

PRESENTACIÓN DE CASO

Presentación de una paciente con liposarcoma gigante de muslo

Presentation of a Patient with Thigh Giant Liposarcoma

Emilio Márquez Camayd ¹, Caridad Márquez Torres ², Claribel Márquez Torres ², Yudelkis Cruz Aldana ³

1. Máster en Emergencias Médicas. Especialista de Primer Grado en Ortopedia y Traumatología. Profesor Auxiliar. Hospital Vladimir Ilch Lenin. Holguín. Cuba.
2. Especialista de Primer Grado en Ortopedia y Traumatología. Servicio de Ortopedia y Traumatología Hospital Vladimir Ilch Lenin. Holguín. Cuba.
3. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Residente de tercer Año de Ortopedia y Traumatología. Servicio de Ortopedia y Traumatología. Hospital Vladimir Ilch Lenin. Holguín. Cuba.

RESUMEN

Se presentó una paciente de 68 años de edad con antecedentes de tumoración no dolorosa en parte posterior del muslo derecho desde hacía unos 12 años con crecimiento enorme en los últimos meses. El examen histopatológico informó un liposarcoma pleomórfico de grado intermedio de malignidad. Se intervino quirúrgicamente en el Hospital Vladimir Ilch Lenin de Holguín y durante nueve meses estuvo asintomática con buena evolución clínica sin necesidad de amputación del miembro afectado.

Palabras clave: liposarcoma, cirugía, mujer.

ABSTRACT

A 68-year-old female patient with a history of non-painful tumor in the posterior part of the right thigh about 12 years ago with enormous growth in recent months was presented. Histopathological examination reported an intermediate grade pleomorphic liposarcoma of malignancy. She underwent surgery at Lenin Hospital in Holguín and during nine months the patient was asymptomatic with good clinical evolution. The amputation of the affected limb was not necessary to perform.

Keywords: liposarcoma, surgery, woman.

INTRODUCCIÓN

Sarcoma es una palabra derivada del griego Sarxi: SARKAS (carne) que indica una tumefacción carnosa cualquiera, independientemente de la naturaleza del proceso patológico que la provoca. En la actualidad se entiende por sarcoma a una neoplasia de origen conectivo maligno constituida por elementos celulares atípicos que se reproducen rápidamente y que por su carácter histológico recuerdan a las células del tejido mesenquimatoso del embrión.

Los tumores de tejidos blandos son un grupo muy heterogéneo de lesiones que se clasifican según un criterio histopatogénico, en función del tejido adulto al que se parecen. El liposarcoma puede ser definido como una tumoración maligna formada por lipoblastos proveniente de un elemento mesenquimatoso, tejido adiposo, o una tumoración maligna que se parece en grado variable al tejido adiposo normal ¹.

El liposarcoma es descrito por primera vez por R. Virchow en 1857, quien describe un tumor originado del tejido adiposo y lo compara con el tejido conectivo embrionario y lo denomina lipoma-mixoma, indicando la textura de los elementos mixoides y lipoides².

El liposarcoma puede aparecer en cualquier parte del cuerpo pues las estructuras mesenquimales se encuentran en todas las regiones y órganos del cuerpo. Aunque la localización más frecuente es el tejido correspondiente a partes blandas profundas de las extremidades, especialmente en extremidad inferior, y más concretamente en el muslo, donde se sitúa más del 50% del total de casos. En extremidades superiores en un 16%.

Es una neoplasia propia de pacientes adultos, cuyo pico de incidencia se sitúa entre los 40 y los 60 años y muestra una ligera prevalencia por el sexo masculino³. Los casos aparecidos en pacientes más jóvenes ocurrieron en la segunda década de la vida. El liposarcoma es el segundo tumor de partes blandas en cuanto a incidencia y actualmente el tratamiento de dicha neoplasia no está claramente definido, por lo que es esencial y necesario un tratamiento multidisciplinar integrado del liposarcoma para lograr la curación completa y disminuir el número de recidivas.

Macroscópicamente el liposarcoma se caracteriza por ser generalmente voluminosos, blando, multilobulado o nodular; se encuentran limitados por una cápsula de tejido conjuntivo de espesor variable; su color varía del blanco amarillento al amarillo brillante; es de consistencia gelatinosa, blanda y firme⁴⁻⁶.

