CIR ESP. 2019;97(Espec Congr 2):37

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-734 - PRESENTACIÓN CLÍNICA ATÍPICA DE SARCOMA UTERINO

Rufián Andújar, Blanca; Durán Martínez, Manuel; Llanos Olivera, Miguel Essaúl; Rufián Peña, Sebastián; Casado Adam, Ángela; Sánchez Hidalgo, Juan Manuel; Arjona Sánchez, Álvaro; Briceño Delgado, Francisco Javier

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen

Introducción: Presentamos el caso de una paciente mujer de 50 años que en estudio por litiasis renal es diagnosticada de gran masa pélvica heterogénea, con anatomía patológica compatible con sarcoma de alto grado de origen más probable en estroma endometrial.

Caso clínico: Paciente mujer de 50 años sin antecedentes personales patológicos de interés. Se presenta su caso en Comité de Tumores Ginecológicos, donde se plantea cirugía de *debulking*. Diagnóstico compatible con sarcoma de alto grado uterino que llega a alcanzar 20 cm en plano axial, carcinomatosis peritoneal y líquido libre. La paciente es valorada en consulta con estado de desnutrición y deshidratación, decidiéndose ingreso para reposición, transfusión de concentrados de hematíes y posible cirugía de citorreducción. Durante el ingreso cursa con clínica de náuseas y vómitos con intolerancia oral, congestión venosa de MMII, dificultad respiratoria y ascitis a tensión. Se realiza paracentesis evacuadora el día previo a la intervención quirúrgica con salida de 4,5L de líquido serohemorrágico. Previo a la cirugía con Hb de 8,2 se transfunden dos concentrados de hematíes. Durante la cirugía se halla hemoperitoneo por tumor roto con diseminación en toda la pelvis y flancos; se realiza histerectomía, doble anexectomía, peritonectomía pélvica y apendicectomía con extracción de la mayoría del tejido tumoral, pero ante el sangrado persistente con coagulopatía e inestabilidad hemodinámica se decide realizar *packing* pélvico y colocación de sistema de abdomen abierto. Al día siguiente y tras recuperación fisiológica de la enferma, se finaliza la cirugía con retirada de compresas y coágulos, resección parcial de mesorrecto e implantes mesentéricos y hemostasia exhaustiva. La paciente presenta evolución favorable tras las intervenciones quirúrgicas, encontrándose al octavo día de la intervención afebril, hemodinámicamente estable, tolerando dieta y con tránsito y diuresis conservados; se decide alta domiciliaria. El resultado anatomopatológico de la pieza quirúrgica muestra un sarcoma de muy alto grado, con marcada atipia y formas bizarras. El perfil inmunohistoquímico (CD10+ 100%; ciclina D1 y desmina + en 70%; actina, antígeno leucocitario común, citoqueratinas, receptores de estrógenos, CD99 y CD117 y caldesmón negativos) es de tipo estroma endometrial; el útero no presenta tumor por lo que probablemente se trate de un origen extrauterino en una endometriosis previa o similar. La impresión del cirujano sugiere el origen en un mioma subseroso degenerado.

Discusión: En los sarcomas ginecológicos de gran tamaño, hay que tener en cuenta la posibilidad de rotura tumoral que puede llegar a provocar un cuadro clínico muy grave con necesidad de intervención quirúrgica preferente-urgente, como se muestra en este caso clínico.

0009-739X © 2019 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados