

LIPOSARCOMAS RETROPERITONEALES

Un hallazgo radiológico frecuente
dentro de lo infrecuente.

Elena Pérez Gimeno¹, Francisco Javier Azpeitia
Hernández¹, Irene H. Villar Blanco¹, M^a Pilar Vallejo
Desviat¹, Francisco Soriano Navarro¹, Ignacio Díaz
Villalonga¹, Federica Cordido Henríquez¹.

¹Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla", Centro
Sanitario de Vida y Esperanza, Madrid.

Objetivo docente

Revisar los hallazgos radiológicos más significativos de los liposarcomas retroperitoneales.

Revisión del tema

1. EPIDEMIOLOGÍA Y CLÍNICA

- Los liposarcomas son **tumores malignos de estirpe lipomatosa**, así como los lipomas son tumores benignos.
- Se originan de las células mesenquimales primitivas, y no de los adipocitos.
- El liposarcoma es el **sarcoma retroperitoneal más frecuente**¹ (33%). Puede originarse en cualquier parte del cuerpo (siendo hasta el 15% retroperitoneales).
- La edad más frecuente de presentación es **50-70 años**.
- La presentación clínica varía según la localización, teniendo un curso más **insidioso** en las lesiones intraabdominales o intratorácicas².

2. TIPOS DE LIPOSARCOMAS

Actualmente, los liposarcomas se clasifican en cinco tipos³:

- Liposarcoma bien diferenciado (bajo grado de malignidad, contiene adipocitos maduros).
- Liposarcoma desdiferenciado.
- Liposarcoma mixoide (malignidad intermedia).
- Liposarcoma pleomórfico.
- Liposarcoma de células pequeñas.

3. CARACTERÍSTICAS GENERALES

Los liposarcomas son tumores de **lento crecimiento**, por lo que suelen tener un **gran tamaño** (más de 20 cm) cuando se **diagnostican**⁴ (Imagen 1 y 2).

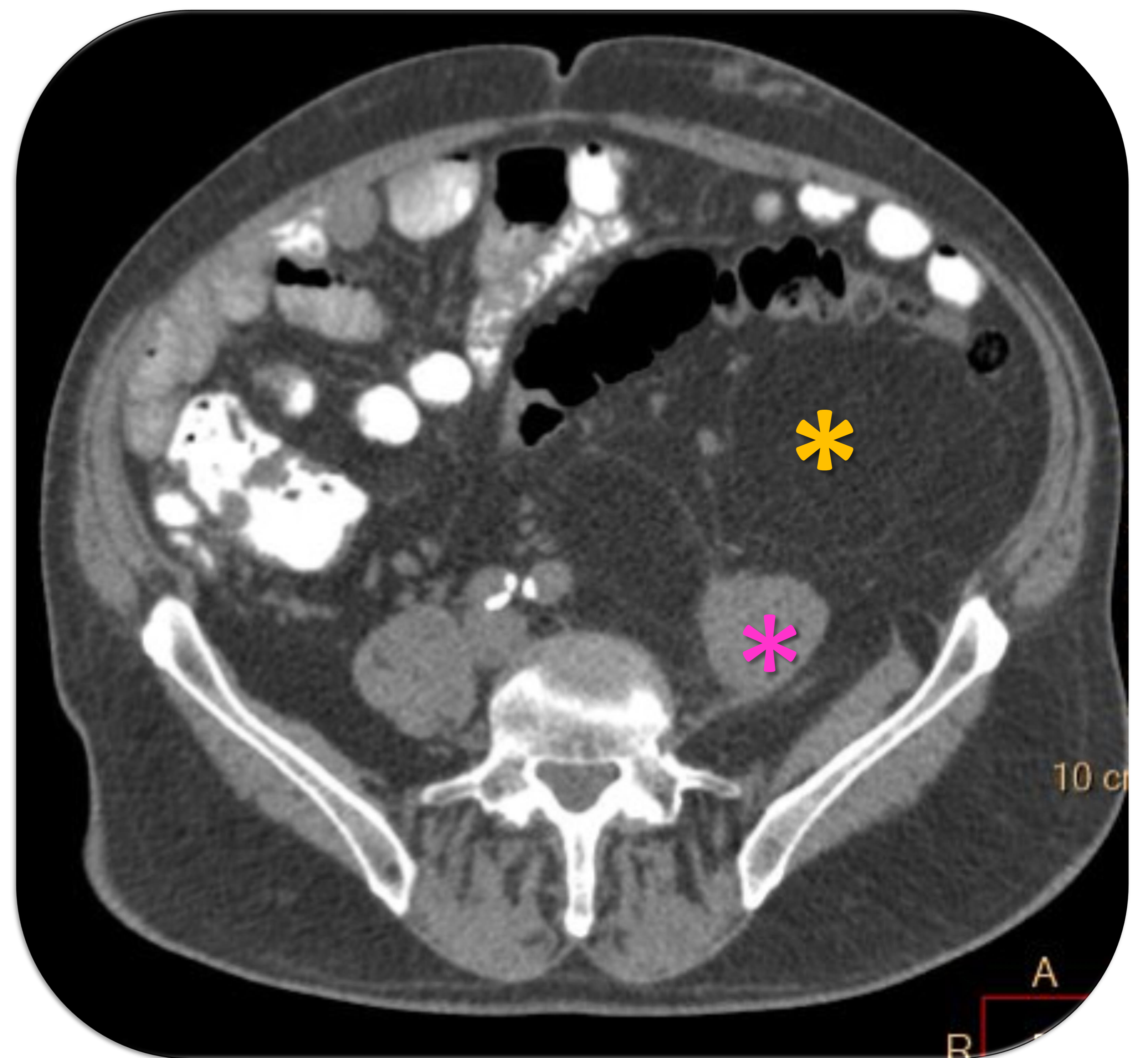
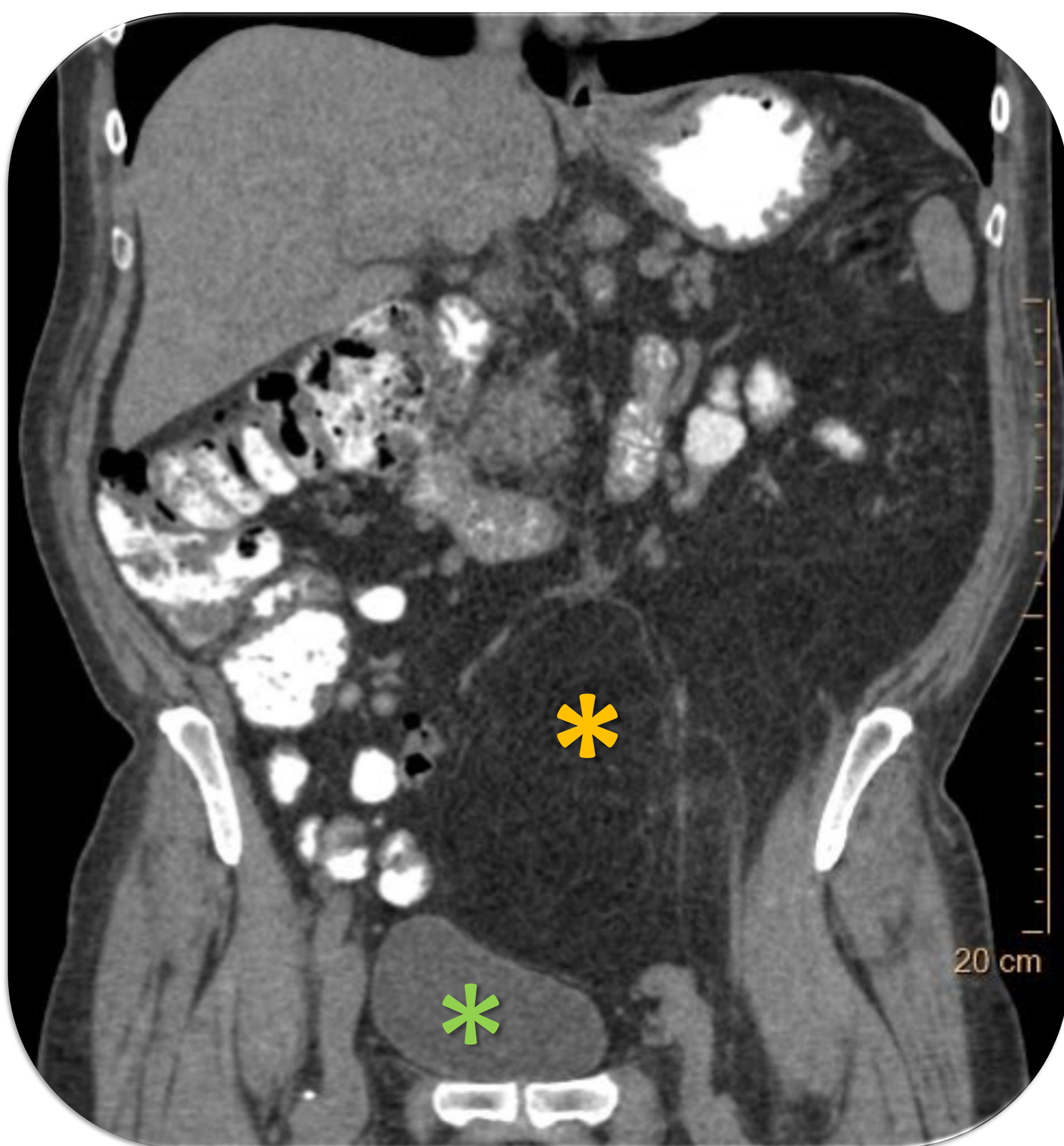


