

# Lumbociatalgia como presentación de un liposarcoma del psoas iliaco: Reporte de caso

## Lumbociatalgia as presentation of a liposarcoma from psoas iliaco muscle: Case report

Carlos A. Pintado-Guevara<sup>1,b</sup>, Gustavo Vásquez-Tirado<sup>2,a</sup>,  
Fiorella Vitery-Zumaran<sup>3,b</sup>, Victor Requena Fuentes<sup>4,c</sup>

### RESUMEN

**Introducción.** Los sarcomas retroperitoneales son tumores raros, con una presentación clínica dada por síntomas compresivos poco específicos. **Reporte de Caso:** Reportamos un caso de un varón de 69 años con historia de lumbociatalgia e incremento en el volumen del miembro inferior izquierdo hasta llegar a la incapacidad para deambular, se le realizó una Tomografía Abdominal Con Contraste donde se halló una gran tumoración dependiente del músculo psoas iliaco izquierdo que se extendía hasta la pelvis, la cual fue sometida a biopsia encontrándose un Liposarcoma de psoas de alta celularidad. **Conclusiones:** Los sarcomas son tumores raros originados del tejido mesequenquimal, la gran mayoría de estos tienen síntomas y signos inespecíficos siendo diagnosticados de forma tardía y a pesar del manejo quirúrgico el pronóstico es pobre.

**Palabras Clave:** Liposarcoma; Músculos Psoas; Cáncer; Estudio de Caso (Fuente: DeCS-BIREME).

### ABSTRACT

**Introduction.** Retroperitoneal sarcomas are rare tumors, with a clinical presentation given by poorly specific compression symptoms. **Case Report:** We report a case of a 69-year-old man with a history of lumbociatalgia and an increase in the volume of the left lower limb until he was unable to wander, he underwent a Contrast Abdominal Tomography where a large tumor dependent on the left iliac psoas muscle was found, that extended to the pelvis, which was biopsied, finding a highly cellular psoas Liposarcoma. **Conclusions:** Sarcomas are rare tumors originating from the mesequenchymal tissue, the vast majority of them have nonspecific symptoms and signs, being diagnosed late and despite the surgical management of the prognosis is poor.

**Keywords:** Liposarcoma; Psoas Muscles; Cancer; Case Report (Source: DeCS-BIREME).

### INTRODUCCIÓN

Los sarcomas representan un grupo raro de tumores con una incidencia aproximada de 5,6 a 5,9 casos por 100 000 habitantes/año, en el caso de los sarcomas retroperitoneales tienen una incidencia de 0.5 a 1 casos por 100 000 habitantes/año<sup>(1,2)</sup>. Reportamos un caso de un Liposarcoma del Psoas Iliaco izquierdo, en un paciente varón de 69 años de edad el cual se manifestó con una lumbociatalgia del miembro inferior ipsilateral en un Hospital Público de una ciudad del norte de Perú. El presente trabajo fue redactado siguiendo las recomendaciones y pautas de los criterios CARE (Case Report Guidelines) para Reportes de Caso<sup>(3)</sup>.

### REPORTE DEL CASO

Un varón de 69 años de edad de raza mestiza, acude a la emergencia con tiempo de enfermedad de tres<sup>(03)</sup> meses refiriendo dolor en la región lumbar izquierda irradiado hacia la región posterior del miembro ipsilateral que fue incrementando de forma progresiva con el paso del tiempo y manifestando que ya no cede con analgésicos comunes, además refirió aumento progresivo en el volumen de dicho miembro. Paciente refiere que dos (02) semanas antes del ingreso hospitalario presenta

1. Universidad privada Antenor orrego. Facultad de medicina humana. Trujillo, La Libertad, Perú.  
2. Universidad privada Antenor orrego y hospital regional docente de Trujillo, Facultad de Medicina Humana, Trujillo, La Libertad, Perú.  
3. Hospital EsSalud II Chocope- red asistencial La Libertad- Perú.  
4. Hospital belén de Trujillo, Trujillo, La Libertad, Perú.  
a. Médico intensivista.  
b. Médico cirujano.  
c. Médico patólogo.

imposibilidad progresiva para deambular por hiperalgesia de miembro inferior izquierdo por lo cual acude a emergencia en silla de ruedas.

