

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS PARA OPTAR POR EL TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO  
CIRUJANO**

**REPORTE DE CASO**

**“LUMBOCIATALGIA COMO PRESENTACIÓN DE UN LIPOSARCOMA DEL  
PSOAS ILIACO: REPORTE DE CASO.”**

**AUTOR : PINTADO GUEVARA, CARLOS ALFONSO.**

**ASESOR : GUSTAVO VÁSQUEZ TIRADO**

**TRUJILLO- PERÚ**

**2020**

**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,a</sup>, Gustavo Vásquez-Tirado<sup>2,a, b</sup>

1. BACHILLER EN MEDICINA HUMANA.
2. MÉDICO INTENSIVISTA ASISTENTE
3. MEDICO CIRUJANO ASISTENTE
- a. UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO- TRUJILLO -PERÚ.
- b. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO

CONTACTO<sup>1</sup>: [cpintadog@upao.edu.pe](mailto:cpintadog@upao.edu.pe) ; [carlos\\_pg\\_80@hotmail.com](mailto:carlos_pg_80@hotmail.com)

## **Resumen**

### **Introducción:**

Los sarcomas retroperitoneales son tumores raros, con una presentación clínica dada por síntomas compresivos poco específicos. 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 exámenes auxiliares básicos y exámenes de imágenes donde en la Tomografía Abdomino-Pélvica Con Contraste 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.

Palabras clave: Liposarcoma; Músculos Psoas; Cancer; Estudio de Caso. (Fuente: DeCS-BIREME)

## **Abstract**

### **Introduction:**

Retroperitoneal sarcomas are rare tumors, with a clinical presentation given by poorly specific compression symptoms. 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.

Key words: Liposarcoma; Psoas Muscles; Cancer; Case Report (Source: DeCS-BIREME)

## **1. Introducción**

Los sarcomas representan un grupo raro de tumores, derivados del tejido mesenquimal por lo cual pueden presentarse en todo lugar donde se encuentre tejido conectivo, tienen 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 (1,2). En el retroperitoneo, los sarcomas pueden alcanzar grandes dimensiones dadas las características anatómicas de este compartimento, por tal motivo estos tumores presentan manifestaciones clínicas tardías poco específicas tales como neuropatía, síntomas digestivos, urinarios y flebitis, todos los anteriormente descritos consecuentes a la compresión extrínseca de órganos adyacentes por la tumoración y la agresividad local regional que presenten según su estirpe (3). Los tipos de tumores que representan la mayoría de este grupo son de extirpe grasa, representados como Liposarcomas en un 60%, los componentes histológicos bien y poco diferenciados son usualmente pobremente evaluados dado la heterogeneidad de estos tumores(3,4). 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 local regional 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 (5,6).

En el presente reportamos un caso de un Liposarcoma del Psoas Iliaco izquierdo, en un paciente varón de 69 años de edad, el cual se manifestó principalmente con una lumbociatalgia del miembro inferior izquierdo en un Hospital Público de una ciudad del norte de Perú, dada la rareza de estos tumores y su gran variedad de estirpes histológicas, su presentación hace muy interesante su estudio y abordaje terapéutico.

## **2. Reporte del caso.**

Un varón de 69 años de edad de raza mestiza, acude a la emergencia con tiempo de enfermedad de tres (03) meses refiriendo dolor tipo hincada en la región lumbar izquierda irradiado hacia la región posterior del miembro ipsilateral que fue incrementando de intensidad de forma progresiva con el paso del tiempo y manifestando que ya no cede con analgésicos comunes. Además refirió que dos (02) meses antes del ingreso hospitalario presentó aumento progresivo de volumen en tercio distal de miembro inferior izquierdo, no asociado a signos inflamatorios. Un mes antes del ingreso hospitalario paciente manifestó que dicho aumento de volumen en miembro fue progresivo hasta regional inguinal, sin fóvea ni signos inflamatorios asociados. Paciente refiere que dos (02) semanas antes del ingreso hospitalario presenta imposibilidad progresiva para deambular por hiperalgesia en dicho miembro inferior, por lo cual acude a emergencia en silla de ruedas.

