Revista Colombiana de
Cancerología
Octubre - Diciembre / 2025

Rev Colomb Cancerol. 2025;29(4):135-145
https://doi.org/10.35509/01239015.1095

ARTÍCULO ORIGINAL

Experiencia en el manejo de sarcomas retroperitoneales en un hospital de cuarto nivel de Bogotá

Experience in the management of retroperitoneal sarcomas in a fourth-level hospital in Bogotá

Marlon Andrés Vesga-Rosas[1, 2], Elio Fabio Sánchez-Cortés[1, 3], Nathalie Tamayo-Martínez[3, 4], María Camila Rojas-Gómez[5], Daniela María Cuadrado-Franco[1, 6, 7]

[1] Departamento de Cirugía y Especialidades, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D. C., Colombia.
[2] Estudiante de la Especialización en Cirugía Oncológica, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D. C., Colombia.
[3] Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D. C., Colombia.
[4] Departamento de Epidemiología y Bioestadística, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D. C., Colombia.
[5] Departamento de Cirugía de Cabeza y Cuello, Hospital Universitario Mayor Méderi, Universidad del Rosario, Bogotá, D. C., Colombia.
[6] Unidad Funcional de Tumores de Tejidos Blancos, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D. C., Colombia.
[7] Cirugía de Mama y Tejidos Blandos, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, D. C., Colombia.

Fecha de sometimiento: 29/01/2025
Fecha de aceptación: 17/09/2025
Disponible en internet: 12/12/2025

Conflictos de interés
Los autores declaran no presentar conflictos de interés.

Citación
Vesga-Rosas M, Sánchez-Cortés E, Tamayo-Martínez N, Rojas-Gómez M, Cuadrado-Franco D. Experiencia en el manejo de sarcomas retroperitoneales en un hospital de cuarto nivel de Bogotá. Rev Col Cancerol. 2025;29(4):135-45.
https://doi.org/10.35509/01239015.1095

Correspondencia
María Camila Rojas Gómez
Departamento de Cirugía de Cabeza y Cuello, Hospital Universitario Mayor Méderi, Bogotá, D. C., Colombia.

Correo de correspondencia:
mariacamilarg98@gmail.com

Abstract

Objective: Retroperitoneal sarcomas are rare tumors, with an incidence of 0.15 to 0.2 cases per 100,000 inhabitants. They have a high recurrence rate, and management in high-volume centers is recommended. This study aimed to describe the experience of a fourth-level center with a soft tissue functional unit in the management of retroperitoneal sarcomas.

Methods: A descriptive, longitudinal, retrospective observational study evaluating surgical and oncological outcomes in patients who underwent resection of retroperitoneal sarcoma between 2018 and 2023.

Results: Surgical outcomes of retroperitoneal sarcoma resections were reported for 51 patients. The median age of the population was 59 years. Most patients (70.5%) had liposarcomas, of which 41.7% were well-differentiated. The recurrence rate for the study population was 25.5%, with a median follow-up time of 19.8 months. Mortality was 7.8%, while the postoperative complication rate was 43.1%; most cases (77.3%) did not require surgical reintervention.

Conclusion: The data presented here showed oncologic and postoperative outcomes comparable to those reported by other Colombian centers with experience in this field. This information provides initial evidence and serves as a basis for future studies in a topic where the quality of available data remains significantly limited.

Keywords: retroperitoneal neoplasms; liposarcoma; leiomyosarcoma; soft tissue neoplasms; outcome assessment, health care; surgical oncology.

Resumen

Objetivo: los sarcomas retroperitoneales son tumores raros, con una frecuencia de 0,15 a 0,2 casos por cada 100 000 habitantes, su tasa de recurrencia es alta y se recomienda su tratamiento en centros de alto volumen. El objetivo de este estudio consistió en describir la experiencia de un centro de cuarto nivel con unidad funcional de tejidos blandos en el manejo de sarcomas retroperitoneales.

Métodos: estudio observacional descriptivo de tipo longitudinal, retrospectivo, de resultados quirúrgicos y oncológicos de sujetos llevados a resección de sarcoma retroperitoneal entre los años 2018 y 2023.

Resultados: se reportaron resultados quirúrgicos de resección de sarcomas retroperitoneales en 51 pacientes, la mediana de edad de la población fue de 59 años, la mayor parte de los pacientes (70,5 %) presentaron liposarcomas, de los cuales el 41,7 % estaban bien diferenciados; la tasa de recaída encontrada para la población del presente estudio fue del 25,5 %, con un tiempo medio de seguimiento de 19,8 meses, la tasa de mortalidad fue del 7,8 %, la tasa de complicación posoperatoria fue del 43,1 % y la mayoría de los casos (77,3 %) no requirieron reintervención quirúrgica.

Conclusiones: los datos aquí presentados mostraron resultados oncológicos y posoperatorios comparables a los reportados por otros centros colombianos con experiencia en este campo. Esta información aporta evidencia inicial y sirve como base para futuros estudios en un tema en el que aún existe una marcada limitación en la calidad de los datos disponibles.

Palabras clave: neoplasias retroperitoneales; liposarcoma; leiomiosarcoma; neoplasias de los tejidos blandos; evaluación de resultados en la atención de salud; oncología quirúrgica.

