

Liposarcoma mediastinal

Martha Guadalupe Torres Fraga,* Kimmy Rodríguez*

RESUMEN. Entre los tumores de tórax poco comunes, un grupo heterogéneo son los sarcomas primarios de tórax y de ellos, sólo el 3% son liposarcomas. De hecho, en la literatura mundial se reportan 11 casos, de ahí la importancia en describir sus características clínicas y comportamiento. En este trabajo, además, se realiza una breve revisión bibliográfica.

Palabras clave: Liposarcoma mediastinal, tumor, tórax.

ABSTRACT. Among the rare tumors of the thorax, a heterogeneous group of this tumor are sarcomas, of whom only 3% are liposarcomas. In fact, the medical literature reported 11 cases; it is essential to describe their clinical characteristics and behavior. This work also is a brief review of the literature.

Key words: Mediastinum, liposarcoma, tumor, thorax.

Caso clínico

Mujer de 34 años sin antecedentes de importancia. Inició su enfermedad con dolor como síntoma cardinal, éste era intenso, en región submamaria izquierda, progresivo en intensidad, con irradiación inicial a mesogastrio y posteriormente a dorso y hombro izquierdo en un curso de tres meses. Se manejó inicialmente como gastritis y síndrome de colon irritable. Concomitantemente presentó pérdida de peso de 8 kg en los mismos 3 meses. Se le realizó en su lugar de origen la radiografía de tórax (*Figura 1*) y con ella, antes de ingresar a nuestro hospital, se puncionó en dos ocasiones sin obtener material de estudio. A su ingreso se le encontró con discreto incremento en el trabajo respiratorio, y a la exploración física presentaba un síndrome pleuropulmonar de derrame pleural izquierdo hasta nivel subescapular, sin otras alteraciones que mencionar.

Radiológicamente presentaba las imágenes mostradas en las *figuras 1, 2, 3, 4, 5 y 6*. Se inició el estudio

con una biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF), en la que el material obtenido no aportó el diagnóstico por abundante necrosis. Se decidió entonces realizar resección quirúrgica; sin embargo, por el tamaño del tumor, previo a ello se sometió a cateterismo para embolización de circulación colateral, no encontrando vasos nutricios al tumor susceptibles de embolización. Los hallazgos quirúrgicos fueron: Tumor adherido a base de lóbulo inferior izquierdo, aorta y diafragma. Cápsula rota hacia la porción posterior, con material mucinoso. Pedículo hacia porción posterior.

El reporte histopatológico final fue: Tumor semiesférico de 19 x 16 x 6 cm. Peso: 1,100 g, con ruptura capsular de 4 x 3 cm. IHQ: Positivo para: PS100, vimentina y NSE. Negativo para sinaptofisina, CQs8, cromogranina, desmina, Ber-EP4.

Diagnóstico final:

Tumor de mediastino posterior: liposarcoma mixoide y pleomórfico.

Discusión

El mediastino es un área anatómica única que contiene estructuras y células pluripotentes que pueden desarrollar una muy amplia variedad de tumores. El 75% de las lesiones mediastinales en los adultos es benigna. De todas las lesiones, 65% ocurren en el mediastino anterior, 25% en el posterior y 10% en el

* Médicos Residentes de 2º año de Neumología, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Dirección para correspondencia:
Martha Guadalupe Torres Fraga
Subdirección de Enseñanza
Calzada de Tlalpan No. 4502, Col. Sección XVI, C.P. 14080
Tlalpan, México, D.F. Tel: (52) 55-56664539 ext. 134



Figura 1. Radiografía de tórax PA en la que destaca opacidad homogénea en aproximadamente 50% del hemitórax izquierdo, de borde superior convexo, con imagen de receso y desplazamiento del mediastino en forma contralateral.