Paciente con comorbilidades como Hipertensión Arterial en tratamiento con Losartan 50 mg BID, Diabetes Mellitus tipo 2 en tratamiento regular con Metformina de 850 mg MD e Hiperplasia Benigna de Próstata Grado III sin tratamiento al momento de la entrevista. Paciente sin antecedentes quirúrgicos, ni antecedentes familiares de relevancia.

Al examen físico se encuentra un paciente añoso con facies dolorosa, ventilando espontáneamente, lúcido. Hemodinámicamente estable con las siguientes Funciones Vitales: PA 120/90mmHg, Pulso: 100x', SatO<sub>2</sub>:97% FiO<sub>2</sub>:21% y T° 37.1 (Temperatura corregida – Axilar Izquierda). Piel pálida ++/+++, llenado capilar <2 segundos, pulmones y cardiovascular nada especial, al examen físico de abdomen se inspecciona un abdomen globuloso, ruidos hidro-aereos 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 describe los siguientes hallazgos del miembro inferior izquierdo: Se observa miembro en flexión y rotación externa asociado a aumento de volumen en todo el miembro sin fovea ni signos inflamatorios asociados, hiperalgesia a la movilización pasiva y activa, Signo de Neri y Lasegue positivos, circunferencia del tercio medio del muslo izquierdo: 46 cm de diámetro. A la exploración del miembro inferior contralateral no se encuentran alteraciones, circunferencia del tercio medio de muslo derecho: 43 cm.

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

Hallazgos Tomográficos en 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 anteroposterior 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. Ver Anexo. (01) – Figura 01.

Hallazgos Tomográficos en THEM Torácica: Discretos tractos reticulares bibasales en parénquima pulmonar. Adenopatías mediastínicas de aproximadamente 6 mm prevasculares, pretraquiales subcarinales y paratraquiales de aspecto reactivo. Ver Anexo. (02) – Figura 02.

Paciente fue programado para biopsia de tumoración por cirugía dado que el centro no cuenta con radiología intervencionista, la fotografía de la pieza de biopsia se adjunta en el Anexo 03- Fig. 03. A continuación se muestra informe histopatológico el cual se adjunta en el Anexo 04-Fig.04 A-B: 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 hipercromáticos 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 2, 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 (06) meses con diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta No Variceal y posterior parada cardíaca.

### 3. DISCUSIÓN

En el presente caso reportamos un paciente con la presencia de un tumor de retroperitoneo dependiente del músculo psoas iliaco izquierdo el cual tuvo como principal manifestación una lumbociatalgia de curso progresivo hasta llegar a un punto en el cual limitaba la deambulación por hiperalgesia del miembro inferior izquierdo estando asociado a incremento de volumen en dicho miembro, dado los posibles diagnósticos diferenciales al momento de la evaluación que pudo dar una sospecha diagnóstica para su manejo. En nuestra búsqueda de literatura no hemos encontrado bibliografía que asocie las comorbilidades del paciente y la presentación de sarcomas retroperitoneales. Flowers y cols en el año 1968 describieron un reporte de caso, en el cual describe una meralgia parestésica por compresión de las raíces nerviosas del segundo y tercer nervio lumbar asociado a un sarcoma retroperitoneal del psoas (7).

El cuadro clínico descrito en nuestro caso se relaciona con el Síndrome del Psoas Maligno, siendo descrito como 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 que evocan principalmente síntomas compresivos (8). Con respecto al uso de imágenes de elección en los 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 (3,9). 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.(10)

Si bien es cierto, los síntomas compresivos a nivel lumbar son los más frecuentes en la presentación de un Liposarcoma de psoas iliaco debido a compresión por la tumoración de tejidos adyacentes, también se puede presentar flebitis de miembros inferiores y marcado edema sin fovea en relación a compresión de drenaje venoso y linfático del miembro inferior afectado como en el caso expuesto, emulando una trombosis venosa profunda ; además pudiéndose presentar síntomas vagos del tracto urinario y digestivos tales como sensación de llenura precoz y raramente como obstrucción intestinal. Siendo infrecuente la baja de peso debido al aumento progresivo del tamaño de la tumoración (3)(3). Medina y cols en el año 2006, realizaron un estudio retrospectivo transversal-descriptivo en un Hospital Oncológico Mexicano desde 1990 a 2002 con una población de 176 casos de tumores retroperitoneales, de los cuales 59 casos fueron Sarcomas Retroperitoneales, al realizar la descripción clínico-epidemiológica manifiesta que el edema en miembros inferiores se presentaba en 6.8% y los síntomas neurológicos en 10% de todos los casos descritos (11). El dolor en estos pacientes básicamente es nociceptivo y neuropático (12).

