

Liposarcoma mixoide de presentación clínica inusual: diagnóstico por imagen y correlación histopatológica. A propósito de un caso

Myxoid liposarcoma with unusual clinical presentation: imaging diagnosis and histopathologic correlation. A case report

Pamela Carolina Tufiño Sánchez[1]
Karina Valeria Coronel Brassea[1]
María José Baquero Jaramillo[1]
Verónica Liceth Revelo Moreira[2]

https://doi.org/10.53903/01212095.268

Palabras clave (DeCS)
Liposarcoma
Liposarcoma mixoide
Imagen por resonancia magnética

Key words (MeSH)
Liposarcoma
Liposarcoma, myxoid
Magnetic resonance imaging

Resumen

El liposarcoma mixoide es la segunda neoplasia maligna más frecuente de todos los tipos de liposarcomas. Se localiza habitualmente en los miembros inferiores y el retroperitoneo. Se caracteriza por ser una masa de tejido blando, de crecimiento lento e indolora que se desarrolla especialmente en los compartimentos intermusculares y rara vez intramusculares y, dependiendo de su celularidad, puede llegar a ser altamente metastásica. El diagnóstico por imagen y su correlación histopatológica es fundamental para brindar un tratamiento oportuno; sin embargo, este puede convertirse en un gran desafío por la inespecificidad de sus hallazgos en estudios de imagen de primera línea —que son los que generalmente realizan en hospitales de hasta segundo nivel—. Esto vuelve primordial la necesidad de estudios más avanzados, como la resonancia magnética (RM) en la que el papel del radiólogo es imprescindible para la detección de hallazgos sutiles, pero patognomónicos de esta patología. Se presenta el caso de una paciente adulta joven con presentación inusual de un liposarcoma mixoide, quien cursa con un cuadro de dolor y masa a la altura del glúteo derecho; se practican y analizan sus estudios de imagen y se correlacionan con los hallazgos histopatológicos.

Summary

Myxoid liposarcoma is the second most frequent malignant neoplasm of all types of liposarcoma, usually located in the lower limbs and retroperitoneum. It is characterized as a slow-growing, painless soft tissue mass that develops especially in the intermuscular and rarely intramuscular compartments and, depending on its cellularity, can become highly metastatic. Imaging diagnosis and its histopathological correlation is essential to provide timely treatment; however, this can become a great challenge due to the lack of specificity of its findings in first line imaging studies that are generally available in hospitals up to second level. This makes the need for more advanced studies essential, such as magnetic resonance imaging (MRI), where the role of the radiologist is essential for the detection of subtle but pathognomonic findings of this pathology. We present the case of a young adult patient with an unusual presentation of a myxoid liposarcoma who presents with pain and mass at the level of the right buttock; her imaging studies are performed and analyzed and correlated with histopathological findings.

Introducción

El liposarcoma mixoide es una neoplasia maligna que se produce principalmente en miembros inferiores de grupos etarios de adultos jóvenes y de mediana edad. Ocupa el segundo lugar en frecuencia (30 %-35 %) de todos los tipos de liposarcomas (1) y pertenece al grupo de tumores adipocíticos, según la clasificación de la OMS del 2020 (2).

Su grado de celularidad predice la posibilidad de metástasis; de ahí la importancia de obtener una muestra adecuada que permita cuantificar las células. Si estas sobrepasan el 25 %, el tumor deberá ser considerado de alto grado (2).

Las metástasis se localizan con mayor frecuencia en membranas serosas, cavidad abdominal, tejidos blandos, hueso y pulmón (2).

Clínicamente, se caracteriza por ser una masa de tejido blando con crecimiento lento y sutil que podría confundirse con una lesión de estirpe benigna; sin embargo, toda lesión de tejido blando debe ser estudiada radiológicamente de forma exhaustiva y amerita biopsia si mide más de cinco centímetros de diámetro (3).

[1]Médica, especialista en Imagenología. Universidad San Francisco de Quito. Departamento de Imagenología, Hospital General San Francisco de Quito. Quito, Ecuador.

[2]Médica radióloga, Hospital General San Francisco de Quito. Departamento de Imagenología. Hospital General San Francisco de Quito.