Figura 2. Otra proyección de tórax PA.

medio. Del 25% maligno, casi 60% se encuentran en el mediastino anterosuperior y sólo 16% en el posterior. En ocasiones es difícil localizarlas dado su gran tamaño. Una opción cuando se encuentran pediculados es llamarlos de acuerdo al sitio de donde proviene el pedículo.⁸

En el *cuadro 1* se mencionan las neoplasias más frecuentemente encontradas en un segmento determinado del mediastino. Las neoplasias infrecuentes del mediastino comprenden menos del 10% de todas las

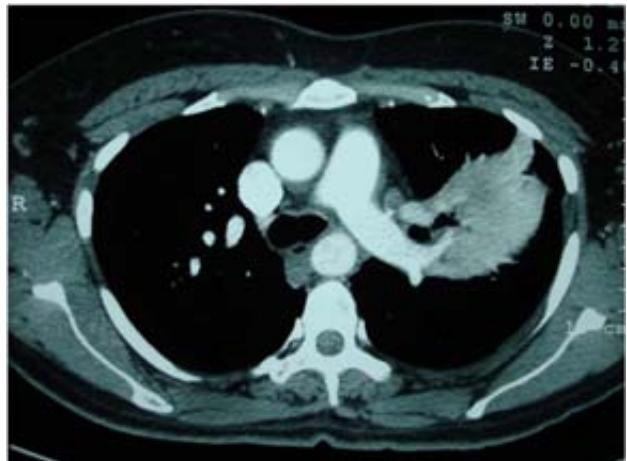


Figura 3. Ventana mediastinal de TC de tórax a nivel de arteria pulmonar izquierda donde ya se aprecia imagen de masa a este nivel y que involucra bronquio principal.

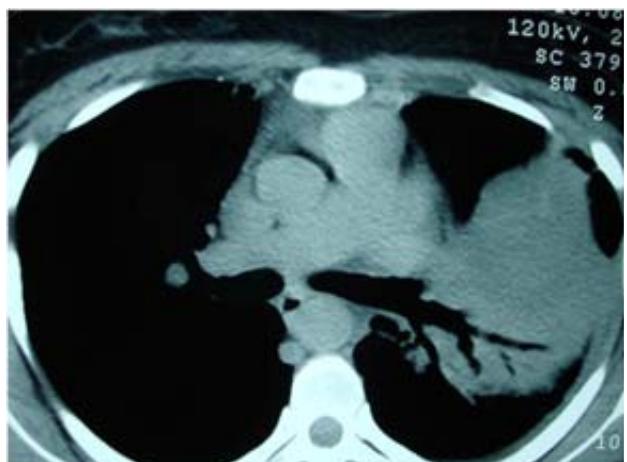


Figura 4. Corte más bajo que involucra bronquio de lóbulo inferior.

masas mediastinales e incluyen, entre otros: carcinomas tímicos primarios, neuroendocrinos, tumores de células germinales y mesenquimatosos.⁷ Los sarcomas son sólo el 3% de los tumores infrecuentes y el liposarcoma es de los menos reportados.⁴

Como puede verse, los sarcomas primarios del tórax son raros, y el diagnóstico debe establecerse después de que malignidades semejantes a sarcomas primarios pulmonares y metastáticos se han descartado.^{1,2} Los sarcomas primarios del tórax se clasifican de acuerdo a sus características histológicas y constituyen un grupo de tumores que ocurren en

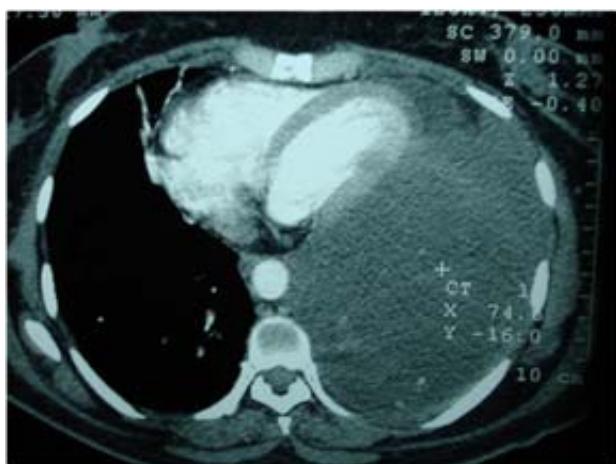
pulmón, mediastino, pleura y pared torácica.¹ Angiosarcoma, leiomiosarcoma, rabdomiosarcoma y mesotelioma, en su variedad sarcomatoide, son los sarcomas más comunes primarios intratorácicos. Sarcoma de Ewing, tumor neuroectodérmico primitivo, condrosarcoma, histiocitoma fibroso maligno, osteosarcoma, sarcoma sinovial y fibrosarcoma usualmente crecen a partir de la pared torácica.¹

