

Caso Clínico

“Dolor lumbar-glúteo y masa abdominal”

Dra. Anabel García León

Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla

Universidad Europea de Madrid (UEM)





ANTECEDENTES PERSONALES

Edad: 55 años

Género: Femenino

AP: Exfumadora, HTA, dislipemia, apendicectomía, 4 cesáreas

Medicación: Enalapril 20 mg/ HTZ 12.5mg y Rosuvastatina 10 mg + Tramadol-Paracetamol



DEBUT: dolor intermitente en región lumbar desde hace años, intensificado en últimos meses a región glútea izquierda, de predominio nocturno. Niega otros síntomas. No alteraciones a la deambulación. **Inicia estudio en una clínica privada.**

EXPLORACIÓN FÍSICA:

- BEG, ECOG 0, Aceptable hidratación y perfusión de mucosas. Peso 59kg, Talla 163 cm
- ACR: Sin alteraciones significativas. No ruidos anómalos ni extratonos
- Abdomen: Masa en flanco izquierdo abdominal de gran tamaño que sobrepasa línea media, con ligera movilidad. No ascitis. Cicatriz laparotomía media infraumbilical
- MMII: No edemas. Pulsos distales conservados

RM Columna lumbo-sacra (mayo-2020)

Lesión de ocupación de espacio retroperitoneal de aprox 26x14 cm de tamaño, mostrándose hiperintenso en T2. Lordosis lumbar conservada que condiciona desplazamiento medial de riñón izqdo. Recomendable TAC abdomen-pelvis c/c



TC Abdomen-pelvis c/c (junio-2020)

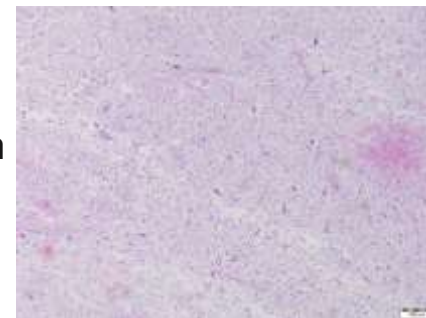
Masa retroperitoneal izquierda de 27x17x14cm que desplaza al páncreas y al riñón izquierdo. COMPATIBLE CON SARCOMA RETROPERITONEAL. Tanto la arteria como la vena renal izquierda son permeables sin visualizarse afectación

BAG (julio 2020): **Liposarcoma Desdiferenciado**

Proliferación mesenquimal atípica con 2 celularidades: fusocelular atípica en un estroma mixoide; el segundo es de alto grado con células atípicas, pleomórficas, multinucleadas y citoplasma eosinófilo:

IMH+ : Desmina, Actina focal, CD34, CDK4, MDM2, Vimentina; Ki67:5%

IMH- : SOX10, MYOD D1, MYF4, Calponina, Actina ms espec, Melan A, WT, pancitokeratina, S100



Comité de Tumores Mesenquimales y Sarcomas

Agosto-2020



- LPS retroperitoneal con 70% componente DD
- Potencialmente resecable
- Gran tamaño, proximidad a vasos celiacos
- Reúne criterios de inclusión en EC TRASTS (brazo C-retroperitoneal)



TRASTS: Ensayo clínico Fase I-II, abierto, prospectivo y multicéntrico, que explora la combinación de Trabectedina y Radioterapia en pacientes con Sarcoma de tejidos blandos - ES



Trabectedina

1.5 mg/m² en IC de 24 h., cada 21 días, 3 ciclos
1º 08.09.2020; 2º 30.09.2020; 3º 28.10.2020
(3º ciclo retraso 1 semana por neutropenia G2, trombopenia G1)



RT

Dosis: 45 Gy en 25 fracciones
Inicio: 09.09.2020; Fin: 21.10.2020

CLINIC - Treatment Approved - transversal - PAF IES B.LANDAS

Isodosis (Gy)
45.00

Radioterapia:

(volúmenes delimitados según EC RETROTRAST)