Caso clínico

Paciente femenina de 37 años de edad, sin antecedentes traumáticos ni patológicos de importancia, alérgica al yodo, acude al servicio de emergencia por cuadro de dolor en el glúteo derecho, asociado a masa palpable de tres meses de evolución, aproximadamente, que se intensificó 72 horas antes de su ingreso. Le diagnosticaron celulitis y le dieron tratamiento; sin embargo, la lesión incrementó de tamaño progresivamente en las dos últimas semanas y el dolor dificultaba la deambulación.

Al examen físico, se palpaba una masa fluctuante a la altura del tercio superior del glúteo derecho que medía aproximadamente 15 cm.

En los paraclínicos no se observaron signos de respuesta inflamatoria, con resultados de reactantes de fase aguda dentro de parámetros normales.

En ecografía de tejidos blandos se identificó una imagen de aspecto heterogéneo, de predominio hipoecogénica, ovoidea, de bordes lobulados, con septos internos, con diámetros de 12,1 × 9,6 × 8,3 cm, volumen aproximado de 514 mL, avascular al Doppler color, que se catalogó como probable hematoma (figura 1).

Se realizó tomografía axial computarizada (TAC) simple de la pelvis con extensión a miembros inferiores, que mostró, en la región glútea, en cuadrantes externos, una imagen sugestiva de colección intramuscular en el músculo glúteo mayor derecho, con diámetros de 6,4 × 3,9 × 6,5 cm, volumen estimado de 84 mL, con densidad de 8 UH en fase simple, por líquido. De manera contigua, sin definir adecuado plano de clivaje con la anterior lesión descrita, en el tejido celular subcutáneo se observó otra colección organizada que impresionó con septos de baja densidad en el interior, de 10,9 × 11,8 × 6,9 cm, volumen aproximado de 461 mL (figura 2).

La paciente fue valorada por el servicio de cirugía, quienes solicitaron resonancia magnética (RM) de pelvis simple y contrastada, la cual evidenció lesión intramuscular en el músculo glúteo mayor derecho, bien circunscrita, de 13,9 × 9,1 × 12,6 cm, con extensión hacia el tejido celular subcutáneo, predominantemente de baja señal con áreas de alta señal con respecto a los músculos en secuencias ponderadas en T1, muy alta señal en T2 con septos internos de baja señal y áreas de difusión restringida. Las secuencias dinámicas posteriores a la administración de medio de contraste mostraban un realce progresivo y heterogéneo. Adicionalmente, leve edema de tejidos blandos adyacentes. Teniendo en cuenta lo anterior, se sugirió como primera posibilidad diagnóstica una lesión mixoide (figura 3).

Tras los hallazgos obtenidos, el servicio tratante decidió realizar biopsia Core guiada por ecografía. El resultado mostró fragmentos de tejido conjuntivo con moderado infiltrado inflamatorio linfocitario disperso y estructuras vasculares congestivas; se consideró no concluyente. Se realizó biopsia por escisión de la masa y se envió para su análisis histopatológico con resultado confirmatorio del diagnóstico de liposarcoma mixoide.

Discusión

Los liposarcomas mixoides son neoplasias malignas de intermedio-alto grado. Ocupan el segundo lugar entre los liposarcomas en adultos y las localizaciones preferenciales de estos tumores son las extremidades y el retroperitoneo. Generalmente, crecen en el compartimento intermuscular y no tan frecuentemente intramuscular. Son tumores de lento crecimiento y que característicamente se presentan como un bulto grande e indoloro (4,5).

El diagnóstico por imagen representa un desafío, ya que los hallazgos tanto por ultrasonido como por TAC son inespecíficos, por lo cual la RM podría contribuir de mejor manera al diagnóstico. Ecográficamente, este tipo de lesiones se presentan como una masa avascular, compleja, heterogénea, predominantemente hipoecogénica y bien definida con refuerzo acústico posterior (6). En la TAC suelen ser lesiones de localización intermuscular, multilobuladas y bien definidas, en las que el alto contenido de agua les otorga su característica baja atenuación (6). En RM, estas lesiones también se presentan como masas bien definidas con señal heterogénea en secuencias potenciadas en T1. En T2, lucen "pseudoquísticas", de alta señal, con pequeños focos de grasa tanto lineales como puntiformes, casi imperceptibles dentro del tumor, así como en sus contornos. Estas lesiones pueden coexistir con edema del tejido adyacente que aparece por compresión o infiltración; sin embargo, no siempre está presente (7). El caso que aquí se documenta es de presentación inusual, en una paciente femenina adulta joven que acude por dolor y la aparición de un bulto en el glúteo derecho. En un principio se catalogó la lesión como un posible hematoma debido a sus características ecográficas y la rápida evolución de esta en los últimos días, por lo cual se complementó con TAC simple, la cual mostró la naturaleza líquida de la lesión. Al haber una discordancia clínico-radiológica, se practicó una RM que corroboró la lesión con un componente intramuscular en el glúteo mayor y subcutáneo, de contenido líquido, multiseptada con focos de baja señal en secuencias de supresión de grasa que no fueron detalladas en la primera revisión y que representan hallazgos patognomónicos de esta lesión, las cuales deberían ser mejor analizadas frente a una lesión de gran tamaño y de naturaleza líquida (4,5).

