

HOSPITAL GENERAL PROVINCIAL DOCENTE
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"
CIEGO DE ÁVILA

Liposarcoma pleomórfico metastásico. Presentación de un caso
Metastatic pleomorphic Liposarcoma. A case presentation

Maité Sosa Jiménez¹, Raquel Delgado Moya², Mildred Sosa Jiménez³.

RESUMEN

Se presenta una paciente de 75 años de edad, aquejada de dolor lumboabdominal derecho, manifestaciones generales y hemoptisis. Al examen físico se constata palidez cutáneomucosa, lesiones hemorrágicas de la piel, tumor axilar izquierdo, estertores crepitantes en base pulmonar izquierda y hemiplejía izquierda total directa y proporcional. Se realizan estudios imagenológicos que revelan lesiones tumorales en abdomen y cráneo. La citología del tumor axilar fue compatible con un liposarcoma pleomórfico.

Palabras clave: LIPOSARCOMA/diagnóstico, LIPOSARCOMA/radiología, LIPOSARCOMA/patología, LIPOSARCOMA/secundario.

ABSTRACT

A patient of 75 years old, afflicted of right lumboabdominal pain appears, general manifestations and hemoptysis. To the physical examination it has been confirmed mucocutaneous pallor, hemorrhagic lesions of the skin, left axillary tumor, crackle death rattles in left pulmonary base and left direct hemiplegia and proportional total. Imagenologic studies are realized that reveal tumorlike lesions in abdomen and skull. The axillary tumor cytology was compatible with a pleomorphic liposarcoma.

Keywords: LIPOSARCOMA/diagnosis, LIPOSARCOMA/radiology, LIPOSARCOMA/pathology, LIPOSARCOMA/secondary.

1. Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Profesor Instructor. Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.
2. Especialista de Segundo Grado en Anatomía Patológica. Profesor Asistente. Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.
3. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.

INTRODUCCIÓN

El liposarcoma es una enfermedad maligna e infiltrante caracterizada por la presencia de lipoblastos atípicos en diferentes fases de diferenciación. El cuadro histológico comprende las variantes de células bien diferenciadas, mixoides, células redondas, células pleomórfica y las formas mixtas. Representa entre el 10-20% de todos los sarcomas de tejidos blandos y menos del 1% del total de los tumores malignos. Se localiza con mayor frecuencia en las extremidades (especialmente en el muslo) y el retroperitoneo, sitio privilegiado para su desarrollo en el 12 a 15% de los casos. Las manifestaciones clínicas dependen de su localización y velocidad de crecimiento. En las extremidades aparece una tumoración palpable subcutánea o profunda, usualmente indolora, de crecimiento lento, llegando a adquirir a veces tales dimensiones que dificulta la locomoción. Sus límites son poco precisos su consistencia es firme y casi siempre se hallan ligados a estructuras vecinas. Los retroperitoneales aparecen como una masa tumoral difusa de crecimiento progresivo con dolor y signos de compresión.⁽¹⁻³⁾

A continuación, describiremos el comportamiento de un Liposarcoma pleomórfico metastásico con una evolución clínica tórpida, atendiendo a la baja incidencia de esta patología en nuestro medio.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 75 años de edad, blanca con antecedentes de diabetes mellitus no insulino dependiente. Hace 5 meses comenzó con dolor lumbar derecho con irradiación al flanco homónimo, mantenido, de poca intensidad, de carácter gravativo que alivia parcialmente con la analgesia convencional y se acompaña de anorexia, astenia y pérdida de peso de 15 libras en este período. Una semana previa al ingreso notó aumento de volumen doloroso en la axila izquierda, acompañado de un gran hematoma, sin que se recogieran antecedentes de haber sufrido un traumatismo a ese nivel. Tres días después de su hospitalización comienza con tos húmeda con expectoración hemoptoica y más tarde nota disminución de la fuerza muscular del hemicuerpo izquierdo que evolucionó hasta llegar a ser un déficit motor bien establecido acompañado de lenguaje tropeloso y fluctuaciones del estado de conciencia.

Examen físico: Mucosas húmedas e hipocoloreadas. Piel palidez y hematoma que abarca región axilar y mama izquierdas descendiendo por la porción lateral izquierda de la pared del tórax hasta alcanzar la cresta ilíaca homónima. Mamas: sin alteraciones. Axila izquierda: tumor de aproximadamente seis centímetros de consistencia pétreo, doloroso al tacto, no movable, adherido a planos profundos localizado en fosa axilar izquierda. Aparato Respiratorio: murmullo vesicular globalmente disminuido, más hacia la base izquierda donde se auscultan estertores crepitantes en el plano posterior, frecuencia respiratoria 20 x'. Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, de buen tono e intensidad, no soplos, frecuencia cardíaca 90x', Tensión Arterial 100/60. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho donde se palpa hepatomegalia de un centímetro, de bordes romos y superficie lisa. Sistema Hemolinfopoyético: no esplenomegalia ni adenopatías periféricas, lesiones hemorrágicas descritas en piel. Aparato Genitourinario: riñones no palpables, puntos pielorenoureterales anteriores y posteriores no dolorosos. Puñopercusión negativa en ambas fosas lumbares. Soma: maniobras para detectar afectación de columna lumbosacra negativas. Sistema Nervioso: fluctuaciones del estado de conciencia a expensas de la orientación temporoespacial, lenguaje tropeloso, hemiplejía izquierda total directa y proporcional, presencia de Babinsky izquierdo, disminución de la agudeza visual de ambos ojos. Al fondo de ojo papilas no definidas, vasos estrechos y algunas tortuosidades, máculas deslustradas. No se pueden precisar otros detalles por escleritis del cristalino.

