



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## VP-016 - EXÉRESIS DE LIPOSARCOMA INGUINAL

*Martín, Belén; Rabal, Antonio; Rodríguez, Manuel; Cerdán, Gemma; Artigas, Viçens*

*Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.*

### Resumen

**Introducción:** El liposarcoma es un tumor maligno de origen mesodérmico derivado del tejido adiposo. Representa el 14-18% de todos los sarcomas de partes blandas. Es de crecimiento lento y puede alcanzar enormes proporciones. Sus síntomas más frecuente son el dolor y aumento del perímetro abdominal. Las tasas de morbilidad-mortalidad dependen de su localización y del tipo subhistológico en base a la diferenciación celular, el número de mitosis y la extensión de la necrosis. Entre los cuatro tipos histológicos de liposarcoma, denominados mixoide, pleomórfico, lipoblástico o de células redondas y bien diferenciado o lipomalike, este último es el más frecuente y el de mejor pronóstico. No obstante, presentan una alta incidencia de recurrencia local y, cuando ocurre, se produce una desdiferenciación, celular lo que aumenta su agresividad. En formas diferenciadas, la supervivencia alcanza tasas de 60-70% a los 5 años. La radioterapia postoperatoria disminuye las tasas de recidiva local en formas no bien encapsuladas o poco diferenciadas.

**Caso clínico:** Varón 81 años con antecedentes de HTA y DM tipo II, que en mayo 2017 denota la aparición de una tumoración a nivel de ingle izquierda, sin otra sintomatología acompañante. En la exploración presenta tumoración inguinal izquierda pétreo no reductible que se extiende a región escrotal ipsilateral. La TC y RMN abdominopélvica informa de tumoración sólida de 7,7 × 7,5 cm, situada en el plano subcutáneo suprayacente al músculo pectíneo. Presenta márgenes nítidos y contornos lobulados, sin signos de infiltración a los planos músculo-aponeuróticos. Se realiza una biopsia quirúrgica (fragmento de 4 × 3 × 2 cm) que informa de neoplasia estromal fibroblástica, compatible con mixofibrosarcoma de bajo grado. El estudio de extensión tumoral fue negativo. Finalmente, tras ser valorado en comité multidisciplinar, se practica una “exéresis en bloque” de la tumoración inguinal con orquiectomía. El paciente presentó un correcto postoperatorio siendo dado de alta hospitalaria a los 12 días, presentando como única complicación una infección de la herida quirúrgica con dehiscencia de la misma, con resolución mediante curas diarias. La anatomía patológica definitiva fue liposarcoma desdiferenciado (12 cm), ganglio linfático sin evidencia de neoplasia y testículo con cambios de atrofia.

**Discusión:** Cuando nos encontramos ante un paciente con orientación diagnóstica de hernia inguinal es preciso considerar en su diagnóstico diferencial, el liposarcoma inguinal. Los liposarcomas inguinales tienen una supervivencia mejor que en las formas localizadas en las extremidades y peor que en las de localización retroperitoneal. El tratamiento es la cirugía radical y su resección completa es esencial. La recidiva local es frecuente si no están encapsulados o no son resecaos totalmente. Aunque el liposarcoma de canal inguinal es una entidad poco frecuente su

diagnóstico debe estar presente en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones inguinales. La TC/RMN abdominal ha de poder identificar una posible extensión hacia el abdomen. El diagnóstico definitivo viene dado por la biopsia preoperatoria. La cirugía mediante la “exéresis en bloque” es el tratamiento de elección recomendado. La radioterapia y/o la quimioterapia, estarán indicadas en función del subtipo histológico, para controlar las recidivas locales.