Imagen 1 y 2 (TC abdominal con contraste oral baritado y con contraste intravenoso (CIV) en fase portal):

Gran masa de densidad grasa () de 13 x 9 x 20 cm en hemiabdomen inferior izquierdo con tractos fibrosos en su interior que tracciona / desplaza psoas ilíaco (*), estructuras vasculares, asas y vejiga (*). Se confirmó mediante AP que se trataba de un liposarcoma bien diferenciado.*

Las masas que **desplazan anteriormente los órganos retroperitoneales** (por ejemplo, los riñones, el colon ascendente, el colon descendente y el páncreas) son más probablemente tumores retroperitoneales primarios⁵ (**Imagen 3, 4 y 5**).

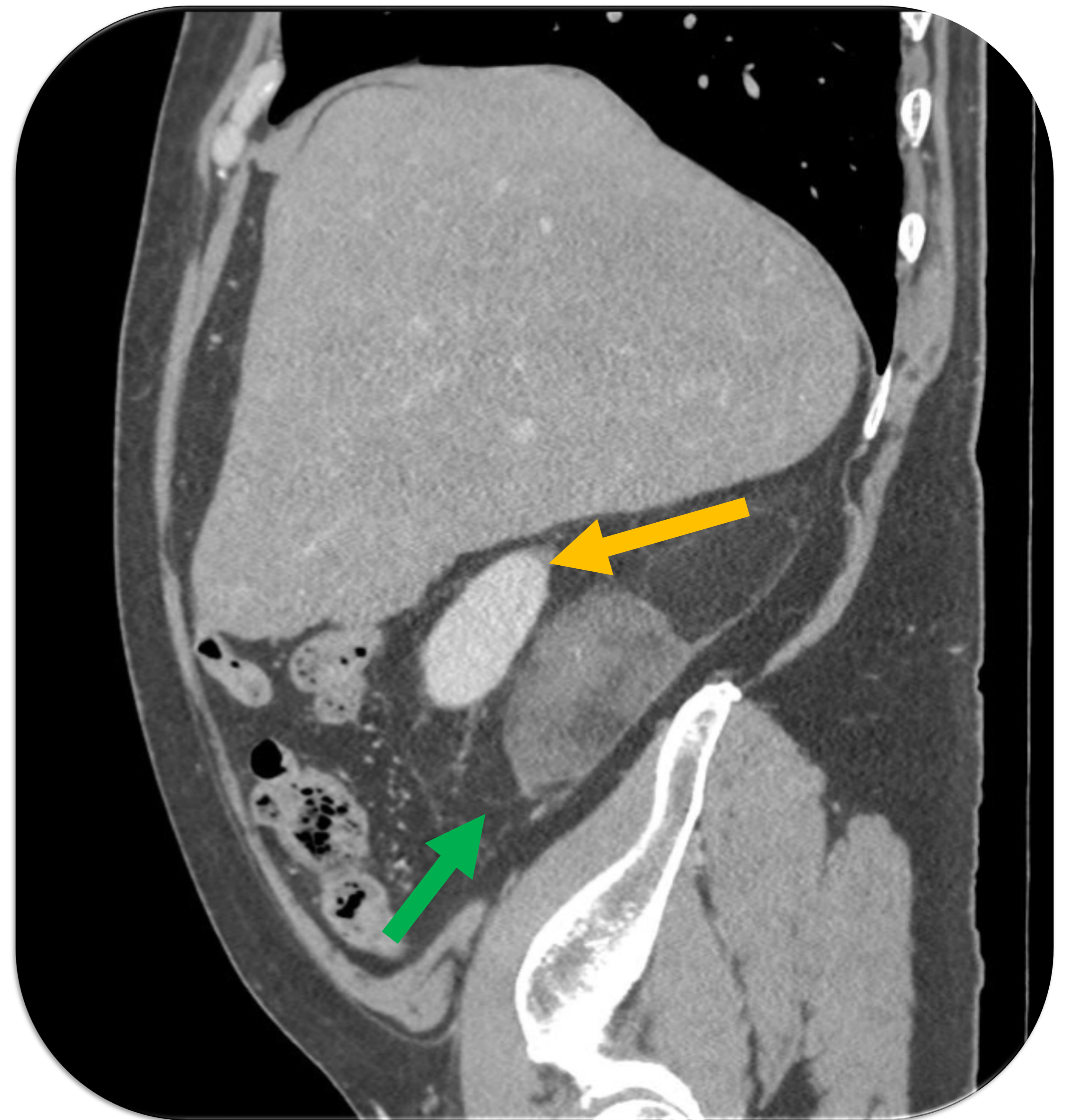
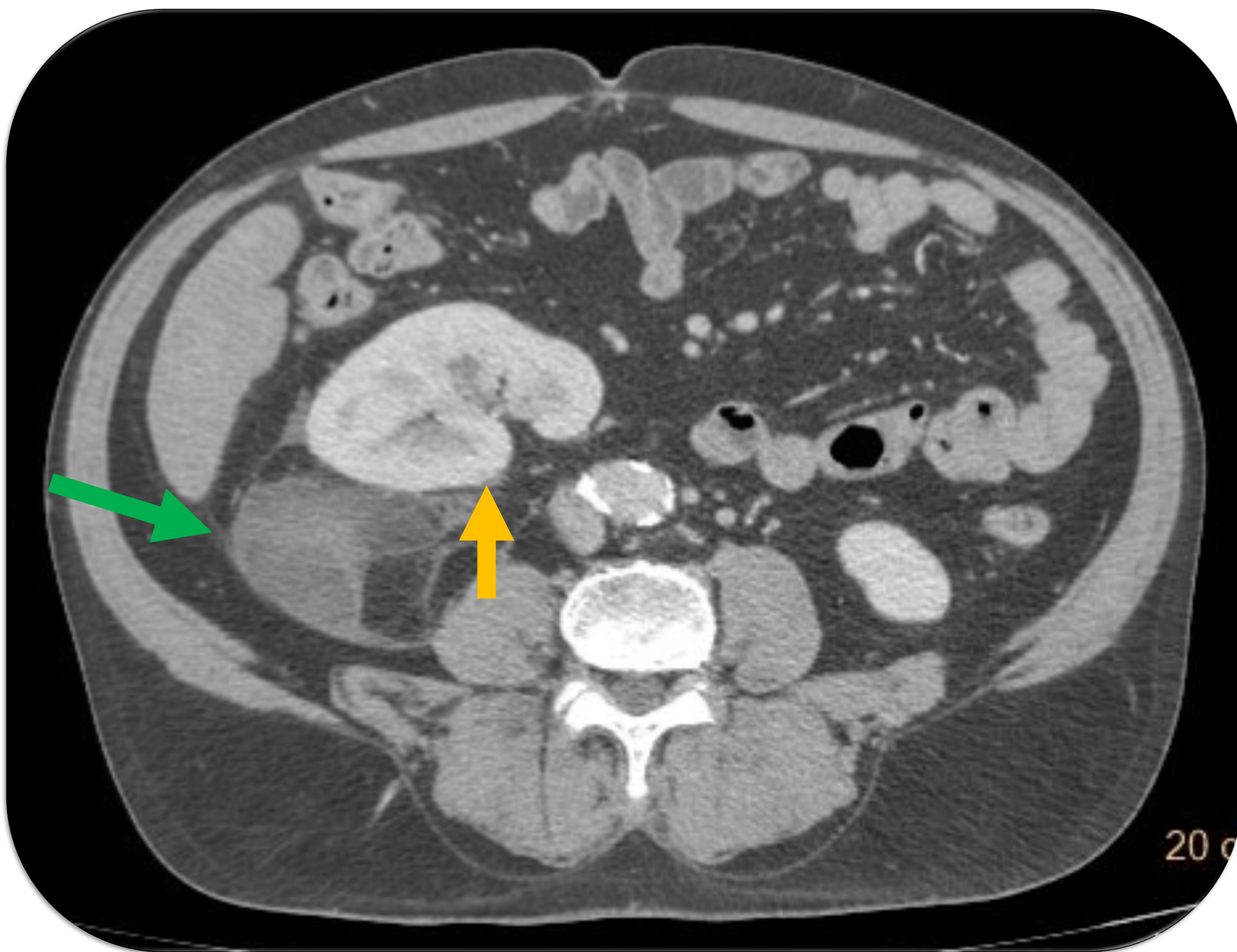


Imagen 3 y 4 (TC abdominal con CIV en fase portal):

*En espacio pararenal posterior derecho se visualiza una masa (**flecha**) heterogénea, con contenido graso, de 9,9 x 6,6 x 12,2 cm (T x AP x CC), que desplaza el riñón derecho anteriormente (**flecha**), sugestiva como primera posibilidad de liposarcoma, que se confirmó histológicamente.*



Imagen 5 (TC abdominal con CIV):

En fosa pararenal posterior derecha, se identifica imagen sólida bien delimitada, con un tamaño de 11,5 x 7 x 10 cm (T x AP x CC) compatible con recidiva de liposarcoma, ya intervenido con anterioridad y que presentaba un claro crecimiento en este estudio respecto al previo.

Los liposarcomas bien diferenciados tienden a **recidivar localmente**, principalmente por la dificultad de lograr márgenes de resección libres en la intervención quirúrgica (a menudo infiltran estructuras adyacentes).

También pueden sufrir **desdiferenciación histológica**, haciéndose **más agresivos** y metastatizando (lo que les confiere peor pronóstico) ⁴.

4. HALLAZGOS EN PRUEBAS DE IMAGEN

Los liposarcomas y los lipomas pueden ser indistinguibles en la imagen radiológica, ya que ambos pueden tener septos o áreas focales de densidad partes blandas en su interior (**Imagen 6 y 7**). Por ello, en caso de duda deben extirparse³.

No obstante, el liposarcoma suele **tener septos más gruesos, irregulares (Imágenes 9 y 10) y que realzan tras la administración de contraste intravenoso**; además de un mayor tamaño (>10 cm)³.