Exámenes complementarios: Hemograma con diferencial: Hemoglobina 81 g/L. Conteo global de leucos 9,0x10⁹/L. Eritrosedimentación 17 mm/h. Proteína C reactiva 1,9 mg/dL. Lámina periférica: Anisocitosis (XX), poiquilocitosis (XX) de los hematíes, plaquetas y leucocitos sin alteraciones. Coagulograma mínimo: plaquetas 200x10⁹/L TC 8' TS no se realizó. Tiempo de protrombina: INR 1.01. Constantes corpusculares (CHCM) 324 g/L. Conteo de reticulocitos 0,020. Hierro sérico 5,1mmol/L. Transferrina sérica 197 mmol/L. Glicemia 14,8 mmol/L. Transaminasa Glutámico Pirúvica 17,0 U/l. Transaminasa Glutámico Oxalacética 15,0 U/l. Urea 4,9 mmol/L.

Creatinina 60 mmol/L. Ácido úrico 340 mmol/L. Colesterol 3,3 mmol/L. Triglicéridos 1,6 mmol/L. Rx de Tórax Posteroanterior (Después de tratamiento antibiótico): Severos cambios artrósicos de la columna dorsal. Índice cardiotorácico normal. Acentuación de la trama broncovascular. Signos de enfisema pulmonar generalizado. Borramiento del seno costofrénico izquierdo. Ultrasonido abdominal: Páncreas normal. En el lóbulo hepático derecho se observa imagen mixta de aspecto tumoral que mide 74x47mm. En el polo superior del riñón derecho, quiste de 40x33mm. El resto de los órganos son de aspecto normal. Ultrasonido de partes blandas de región axilar izquierda: imagen de baja ecogenicidad de 31x20mm. TAC de abdomen con doble contraste (oral y endovenoso): Páncreas no visualizado totalmente. Hígado homogéneo de tamaño normal, vesícula de paredes finas sin litiasis. Bazo normal, homogéneo. Riñón derecho de tamaño y posición normal, parénquima normal con quiste parapiélico que mide 38x28 mm con densidad de 4 UH. Hacia el polo superior del riñón derecho y de posición anterior, imagen de densidad no homogénea que mide 56x47x21 mm que impresiona no guardar relación con riñón ni con la relación con estructuras mesenquimatosas. Riñón izquierdo de tamaño y posición normal (Figura No. 1). TAC simple y contrastada de cráneo: imágenes hiperdensas localizadas en ambos hemisferios cerebrales, más acentuadas en el derecho, rodeadas de halo edematoso vasogénico. En el estudio simple da la impresión de estar muy vascularizado con hemorragias en su interior, lo cual se corrobora con el examen contrastado que revela niveles de líquido en las mismas

por el sedimento de la sangre. Existe una discreta desviación de cuatro milímetros de las estructuras de la línea media.

Sistema ventricular sin alteraciones (Figura No. 2). Electrocardiograma: normal. Esputo citológico: Negativo de células neoplásicas. Esputo BAAR I (directo) y II (cultivo) negativos. Citología por aspiración con aguja fina (CAAF) de tumoración axilar izquierda: Lipoblastos atípicos en diferentes fases de diferenciación. Pleomorfismo celular, citoplasma mal definido, núcleos pleomórficos con nucleolos evidentes compatible con Liposarcoma pleomórfico. (Figura No. 3). La paciente llega a nuestro centro asistencial en un estadio avanzado de su enfermedad, y la evolución tórpida que la llevó a la muerte en un corto periodo de tiempo imposibilitó tomar una conducta oncoespecífica.

DISCUSIÓN

La variante pleomórfica representa el 10-15% de los Liposarcomas y el 20% de los sarcomas pleomórficos. La mayoría de los casos se observan en adultos mayores de 50 años sin predilección por el sexo.⁽⁴⁾

La aparición de dolor lumboabdominal derecho como síntoma inicial en esta paciente, obedece a la localización retroperitoneal del Liposarcoma demostrado en la TAC contrastada de abdomen mientras que el hallazgo de una tumoración axilar con las características clínicas y citológicas ya descritas así como la presencia de signos de focalización neurológica cuya naturaleza fue revelada con la tomografía realizada, corroboran que la variante pleomórfica es la que con mayor frecuencia se asocia a fenómenos de hemorragias y necrosis, con un alto grado de malignidad ocasionando metástasis tempranas en un 50% de los casos y provocando la muerte en un corto periodo de tiempo.⁽⁵⁾