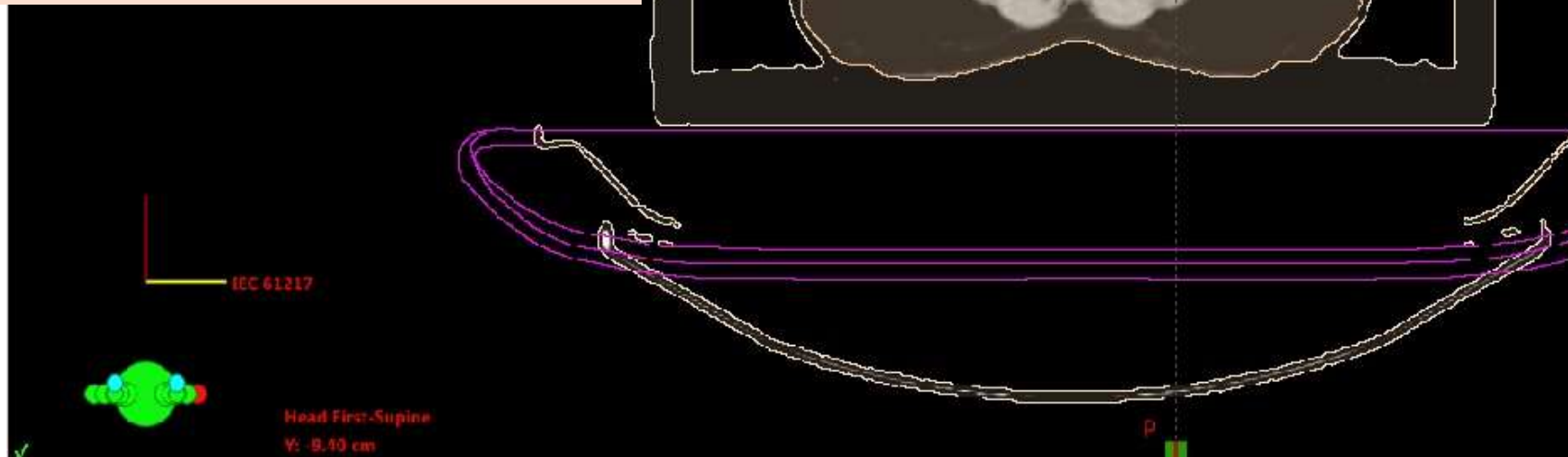
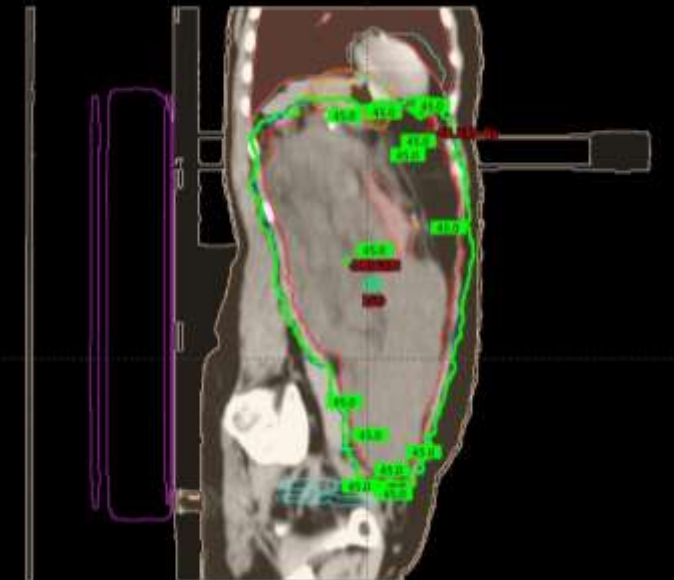
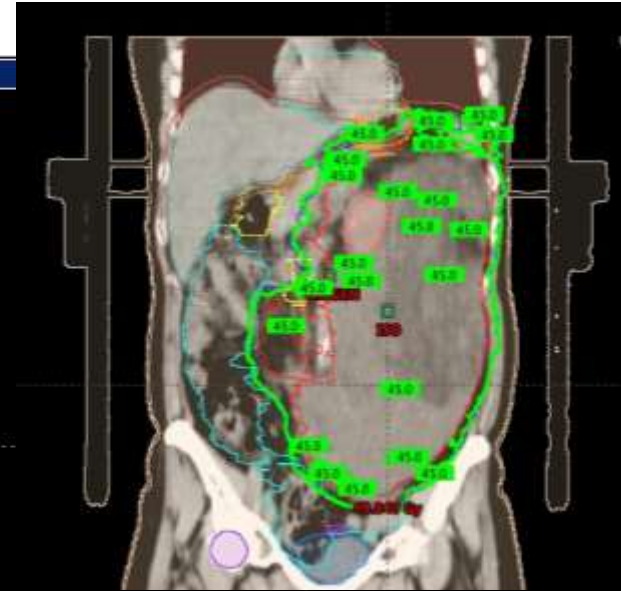
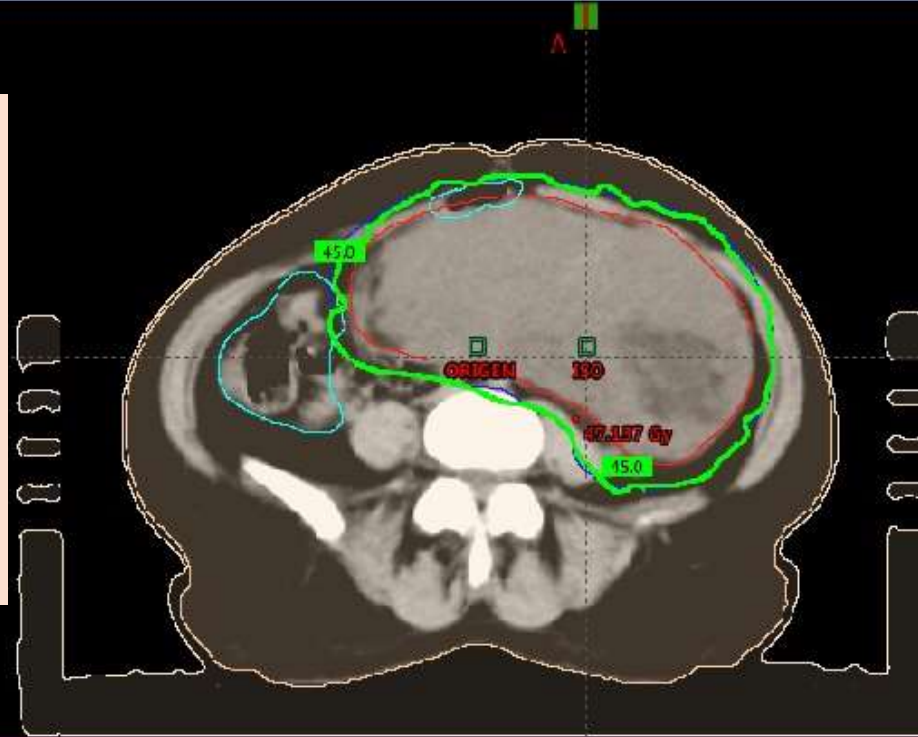
Dosis: 45 Gy en 25 fracciones