En el manejo de estos pacientes es muy importante la histopatología , inmunohistoquímica y estudio cromosómico, representan los pilares en las decisiones terapéuticas, no existen guías de manejo específico para esta clase de tumores dado que la agresividad y la estirpe histológica varían mucho de un subtipo a otro , se recomienda

la resección en bloque para cuyo éxito depende el grado de diferenciación celular y márgenes libres en el acto quirúrgico, pese a ello la tasa de recurrencias es muy alta dado que al momento del diagnóstico el tumor suele ser grande (10,11,13,14). En el caso presentado se corresponde una gran tumoración dependiente del músculo psoas-iliaco definida como un Liposarcoma del Psoas de alta celularidad con afección hepática y pulmonar vista por THEM, según las guías de estadificación AJCC para Sarcomas Retroperitoneales se correspondería con estadio IV dada la metástasis a distancia, sin embargo esta actualización no incluye el subtipo histológico que es un conocido indicador pronóstico, según la clasificación FNCLCC por grado histológico se correspondería a un grado GX dado que el informe anatómico-patológico no incluye la diferenciación histológica, el conteo mitótico ni grado de necrosis de la pieza quirúrgica siendo un limitante en el caso presentado (15,16). Según las recomendaciones de las guías NCCN para Sarcomas Retroperitoneales para el caso de los Sarcomas Retroperitoneales grado IV o irresecable, se puede brindar al paciente terapia sistémica en centros oncológicos especializados con un régimen preferido de Doxorrubicina, ifosfamida o mesna; si el paciente tiene síntomas consecuentes al tamaño del tumor puede realizarse cirugía para control de los síntomas con radioterapia pre-operatoria con 50 Gy mediante Radioterapia de Haz Externo, pudiendo ser considerado el uso de Radioterapia intra-operatoria con 10-15 Gy si se sospecha de márgenes positivos o neoplasia residual visible para luego ser evaluado por oncología médica y cuidados paliativos; no se recomienda la radioterapia post-operatoria dado que incrementa la morbilidad digestiva (17). Dentro del pronóstico de los pacientes con diagnóstico de Liposarcomas bien diferenciados presentan un pronóstico de 70% de supervivencia a los 5 años siendo tratados en centros especializados en sarcomas, mientras que en el caso de los Liposarcomas des-diferenciados presentan el riesgo de hacer metástasis a distancia con una supervivencia a los 5 años del 40% (3,4). Cabe destacar que estos pronósticos no son de acorde al caso presentado.

Netanyahu y cols realizaron una cohorte retrospectiva en el año 2020 en 78 pacientes con diagnóstico primario de Sarcoma Retroperitoneal durante el periodo 2008-2018, estudiando su asociación con factores inflamatorios con fin pronóstico, dada la asociación entre el cáncer y respuesta inflamatoria sistémica; estratificando dos exámenes auxiliares, el Índice Neutrófilo/Leucocito y el nivel sérico de Proteína C Reactiva, hallando que los pacientes en el grupo de Índice Neutrófilo/Leucocito  $<2.1$  tuvieron un mejor pronóstico de sobrevida que aquellos con dicho Índice Neutrófilo/Leucocito  $\geq 2.1$ , encontrando además que el grado de diferenciación celular fue mayor en aquellos Índice Neutrófilo/Leucocito  $\geq 2.1$  teniendo resultados significativos ( $p=0.002$ ). Con respecto a la Proteína C Reactiva estuvo disponible únicamente en 27 de 78 pacientes del estudio, siendo la media 29.8 y clasificando con este valor a los pacientes en dos grupos, Proteína C Reactiva elevada y Proteína C Reactiva no elevada; en el grupo de pacientes con Proteína C Reactiva elevada vieron que tenían peor pronóstico en términos de supervivencia y además mayor grado de diferenciación tumoral (18). Se debe enfatizar en estos dos exámenes auxiliares descritos dado que podrían ayudar al momento de evaluar sobrevida y grado de diferenciación tumoral; en el caso presentado el Índice Neutrófilo/Leucocito fue  $> 10$ , no contando con el valor de Proteína C Reactiva.