Es importante recordar que características como el tamaño, profundidad y la densidad/intensidad pueden guiar la determinación de benignidad o malignidad de una lesión. Como rasgos generales, las lesiones grandes, profundas y heterogéneas suelen ser vistas en tumoraciones malignas, aunque algunos tumores benignos también pueden presentarse de tal manera, lo que implica hacer correlación histopatológica para su diagnóstico (8).

De forma específica, si en la RM se encuentran ciertas características, como un tumor de >10 cm, ubicado en zonas profundas, márgenes irregulares, sin lobulaciones y con septos gruesos (>2 mm) es mucho más probable que se asocie a un liposarcoma intermedio o de alto grado (9).

La resección quirúrgica continúa siendo el tratamiento de elección de este tipo de tumores, procurando mantener márgenes limpios, ya que esto influirá para la sobrevida del paciente. Al ser tumores muy radiosensibles, la radioterapia debe ser considerada antes y después del tratamiento quirúrgico. Finalmente, se sugiere adicionar quimioterapia, especialmente en tumores mayores a 10 cm, sin olvidar realizar controles consecutivos, ya que son tumores que suelen metastatizar (3,10).

A pesar de todo, el tratamiento de estas lesiones no se basa únicamente en las características del tumor, sino que también toma en cuenta factores como el tamaño, edad, localización y sexo, los cuales influyen en el protocolo de tratamiento por seguir, así como en el pronóstico del paciente (10).

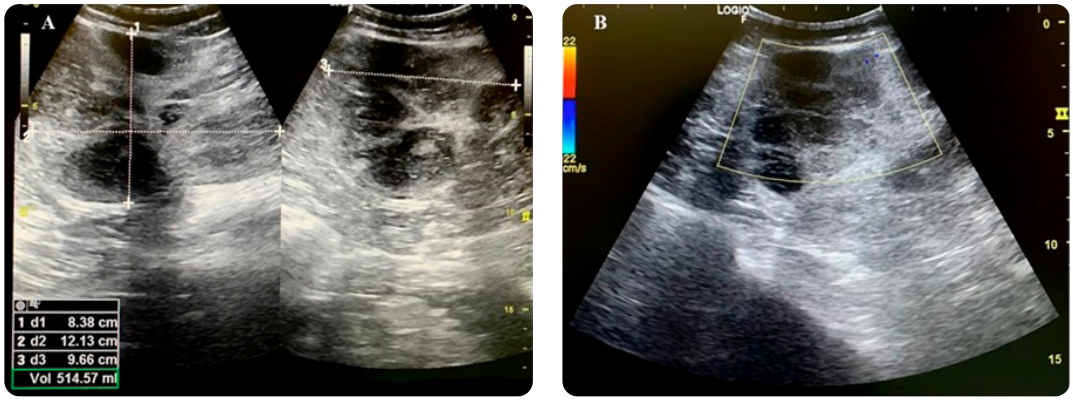


Figura 1. Ecografía de tejidos blandos de la región glútea derecha. a) Lesión de 12,1 × 9,6 × 8,3 cm para un volumen aproximado de 514 mL de contenido mixto, caracterizada por áreas hipoecoides y anecoicas y septos. b) Lesión avascular al Doppler color.