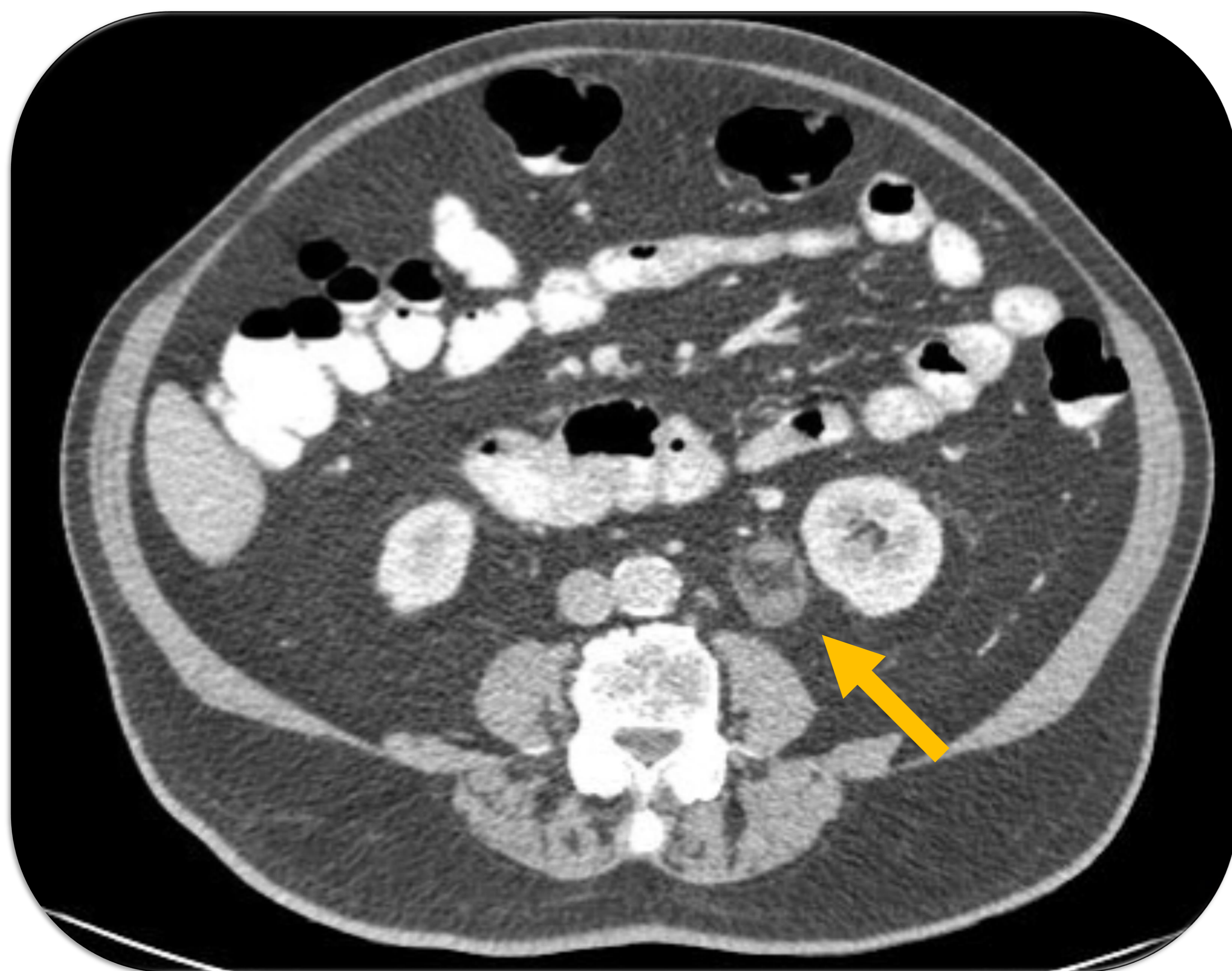


Imagen 6 y 7 (TC abdominal con CIV en fase portal):

En el espacio perirrenal izquierdo, medial al uréter proximal, sin signos de uropatía obstructiva, se observa una imagen nodular (flecha) de 4,5 x 3,3 cm (T x AP), con áreas de densidad partes blandas y áreas de densidad grasa en su interior, de nueva aparición.

En AP resultó tratarse de tejido adiposo maduro sin evidencia de malignidad.

Los hallazgos radiológicos de los liposarcomas son variados, y la cantidad de grasa intratumoral es, por lo general, inversamente proporcional al grado de malignidad (**Imagen 1 y 2**)⁵.

El liposarcoma bien diferenciado se observa típicamente como:

- En TC, una **lesión predominantemente hipodensa** (por su elevado contenido en grasa).
- En RM, **hiperintensa en T1** y de **intensidad intermedia en T2**, con pérdida de la señal en las secuencias de supresión grasa.

En lesiones altamente sugestivas de liposarcoma retroperitoneal bien diferenciado, puede no considerarse la realización de biopsia prequirúrgica, ya que **la sensibilidad del TC** en estos casos **es cercana al 100%** ⁴.

CASO 1

Mujer de 53 años remitida por médico de atención primaria (MAP) con cuadro clínico de aerofagia, dispepsia e hinchazón en los últimos meses.

Se solicitó ecografía abdominal (**Imagen 8**) y se completó estudio con TAC abdominal (**Imágenes 9 y 10**) donde se encontró una masa sugestiva de liposarcoma retroperitoneal.

Al no presentar características radiológicas que sugirieran liposarcoma desdiferenciado, se decidió no realizar biopsia y directamente se intervino quirúrgicamente.