Dada la asociación entre malignidad y una disminución en el Cociente Albumina/Globulina, Suh y cols realizaron una cohorte retrospectiva de 28 292 pacientes en Corea con el fin de evaluar la relación del Cociente Albumina/Globulina y la mortalidad asociada a cáncer, hallaron que el grupo de pacientes cuyo Cociente Albumina/Globulina menor a 1 tenían un mayor riesgo de mortalidad siendo este HR = 6.71 (95% CI 3.56 -12.66) para mortalidad en general y un riesgo de mortalidad por

cáncer HR = 4.38 (95% CI 1.57 – 12.25) hasta a los dos años de seguimiento(19). Un meta-análisis realizado con fin de evaluar el valor pronóstico del Cociente Albumina/Globulina antes de iniciar en el tratamiento en pacientes con cáncer y la sobrevida a 5 años , el cual incluyó 169 artículos de los cuales 28 artículos cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión , correspondiendo a 14 109 pacientes en los cuales se encontró que un nivel bajo de Cociente Albumina/Globulina se asociaba a una baja sobrevida (HR : 2.08, 95% CI :1.78-2.44;P = 0.000)(20). En el caso presentado el Cociente Albumina/Globulina tuvo un valor de 0.84 y una sobrevida de seis meses la cual se corresponde con los estudios antes descritos.

Es importante diferenciar el carácter maligno de una lumbociatalgia, la anamnesis tiene como base las características del dolor, pudiendo ser mono-radicular o pluri-radicular, unilateral o bilateral, el examen físico puede revelar déficit motor de los miembros inferiores, con atrofia e hipostesia en caso de compresión extrínseca del plexo lumbosacro y edema por compresión del retorno venoso ,es posible sospechar de una tumoración retroperitoneal si el dolor se irradia al testículo y parte interna del muslo, pese a esto el diagnóstico de un tumor retroperitoneal basado en los síntomas neurológicos es difícil (21). Sin embargo aumenta la sospecha de una causa maligna si el paciente presenta pérdida de peso inexplicable, astenia , anorexia, anestesia en silla de montar ; con dolor lumbar que aumenta durante la noche, en supino y con la maniobra de Valsalva , que no mejora con dosis plenas de tratamiento antiinflamatorio tras 03 meses de tratamiento.(22)

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 y aumento de volumen en miembro inferior izquierdo que llevó al diagnóstico final de un Liposarcoma del Psoas Iliaco Izquierdo, enfatizamos que no toda lumbociatalgia tiene un carácter benigno debiendo ser estudiada apropiadamente, a pesar del tratamiento quirúrgico el pronóstico continua siendo pobre en estos pacientes.

**Conflictos de Interés:** Los autores no refieren conflictos de interés.

#### **Contribución de autores.**

Al Dr. Gustavo Vásquez Tirado, profesor asesor de la Universidad Privada Antenor Orrego por la asesoría en la presentación del presente trabajo.

A la Dra. Fiorella Vitery Zumaran, co-asesora por brindar los datos clínicos-quirúrgicos y el seguimiento del paciente para el presente trabajo.

