevas C, Dubinsky TJ, Bush WH Jr, Kolokythas O. Imaging of uncommon retroperitoneal masses. *Radiographics*. 2011;31(4):949-76. doi: 10.1148/rg.314095132.