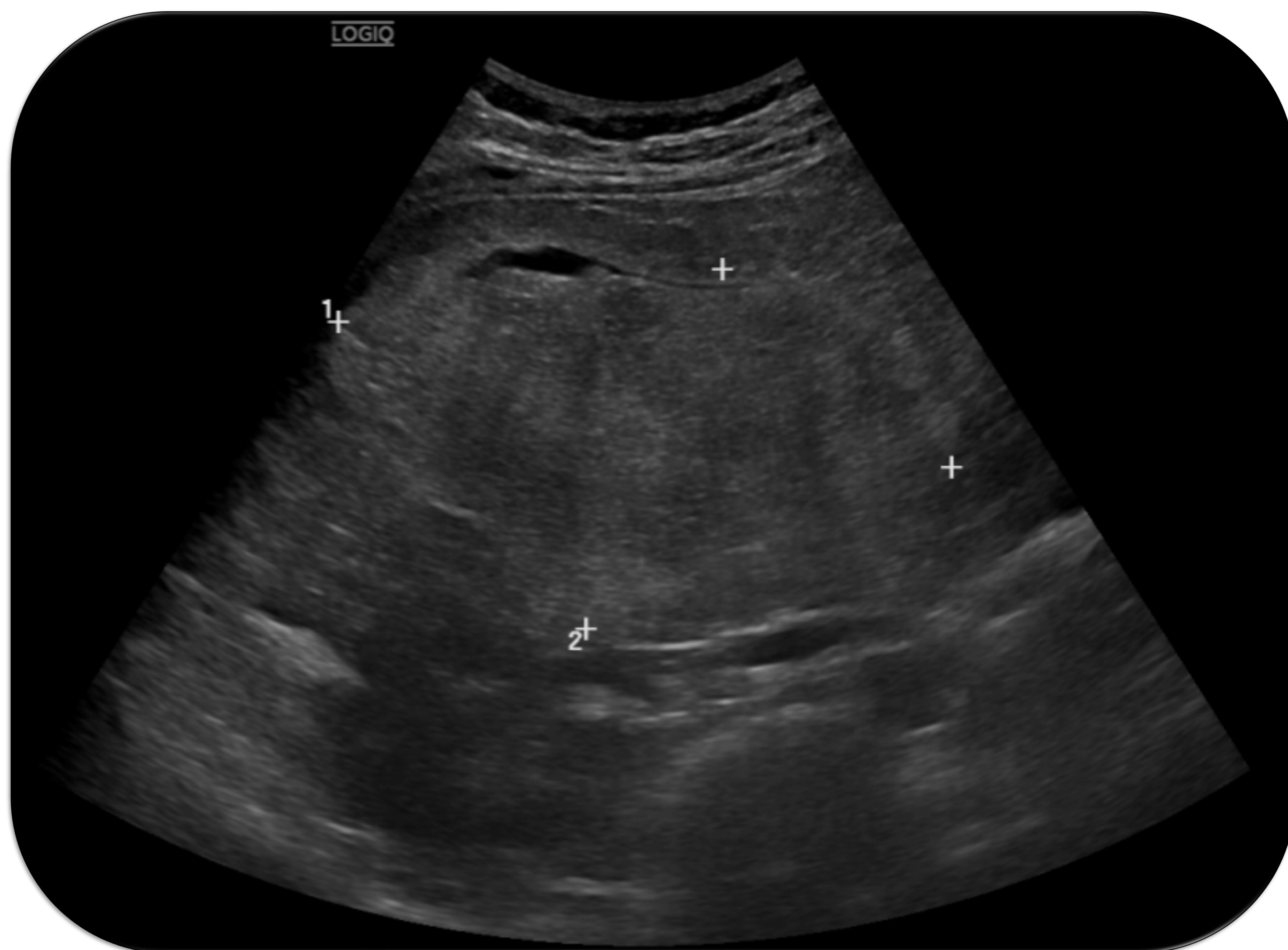


Imagen 8 (ecografía abdominal):

Masa abdominal ecogénica y relativamente bien delimitada de 20 x 12 x 7 cm, con efecto masa, sin clara dependencia de ninguna estructura, que parece corresponder a tumoración de estirpe lipomatosa como primera posibilidad.

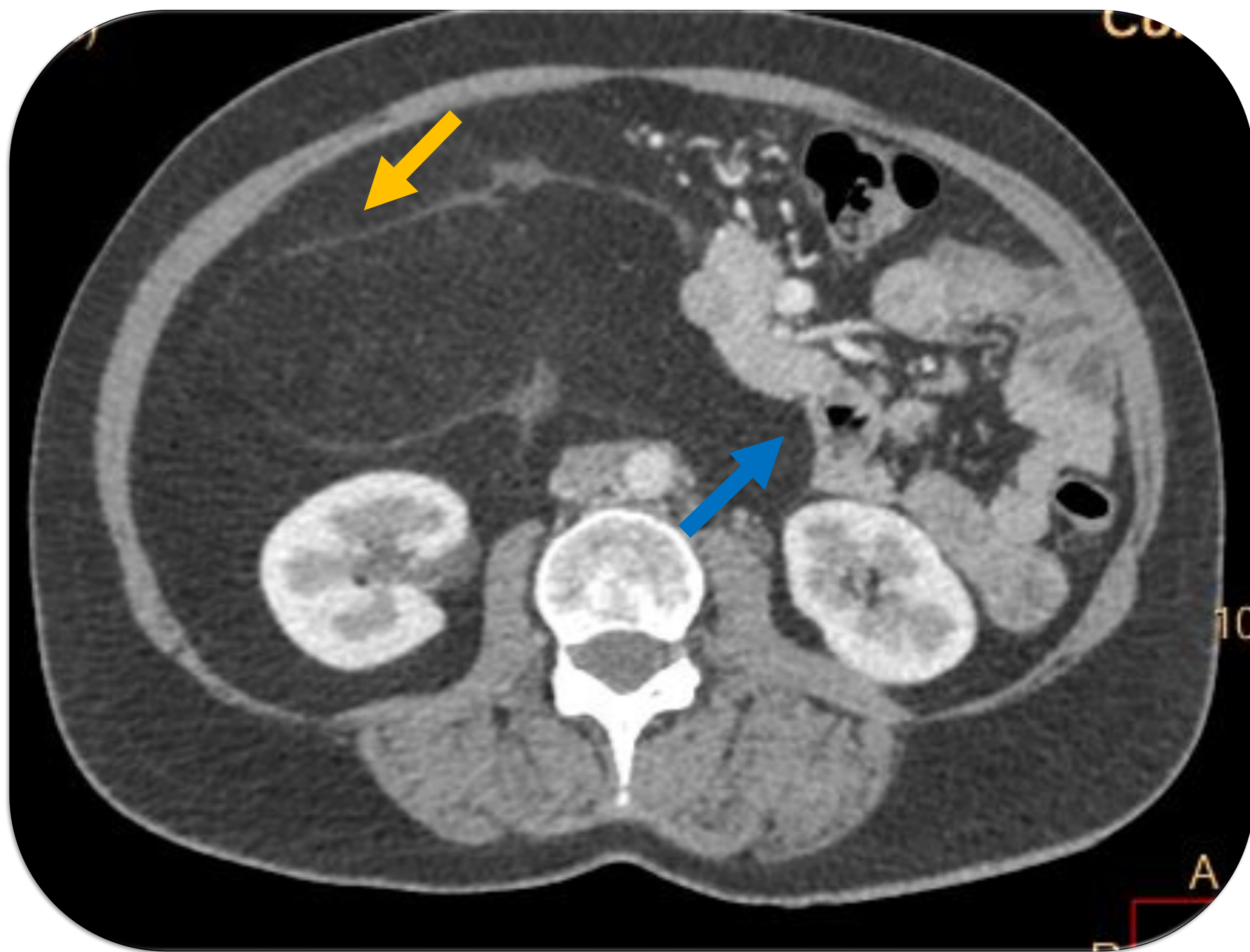


Imagen 9 y 10 (TAC abdominal con CIV en fase portal, cortes axial y coronal):

*Voluminosa masa retroperitoneal de predominio lipomatoso de 15 x 21 x 27 cm (AP x T x CC), ligeramente heterogénea, con **tabiques** en su interior que realzan con el CIV (**flecha**) y de bordes parcialmente definidos, que desplaza cranealmente el hígado (**flecha**) y hacia la porción anterior del abdomen y hacia la izquierda el páncreas, el marco cólico y las asas de intestino delgado (**flecha**), sin identificar signos de infiltración de las mismas, sugestiva de liposarcoma.*

CASO 2

Varón de 61 años con dolor abdominal de varias semanas de evolución, que se inicia de forma progresiva y se va haciendo cada vez más intenso.