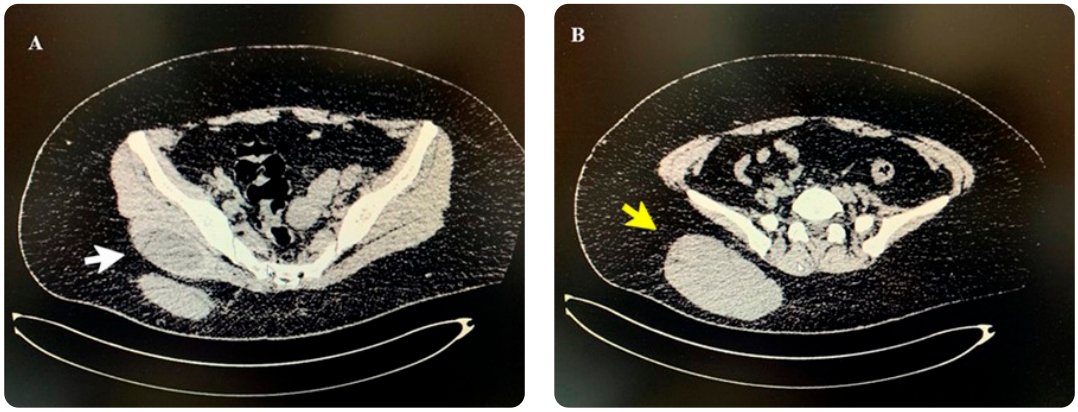


Figura 2. TAC simple de pelvis en corte axial. a) Lesión intramuscular del músculo glúteo derecho con densidad de 8 UH, en relación con líquido. b) Colección organizada en el tejido celular subcutáneo que aparenta tener septos densos en el interior.

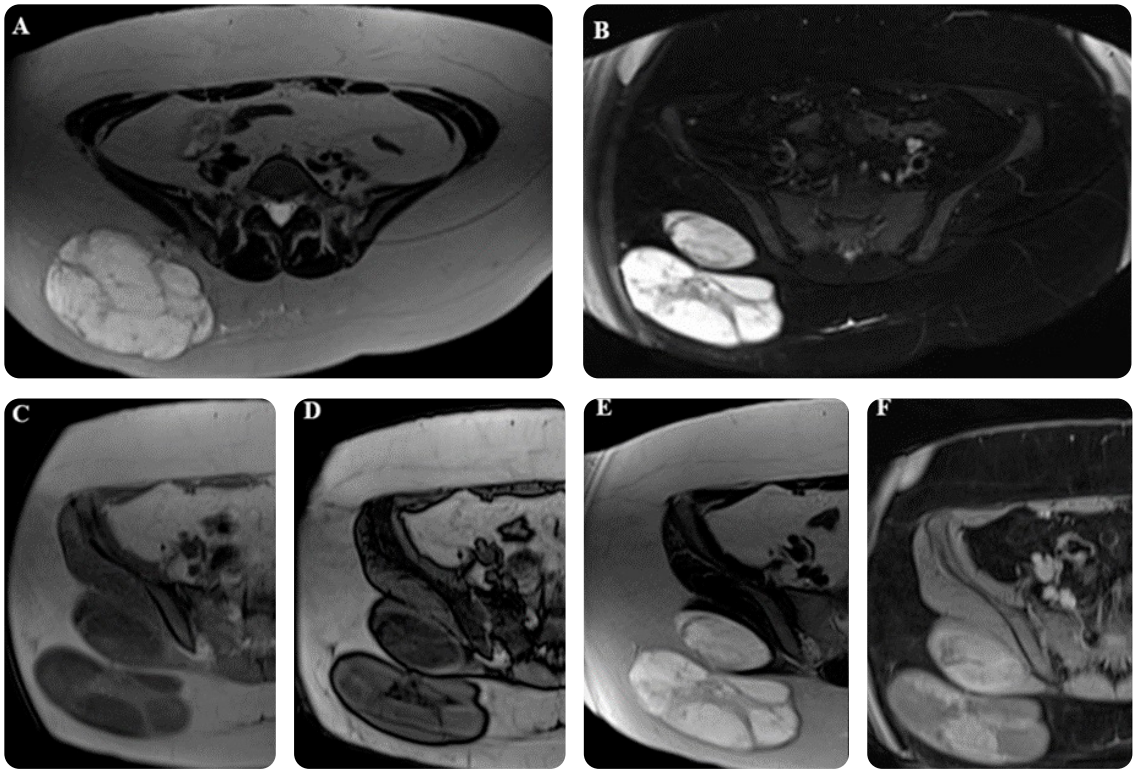


Figura 3. RM simple y contrastada en cortes axiales. a) Vista ponderada en T2, se observa lesión de alta señal ubicada en el tejido celular subcutáneo, polilobulada con septos. b) T2 FAT-SAT. Componente intramuscular de la lesión. c y d) Cortes axiales en DIXON en fase y fuera de fase, en los que son perceptibles imágenes lineares con caída de señal correspondientes a contenido graso. e) Secuencias ponderadas en T2 al mismo nivel. Imágenes lineares de intensidad semejante a la grasa subcutánea. f) Secuencias con ponderación T1 FAT-SAT con gadolinio. Realce del medio de contraste de forma heterogénea.

