

LIPOSARCOMAS RETROPERITONEALES A PROPOSITO DE TRES OBSERVACIONES

Dr. Kes, Segismundo - Dr. Scorticati, Carlos H.

Conclusiones

Se presentan 3 casos de liposarcomas retroperitoneales, asistidos en los últimos años en el Instituto, por los que se realizó una revisión bibliográfica y se aportan a esta Sociedad con el fin de incrementar la casuística nacional.

Se presentan 3 casos de liposarcomas retroperitoneales, diagnosticados y tratados en el Instituto de Oncología "Angel H. Roffo", Universidad de Buenos Aires.

Se trata de un tumor relativamente raro. La primera descripción pertenece a Morgagni, en 1761, siendo reportados hasta el presente en la literatura mundial unos 4.000 casos.

Se lo conoce también con el nombre de *tumor de Dominici* o *tumor mesenquimatoso de potencial múltiple*.

Representan el 0,1 % de todos los tumores, y su ubicación en la grasa perirrenal es de 12-40 %, según las estadísticas.

La preponderancia es de 7-3 en favor de las mujeres. En nuestra casuística, 2 casos fueron mujeres, y 1 caso, varón.

Los liposarcomas retroperitoneales se pueden presentar a cualquier edad; la mayoría tiene incidencia entre los 40-60 años, la edad promedio de nuestros casos es de 45 años.

Clínica

Se trata de tumores de desarrollo lento, en general, aunque es muy raro que permanezcan sin evolucionar durante muchos años.

Tienden a ser encapsulados, pero dicha cápsula es considerada, en estos momentos, como zona de tumor atenuada por los tejidos circundantes, por lo que es importante la extirpación de esa pseudocápsula.

Son tumores que pueden alcanzar grandes dimensiones, por ser el retroperitoneo zona de fácil expansión sin afectar órganos capaces de exteriorización clínica.

El motivo de consulta es, en 70-90 % de los casos, por tumor palpable, que los propios enfermos notan; síntomas urológicos por invasión o compresión, 63 % (uronefrosis, disuria, etc.); también pueden manifestarse con descenso de peso, náuseas, vómitos, constipación.

Diagnóstico

El diagnóstico puede ser hecho sólo por biopsia; lo ideal es tener el anatomopatólogo en el acto quirúrgico, realizando biopsia por congelación, para continuar, en caso de tratarse de un liposarcoma, con la exéresis total del tumor, siendo ese el tratamiento ideal.

Los elementos con que contamos para el diagnóstico son: el urograma excretor, que nos revelará compresión y desplazamiento renoureteral, ectasia del aparato urinario superior. Silencio renal.

Estudios gastrointestinales, colon por enema seriada gastroduodenal, ecografía abdominal.

Por último, y el de más valor, la tomografía computada, que consideramos de capital importancia para toda la patología retroperitoneal.

Diagnóstico diferencial

Cáncer de colon, tumor de páncreas, tumor de ovario, tumor de riñón, quiste hidatídico, quiste Wolffiano retroperitoneal, hematomas enquistados.

Patología

Hemos consultado y utilizado la clasificación de Stout:

Tipo I: tumor mixoide bien diferenciado. Estos raramente hacen metástasis, pero dan recurrencia local luego de una exéresis inadecuada; son de pronóstico favorable.

Tipo II: tumor mixoide pobremente diferenciado, clínicamente más malignos, recidivan frecuentemente y pueden hacer metástasis; pronóstico poco favorable.

Tipo III: tipo adenoide o de células redondas, éstos prosiguen un curso clínico agresivo y frecuentemente hacen metástasis; su pronóstico es pobre.

Tipo IV: grupo mixto, curso agresivo y pronóstico pobre; hacen metástasis precoces.

Se trata de una clasificación anatomoclínica, pero su utilidad es relativa, pues en la mayoría de las series hay una gran variación en la apariencia histológica en diferentes áreas del mismo y estamos de acuerdo con otros autores que la conducta a seguir y el pronóstico es difícil de predecir de acuerdo con la histología del tumor.

Tratamiento

La exéresis radical del tumor es el mejor tratamiento. La recidiva es invariable en los casos de resecciones incompletas o en aquellos casos que se deja la pseudocápsula.