Paciente con antecedentes de Hipertensión Arterial en tratamiento con Losartan 50 mg BID, Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) en tratamiento regular con Metformina de 850 mg MD e Hiperplasia Benigna de Próstata Grado III sin tratamiento al momento de la entrevista, hospitalización previa por Infección de Tracto Urinario 06 meses antes del ingreso. Paciente sin antecedentes quirúrgicos. Antecedentes familiares de DM2 en un hermano menor, paciente y familiar no reportan antecedentes de neoplasias ni enfermedades genéticas en su familia.

Al examen físico se encuentra un paciente añoso con facies dolorosa, ventilando espontáneamente, orientado en espacio-tiempo y persona. Hemodinámicamente estable con las siguientes Funciones Vitales: Presión Arterial 120/90, Frecuencia Cardíaca: 100x', Saturación de O<sub>2</sub>: 97% Fracción inspirada de O<sub>2</sub>:21% y T° 37.1 (Temperatura corregida - Axilar Izquierda). Piel pálida ++/+++, llenado capilar <2

segundos, sin alteraciones en el examen físico torácico, al examen físico abdominal se inspecciona un abdomen globuloso, ruidos hidro-aéreos presentes, blando y depresible, se palpa una masa en flanco izquierdo y región meso-gástrica de bordes definidos de aproximadamente 24 cm de alto x 10 cm de ancho. Al examen del sistema musculoesquelético, se aprecia un miembro inferior izquierdo en flexión y rotación externa, asociado ligero aumento de volumen en miembro descrito en comparación a miembro inferior contralateral, además hiperalgesia a la movilización pasiva y activa de dicho miembro, Signo de Neri y Lasegue ambos positivos.

Analítica al ingreso: Hemograma: Hb: 12,2 g/dl. Leucocitos 11,050 leucocitos/mm<sup>3</sup> (Abastados 00% , Segmentados 90% ,Eosinófilos:00, Bastones :00% , Monocitos :01% , Leucocitos : 09% ) , Plaquetas :410,000 plaq/mm<sup>3</sup>. Glicemia: 184 mg/dl, Creatinina: 0.84 mg/dl, Proteínas Totales: 8.13 g/dl - Albumina 3.73 g/dl - Globulinas: 4.40 g/dl, Tiempo de Coagulación: 8' 00" - Tiempo de Sangría: 1' 30"; Tiempo de Protrombina: 11.8 segundos - INR: 0.93. Grupo Sanguíneo: O +. Examen de Orina Completo: Negativo.

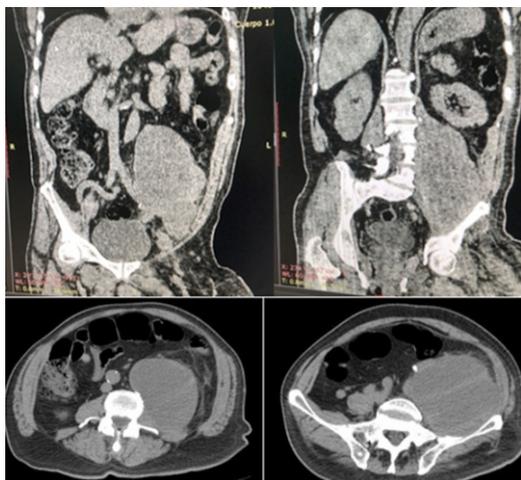


Figura 1

**THEM Abdomino-Pélvica Con Contraste.**

Se aprecia proceso expansivo de densidad mixta (Predominantemente Quístico ,15-20UH) con tabiques internos con grosor de hasta 10 mm expansiva dependiente del músculo psoas izquierdo de aproximadamente 285 mm de longitud ,105 mm de diámetro AP y 112 mm de diámetro transversal que se extiende desde nivel L2 en dirección céfalo-caudal a región pélvica ipsilateral. Además adenopatías perilesionales de hasta 10 mm con realce al contraste. Hígado: Altura 120 cm, lesiones ovoides de 11mm y 4mm de densidad heterogénea, captadoras de contraste.



Figura 2

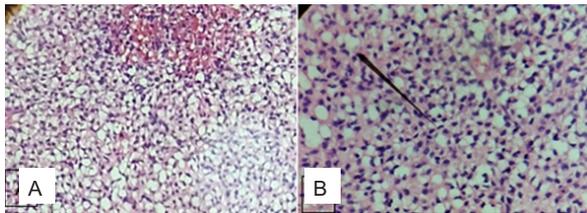
**THEM TORÁCICA.**

Discretos tractos reticulares bibasales en parénquima pulmonar. Adenopatías mediastínicas de aproximadamente 6 mm prevasculares, pretraquiales subcarinales y paratraquiales de aspecto reactivo.

