

Liposarcoma mixoide peritoneal manifestado con ascitis a tensión: Reporte de un caso

Cuevas-Castillejos JE¹

¹Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, Ciudad de México, México

José Elihú Cuevas Castillejos

Vasco de Quiroga 15 colonia Belisario Domínguez sección 16

C.P. 14080

Ciudad de México, México

Liposarcoma mixoide peritoneal manifestado con ascitis a tensión: Reporte de un caso

Antecedentes. El liposarcoma mixoide conforma aproximadamente el 25% de los liposarcomas. Suele presentarse en miembros pélvicos en sujetos jóvenes y puede posteriormente diseminarse a cavidad abdominal. La presentación visceral primaria es rara.

Descripción del caso. Un hombre de 29 años de edad con historia de etilismo crónico, acudió al servicio de urgencias por un cuadro de 3 semanas de evolución caracterizado por incremento progresivo del perímetro abdominal, hiporexia y astenia. A la exploración física destacó distensión abdominal secundaria a ascitis a tensión. Se realizó una tomografía abdominopélvica con contraste intravenoso, donde se evidenció ascitis con material nodular en cavidad peritoneal con un aspecto “festoneado”. Se realizó paracentesis diagnóstica, obteniendo 500 ml de un líquido rojo mucoso espeso, negativo para células neoplásicas. Presentó oliguria y lesión renal aguda, con presión intraabdominal medida en 36 mmHg, por lo que se integró un síndrome compartimental abdominal. Se realizó una laparotomía exploradora con la sospecha diagnóstica de un pseudomixoma peritoneal. En el transoperatorio se hallaron aproximadamente 10 litros de un material intraperitoneal gelatinoso, nodular, amarillento y rojizo, con múltiples implantes en toda la cavidad abdominal. Se llevó a cabo colectomía total, ileostomía terminal, citorreducción óptima y aplicación de quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (HIPEC) con mitomicina. El diagnóstico histopatológico fue de un liposarcoma mixoide peritoneal.

Conclusiones. La localización de la enfermedad y forma de presentación que sugirieron inicialmente un pseudomixoma peritoneal hacen este caso particularmente interesante.

Palabras clave: Liposarcoma mixoide peritoneal, ascitis a tensión, síndrome compartimental abdominal.

Peritoneal myxoid liposarcoma presenting with tense ascites: A case report

Background. Myxoid liposarcomas account for approximately 25% of liposarcomas. They mostly arise in the lower extremities of young subjects and may later spread to the abdominal cavity. A primary visceral presentation is rare.

Case description. A 29-year-old man with a history of chronic alcoholism, attended the emergency department for a 3-week long progressive increase in abdominal circumference, hyporexia and asthenia. Physical examination revealed abdominal distension secondary to tension ascites. An abdominopelvic tomography with intravenous contrast was performed, showing ascites with nodular material in the peritoneal cavity with a "scalloped" appearance. A diagnostic paracentesis was performed, obtaining 500 ml of a thick red mucoid fluid, negative for neoplastic cells. He presented oliguria and acute kidney injury, with intra-abdominal pressure measured at 36 mmHg, reaching a diagnosis of abdominal compartment syndrome. An exploratory laparotomy was performed with the diagnostic suspicion of peritoneal pseudomyxoma. During surgery, approximately 10 liters of a gelatinous, nodular, yellowish and reddish intraperitoneal material were found, with multiple implants throughout the abdominal cavity. Total colectomy, terminal ileostomy, optimal cytoreduction and application of intraperitoneal hyperthermic chemotherapy (HIPEC) with mitomycin were carried out. The histopathological diagnosis was a peritoneal myxoid liposarcoma.

Conclusions. The localization and presentation that initially suggested a peritoneal pseudomyxoma made this case particularly interesting.

Key words: Peritoneal myxoid liposarcoma, tense ascites, abdominal compartment syndrome.