Aunque la respuesta a la irradiación es variable y está de acuerdo con el tipo histológico del tumor, recomendamos su aplicación en el posoperatorio, incluso en aquellos casos en que la extirpación haya sido completa, por lo que debe ser incluida en las pautas de tratamiento en forma rutinaria.

En pacientes que están fuera de las posibilidades quirúrgicas, puede haber mayor sobrevida aplicando radioterapia, e incluso cabe la posibilidad, con ella, de reducir el tumor y completar *a posteriori* con tratamiento quirúrgico.

Las recidivas son menos sensibles a la radioterapia.

Los liposarcomas no tienen respuesta favorable a la quimioterapia.

Pronóstico

Entre el 20-85 % tienen recidivas en todas las estadísticas y ello está en relación directa con el tipo de exéresis del tumor, y con la aplicación en el posoperatorio de la radioterapia.

Las tasas de sobrevida a los 5 años varían entre 0 y 11 %.

Casos reportados

Caso I. D. E. B. de C. H. C. E. nº 27563. De 44 años; motivo de consulta, cólico renal derecho, pérdida de 15 kg de peso. Urograma excretor (ver figura 1) en el que se observa el sistema pielocalicilar derecho alterado en su arquitectura, desplazamiento del uréter inferior.

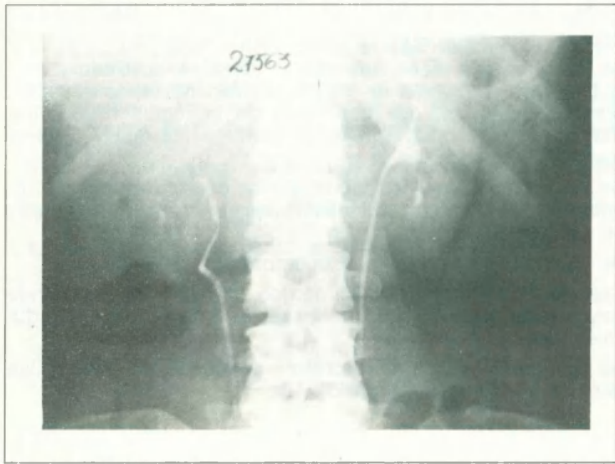


Figura 1

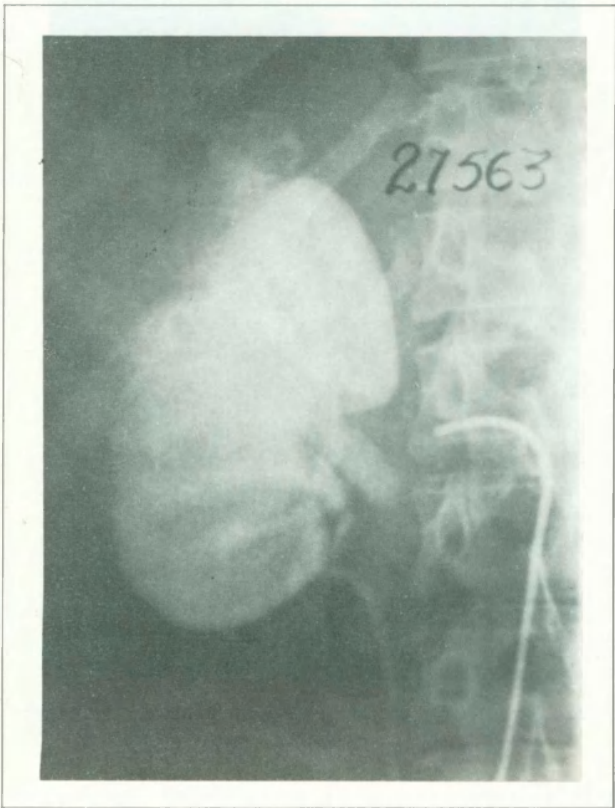


Figura 2. Arteriografía renal que confirma el urograma.

Se interviene el 18/4/77 por vía anterior, vía de Kocher con decolamiento del colon derecho, ligadura de la arteria renal en el espacio intercavo-aórtico, nefrectomía en block con suprarrenalectomía; se sacan 3 ganglios, exploración de hígado sin metástasis.