Paciente fue programado para biopsia de tumoración por cirugía dado que el centro no cuenta con radiología intervencionista, a continuación se muestra pieza de patología. (Figura.3)



**Figura 3.**  
Muestra de patología



**Figura 4.**  
Fotografías de la histopatología con tinción H&E. Corte panorámico a 10x (A) y a 40x (B), se evidencia en su totalidad neoplasia de alta celularidad, se aprecian células indiferenciadas de núcleos irregulares e hiper cromáticos además de células con morfología de lipoblastos y en anillo de sello, compatible con Liposarcoma.

**Teniendo como diagnósticos finales:** Liposarcoma de Psoas Izquierdo de Alta Celularidad, Diabetes Mellitus II, Hipertensión Arterial e Hipertrofia Benigna de Próstata Grado III. El paciente fue referido a centro hospitalario de mayor complejidad para manejo definitivo por cirugía oncológica y medicina paliativa. El seguimiento del paciente fue realizado mediante el uso de su historia clínica, la cual reporta su fallecimiento tras seis meses con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta No Variceal y posterior parada cardíaca.

## DISCUSIÓN

En el presente caso exponemos un tumor de retroperitoneo dependiente del músculo psoas iliaco izquierdo el cual tuvo como única una manifestación

lumbociatalgia de curso progresivo hasta llegar a un punto en el cual limitaba la deambulación por hiperalgesia del miembro inferior descrito anteriormente, existe un reporte de caso de Flowers en el año 1968, en el cual describe una meralgia hiperestésica por compresión de las raíces nerviosas del segundo y tercer nervio lumbar asociado a un sarcoma retroperitoneal del psoas<sup>(4)</sup>. Los sarcomas representan un grupo raro de tumores con una incidencia aproximada de 5,6 a 5,9 casos por 100 000 habitantes/año, en el caso de los sarcomas retroperitoneales tienen una incidencia de 0.5 a 1 casos por 100 000 habitantes/año<sup>(1,2)</sup>. Los tipos de tumores que representan la mayoría de este grupo son de extirpe grasa representados como Liposarcomas (LPS) en un 60%, los componentes histológicos bien y poco diferenciados son usualmente pobremente evaluados dado la heterogeneidad de estos tumores<sup>(5,6)</sup>. Pueden clasificarse según el grado de diferenciación celular, en el caso de los liposarcomas bien diferenciados o también llamados atípicos se localizan un 25% en el retroperitoneo, mayormente indolentes con agresividad locorregional con evidente diferenciación lipogénica y amplificación de gen MDM2(12q13-15), dentro de su historia natural poseen una primera fase de crecimiento lento y progresivo durante años incluso sin metástasis, sin embargo en un 20% de estos tumores de novo y en 40% de las recurrencias sufren cambios genéticos que les brindan poder metastásico<sup>(7,8)</sup>.

El cuadro clínico descrito se relaciona con el Síndrome del Psoas Maligno, siendo descrito como a una plexopatía proximal lumbosacra (L1-L4) manifestada con dolor a la flexión pasiva y activa de la cadera, exacerbándose a la extensión de esta, causado por tumores del músculo psoas iliaco manifestándose principalmente con síntomas compresivos<sup>(9)</sup>. Con respecto al uso de imágenes de elección en caso de sarcomas retroperitoneales es la tomografía computarizada con contraste, en el caso de los Liposarcomas bien diferenciados se puede encontrar un septo fibroso como en el caso presentado<sup>(5,10)</sup>. Gronchi et al, realizó un estudio observacional en 08 centros de referencia europeos con una población de 1007 pacientes en el periodo comprendido entre el año 2002 a 2011, principalmente en pacientes con diagnóstico de sarcomas retroperitoneales, encontró que la media del tamaño del tumor era aproximadamente 20 cm al momento del diagnóstico como en el caso presentado<sup>(11)</sup>. Siendo infrecuente la baja de peso debido al aumento del tamaño de la tumoración, los síntomas y signos más frecuentes son por compresión extrínseca tales como flebitis, edema en miembros inferiores, compresión nerviosa, síntomas vagos del tracto urinario y digestivos tales como sensación de llenura precoz y raramente como obstrucción intestinal<sup>(5)</sup>. El dolor en estos pacientes básicamente es nociceptivo y neuropático con gran dificultad en su manejo<sup>(12)</sup>. En el manejo definitivo en

estos pacientes es muy importante la histopatología, representando uno de los pilares en las decisiones terapéuticas, no existen guías específicas de manejo para esta clase de tumores, se recomienda la resección en bloque para la cual éxito depende del grado de diferenciación celular y márgenes libres en el acto quirúrgico, pese a ello la tasa de recurrencias de estos tumores es alta dado que al momento del diagnóstico el tumor suele ser grande<sup>(11,13,14)</sup>.