Inicio sincronizado con Trabectedina

GTV: gran masa retroperitoneal

ITV: minimizado, sistema multicompresión

PTV: ITV + 0.7 cm margen radial y 1 cm margen craneocaudal



2º Comité de Tumores Mesenquimales y Sarcomas

Octubre-2020



TC Tórax-Abdomen-Pelvis c/c (nov-2020)

Masa retroperitoneal izquierda con disminución de tamaño (25x16x14 cm) respecto TC previo (27x17x14cm). Resto sin cambios

PET/TC (nov-2020)

Masa retroperitoneal izquierda con disminución de tamaño pero mayor actividad metabólica



Programada Cirugía radical

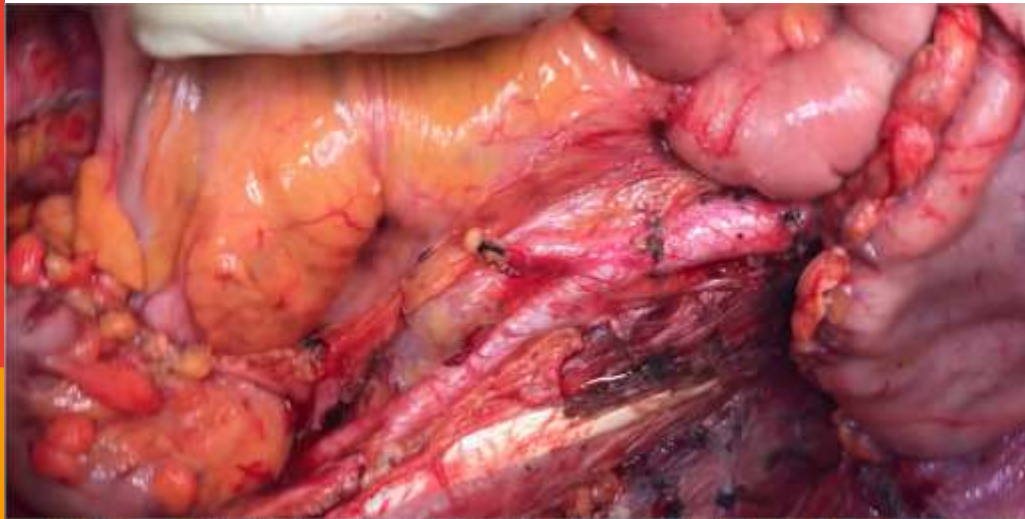
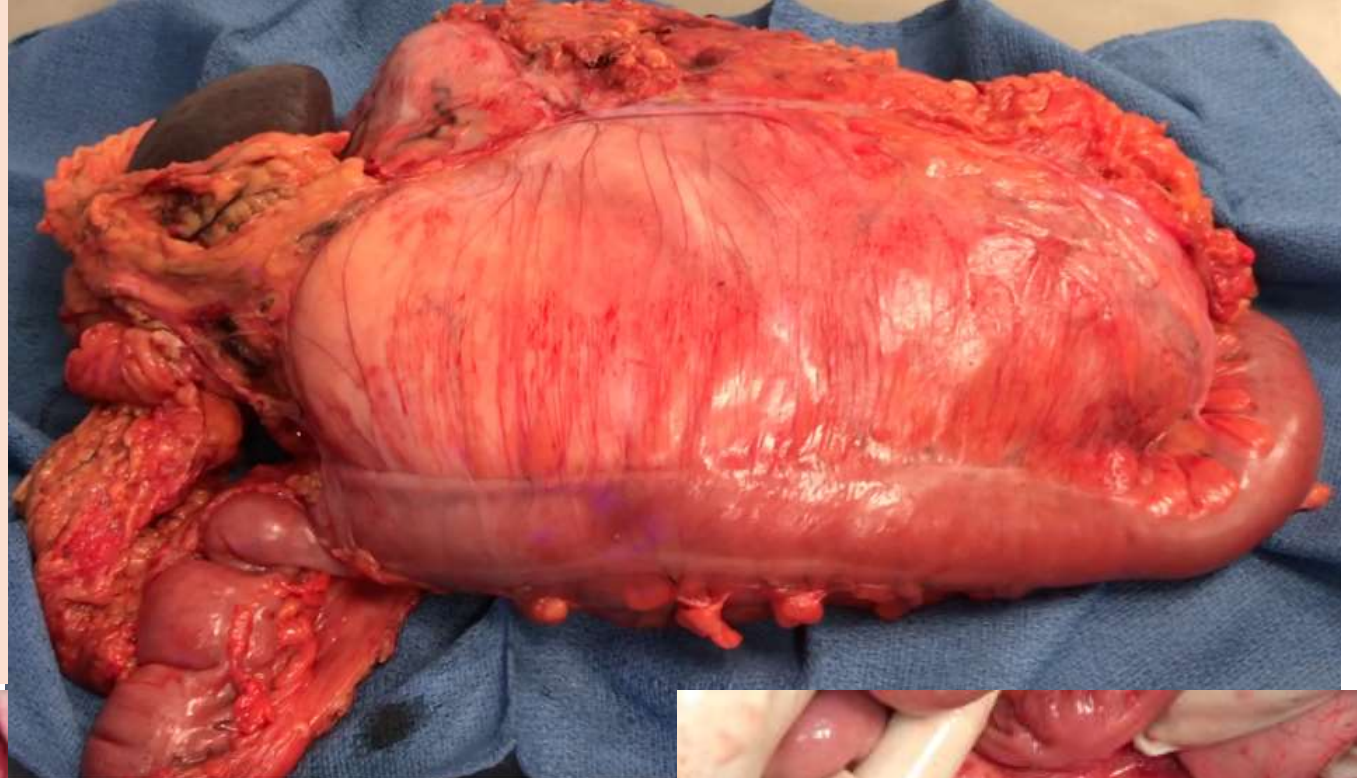
tras 5 semanas de finalizada la RT y 1 mes de la QT