Finalmente, se ha observado que existe una mejor tasa de sobrevida (96 %), de los pacientes a los cinco años frente a otros sarcomas de tejidos blandos, con una tasa libre de enfermedad del 76 %, esta última considerada un factor directo de beneficio clínico, lo que muestra un pronóstico favorable para este tipo de sarcoma (11).

Referencias

1. Dei Tos AP. Liposarcomas: diagnostic pitfalls and new insights. Histopathology. 2014;64(1):38-52. http://dx.doi.org/10.1111/his.12311
2. Sbaraglia M, Bellan E, Dei Tos AP. The 2020 WHO Classification of Soft Tissue Tumours: news and perspectives. Pathologica. 2020;113(2):70-84. http://dx.doi.org/10.32074/1591-951x-213
3. Loubignac F, Bourtoul C, Chapel F. Myxoid liposarcoma: a rare soft-tissue tumor with a misleading benign appearance. World J Surg Oncol. 2009;7(1). http://dx.doi.org/10.1186/1477-7819-7-42
4. Petscavage-Thomas JM, Walker EA, Logie CI, Clarke LE, Duryea DM, Murphey MD. Soft-tissue myxomatous lesions: Review of salient imaging features with pathologic comparison. Radiographics. 2014;34(4):964-80. http://dx.doi.org/10.1148/rg.344130110
5. Benjaminov O, Gutman H, Nyabanda R, Keinan R, Sabach G, Levavi H. Myxoid liposarcoma: An unusual presentation. AJR Am J Roentgenol. 2007;188(3):817-21. http://dx.doi.org/10.2214/ajr.05.0246
6. Benjaminov O, Gutman H, Nyabanda R, Keinan R, Sabach G, Levavi H. Myxoid liposarcoma: An unusual presentation. Am J Roentgenol. 2007;188(3):817-21. https://doi.org/10.2214/AJR.05.0246
7. Morán LM, Vega J, Gómez-León N, Royuela A. Myxomas and myxoid liposarcomas of the extremities: Our preliminary findings in conventional, perfusion, and diffusion magnetic resonance. Acta Radiol Open. 2022;11(10):20584601221131481. https://doi.org/10.1177/20584601221131481
8. Chung WJ, Chung HW, Shin MJ, Lee SH, Lee MH, Lee JS, et al. MRI to differentiate benign from malignant soft-tissue tumours of the extremities: a simplified systematic imaging approach using depth, size and heterogeneity of signal intensity. Br J Radiol. 2012;85(1018):e831-6. http://dx.doi.org/10.1259/bjr/27487871
9. Baheti AD, Tirumani SH, Rosenthal MH, Howard SA, Shinagare AB, Ramaiya NH, et al. Myxoid soft-tissue neoplasms: Comprehensive update of the taxonomy and MRI features. AJR Am J Roentgenol. 2015;204(2):374-85. http://dx.doi.org/10.2214/ajr.14.12888
10. Tfayli Y, Baydoun A, Naja A, Saghieh S. Management of myxoid liposarcoma of the extremity (Review). Oncol Lett. 2021;22(2). http://dx.doi.org/10.3892/ol.2021.12857
11. Tuzzato G, Laranga R, Ostetto F, Bubbico E, Vara G, Bianchi G. Primary high-grade myxoid liposarcoma of the extremities: Prognostic factors and metastatic pattern. Cancers. 2022;14(11):2657. https://doi.org/10.3390/cancers14112657

Correspondencia

Pamela Carolina Tufiño Sánchez
Del Gorrión E17-266 y Del Platero
Quito, Ecuador
pamela.tufino97@gmail.com.

Recibido para evaluación: 15 de mayo de 2023
Aceptado para publicación: 16 de agosto de 2023