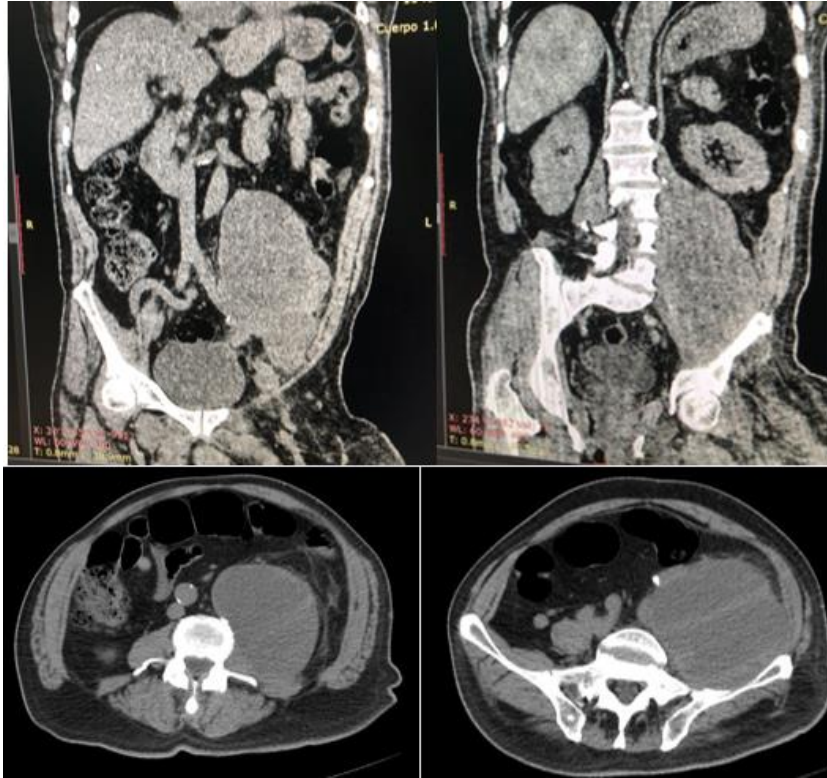


## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

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. 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;
4. Turgeon MK, Cardona K. Soft Tissue Tumors of the Abdomen and Retroperitoneum. Surg Clin North Am. junio de 2020;100(3):649-67.
5. Crago AM, Singer S. Clinical and Molecular Approaches to Well-differentiated and Dedifferentiated Liposarcoma. Curr Opin Oncol. julio de 2011;23(4):373-378.
6. 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.
7. Flowers RS. Meralgia paresthetica: A clue to retroperitoneal malignant tumor. Am J Surg. julio de 1968;116(1):89-92.
8. Stevens MJ, Gonet YM. Malignant Psoas Syndrome: Recognition of an Oncologic Entity. Australas Radiol. mayo de 1990;34(2):150-4.
9. Gladdy RA, Gupta A, Catton CN. Retroperitoneal Sarcoma :Fact, Opinion, and Controversy. Surg Oncol Clin N Am. octubre de 2016;25(4):697-711.
10. 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.
11. Medina-Villaseñor E, Martínez-Macías R, Díaz-Rodríguez L, Barra- Martínez R. Sarcomas retroperitoneales. Cir Gen. 2006;28(2):77-82.
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)
15. Tanaka K, Ozaki T. New TNM classification (AJCC eighth edition) of bone and soft tissue sarcomas. *Jpn J Clin Oncol.* 2019;49(2):103-7.
16. Brierley JD, Gospodarowicz MK, Wittekind C, editores. *International Union Against Cancer:TNM Classification of Malignant Tumours, 8th Edition.* Wiley-Blackwell. enero de 2017;
17. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology : Soft Tissue Sarcoma. NCCN. 28 de mayo de 2020;15-8.
18. Netanyahu Y, Gerstenhaber F, Shamai S, Sher O, Merimsky O, Klausner JM, et al. Innate inflammatory markers for predicting survival in retroperitoneal sarcoma. *J Surg Oncol.* 2020;1-7.
19. Suh B, Park S, Shin DW, Yun JM, Yang HK. Low albumin-to-globulin ratio associated with cancer incidence and mortality in generally healthy adults. *Ann Oncol.* 2014;25(11):2260-6.
20. Lv G, An L, Sun X, Hu Y, Sun D. Pretreatment albumin to globulin ratio can serve as a prognostic marker in human cancers: a meta-analysis. *Clin Chim Acta.* enero de 2018;476:81-91.
21. Florez G. LUMBOCIÁTICAS Y CIÁTICAS DE ORIGEN EXTRADISCAL. *Rev Esp Cir Osteoartic.* 1977;12(70):241-57.
22. Valle Calvet M, Olivé Marquès A. Signos de alarma de la lumbalgia. *Semin Fund Esp Reumatol.* 2010;11(1):24-7.