Retraso de 1 mes la fecha quirúrgica por COVID-19 persistente

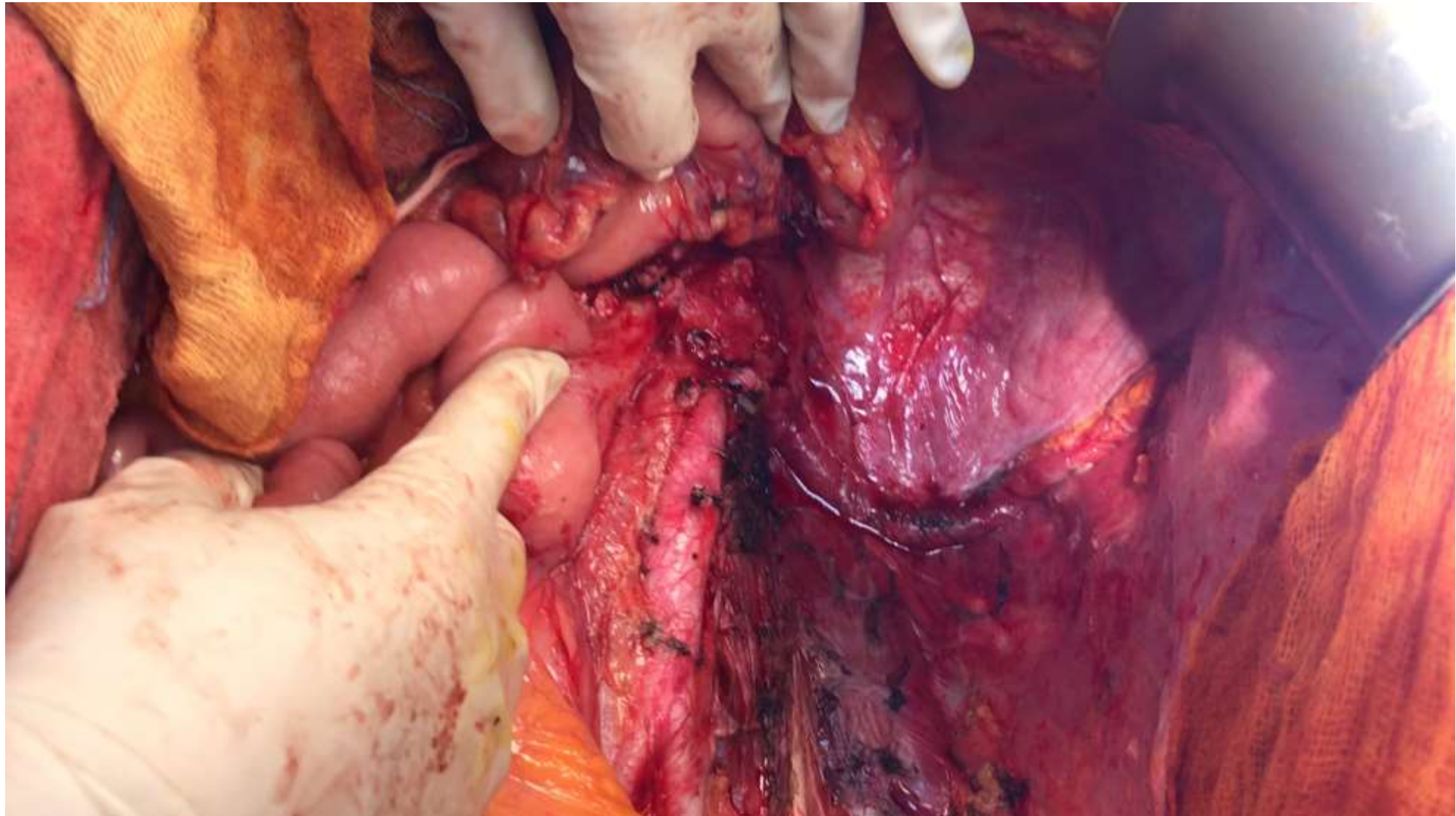
Cirugía (enero-2021):

