

# LIPOMA RETROPERITONEAL GIGANTE (MDM2 NEGATIVO) EN UNA PACIENTE JOVEN

JOSÉ ROSCIANO (1)  
MARTELENA ACOSTA (2)  
LIUMARIEL VEGAS (3)  
ALEXIS SÁNCHEZ (4)  
RAQUEL FERNÁNDEZ (1)  
MICHELLE MERHEB (5)

## GIANT RETROPERITONEAL LIPOMA (MDM2 NEGATIVE) IN A YOUNG PATIENT

### RESUMEN

Las lesiones sólidas mesenquimales del retroperitoneo son infrecuentes representando menos del 1 %. De los sarcomas retroperitoneales el 10 a 15 % corresponde a liposarcomas, los cuales representan el primer diagnóstico diferencial de lipomas benignos. La realización de inmunohistoquímica, específicamente el MDM2, dará el diagnóstico histológico certero, donde su negatividad se traduce en benignidad. El tratamiento quirúrgico de elección es la resección R-O. **Caso clínico:** Presentamos el caso de paciente femenino de 24 años de edad quien refiere 5 meses previos al ingreso aumento de la circunferencia abdominal y dolor a predominio de flanco izquierdo. Exámenes clínicos y paraclínicos indican el diagnóstico presuntivo de un tumor de aspecto graso retroperitoneal. Se realiza laparotomía exploradora con los hallazgos de tumor de aspecto graso, de superficie lisa, de gran tamaño ubicado a nivel de retroperitoneo. Se realiza resección R-O de la lesión sin complicaciones. Tiempo operatorio: 110 minutos, sangrado estimado: 150 cc. Tumor de aspecto graso de 11 Kg y 55 cm. Paciente es dado de alta a las 48 horas tolerando vía oral. La biopsia reporta tejido adiposo maduro sin atipias. Inmunohistoquímica reporta tumor lipomatoso, MDM2 Negativo, descartando de esta manera el diagnóstico de liposarcoma. **Conclusión:** Podemos concluir que los lipomas gigantes a nivel de retroperitoneo corresponden a una patología poco frecuente. Donde la resolución quirúrgica se basa en la resección R-O. La realización del MDM2 permitirá un diagnóstico histológico confiable y por ende le brindará al cirujano la capacidad de decidir el tratamiento post-operatorio

**Palabras clave** Tumor retroperitoneal, lipoma gigante, MDM2

### ABSTRACT

The mesenchymal solid retroperitoneal lesions are uncommon, representing less than 1%. Liposarcomas constitute 10 to 15% of the retroperitoneal sarcomas, which represent the first differential diagnosis of benign lipomas. The immunohistochemistry, specifically the MDM2, give the accurate histological diagnosis, where their negativity translates into benignity. The treatment of choice is surgical R-O resection. **Clinical case:** We report the case of 24 years old female patient who refers five months before admission increased abdominal girth and pain, predominantly at the left flank. Clinical and laboratory tests indicate presumptive diagnosis of retroperitoneal fatty tumor. Exploratory laparotomy is done with the findings of large retroperitoneal lipomatous tumor. R-O resection of the lesion is performed without complications. Operating time: 110 minutes, estimated blood loss: 150 cc. Fatty tumor aspect of 11 kg and 55 cm. The patient's progress was satisfactory and he was discharged on the second postoperative day. Mature adipose tissue biopsy reports without atypia. Lipomatous tumor immunohistochemistry reports, MDM2 negative, discarding liposarcoma diagnosing. **Conclusion:** We conclude that the giant retroperitoneal lipomas corresponds a rare condition. The surgical resolution is based on R-O resection, and the MDM2 allow a reliable histological diagnosis and thus will provide the surgeon with the capacity to decide the post-operative treatment.

**Key words** Retroperitoneal tumor, giant lipoma, MDM2

- 
- 1 Médico-Cirujano. Servicio de Cirugía III. Hospital Universitario de Caracas.
  - 2 Médico-Patólogo Osteoarticular. Instituto Anatomopatológico "Dr. José Antonio O'Daly". Universidad Central de Venezuela
  - 3 Cirujano General. Servicio de Cirugía III. Hospital Universitario de Caracas.
  - 4 Profesor Asociado. Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C". Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Servicio de Cirugía III. Hospital Universitario de Caracas. Magíster Scientiarum. SVC. SAGES.
  - 5 Médico-Cirujano. Instituto Anatomopatológico "Dr. José Antonio O'Daly". Universidad Central de Venezuela
-

La mayoría de los tumores retroperitoneales tienen su origen a partir de los órganos ubicados a este nivel<sup>1</sup>. El retroperitoneo es el segundo sitio más frecuente, después de las extremidades inferiores, donde se localizan los tumores mesenquimales, donde a pesar de esto, su presentación resulta ser infrecuente, representando menos del 1 %. De los sarcomas retroperitoneales el 10 a 15 % corresponde a liposarcomas, los cuales representan el primer diagnóstico diferencial de lipomas benignos<sup>2,3</sup>.