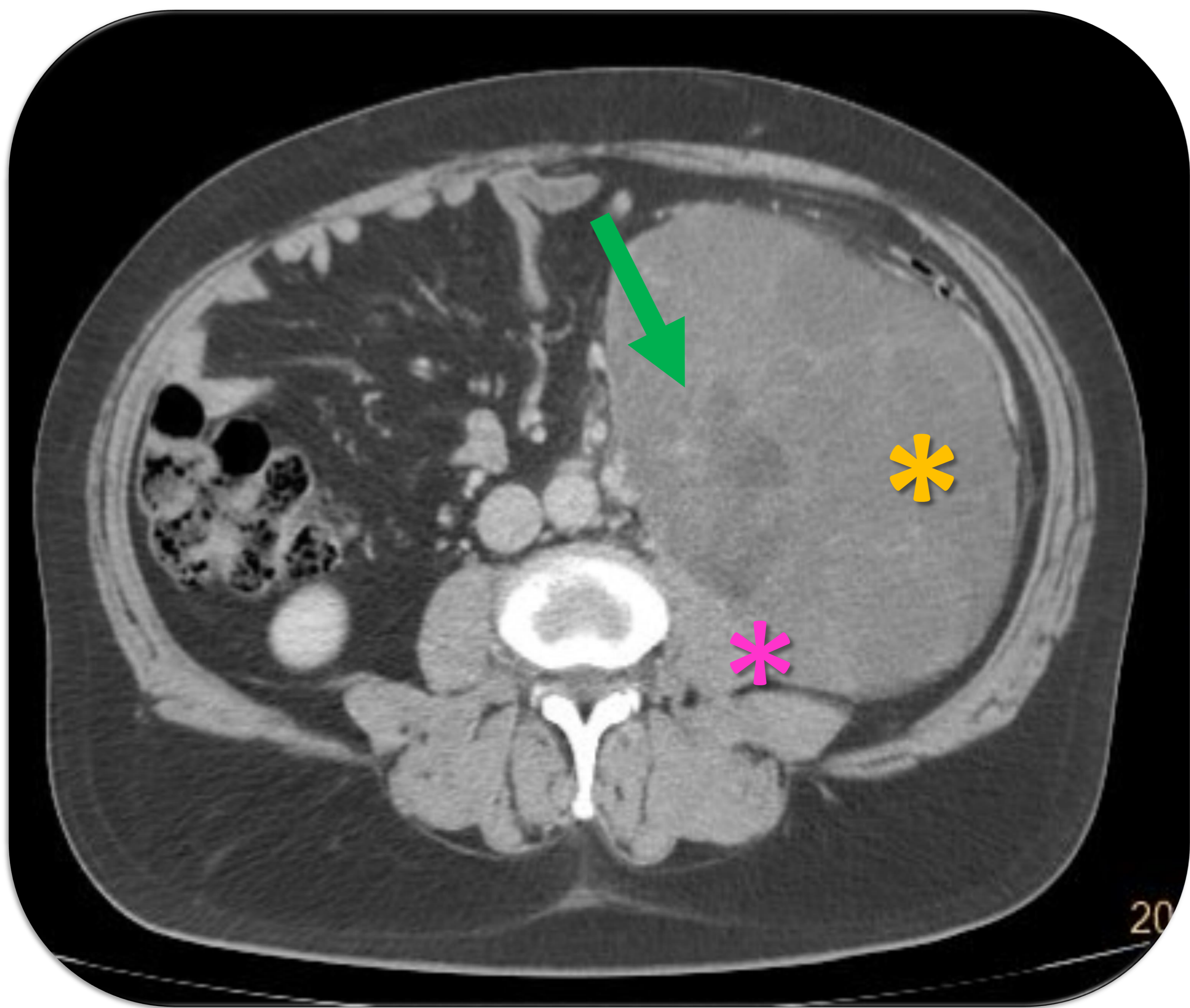
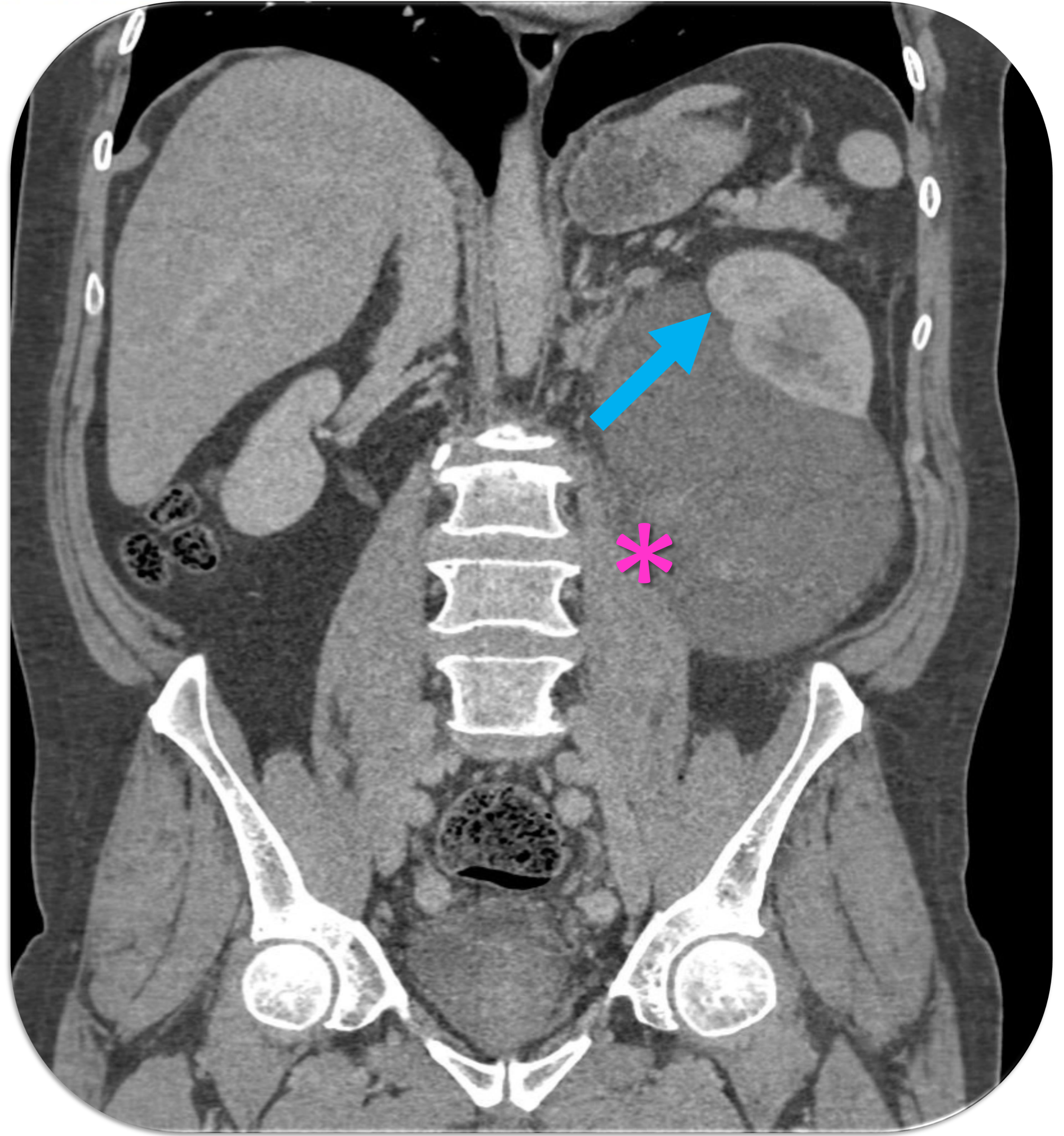
Comienza como dolor en mesogastrio irradiado a ambos flancos, tipo pinchazo, aumentando de intensidad y focalizándose cada vez más en flanco izquierdo irradiado hacia región lumbar izquierda.