Al corte pueden observarse áreas mixoides quísticas, esparcidas sobre un estroma mixoide, desde la cápsula que recubre el tumor se pueden observar. Más tarde aparecen nuevos conceptos que no hacen variar mucho la clasificación propuesta por Scout. Así, Enzinger divide los liposarcomas en cuatro grupos¹:

Tipo I: mixoide

Tipo II: de células redondas

Tipo III: adulto bien diferenciado

Tipo IV: pleomórfico

PRESENTACIÓN DE CASO

La paciente femenina de 68 años de edad presentó una tumoración en la parte posterior del muslo derecho, con circulación colateral con crecimiento rápido, aunque refirió que pasaron 12 años desde que apareció hasta que se operó hace nueve meses. La tumoración no era dolorosa, pero que ya por el tamaño le molestaba hasta para sentarse, pues prácticamente se sentaba encima de este y le dificultaba su vida activa ([fig. 1](#)).



Fig. 1. Tumor gigante en muslo derecho con circulación colateral antes de intervención quirúrgica

Dentro de los estudios complementarios tenía tomografía axial (TAC) de abdomen normal y tórax normal, además, presentaba hemograma completo dentro de límites normales y eritrosedimentación algo acelerada. El ultrasonido (USG) indicaba un tumor ecogénico que medía 370 mm por 230 mm, sin adenopatías inguinales, ni abdominales; el resto de complementarios de rutina normales. La biopsia informó un liposarcoma pleomórfico de grado intermedio de malignidad y con infiltración de la capsula reseca con músculos adyacentes. La intervención quirúrgica se realizó en el Hospital Vladimir Ilich Lenin de Holguín ([fig. 2](#)). Se evitó amputar el miembro afectado.

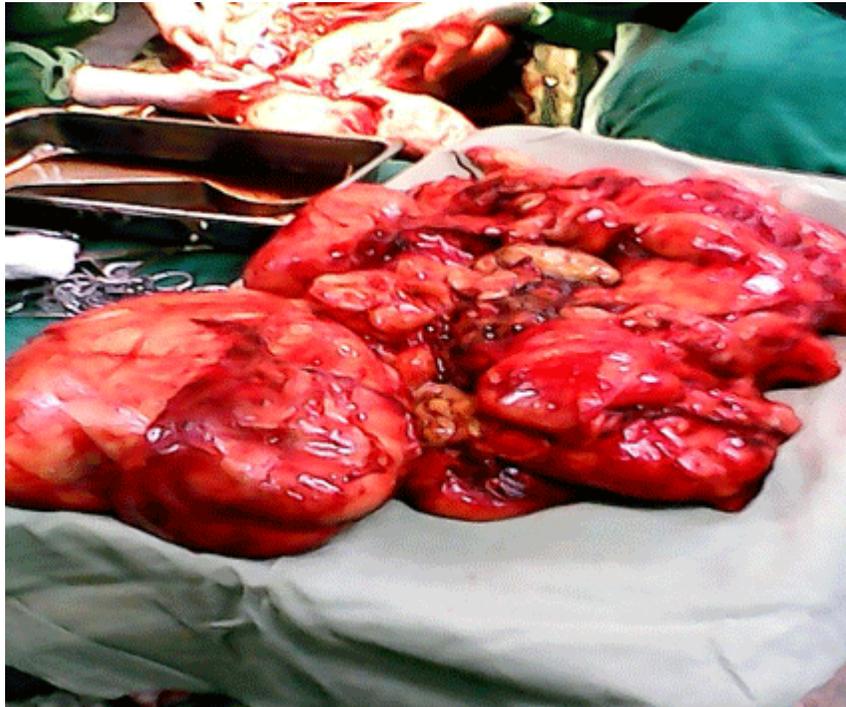


Fig. 2. Tumoración en el quirófano con 15 libras de peso

La paciente se ha mantenido asintomática durante nueve meses con buena evolución clínica ([fig. 3](#)).



Fig. 3. Paciente asintomática a los 9 meses de operada

DISCUSIÓN

El liposarcoma de extremidades es el segundo tumor de partes blandas más frecuente en dicha localización después del fibrohistiocitoma maligno¹. Es un tumor característico de la edad media, no suele afectar a edades pediátricas, ni en la adolescencia; de presentación clínica poco variable que consiste en una tumoración de crecimiento progresivo no dolorosa. Por ello ante una masa de partes blandas en niños o adultos jóvenes, se debe llegar al diagnóstico definitivo y sospechar de otro tumor, pues otros más agresivos son más frecuentes en edades tempranas.