Los tumores lipomatosos benignos suelen localizarse en cualquier zona anatómica, sin embargo el retroperitoneo resulta ser una localización infrecuente, encontrándose en la literatura pocos casos que hagan referencia a esta patología. Es indispensable al evidenciar resultados histológicos sugestivos de benignidad, donde no se encuentren cambios sugestivos de liposarcoma, establecer diagnóstico diferencial con liposarcoma bien diferenciado, tomando en cuenta que entre sus variedades histológicas conseguimos el tipo lipoma-like<sup>4</sup>. Por ende en el arsenal diagnóstico anatomopatológico se cuenta con estudios adicionales a la microscopía de luz como son la inmunohistoquímica y/o biología molecular en búsqueda de las alteraciones genéticas específicas, como es el caso del MDM2, donde al evidenciar negatividad de esta prueba se puede concluir que se está en presencia de un tumor lipomatoso benigno, esto con el objetivo de planificar el tratamiento ideal y plan de seguimiento<sup>5</sup>.

El objetivo de este trabajo es presentar el caso de un paciente femenino de 24 años de edad con diagnóstico de lipoma retroperitoneal gigante de 55 cm y 11 kg de peso, donde la biopsia

reporta tejido adiposo maduro sin atipias y la inmunohistoquímica reporta un tumor lipomatoso, MDM2 negativo, descartando de esta manera el diagnóstico de liposarcoma.

## REPORTE DEL CASO

Se trata de paciente femenino de 24 años de edad quien refiere inicio de enfermedad actual 5 meses previo al ingreso al evidenciar aumento de la circunferencia abdominal, concomitante dolor de moderada intensidad a nivel de flanco derecho, de carácter punzante, que atenuaba parcialmente con AINES, sin agravantes, por lo cual acude a nuestro servicio donde se evalúa e ingresa.

Al examen físico abdominal se evidencia una masa de consistencia renitente que ocupa toda la cavidad abdominal, de superficie lisa, móvil, no dolorosa a la palpación, resto del examen físico sin alteraciones. Los exámenes de laboratorio se encuentran dentro de límites normales. En la tomografía abdomino-pélvica con doble contraste (Figura 1) se puede evidenciar una lesión ocupante de espacio que abarca toda la cavidad abdominal de probable origen retroperitoneal, que impresiona de aspecto graso y que desplaza las estructuras hacia el hemiabdomen derecho.

La paciente es llevada a mesa operatoria para realización de una laparotomía exploradora (Figura 2) con los hallazgos de un tumor de aspecto graso, de superficie lisa, de gran tamaño ubicado a nivel del retroperitoneo, en estrecha relación con el colon transverso, sin infiltración a estructuras vecinas. Se realiza una resección R-O de la lesión sin complicaciones intraoperatorias. El tiempo operatorio fue de 110 minutos, con un sangrado estimado de 150 cc. La paciente es dada de alta a las 48 horas del post operatorio tolerando la vía oral.

Al realizar el estudio anatomopatológico se recibe un espécimen de forma ovoide que mide 55 x 45 x 12 cm y 11 kg de peso. La superficie externa es lobulada, amarillenta. Al momento de la realización del corte se puede evidenciar que es de aspecto adiposo, lobulado y separado por delgados septos de tejido blanquecino (Figura 3).

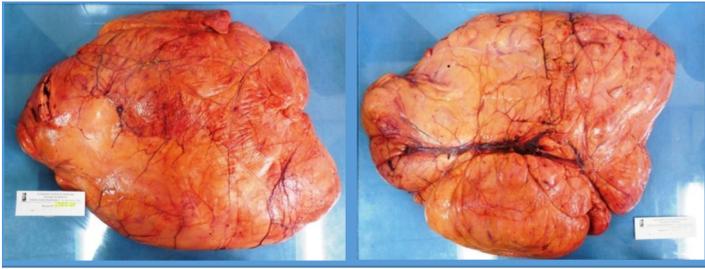
En los cortes histológicos, se observa un tumor lipomatoso, pseudoencapsulado, constituido en su totalidad por tejido adiposo maduro, con morfología uniforme de los adipocitos sin variabilidad en tamaño y forma, sin evidencias de atipia nuclear (Figura 4). Posteriormente y para ratificar el diagnóstico de lipoma retroperitoneal se envía muestra al Instituto Nacional de Cáncer