Se realizó radiografía (Rx) simple de abdomen (**Imagen 11**) y TC de abdomen tras administración de CIV (**Imágenes 12, 13 y 14**) de manera programada, encontrando de manera incidental hallazgos compatibles con liposarcoma retroperitoneal.



Imagen 11 (Rx simple abdominal en bipedestación):

Ocupación de hemiabdomen izquierdo con desplazamiento de asas hacia craneal y lateral.



Imágenes 12, 13 y 14

(TC abdominopélvico con CIV en fase portal):

En espacio pararenal anterior izquierdo se observa una gran masa con realce heterogéneo, zonas sólidas () y de densidad grasa (flecha), que mide 19 x 13 x 16 cm (AP x T x CC), compatible como 1ª posibilidad con liposarcoma.*

Dicha masa pierde plano de separación grasa y desplaza superior y lateralmente al riñón izquierdo (flecha), que se encuentra horizontalizado; y anteriormente al colon descendente. Desplaza los vasos renales ipsilaterales. Posterior y medialmente contacta y pierde plano de separación grasa con el músculo psoas-ilíaco ipsilateral ().*

CASO 3

Varón de 63 años al que se solicita TC abdominopélvico sin aportar datos clínicos, en el que se observa de manera incidental una gran masa retroperitoneal que ocupa prácticamente todo el hemiabdomen izquierdo compatible con liposarcoma que fue confirmada mediante AP tras su extirpación.



Imágenes 15 y 16 (TC abdominopélvico con CIV en fase portal):

Gran masa retroperitoneal con áreas de densidad grasa y de partes blandas y septos en su interior, que desplaza el páncreas, el estómago y las asas de intestino delgado hacia el lado derecho y el riñón izquierdo anteriormente y que progresa caudalmente hasta la pelvis, compatible con liposarcoma retroperitoneal.

CASO 4

Mujer de 95 años con bacteriemia por *S. viridans* a la que se solicita TC de abdomen con contraste oral y CIV.

De manera incidental se encuentra una masa con componente graso que parece depender del músculo ilíaco y es compatible con liposarcoma muscular (**Imagen 17 y 18**), que no se confirmó histológicamente.