No se consideró que la edad sea un factor de mal pronóstico, al igual que la mayoría de los autores, aunque existen publicaciones de algún grupo que determinan que la edad mayor de 45 años se relaciona con menos supervivencia y otros fijan el límite de edad en 65 años, hacen referencia a que una mayor edad provoca un descenso de la inmunidad del huésped, una disminución de la capacidad de reparación del ADN, así como, un mayor número de defectos en los genes supresores tumorales y oncogenes⁷. Este hecho sucede en todos los tumores del organismo.

El tamaño del liposarcoma de extremidades no guardó una relación directa con el pronóstico. Algunos autores que si encuentran relación entre el tamaño del tumor >10 cm con una menor supervivencia o con mayor riesgo de metástasis. Otros demuestran una relación entre el tamaño mayor de 10 y la posibilidad de tener enfermedad a distancia⁶. Esta afirmación no se puede aplicar a otros tumores de partes blandas, porque en el estudio del fibrohistiocitoma maligno y el sarcoma sinovial, se demuestra una estrecha relación entre el tamaño del tumor con la posibilidad de recidiva o de metástasis.

En cuanto a la cirugía, para realizar una resección adecuada es necesario que sea realizada por una unidad de traumatología especializada en tumores músculo-esqueléticos, debido a que la resección de alguno de ellos puede ser muy complicada, pero incluso aquellos de aparente resección sencilla, requieren un conocimiento y un tratamiento especial de los bordes de la pieza y de los tejidos adyacentes para conseguir una resección con bordes libres de la enfermedad y con ello reducir la tasa de recidiva local ⁸.

La gammagrafía cada vez se encuentra más en desuso en el mundo desarrollado con la utilización del PET-TC: tomografía por emisión de positrones ya que este permite valorar con mayor precisión la actividad metabólica del tumor y además determinar la localización y extensión de la recidiva o metástasis por la imagen que aporta los cortes de la TAC ⁹.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ray-Coquard I, Thiesse P, Ranchère-Vince D, Chauvin F, Bobin JY, Sunyach MP, *et al.* Conformity to clinical practice guidelines, multidisciplinary management and outcome of treatment for soft tissue sarcomas. *Ann Oncol.* 2004[citado 9 nov 2016]; 15(2):307–15. Disponible en: <http://annonc.oxfordjournals.org/content/15/2/307.full>
2. Qureshi YA, Huddy JR, Miller JD, Strauss DC, Thomas JM, Hayes AJ. Unplanned excision of soft tissue sarcoma results in increased rates of local recurrence despite full further oncological treatment. *Ann Surg Oncol.* 2012 [citado 9 nov 2016]; 19(3):871–877. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1245/s10434-011-1876-z>
3. Casali PG, Blay JY. Soft tissue sarcomas: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2010[citado 9 nov 2016]; 21(Supl 5):198–203. Disponible en: http://annonc.oxfordjournals.org/content/21/suppl_5/v198.full
4. Grimer R, Judson I, Peake D, Seddon B. Guidelines for the management of soft tissue sarcomas. *Sarcoma.* 2010[citado 9 nov 2016]; 2010: 506182. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2903951/>
5. Kim HS, Lee J, Yi SY, Jun HJ, Choi YL, Ahn GH, *et al.* Liposarcoma: exploration of clinical prognostic factors for risk based stratification of therapy. *BMC Cancer.* 2009[citado 9 nov 2016]; 9:205. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2711972/>
6. Eynard AR, Valentich MA, Rovasio RA. Tejido Adiposo. En: *histología y embriología del ser humano.* 4ª ed. Madrid: Panamericana España; 2008.p.215-222
7. Miguel Soca PE, Almaguer Herrera A, Ponce de León D, Sales Márquez H, Pérez Rodríguez H. El cáncer una enfermedad genética. *CCM.* 2007 [citado 7 nov 2016]; 11(3). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no113/n113rev1.htm>
8. Paterson JJ, Kransdorf MJ, Bancroft LW, O'Connor MI. Malignant fatty tumors: classification, clinical course, imaging appearance and treatment. *Skeletal Radiol.* 2003[citado 9 nov 2016]; 32(9):493-503. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00256-003-0647-8>
9. Patatuchi Oseguera VM. Liposarcoma: revisión bibliográfica (Tesis). Veracruz: Facultad de medicina, Universidad Veracruzana; 1986.

Recibido: 9 de noviembre de 2016

Aprobado: 11 de noviembre de 2016

MSc. *Emilio Márquez Camayd*. Hospital Vladimir Ilch Lenin. Holguín. Cuba.

Correo electrónico: emarquezhlg@infomed.sld.cu