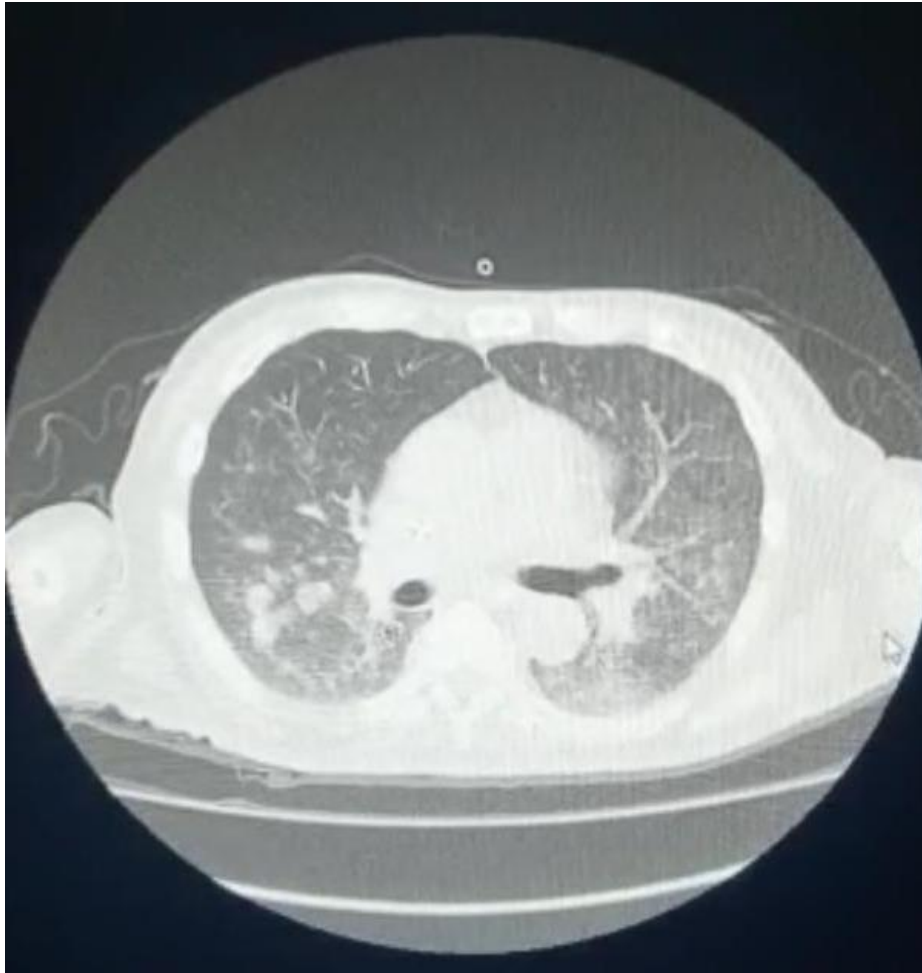
**ANEXO N.01.**



**Fig. 01 : 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 anteroposterior 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.*

**ANEXO N.02**



***Fig .02 . THEM TORÁCICA***

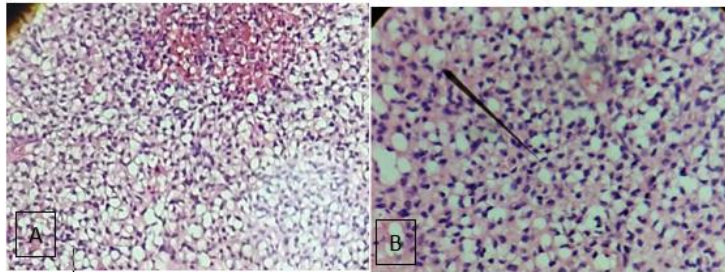
*Discretos tractos reticulares bibasales en parénquima pulmonar. Adenopatías mediastínicas de aproximadamente 6 mm prevasculares, pretraquiales subcarinales y paratraquiales de aspecto reactivo.*

**ANEXO N.03**



*Fig. 3. Muestra de patología*

**ANEXO N.04**



**Fig. 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.*