Anatomía patológica. Liposarcoma pleomórfico de riñón que invade parénquima y grasa de celda renal, 3 ganglios sin metástasis.

Efectuó 6 aplicaciones de radioterapia suspendiéndolas por intolerancia, náuseas, vómitos, se le realizan centellograma hepático y hepatograma que no revelan alteraciones.

Última consulta abril de 1980, sin recurrencia de enfermedad; Rx de tórax, sin particularidades.

Caso II. L. de R. H. C. E. nº 42.090. Mujer de 49 años. El motivo de la consulta: aumento de diámetro del abdomen indoloro, no registraba antecedentes de importancia.

Entre los estudios realizados, urograma excretor (fig. 3) que muestra el riñón derecho desplazado con su arquitectura conservada.

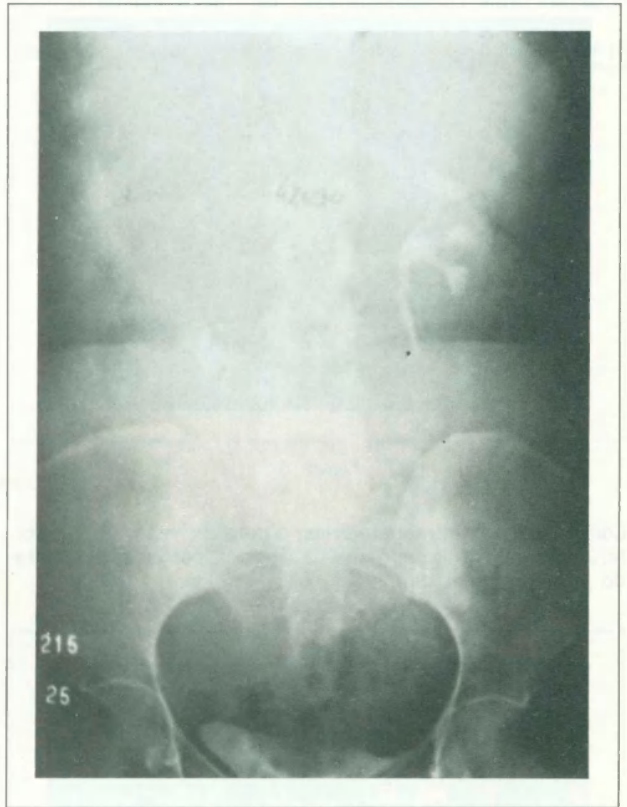


Figura 3

Laboratorio preoperatorio: glóbulos blancos, 11.000; eritrosedimentación normal. Ecografía abdominal, enorme tumoración sólida desde pelvis hasta epigastrio de 25 x 11 x 10 centímetros de estructura sólida.

Tomografía computada (fig. 4): masa que impresiona como un liposarcoma retroperitoneal con desplazamiento del riñón derecho, hígado y demás vísceras abdominales.

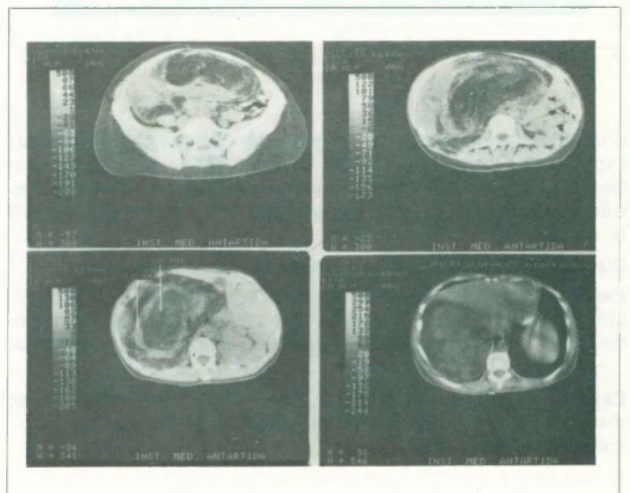


Figura 4

Fue intervenida el 4/6/79 por una incisión xifopubiana (fig. 5) por el parietocólico, liberando el hemicolon transverso derecho, reseándose un tumor de 8,600 kg junto con el riñón y la suprarrenal.