(10 semanas tras RT)

**Resección tumoral en bloque junto con
ESPLENECTOMÍA + PANCREATECTOMÍA
DISTAL + NEFROURETERECTOMÍA con
SUPRARRENALECTOMÍA IZQUIERDAS +
HEMICOLECTOMÍA IZQUIERDA +
OMENECTOMÍA IZQUIERDA +
PERITONECTOMÍA PARIETAL y PÉLVICA
IZQUIERDAS + HISTERECTOMÍA TOTAL CON
DOBLE ANEXECTOMÍA + RESECCIÓN PARCIAL
PSOAS IZQDO**





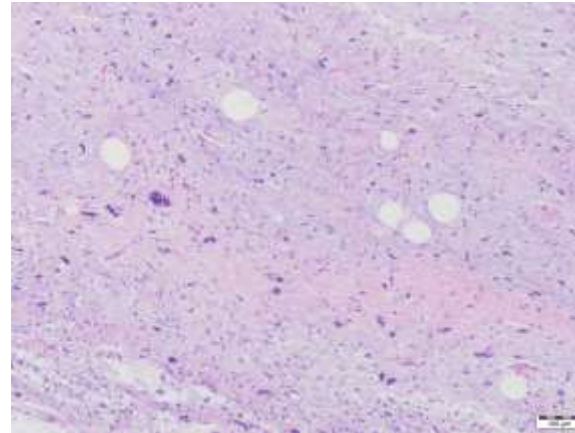


Anatomía Patológica:

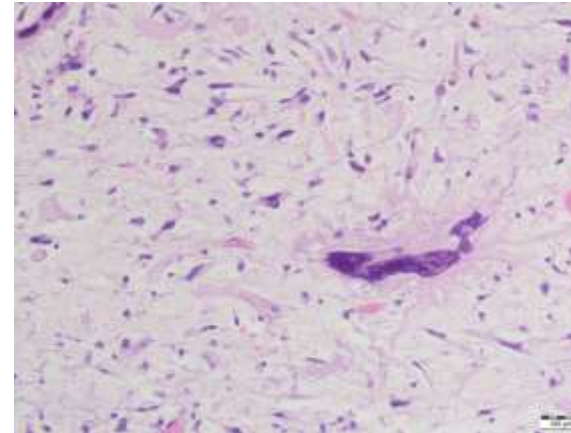
LIPOSARCOMA DESDIFERENCIADO de retroperitoneo, de 20 cm, GRADO 2 FNCLCC
Cambios atribuibles a tratamiento neoadyuvante en 5% del volumen tumoral.

