Metástasis hepática solitaria de liposarcoma de extremidad inferior: reporte de caso y revisión de la literatura

Lower limb liposarcoma solitary liver metastasis: case report and literature review

Óscar M. García-Córdova* y Pedro Peláez-Villalobos

Servicio de Radiología Intervencionista, Hospital Regional 1.º de Octubre, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Ciudad de México, México

RESUMEN

Mujer de 37 años con antecedente de liposarcoma mixoide de extremidad inferior derecha, que se presenta para toma de biopsia de tumoración hepática solitaria visualizada en tomografía de abdomen, de forma redondeada, bien definida, hipodensa, rodeada de un halo de menor densidad y con reforzamiento central predominantemente en la fase venosa portal. Se realizó toma de biopsia con aguja de corte guiada por ultrasonido y se diagnosticó metástasis de liposarcoma mixoide.

Palabras clave: Liposarcoma mixoide de extremidad inferior. Tumor hepático. Metástasis hepática.

ABSTRACT

We present a 37 years old women with history of lower limb myxoid liposarcoma, who is presented for biopsy of a round, well defined, hypodense solitary liver mass with enhancement predominantly on portal venous phase seen on CT. Liver biopsy was performed with cut needle guided by ultrasound, myxoid liposarcoma metastasis was diagnosed.

Key words: Lower limb myxoid liposarcoma. Liver mass. Liver metastasis.

Correspondencia:

*Óscar M. García-Córdova

E-mail: garciacordovamd@gmail.com

1665-2118/© 2021 Sociedad Mexicana de Radiología e Imagen, AC. Publicado por Permayer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Recibido: 16-10-2019

Aceptado: 11-03-2020

DOI: 10.24875/ARM.20000198

INTRODUCCIÓN

Las metástasis hepáticas solitarias de sarcomas son poco frecuentes, con una incidencia del 1% y en el caso de los liposarcomas de menos del 0.5%, siendo el liposarcoma de tipo mixoide el que con más frecuencia condiciona este tipo de lesiones hepáticas. Suelen detectarse en los estudios de tomografía computada por su componente graso; sin embargo, el tipo mixoide es de los que menos grasa contiene.

A continuación, presentamos el caso de una paciente con metástasis hepática solitaria de liposarcoma de extremidad inferior que fue enviada al departamento de radiología intervencionista para realización de biopsia.

CASO CLÍNICO

Mujer de 37 años, originaria y residente de Ciudad de México, de estado civil casada, con escolaridad de bachillerato y como ocupación empleada administrativa. Antecedentes personales no patológicos, habita en casa propia, de materiales perdurables, con todos los servicios de urbanización, sin hacinamiento.

Antecedentes personales patológicos: niega enfermedades crónicas degenerativas, fracturas o transfusiones. Cuatro cesáreas. Cirugía por resección de tumor en pierna derecha en 2016 con resultado histopatológico de liposarcoma mixoide. Alcoholismo negado. Tabaquismo de los 18 a los 25 años a razón de 1 cigarrillo por día.

Padecimiento actual: inicia en 2016 con presencia de una masa localizada en la cara interna del muslo derecho, la cual fue

aumentando de tamaño, motivo por el que fue resecada quirúrgicamente, sin enviarla a estudio histopatológico. Posteriormente la masa recurre, en febrero de 2019, y de nuevo es intervenida quirúrgicamente, esta vez enviando muestras para su estudio histopatológico, que reportó liposarcoma mixoide sin invasión linfovascular ni perineural. Hace 6 meses inicia con dolor lumbar, por lo que acude al servicio de urgencias, donde es tratada con analgésicos sin presentar mejoría. Es enviada a la consulta externa de oncología para seguimiento de diagnóstico histopatológico, donde se palpan nódulos alrededor de la herida quirúrgica de aproximadamente 2-3 cm de diámetro, así como la presencia de una masa en la región lumbar derecha que se extiende al glúteo derecho de aproximadamente 9 cm de diámetro. Por ello, se decide el internamiento de la paciente para realización de estudios de extensión.

Exploración física: presión arterial 110/70 mmHg, frecuencia cardíaca 70 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 16 respiraciones por minuto, temperatura 36 °C. Paciente con edad acorde a la cronológica, sin facies características. Tórax: simétrico, mamas pendulares, simétricas, sin adenopatías axilares, precordio rítmico, con adecuado tono e intensidad de los ruidos cardíacos, amplexión y amplexación simétricas, vibraciones vocales normales, ruidos respiratorios normales en ambos hemitórax, a la percusión claro pulmonar en ambos hemitórax, no se integra síndrome pleuropulmonar. Abdomen blando, depresible, con peristalsis presente y normal, no doloroso a la palpación, sin datos de irritación peritoneal, no se palpan megalias, palpándose una tumoración en la región lumbar con extensión hacia el glúteo derecho, de

bordes mal delimitados, indurada y aparentemente fija a planos profundos.