Figura 5

Complicaciones intraoperatorias: sutura de vena cava y porta, fue necesaria la nefrectomía derecha por estar involucrado el riñón en el tumor (fig. 6).



Figura 6

Anatomía patológica. Se remite gran formación tumoral ovoidea de consistencia firme de 31 x 27 x 16 cm; en uno de los polos de esta formación tumoral se encuentra adherido el riñón, de aspecto conservado, pero aplastado contra el tumor.

Diagnóstico: liposarcoma mixoide de retroperitoneo.

Paciente que *a posteriori* del acto operatorio fue irradiado. Lleva 15 meses de evolución sin recurrencia de enfermedad; con controles posoperatorios de Tomografía computada.

Caso III. A. S., 44 años. H. C. E. nº 7948. Paciente que es derivado al Instituto con el diagnóstico de liposarcoma mixoide retroperitoneal.

Antecedentes en 1953: operado de un tumor de testículo izquierdo, se informa como lipoma, no hay histología.

1971, hernioplastia derecha.

1973, julio, tumoración poco dolorosa en región inguinal derecha que se interpreta como recidiva de su hernia.

Se interviene de dicha tumoración fuera del Instituto y describen que se trataba de una formación de tejido violáceo, blando, sangrante, que desciende de la región retroperitoneal y por el conducto inguinal invade el cordón y llega al testículo derecho.

Se reseca parte de ese tejido, no se comprueba hernia inguinal; informe histopatológico, liposarcoma retroperitoneal; se extirpa testículo y cordón.

Al ingresar al Instituto en setiembre de 1973:

Examen físico: abdomen asimétrico, tumor que se extiende desde fosa ilíaca derecha a hipogástrico de consistencia duro-elástica.

Se le realiza urograma excretor, donde se observa vejiga desplazada hacia la izquierda (fig. 7).



Figura 7

8/1/74. Laparotomía exploradora, incisión paramediana transrectal derecha, infraumbilical; abierto peritoneo se observa tumor que se extiende desde el borde inferior del hígado a la pelvis menor, y desde el parietocólico derecho sobrepasando la línea media se toma biopsia.

29/7/74. 8/4/74, completa 6.000 Rads en abdomen.

Las consultas durante el año 1974 revelan buen estado general sin recurrencia de enfermedad.

Años 1975 y 1976, buen estado general; aumento de 10 kg de peso; no se palpa tumor abdominal.

Durante el año 1977 continuó tratamiento fuera del Instituto, recibiendo telecobaltoterapia por un nódulo pulmonar izquierdo 6.000 Rads.

En marzo de 1980 fue colecistectomizado y se le reseco un tumor abdominal de aproximadamente 8 kg de peso; por referencias de un familiar, su estado en el mes de mayo de 1980 era terminal.

Bibliografía

1. Bourgeon y col.: "Liposarcomas sous-péritoneux chirurgie (mémoires de Académie)", t. 103, nº 2, 1977.
2. García, González Martín, Torrenti: "Liposarcoma del cordón espermático". Rev. Arg. de Urología y Nefrología, 37-44, 1968.
3. Le Neel, J. C.: "Tumeurs retroperitoneales". Med. Chir., 3, 284-288, 1974.
4. Metz, L.; Monserrat: "Liposarcoma de cordón espermático". Rev. Arg. de Urología y Nefrología, vol. 46, pág. 53, 1980.
5. Reignier: "A propos du procès verbal sur les Liposarcomas sous-péritoneaux". Chirurgie, 103, págs. 234-235, 1977.
6. Roux-Delaviere: Sem Hôp., 49, 3141-3146, París, 1973.
7. Shelden Binder, Katz, Sheridan: "Retroperitoneals Liposarcomas". Annals of Surgery, vol. 187, nº 3, 257-261, marzo 1978.
8. Stout: "Liposarcoma, the malignant tumor of Lipoblast". Ann. Surg., 119, 86, 1944.
9. Taiana, Jorge; Rodríguez, Otero: "Tumores primitivos del espacio retroperitoneal. Tres casos operados". Prensa Médica, 59, 526, 1972.
10. Taiana, Jorge; Rodríguez, Otero; Procpet, Pedro: "Tumores primitivos del espacio retroperitoneal. Tres casos operados". Prensa Médica, 59, 526, 1972.