Liposarcoma mixoide peritoneal manifestado con ascitis a tensión: Reporte de un caso

Antecedentes

Los liposarcomas son tumores sólidos raros de origen mesenquimatoso. Se clasifican en bien diferenciados, mixoides o con células redondas, pleomórficos y desdiferenciados. Los liposarcomas mixoides representan el segundo tipo más común, aproximadamente el 25% de los liposarcomas. Este subtipo suele presentarse en miembros pélvicos y glúteos, particularmente en pacientes entre la segunda y tercera década de la vida y tienden a diseminarse posteriormente hacia serosas, hueso, cavidad abdominal y otros tejidos blandos.¹ Casi la totalidad de estos tumores presentan la traslocación t(12;16)(q13;p11) que conforma la proteína prooncogénica de fusión FUS-DDITR (TLS-CHOP). Histológicamente, se observan células primitivas no mesenquimatosas, redondeadas u ovaladas, con lipoblastos no vacuolados con apariencia en “anillo de sello”, así como vasos sanguíneos con un patrón en “malla de gallinero”.² El tratamiento es primariamente quirúrgico, con o sin radioterapia, con tasas de recaída de hasta 40%. La quimioterapia adyuvante estándar es a base de doxorubicina e ifosfamida, sin embargo, el pronóstico continúa siendo sombrío, logrando supervivencias generales de 2 años aproximadamente.¹ Los liposarcomas mixoides con presentación visceral primaria son raros y su información se limita a reportes de caso.

Presentación del caso

Un hombre de 29 años de edad con historia de consumo crónico de 17 gramos al día de alcohol y sin otros antecedentes de relevancia, acudió al servicio de

urgencias por un cuadro de 3 semanas de evolución caracterizado por incremento progresivo del perímetro abdominal que condicionaba hiporexia y disnea, así como astenia.

A su ingreso se encontró con signos vitales normales y a la exploración física encontró distensión abdominal secundaria a ascitis a tensión.

Como parte del abordaje inicial se realizó un ultrasonido abdominal y posteriormente una tomografía abdominopélvica con contraste intravenoso, donde se evidenció ascitis con material nodular en cavidad peritoneal con un aspecto “festoneado” (Figura 1). Se llevó a cabo una paracentesis diagnóstica, obteniendo aproximadamente 500 ml de un líquido rojo mucoso y espeso, negativo para células neoplásicas. El gradiente sero-ascítico de albúmina (GASA) fue de 0.5.

El paciente presentó oliguria y lesión renal aguda con elevación de creatinina hasta 2.1 mg/dl. Se realizó medición de la presión intraabdominal, la cual resultó en 36 mmHg, por lo que se integró un síndrome compartimental abdominal.

Dados los hallazgos clínicos y radiológicos, la sospecha diagnóstica fue un pseudomixoma peritoneal. Se realizó una laparotomía exploradora. Durante el transoperatorio se obtuvieron aproximadamente 10 litros de un material intraperitoneal gelatinoso, nodular, amarillento y rojizo (Figura 2), con múltiples implantes en toda la cavidad abdominal. Dada la sospecha diagnóstica se decidió llevar a cabo colectomía total, ileostomía terminal, citorreducción óptima y aplicación de quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (HIPEC) con mitomicina.

La evolución postoperatoria del paciente fue satisfactoria, presentando picos febriles diariamente a pesar de una adecuada cobertura antimicrobiana, cultivos

negativos y estudios de imagen de seguimiento sin evidencia de foco infeccioso, por lo que fiebre fue atribuida a la actividad tumoral conocida.

El diagnóstico histopatológico fue de un liposarcoma mixoide peritoneal (Figura 3).

El paciente fue egresado para continuar su seguimiento a través de la consulta externa, con el plan de recibir quimioterapia adyuvante a base de doxorubicina e ifosfamida.

Discusión

La presentación clínica y hallazgos radiológicos e incluso transoperatorios hicieron sospechar de un pseudomixoma peritoneal, motivo por el cual se dio un manejo quirúrgico correspondiente. Sin embargo, la histología arrojó un diagnóstico definitivo de una entidad rara con un pobre pronóstico, haciendo este caso particularmente interesante y de relevancia significativa para el acervo científico de los liposarcomas.

Referencias

1. Manji GA, y col. Managing liposarcomas: Cutting through the fat. J Oncol Pract 2016;12(3):221-7.
2. Antonescu CR, y col. Prognostic impact of P53 status, TLS-CHOP fusion transcript structure, and histological grade in myxoid liposarcoma: a molecular and clinicopathologic study of 82 cases. Clin Cancer Res 2001;7(12):3977-87.