Se realiza tomografía de abdomen simple y contrastada, en la que se encuentra una tumoración hepática en el segmento V del lóbulo derecho, de forma ovalada, bordes bien definidos, hipodensa respecto al parénquima hepático, rodeada de un halo de menor densidad, la cual presenta reforzamiento tras la aplicación de medio de contraste en su porción central, más evidente en la fase venosa portal (Fig. 1).

Se realiza ultrasonido de hígado previa toma de biopsia hepática, en la que se identifica la lesión hepática en el segmento V, de forma ovalada, márgenes regulares y bien definidos, hiperecogénica con un halo hipoeicoico (Fig. 2). Previa revisión de su perfil de coagulación y autorización por escrito de la paciente, se procede a tomar biopsia de dicha lesión con aguja de corte semiautomática de 18 G y 20 cm bajo guía ecográfica. Se obtienen varios fragmentos para su posterior análisis por patología, que reporta metástasis de liposarcoma y parénquima hepático colestásico.

DISCUSIÓN

El liposarcoma es el segundo tipo más común de sarcoma de partes blandas, superado por los tumores malignos fibrosos o fibrohistiocíticos, y representa el 10-35% de los sarcomas de partes blandas. Se puede clasificar en cinco subtipos: bien diferenciado, dediferenciado, mixoide, pleomórfico y mixto. La diversidad de estos tumores se refleja en su comportamiento clínico y biológico, con un rango que va del tipo no metastásico

FIGURA 1. Tomografía de abdomen simple y contrastada en fase arterial y venosa portal en la que se observa una lesión hepática redondeada, bien definida, hipodensa, con un halo de menor densidad, que presenta reforzamiento tras la aplicación de medio de contraste, de predominio en la fase venosa portal.

FIGURA 2. Ultrasonido previo a la toma de biopsia hepática que muestra una tumoración hepática hipoeicoica con algunas áreas quísticas en su interior, rodeada de un halo hiperecogénico.

(liposarcoma bien diferenciado) a las neoplasias de alto grado (liposarcoma pleomórfico) con extenso potencial metastásico. El liposarcoma mixoide es el segundo tipo más común de los liposarcomas y corresponde al 20-50% de estos tumores, no tiene predilección por el sexo masculino ni femenino, y presenta un pico de incidencia entre la cuarta y la quinta

décadas de la vida. En el 75-80% de los casos afecta las extremidades inferiores, en particular la cara medial del muslo y la región poplíteica, y con frecuencia es intermuscular. El factor predictor más importante del liposarcoma mixoide para generar metástasis es el componente histológico de células redondas: a mayor cantidad de estas, mayor probabilidad de metástasis, siendo las lesiones pulmonares las que tienen mayor predilección, aunque se observan en el 6% de los pacientes. Otros sitios extrapulmonares de metástasis son el retroperitoneo, el tórax y la pelvis¹.

Las lesiones hepáticas que contienen grasa son un grupo heterogéneo de tumores con diversas características histológicas, perfiles biológicos variables y distintos hallazgos por imagen. Las lesiones benignas que contienen grasa incluyen la esteatosis hepática, las pseudolesiones hepáticas posoperatorias, el adenoma, la hiperplasia nodular focal, el lipoma, el angiomiolipoma, el teratoma quístico, el pseudolipoma de la cápsula de Glisson y la histiocitosis de células de Langerhans. Las lesiones hepáticas malignas que contienen grasa incluyen el carcinoma hepatocelular, el liposarcoma primario o metastásico y otras lesiones metastásicas. La diseminación metastásica de un sarcoma retroperitoneal es relativamente común, con una incidencia de metástasis hepática del 7-10%, a diferencia del sarcoma de tejidos blandos de una extremidad, que presenta una incidencia del 1%. Para el caso específico del liposarcoma, la incidencia es menor del 0.5%, y es aún más raro que se observe una sola lesión hepática aislada. La mayoría de los liposarcomas hepáticos son metastásicos, con una incidencia del 29-33% para el tipo mixoide, del 13% para el de células redondas y del 40% para el tipo mixto;

solo se han reportado casos aislados de liposarcomas primarios²⁻⁴.

Las lesiones hepáticas metastásicas de los sarcomas son fácilmente identificadas en la tomografía, pero los tipos mixoide, mixto y pleomórfico tienen menos componente graso que el resto de los liposarcomas. Cuando se evalúan por angiografía son hipervasculares, y la mayoría son múltiples (89%) y bilobares (74%). El 20% se descubren al momento del diagnóstico del sarcoma primario y el 50% se desarrollan dentro del primer año del diagnóstico; este es el periodo más intenso de la evaluación de los sarcomas de partes blandas^{4,5}.