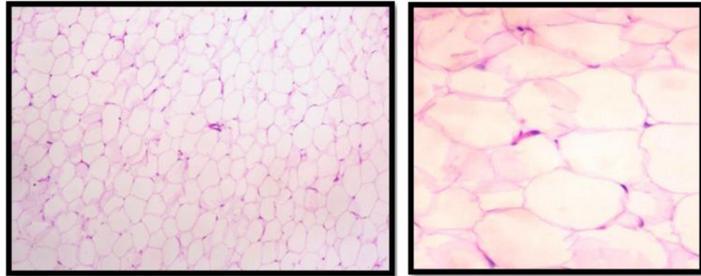
**Figura 1. Tomografía de abdomen y pelvis con doble contraste donde se evidencia un tumor de aspecto lipomatoso de probable origen retroperitoneal**



**Figura 2. Laparotomía exploradora con hallazgos de un tumor lipomatoso de origen retroperitoneal y resección R-O del mismo**



**Figura 3. Pieza anatómica en fresco. Tumor lipomatoso de 55 cm en su eje mayor y 11 kg de peso.**



**Figura 4. Estudio histológico con hallazgos sugestivos de tejido adiposo maduro sin evidencia de malignidad**

en Bethesda, Washington DC, USA (por no contar en nuestro país con este recurso en ese momento); donde se realiza el estudio inmunohistoquímico para identificar la expresión de la proteína MDM2, la cual resulta negativa, motivo por el cual se determina el diagnóstico definitivo de lipoma retroperitoneal gigante.

## DISCUSIÓN

En el retroperitoneo se puede presentar una gran gama de patologías, incluyendo tumores benignos y malignos. Los tumores malignos del retroperitoneo son cuatro veces más frecuentes que los tumores benignos, a diferencia de las neoplasias en cualquier otro lugar del organismo donde predominan las benignas<sup>6</sup>. La incidencia de sarcomas en general es de 4 casos por 100.000 habitantes/año, de los cuales el liposarcoma es el más común, representando 1/3 de los casos en esta localización<sup>7</sup>. Los lipomas son tumores benignos de tejido adiposo y son más frecuentes en los adultos, especialmente en mujeres, ocurriendo la mayoría de los casos en individuos mayores de 50 años. De acuerdo a los hallazgos histopatológicos se clasifican en: lipoma convencional, fibrolipoma, angioliipoma, lipoma de células fusiformes, miolipoma y lipoma pleomórfico. Los lipomas retroperitoneales son poco frecuentes, con un total de 17 casos descritos en la literatura desde 1980<sup>7</sup>.

Usualmente la sintomatología es bastante insidiosa, presentando pocos signos clínicos, los cuales resultan evidentes de manera tardía cuando han alcanzado un tamaño significativo<sup>8</sup>, esto debido a la ausencia de estructuras vitales y a la presencia

de tejido conectivo laxo abundante en el retroperitoneo. Los síntomas generalmente están relacionados con la esfera gastrointestinal, compromiso urinario o vascular; manifestándose clínicamente como dolor abdominal, generalmente referido a la región lumbar, y sensación de masa palpable o aumento de la circunferencia abdominal<sup>9</sup>.

Los lipomas clásicos tienen signos radiológicos característicos en TC y RMN similares al tejido adiposo subcutáneo normal, donde se evidencian imágenes sugestivas de lesiones ocupantes de espacio con densidades que varían entre -65 y -120 unidades Hounsfield<sup>10-13</sup>.

El planteamiento quirúrgico es la mejor opción para estos pacientes, donde la resección R-O (resección completa de la lesión con márgenes negativos) se ha convertido en el estándar de oro del tratamiento de los tumores lipomatosos retroperitoneales. En el caso de lesiones benignas no es necesario la realización de seguimiento radiológico post operatorio<sup>2,3,14-16</sup>.