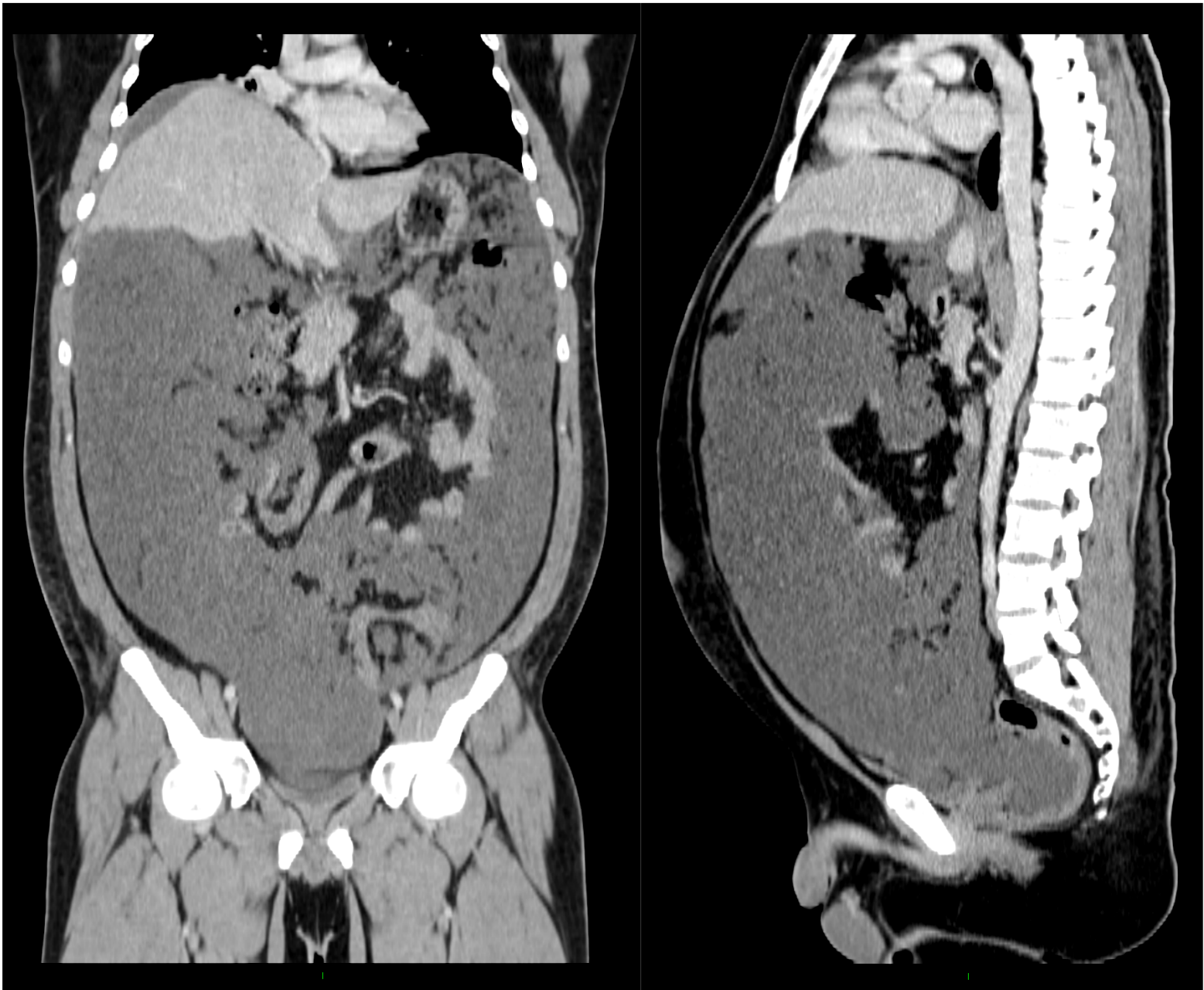


Figura 1. Tomografía abdominopélvica con contraste intravenoso en cortes coronal (izquierda) y sagital (derecha), mostrando material hipodenso con atenuación en rangos líquidos y textura granular que ocupa la cavidad peritoneal y desplaza las asas intestinales en sentido posterior y deforma el contorno hepático.



Figura 2. Material encontrado en cavidad peritoneal de aspecto nodular y consistencia gelatinosa.