En la paciente el comportamiento de la enfermedad habla a favor de una diseminación metastásica a la región axilar izquierda y al encéfalo a punto de partida del tumor retroperitoneal primario y no de la forma multicéntrica de la enfermedad que se asocia a mal pronóstico y en la que los lugares más habituales de metástasis están respetados.⁽⁶⁾

Aunque en la mayoría de los casos las metástasis iniciales se producen al pulmón, en un 33-77% de los pacientes tiene lugar una diseminación inicial extrapulmonar, no consideramos que las manifestaciones respiratorias encontradas en esta enferma tengan un origen metastásico, al no encontrarse evidencias radiológicas de lesión pulmonar de esta naturaleza, entiéndase linfangitis carcinomatosa, forma nodular gruesa o carcinosis miliar, que constituyen las variantes radiológicas más frecuentes de pulmón metastásico independientemente de la histología del tumor primario^(2,7), más bien estos hallazgos están en correspondencia con una Bronconeumonía bacteriana nosocomial a germen no precisado complicada con un derrame paraneumónico del que no pudo obtenerse muestra para los estudios correspondientes por su pequeña magnitud. Los esputos BAAR fueron negativos lo que excluye a la Tuberculosis. La broncoscopia fue diferida por el estado neurológico de la paciente. Los hallazgos histológicos concuerdan con la literatura.^(4,8)

La edad de la paciente, el diagnóstico realizado en una fase avanzada de la enfermedad y la necrosis tumoral espontánea fueron factores adversos en este caso. La cirugía, principal arma terapéutica contra este tumor,^(9,10) no pudo practicarse por lo avanzado de la enfermedad que provocó la muerte de la paciente en un periodo de tres meses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valls O, Marinello Z, Paramio A. Tumores y lesiones seudotumorales de partes blandas. La Habana: Científico-Técnica; 1975.
2. Avilés S, González Conde E. Metástasis a pared torácica de liposarcoma [página en Internet]. 2008 [citado 21 Sep 2008]. [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <http://www.scielo.unam.mx/cielo.php?script=sclarttext&pid=500,638132300600020017&lng=pt&nrm=150>.
3. Beyrouti MI, Ben Amar M, Beyrouti R, Gargouri F, Khebir A, Gharbi W, et al. Retro-peritoneal liposarcoma. About 5 cases and revue of literature. *Tunis Med*. 2006; 84(6):365-73.
4. Segura Sánchez J, Pareja Megía MJ, García Escudero A, Vargas de los Monteros MT, González-Cámpora R. Liposarcoma. Aspectos clínicos patológicos y moleculares. *Rev Esp Patol* [serie en Internet]. 2006 [citado 21 Sep 2008]; 39(3): [aprox. 9 p.]. Disponible en:

<http://www.pgmacline.es/revpatologia/volumen39/vol39/39-03-02.pdf>

5. Devita V, Hellman S, Rosenberg E. Cancer. Principles and practice of Oncology. 7 ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005.
6. Fernández Acevedo MJ, Meizoso T. Liposarcoma multicéntrico: comunicación de dos casos [página en Internet]. 2008 [citado 21 Sep 2008] [aprox. 12 pantallas]. Disponible en: <http://www.conganat.org/9congreso/trabajo.asp?ld?-Trabajo=87&tipo=2>.
7. Blajot Pena J. Radiología clínica del tórax. Barcelona: Toray; 1970.
8. Cotram RS, Comar V, Collins T. Robbins. Patología estructural y funcional. 6 ed. Madrid: Edigrafo; 1999.
9. Rosai Ackerman J. Patología quirúrgica. La Habana: Científico-Técnica; 1983.
10. de la Peña AC, Soberón Varela I, Hernández Varea JA, Cremata Bruna M, Gallo Cortés F. A propósito de un caso de liposarcoma retroperitoneal. Rev Cubana Cir [serie en Internet]. 2008 [citado 21 Sep 2008]; 47(1): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol47_1_08/cir10108.htm
11. Kim HS, Jun HJ, Choi YL, Yi SY, Park JO, Kim SJ, et al. Liposarcoma: exploration of clinical prognostic factors for risk based stratification of therapy. BMC Cancer. 2009; 9:205: 1471- 79.

ANEXOS

Fig. No. 1. TAC de abdomen donde se aprecia el tumor.

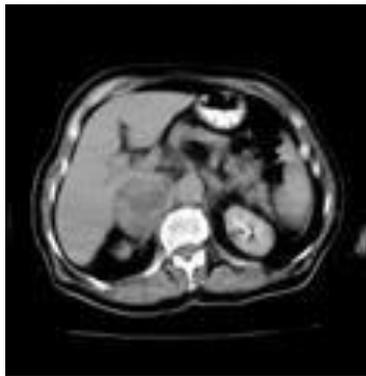


Fig. No. 2. TAC de cráneo que revela la presencia de metástasis cerebrales en el hemisferio derecho.



Fig. No. 3. CAAF del tumor axilar izquierdo con los hallazgos típicos del Liposarcoma Pleomórfico.