Aunque el ultrasonido y la tomografía pueden detectar grasa en la mayoría de los casos, en la resonancia magnética se pueden observar como lesiones hiperintensas en imágenes potenciadas en T1 y T2, las cuales se vuelven hipointensas en imágenes con supresión grasa; sin embargo, las imágenes de intercambio químico pueden ser una mejor modalidad para detectar la grasa, en especial la que se encuentra en el espacio intracelular, como se demostró en el estudio realizado por Hood et al.⁶. Este artefacto es el resultado de diferencias inherentes en las frecuencias de resonancia de los protones, y se observa con más frecuencia cuando una imagen llena de líquido se encuentra envuelta en tejido graso. Es útil para confirmar la presencia de grasa en lesiones hepáticas, además de acentuar los márgenes viscerales y valorar la posible extensión de lesiones. Se observa como bandas oscuras y brillantes en los bordes de las estructuras con una interfase agua-grasa⁶.

En el estudio realizado por Sheah et al.⁷ se revisaron pacientes con metástasis de liposarcoma mixoide y se valoraron con tomografía,

resonancia y tomografía por emisión de positrones con fluorodesoxiglucosa (FDG-PET). De los 41 pacientes estudiados, 33 presentaban metástasis hepáticas. La tomografía mostro lesiones lobuladas con atenuación de tejidos blandos en todos los casos sin un componente graso macroscópico. La resonancia mostró una intensidad de señal similar a la del líquido con un leve reforzamiento tras la aplicación de medio de contraste. La FDG-PET no mostró una captación significativa para ningún tipo de metástasis. Por tanto, se concluyó que la resonancia magnética era el estudio más sensible para la detección de estas metástasis, y la modalidad de imagen recomendada para el diagnóstico y el seguimiento de estos pacientes⁷.

Existen pocas opciones de tratamiento para los sarcomas de partes blandas hepáticos. La quimioterapia convencional no tiene impacto en la supervivencia de los pacientes, en quienes esta terapéutica tiene una tasa de respuestas parciales del 6%, sin obtener respuestas completas. En estos pacientes, una opción terapéutica es la resección hepática, con una supervivencia media de 30 meses, a diferencia de los pacientes que no recibieron este tratamiento, en los que fue de 12 meses. Sin embargo, la supervivencia a 5 años es del 11%.⁴

En un estudio realizado por Pierce, et al.⁸ se hicieron embolizaciones, quimioembolizaciones y radioembolizaciones en sarcomas hepáticos, y la media de tiempo libre de progresión de la enfermedad fue de 14.2 meses, sin observar una diferencia estadísticamente significativa entre los tres métodos de embolización, realizados en pacientes cuyos procedimientos fueron electivos. La media de supervivencia fue de 26.7 meses, también sin encontrar una diferencia estadísticamente significativa entre

los tres métodos de embolización. Las tasas de supervivencia al año fueron del 100%, el 76% y el 82% para la embolización, la quimioembolización y la radioembolización, respectivamente. La terapia endovascular puede tener un papel importante en los sarcomas primarios y metastásicos, en especial cuando falla la terapia sistémica⁸.

CONCLUSIONES

El liposarcoma hepático metastásico de una extremidad inferior es una patología sumamente rara, con un mal pronóstico a corto plazo y cuyo manejo constituye un reto terapéutico para el oncólogo médico y quirúrgico, e incluso para el radiólogo intervencionista. La terapia endovascular con técnicas de embolización parece tener un futuro prometedor en estos pacientes; sin embargo, se podrían explorar otras opciones terapéuticas percutáneas, como las terapias de ablación, en los pacientes con tumores que sean candidatos a estas modalidades.

AGRADECIMIENTOS

Al servicio de oncología quirúrgica por las facilidades otorgadas para recabar los datos de la paciente, así como al servicio de radiología e imagen, del Hospital Regional 1.º de Octubre, por las facilidades para la obtención de las imágenes tomográficas.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores refieren no tener ningún conflicto de intereses.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Murphey MD. From the archives of the AFIP imaging of musculoskeletal liposarcoma with radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. 2005;25:1371-95.
2. Prasad SR, Wang H. Fat-containing lesions of the liver: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. 2005;25:321-31.
3. Garces CA, Reith JD, Grobmyer SR, Hochwald SN. Isolated metastatic extremity liposarcoma to the liver, an uncommon and transient finding. *World J Surg Oncol*. 2008;6:108.
4. Jaques DP, Coit DG, Casper ES, Brennan MF. Hepatic metastases from soft-tissue sarcoma. *Ann Surg*. 1995;221:392-7.
5. Çiledag N. Liposarcoma metastases to the liver. Electronic Presentation Online System. European Society of Radiology. Poster No C.2585. Congress ECR; 2018.
6. Hood MN, Ho V, Smirnotopoulos JG, Szumowski J. Chemical-shift: the artifact and clinical tool revisited. *Radiographics*. 1999;19:357-71.
7. Sheah K, Ouellette HA, Torriani M, Nielsen GP, Kattapuram S, Bredella MA. Metastatic myxoid liposarcomas: imaging and histopathologic findings. *Skeletal Radiol*. 2008;37:251-8.
8. Pierce DB, Johnson GE, Monroe E, Loggers ET, Jones RL, Pollack SM, et al. Safety and efficacy outcomes of embolization in hepatic sarcomas. *AJR Am J Roentgenol*. 2018;210:175-82.