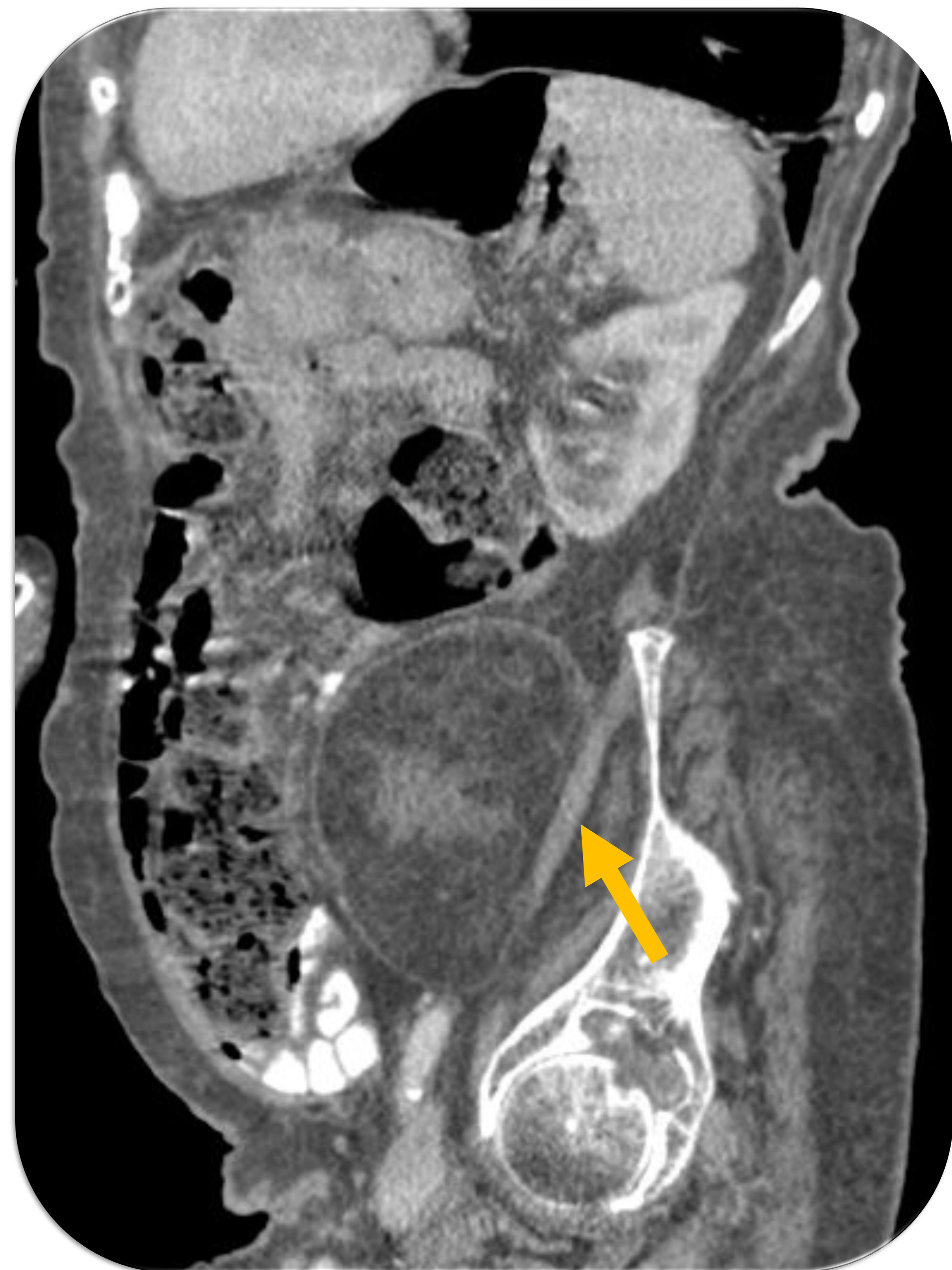
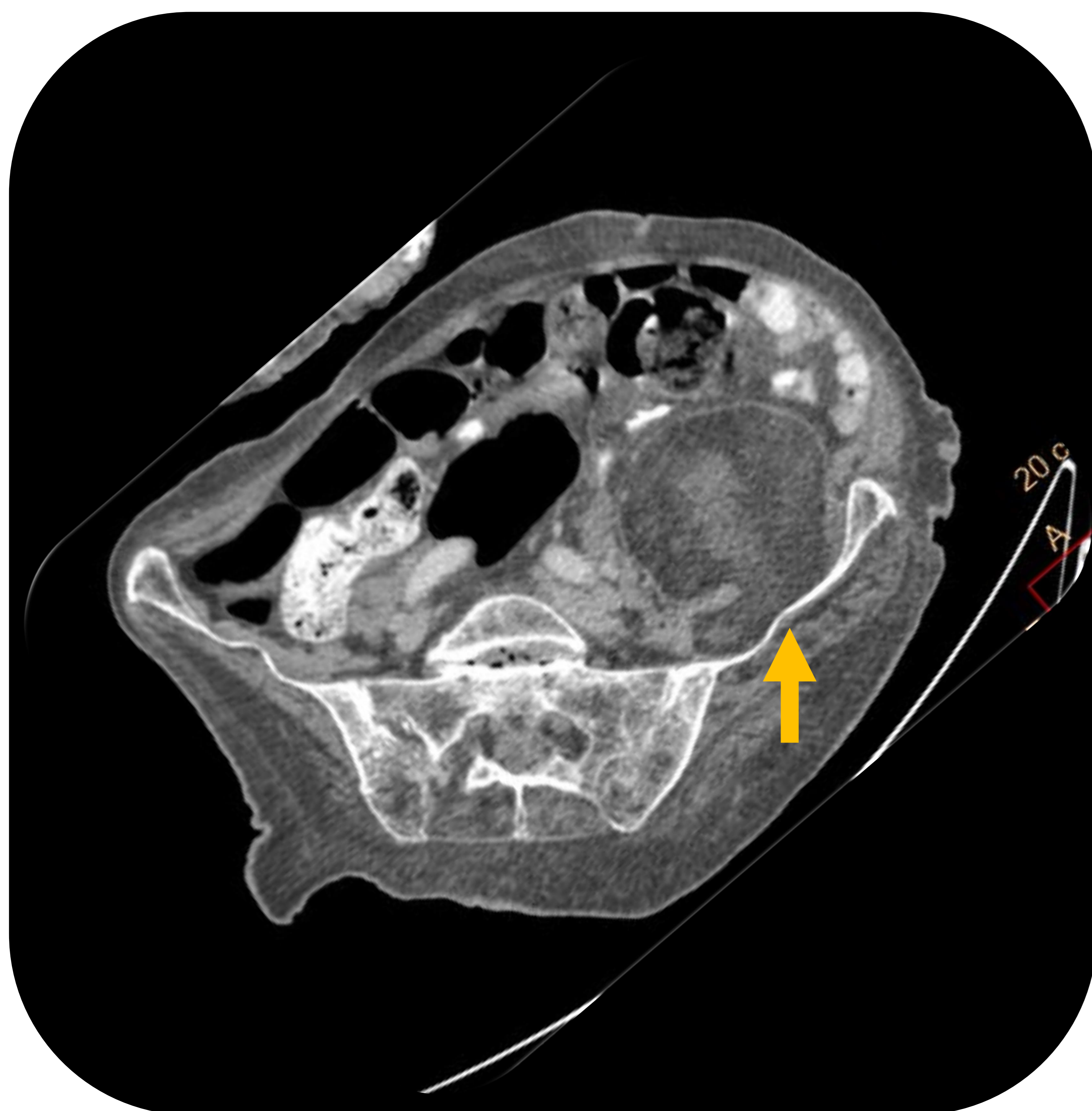


Imagen 17 y 18 (TC abdominopélvico con contraste oral y CIV en fase portal):

Lesión pélvica izquierda bien definida de densidad grasa que depende del músculo ilíaco izquierdo (flecha) de aproximadamente 11 x 8 x 9 cm (CC x AP x T)) sugestiva por sus características de liposarcoma.

Conclusiones

- Los liposarcomas bien diferenciados suelen tener **gran tamaño** en el momento del diagnóstico, pudiendo presentar **septos** (gruesos, irregulares, con realce) y áreas de densidad de **partes blandas**.
- Puede resultar difícil diferenciar los liposarcomas de los lipomas, en cuyo caso deben extirparse.
- Radiológicamente, los liposarcomas suelen presentarse como una **lesión predominantemente hipodensa** (por su elevado contenido en grasa) en TC. En RM se mostrará **hiperintensa en T1** y de **intensidad intermedia en T2**, con pérdida de la señal en las secuencias de supresión grasa.
- En lesiones **altamente sugestivas** de liposarcoma retroperitoneal bien diferenciado puede evitarse la biopsia prequirúrgica, pues **la sensibilidad del TC es cercana al 100%**.