En general, los tumores mediastinales son frecuentemente asintomáticos y ocasionalmente detectados por radiografía de tórax. Cuando están presentes, los síntomas más comunes son dolor torácico, tos, disnea y eventualmente síndrome de vena cava superior. De lo poco reportado en cuanto al comportamiento clínico de los liposarcomas, ocurren por igual en ambos sexos en edades de 9 a 59 años; se pueden presentar con disnea, dolor, tos y pérdida de peso o ser completamente asintomáticos.^{4,7}

Radiológicamente, los sarcomas primarios torácicos se manifiestan comúnmente como masas

grandes, heterogéneas, con un amplio espectro de manifestaciones radiológicas, incluyendo nódulos pulmonares solitarios, tumores centrales endobronquiales y masas intraluminales de las arterias pulmonares; por ello no demuestran datos específicos en la radiografía convencional.^{1,2,4} En la tomografía de tórax, la que permanece como modalidad más efectiva para la evaluación detallada de estos tumores, la imagen del liposarcoma es heterogénea, dependiendo de la cantidad de grasa y con densidad intermedia entre grasa y agua (o sea, usualmente negativa), con bordes definidos por ser casi siempre encapsulado. Las características de imagen por resonancia magnética al respecto no se han reportado, siendo más recomendado en sarcomas de predominio parietal.^{3-5,7}

El uso de la tomografía por emisión de positrones en el diagnóstico de sarcoma está aún por definir; se sugiere como parte del protocolo para excluir que el sarcoma intratorácico sea metástasis de uno en tejido



Figuras 5 y 6. Imagen a nivel de ventrículo izquierdo que muestra tumoración de interior heterogéneo, que comprime cámara cardiaca.

Cuadro I. Tumoraciones frecuentes en mediastino.⁸

Anterior	Medio	Posterior
<ol style="list-style-type: none"> 1. Timoma 2. Linfoma 3. Tumores de células germinales <ul style="list-style-type: none"> • Teratoma benigno • Seminomas • No seminomas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quistes broncogénicos 2. Quistes de duplicación esofágica 3. Q. neuroentérico 4. Q. pericárdico o pleuropéricárdico 5. T. cardiacos/vasculares primarios 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tumores neurogénicos <ul style="list-style-type: none"> • De nervios periféricos • De ganglios simpáticos • De paraganglios 2. Linfoma 3. Sarcomas

dos blandos, donde además son más frecuentes. También puede ser utilizado para seguimiento después de alguna intervención terapéutica.⁵

Los protocolos de tratamiento realizados para sarcomas de tejidos blandos dependen de la extensión y

el tamaño y sitio del tumor, su proximidad a estructuras neurovasculares o viscerales y la edad del paciente. Por mucho, el principal protocolo es quirúrgico. La radioterapia es frecuentemente útil en disminuir la posibilidad de recurrencia local y metástasis.⁶

Bibliografía

1. Gregory WG, Bradley MS, Reginald FM, Mylene TT, Jere my JE, Chases MH. Primary thoracic sarcomas. RadioGraphics 2002; 22: 621-37.
2. Cakir O, Topal U, Bayram AS, Tolunay S. Sarcomas: rare primary malignant tumors of the thorax. Diagn Interv Radiol 2005; 11: 23-7.
3. Tateishi U, Gladish Gregory W, Kusumoto M, Hasegawa T, Yokoyama R, Tsuchiya R, Moriyama N. Chest wall tu mors: Radiologic findings and pathologic correlation. Ra dioGraphics 2003; 23: 1491-508.
4. Giménez A, Franquet T, Prats R, Estrada P, Villalba J, Ba gué S. Unusual primary lung tumors: A radiologic-patholo gic overview. RadioGraphics 2002; 22: 601-19.
5. Knapp E, Kransdorf MJ, Letson D. Diagnostic imaging up date: Soft tissue sarcomas. Cancer Control 2005; 12: 22-6.
6. Mankin H, Hornicek F. Diagnosis, classification and management of soft tissue sarcomas. Cancer Control 2005; 12: 5-21.
7. Macchiarini P, Ostertag H. Uncommon primary mediasti nal tumours. Lancet Oncol 2004; 5: 107-18.
8. Putnam JB. The Mediastinum. Fishman's Pulmonary Di seases. 3rd Ed. 1998: 1469-84.