Riñón, Glándula suprarrenal, bazo, cola páncreas, psoas, colon, útero, anejos:
NO EVIDENCIA ENFERMEDAD

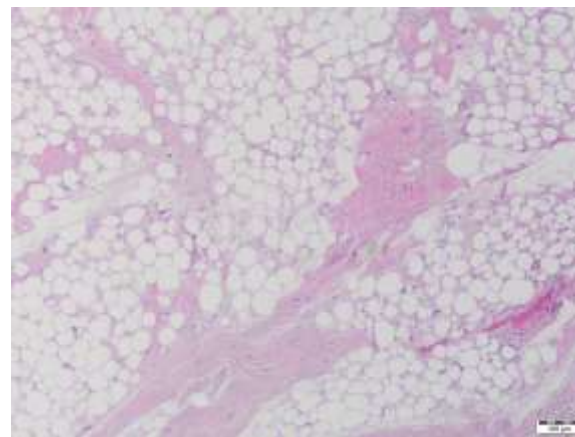
Ampliación de psoas y de grasa retroperitoneal
NO EVIDENCIA ENFERMEDAD



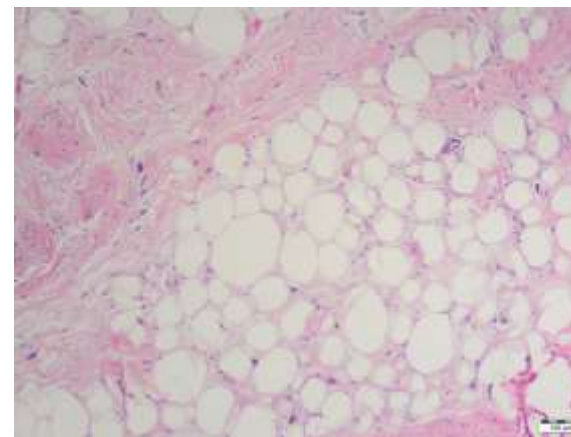
Escaso componente adiposo. Células pleomórficas grandes desdiferenciadas. Estroma mixoide
Signos de liposarcoma desdiferenciado (LPS DD)



Macrófagos espumosos sustituyendo células tumorales, como respuesta a tratamiento neoadyuvante



Componente adiposo maduro. Lipoblastos neoplásicos (Células hiper cromáticas afiladas)
Signos de liposarcoma bien diferenciado, presente en el LPS DD



Tinción nuclear MDM2 positiva en foto (realizada también miogenina negativa)

Evolución:

Postoperatorio inmediato favorable con alta a los 14 días tras la intervención.

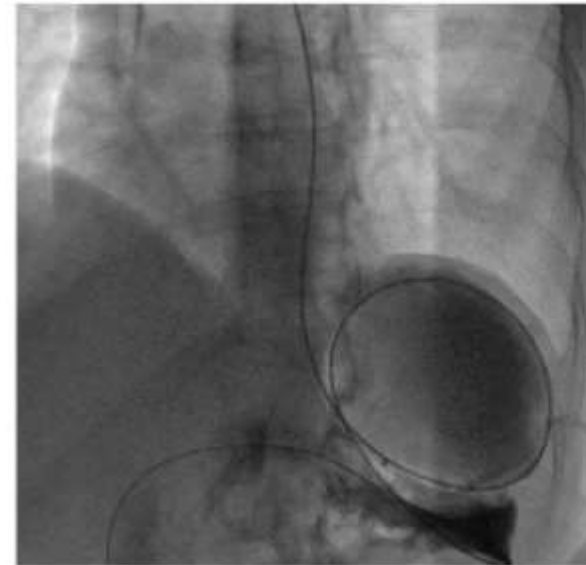
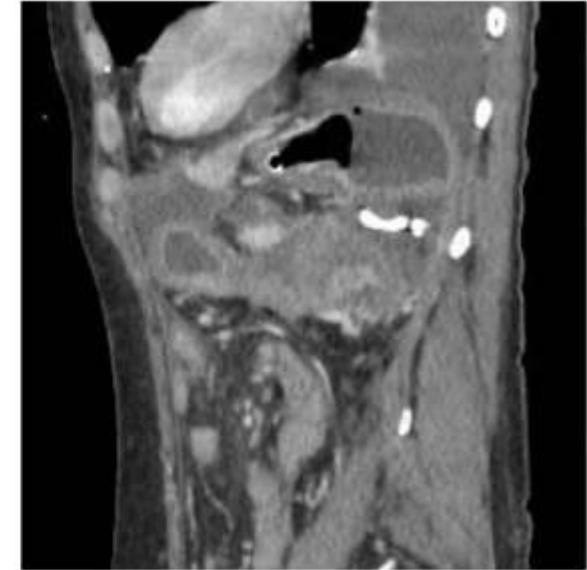
Intolerancia oral en su domicilio (vómitos y desnutrición).