En conclusión de este caso, los sarcomas son tumores raros originados de tejido mesenquimal, en el caso de los sarcomas retroperitoneales la mayor parte de ellos tienen síntomas y signos inespecíficos por lo que son diagnosticados de forma tardía. En el caso presentado exponemos una presentación de lumbociatalgia izquierda que llevó al diagnóstico final de un Liposarcoma (LPS), enfatizamos que no toda lumbociatalgia tiene un carácter benigno debiendo ser estudiada apropiadamente, a pesar del tratamiento quirúrgico el pronóstico es pobre en estos pacientes.

**Conflictos de interés:** Los autores niegan conflictos de interés.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cormier JN, Gronchi A, Pollock RE. Chapter 36: Soft Tissue Sarcomas. En: Schwartz's Principles of Surgery, 10ed. McGraw-Hill; 2015. p. 1465-94.
2. Ducimetière F, Lurkin A, Ranchère-Vince D, Decouvelaere A-V, Péoc'h M, Istier L, et al. Incidence of Sarcoma Histotypes and Molecular Subtypes in a Prospective Epidemiological Study with Central Pathology Review and Molecular Testing. Najbauer J, editor. PLoS ONE. 3 de agosto de 2011;6(8):e20294.
3. Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley D. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. *BMJ CASE Rep.* 2013;
4. Flowers RS. Meralgia paresthetica: A clue to retroperitoneal malignant tumor. *Am J Surg.* julio de 1968;116(1):89-92.
5. Improta L, Tzanis D, Bouhadiba T, Abdelhafidh K, Bonvalot S. Overview of primary adult retroperitoneal tumours. *Eur J Surg Oncol.* 29 de abril de 2020;
6. Turgeon MK, Cardona K. Soft Tissue Tumors of the Abdomen and Retroperitoneum. *Surg Clin North Am.* junio de 2020;100(3):649-67.
7. Crago AM, Singer S. Clinical and Molecular Approaches to Well-differentiated and Dedifferentiated Liposarcoma. *Curr Opin Oncol.* julio de 2011;23(4):373-378.
8. Henricks W, Chu Y, Goldblum J, Weiss S. Dedifferentiated Liposarcoma: A Clinicopathological Analysis of 155 Cases With a Proposal for an Expanded Definition of Dedifferentiation. *Am J Surg Pathol.* marzo de 1997;21(3):p271-281.
9. Stevens MJ, Gonet YM. Malignant Psoas Syndrome: Recognition of an Oncologic Entity. *Australas Radiol.* mayo de 1990;34(2):150-4.
10. Gladdy RA, Gupta A, Catton CN. Retroperitoneal Sarcoma :Fact, Opinion, and Controversy. *Surg Oncol Clin NAm.* octubre de 2016;25(4):697-711.
11. Gronchi A, Strauss DC, Miceli R, Bonvalot S, Swallow CJ, Hohenberger P, et al. Variability in Patterns of Recurrence After Resection of Primary Retroperitoneal Sarcoma (RPS): A Report on 1007 Patients From the Multi-institutional Collaborative RPS Working Group. *Ann Surg.* mayo de 2016;263(5):1002-9.
12. Agar M, Broadbent A, Chye R. The management of malignant psoas syndrome: case reports and literature review. *J Pain Symptom Manage.* septiembre de 2004;28(3):282-93.
13. Blay J-Y, Soibinet P, Penel N, Bompas E, Duffaud F, Stoeckle E, et al. Improved survival using specialized multidisciplinary board in sarcoma patients. *Ann Oncol.* noviembre de 2017;28(11):2852-9.
14. Orbegoso C, Jimeno R, Mangas M, Vidal H. Sarcoma retroperitoneal, enfoque diagnóstico y manejo multidisciplinar, a propósito de un caso. *Carcinos - Rev Investig Oncológica [Internet].* 2014;04(01). Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/carcinos/v4n1\\_2014/pdf/a06v4n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/carcinos/v4n1_2014/pdf/a06v4n1.pdf).

### Correspondencia

Carlos A. Pintado Guevara  
Correo: [cpintadog@upao.edu.pe](mailto:cpintadog@upao.edu.pe)

### Revisión de pares

Recibido: 22/07/2020  
Aceptado: 19/10/2020