Al momento de realizar los estudios anatomopatológicos se puede evidenciar en los hallazgos histológicos células multivacuoladas y adipocitos univacuolados. El diagnóstico diferencial con el liposarcoma puede ser problemático, especialmente en los tumores con bajo grado de malignidad, denominados también "similares a lipoma" (lipoma-like)<sup>13</sup>, entre los cuales las diferencias morfológicas son imperceptibles en muchos casos, por lo que es necesario realizar estudio inmunohistoquímico y/o molecular para la adecuada conclusión diagnóstica. Dentro de estos estudios resalta la identificación del MDM2, el cual es un anticuerpo contra los productos de los genes codificados en el cromosoma 12q<sup>13-15</sup>, los cuales se encuentran amplificados en tumores lipomatosos atípicos y liposarcomas bien diferenciados tipo lipoma like. Según la cuarta edición de la clasificación de tumores de partes blandas de la Organización Mundial de la Salud, el diagnóstico de lipomas retroperitoneales requiere de la realización del MDM2 para descartar su principal diagnóstico diferencial<sup>5</sup>.

Los lipomas gigantes a nivel del retroperitoneo corresponden a una patología poco frecuente, donde la resolución quirúrgica se basa en la resección R-O. La realización de la inmunohistoquímica, específicamente el MDM2, otorgará el diagnóstico histológico certero y por ende le brindará al cirujano la capacidad de decidir el tratamiento y seguimiento post-operatorio

## Agradecimiento

Queremos agradecer a la Dra. María José Merino, patólogo del Instituto Nacional de Cáncer en Bethesda, por su invaluable colaboración con el estudio inmunohistoquímico del presente caso, indispensable para su adecuada conclusión diagnóstica.

**REFERENCIAS**

1. Scali EP, Chandler TM, Heffernan EJ, Coyle J, et al. Primary retroperitoneal masses: what is the differential diagnosis? *Abdom Imaging* 2015; 40: 1887-1903
2. Gemici K, Buldu I, Acar T, Alptekin H, et al. Management of patients with retroperitoneal tumors and a review of the literature. *WJSO* 2015; 13:143-150
3. Doglietto GB, Tortorelli AP, Papa V, Rosa F, et al. Giant retroperitoneal sarcomas: a single institution experience. *World J Surg* 2007; 31: 1047-1054
4. Jaykar RD, Kasabe P, Bhushan C, Kamble PH. Giant retroperitoneal lipoma: a case report and review. *IJRTSAT* 2012; 5(2):71-73
5. Jo VY, Fletcher CD. WHO classification of soft tissue tumours: an update based on the 2013(4th) edition. *Pathology* 2014; 46(2): 95-104
6. Van Roggen JF, Hogendoorn PC. Soft tissue tumours of the retroperitoneum. *Sarcoma* 2000; 4: 17-26
7. Weniger M, D'Haese JG, Kunz W, Pratschke S, et al. En-bloc resection of a giant retroperitoneal lipoma: a case report and review of the literature. *BMC Research Notes* 2015; 8: 75-78
8. Strauss D, Hayes A, Thomas JM. Retroperitoneal tumours: review of management. *Ann R Coll Surg Engl* 2011; 93: 275-280
9. Salemis NS, Tsiambas E, Karameris A, Tsohataridis E. Giant retroperitoneal liposarcoma with mixed histological pattern: a rare presentation and literature review. *J Gastrointest Canc* 2009; 40: 138-141
10. Martinez C, Palma R. Giant retroperitoneal lipoma: a case report. *Arq Gastroenterol.* 2003; 4(4): 251-255
11. Jensen-Benítez C, Vergara-Bahamondes JJ, Aparicio R, Ibarra A, et al. Tumores primarios retroperitoneales de origen mesenquimático. *Rev Hosp Clin Univ Chil* 1994; 5:58-64
12. Montbrun E, Pereiro R, Barbeito J, Nastasi A, et al. Tumores malignos retroperitoneales primarios. *Arch Hosp Vargas* 1990; 32: 101-106
13. Yıldırım A, Baok E, Gülpınar T, Zemheri E, et al. A giant retroperitoneal lipoma: a case report. *Marmara Med J* 2005; 18(3):140-142
14. Olimpiadi Y, Song S, Hu JS, Matcuk GR, et al. Contemporary management of retroperitoneal soft tissue sarcomas. *Curr Oncol Rep* 2015; 17: 39-48
15. Karadayi K, Yıldız C, Karakus S, Kurt A, et al. Well-differentiated abdominal liposarcoma: experience of a tertiary care center. *WJSO* 2015; 13: 166-170
16. Vreeze RS, Jong D, Nederlof PM, Ariaens A, et al. Added value of molecular biological analysis in diagnosis and clinical management of liposarcoma: A 30-year single-institution experience. *Ann Surg Oncol* 2010; 17: 686-693