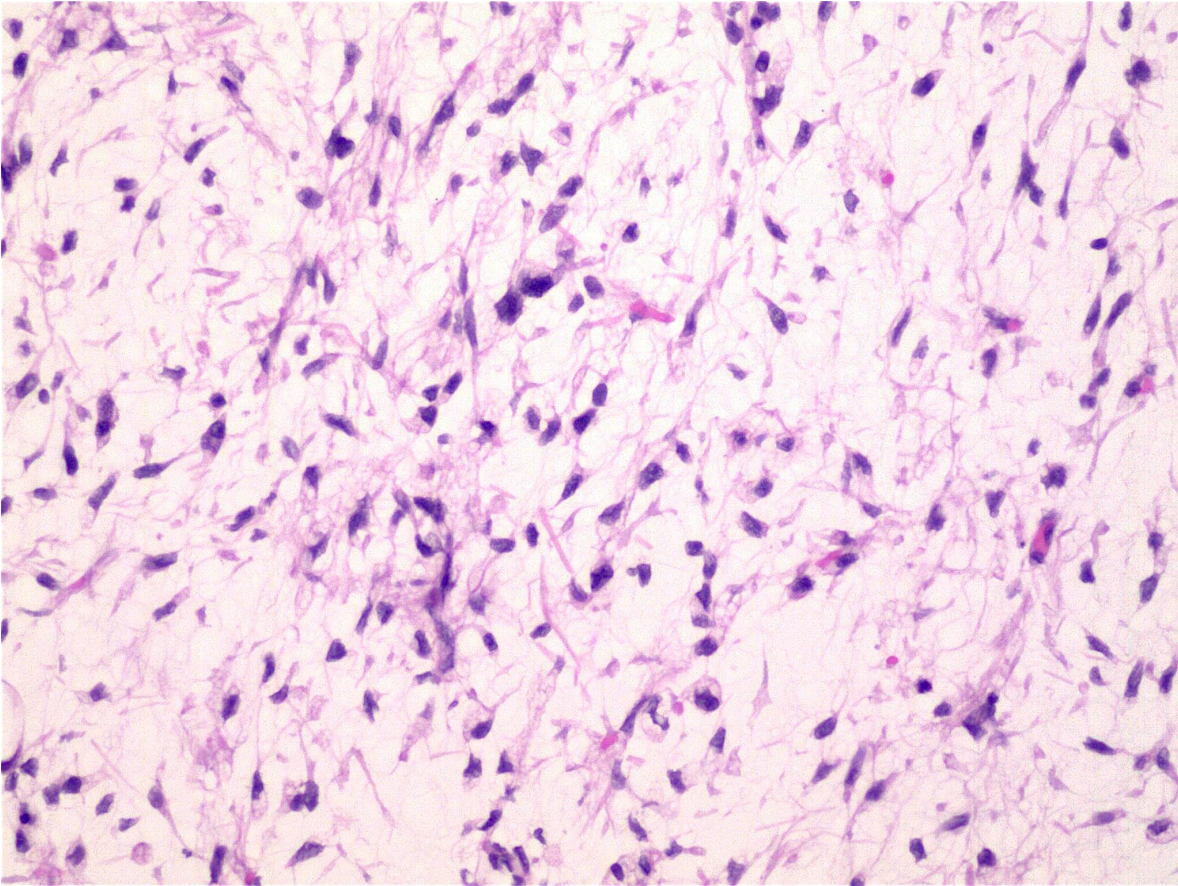


Figura 3. Microfotografía de corte histológico con tinción de HyE, mostrando estroma mixoide y lipoblastos con morfología característica.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO DE DATOS, FOTOGRAFÍAS E IMÁGENES CLÍNICAS PARA REPORTE DE CASO CLÍNICO

Fecha	3/01/2019	
Institución	Instituto Nacional de Ciencias Médicas Salvador Zubiran	No Cédula Profesional
Jefe de Enseñanza	Dr. Sergio Ponce de Leon Rosales	
Medico Titular del curso	Dr. Miguel Angel Valdovinos Díaz	737948
Residente 01	Dr. José Elihu Cuevas Castillejos	8053820
Residente 02		
Residente 03		
Titulo del Caso Clínico	Liposarcoma mixoide manifestado con ascitis a tensión. Reporte de un caso	

Por medio de la presente, los médicos residentes enlistados en este documento declaran haber informado al Médico Titular del Curso y Jefe de Enseñanza de la Institución sobre su intención de divulgar y hacer público el caso clínico de referencia.

Con propósitos puramente académicos y científicos, haciendo uso de la información que de forma verídica se ha referido: exámenes de laboratorio y demás estudios que han considerado pertinentes.

Se declara que El Jefe de enseñanza y el Profesor Titular del Curso han dado autorización para utilizar fotografías clínicas, estudios y datos utilizadas de manera profesional en el caso clínico de referencia para presentarse en el Premio Nacional de Residencias Médicas.

	Firmas	
Jefe de Enseñanza		
Medico Titular del curso	Miguel A. Valdovinos	<i>[Signature]</i>
Residente 01	José Elihu Cuevas C.	<i>[Signature]</i>
Residente 02		
Residente 03		