Tras 10 días sin conseguir alimentación oral, plantean posible cirugía.

Varias EDA con intento de dejar Sonda nasoyeyunal, sin conseguirlo, por lo que se decide solicitar opciones de sondaje a Radiología Intervencionista.

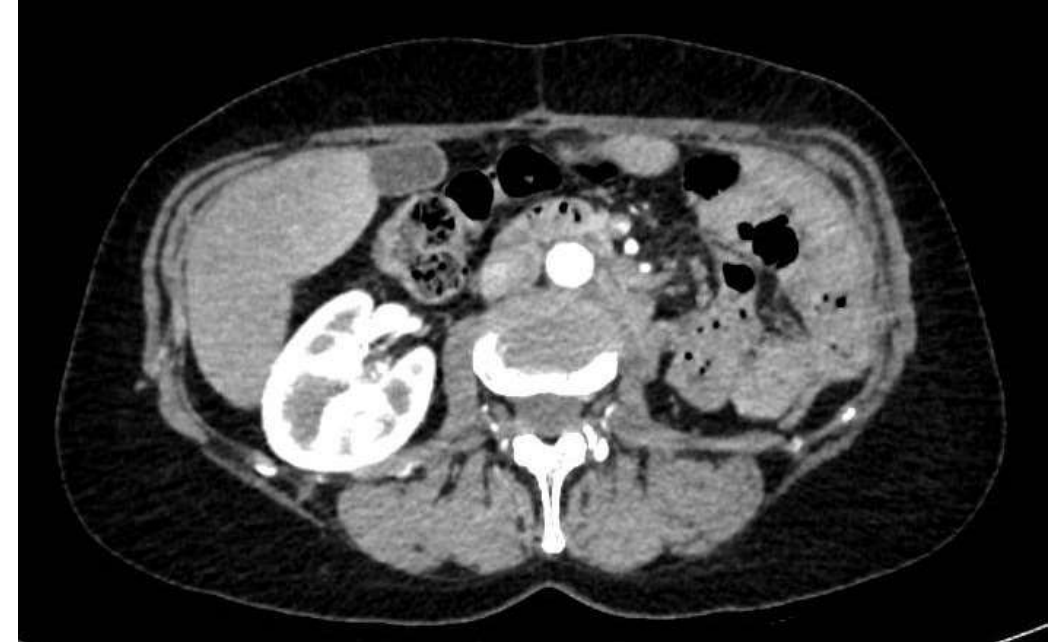
Se consigue colocación de SNY, confirmando paso de contraste gastrointestinal y se combina NPT con NE.

A los 18 días del ingreso es alta hospitalaria, con recuperación de motilidad gástrica y NE combinada con ingesta oral progresiva. Retirada SNY a los 2 meses.



Evolución Actual:

- Desde retirada de SNY, sin incidencias y asintomática
- Control Trimestral sin alteraciones
- TC Tórax-Abdomen-Pelvis c/c actual (1 año postcirugía): Sin hallazgos significativos ni signos de recidiva



Conclusiones