Referencias

1. Gibbs Robles JP. Liposarcoma abdominal: hallazgos radiológicos y evolución en 12 casos [Internet]. Sociedad Española de Radiología Médica; 2014. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1594/SERAM2014/S-0687>
2. Gaillard F, Joseph B, Milton B, et al. Liposarcoma. Artículo de referencia, Radiopaedia.org (consultado el 12 de junio de 2023) <https://doi.org/10.53347/rID-1589>
3. Martínez Rodríguez C, Tardáguila de la Fuente G. Patología suprarrenal y retroperitoneal. En: Del Cura Pedraza, JL et al, directores. Radiología Esencial (I). 2ª edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2019. p. 929-944
4. 3. Llano SM, Gonzalez Sanchez F, E. Torres Diez E, et al. Sarcomas retroperitoneales: Qué debo saber y qué debo transmitir [Internet]. Sociedad Española de Radiología Médica; 2014. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1594/SERAM2014/S-0812>
5. 4. Al-Dasuqi K, Irshaid L, and Mathur M. Radiologic-Pathologic Correlation of Primary Retroperitoneal Neoplasms. RadioGraphics [Internet] 2020 [consultado 13 junio 2023]; 40(6): 1631-1657. Disponible en: <https://pubs.rsna.org/doi/full/10.1148/rg.2020200015>