Introducción

Los tumores mesenquimales conforman un grupo heterogéneo, del cual aproximadamente el 75,0 % corresponde a sarcomas y, de estos, cerca del 16,0 % se origina en el retroperitoneo. Son tumores poco frecuentes, con una incidencia estimada de 0,15 a 0,20 casos nuevos por cada 100 000 habitantes y representan cerca del 1,0 % de todos los diagnósticos de cáncer (1). En Colombia, durante el año 2022, estos tumores representaron el 0,6 % del total de nuevos casos de cáncer atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología (INC) (2), principal centro de referencia oncológica del país y, aunque no constituyen un problema de salud pública, sí representan un reto diagnóstico y terapéutico, en el que la experiencia del centro tratante tiene un impacto directo sobre la supervivencia de los pacientes (3).

El tratamiento de los sarcomas requiere de un enfoque multidisciplinario (4), siendo la cirugía el pilar fundamental. Esta suele complementarse con estrategias de neoadyuvancia o adyuvancia, que incluyen quimioterapia o radioterapia, dependiendo del contexto clínico y del grado de diferenciación tumoral (5).

Se recomienda que el manejo de los sarcomas retroperitoneales se realice en centros con experiencia, idealmente en donde atienden al menos 10 casos por año, ya que la pericia del equipo quirúrgico se asocia con una mayor probabilidad de resección completa, lo que puede incrementar hasta 2,5 veces la tasa de resección R0 y, por ende, mejorar la supervivencia (6). La tendencia actual favorece la realización de cirugías multiviscerales, especialmente en tumores bien diferenciados, dado que se ha asociado con una menor tasa de recaída local (7-8); no obstante, esta estrategia no ha demostrado de forma

concluyente un beneficio en la supervivencia global, por lo que su aplicabilidad sigue siendo controvertida y no existe una recomendación definitiva al respecto (9-10).

En cuanto al manejo adyuvante, este se realiza principalmente con quimioterapia, la cual se indica en función del riesgo estimado de recaída, el grado de diferenciación tumoral y el estado de los márgenes quirúrgicos. En contraste, la radioterapia no forma parte del esquema convencional del tratamiento, a pesar de que algunos estudios han demostrado una reducción de hasta el 38,0 % en la tasa de recaída local sin impacto en la supervivencia global. La evidencia disponible sigue siendo limitada y es insuficiente para que esta estrategia sea adoptada como una recomendación estándar en la mayoría de guías internacionales (9, 11). Su uso se restringe a situaciones específicas, como la presencia de recurrencia tumoral o márgenes quirúrgicos comprometidos (12-13).

Aun con un enfoque multidisciplinario, el pronóstico de los sarcomas retroperitoneales sigue siendo desfavorable, ya que la mayoría de los pacientes fallecen debido a recaídas tumorales (14). Además, el riesgo de recurrencia aumenta progresivamente con cada reintervención quirúrgica (15), lo que resalta la importancia crítica del primer procedimiento. Por esta razón, las recomendaciones actuales enfatizan en la necesidad de realizar el manejo en centros con experiencia.

A pesar de que están disponibles datos a nivel de Colombia, persiste un vacío en el conocimiento sobre la situación a nivel nacional. La descentralización del sistema de salud en Colombia dificulta obtener una visión clara del estado actual de esta enfermedad. Hasta la fecha, los reportes disponibles provienen únicamente del Instituto Nacional de Cancerología en Bogotá y del Hospital Pablo Tobón Uribe en Medellín, esto refuerza la necesidad de que cada institución con experiencia en su manejo reporte sus resultados y evalúe estrategias de mejora. En este contexto, se planteó realizar una exploración inicial retrospectiva de los desenlaces oncológicos y quirúrgicos en un hospital de cuarto nivel ubicado en la capital del país.

Metodología

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo en pacientes llevados a resección quirúrgica de sarcomas retroperitoneales, intervenidos por los servicios de cirugía de mama y tejidos blandos o cirugía oncológica entre el 01 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2023.

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de sarcoma retroperitoneal, sometidos a resección quirúrgica inicial con intención curativa, así como aquellos en los que durante la cirugía se determinó irresecabilidad. También fueron considerados pacientes intervenidos por recaída tumoral local, independientemente de si la cirugía inicial fue realizada en la institución o en otro centro, y pacientes con tumores metacrónicos previamente tratados, con un intervalo libre de enfermedad de al menos cinco años tras un tumor primario no sarcomatoso. Las exclusiones se realizaron en pacientes con sarcoma retroperitoneal y que presentaron alguna de las siguientes condiciones: tumores sincrónicos, antecedentes de radioterapia o los casos en los que, luego de la resección quirúrgica inicial, el reporte de patología resultó no evaluable.

Los pacientes se identificaron a través del registro quirúrgico institucional con el código de procedimiento “Resección de tumor retroperitoneal con disección de estructuras vasculares” en la base de datos *SAHI* (siglas de *Slicing Aided Hyper Inference*). Los datos fueron recolectados mediante la plataforma RedCap y posteriormente analizados con el *software* Jamovi, versión 2.7.5. Se realizó una verificación cruzada de la información recolectada en las historias clínicas para garantizar su calidad y consistencia. Los datos faltantes se manejaron mediante exclusión completa de los pacientes con información incompleta, aplicando un enfoque de análisis por casos completos. El tamaño muestral correspondió a todos los pacientes elegibles en el periodo de estudio.

El tiempo de seguimiento se definió como el intervalo entre la cirugía y la última evaluación institucional realizada por alguno de los equipos que conformaron la unidad funcional de tumores de tejidos blandos (oncología clínica, cirugía oncológica, radioterapia y cuidados paliativos). Los pacientes fueron evaluados cada cuatro meses durante los primeros dos años, después cada seis meses hasta completar los primeros cinco años y, posteriormente, una vez de manera anual. La verificación de los eventos de interés se realizó de la siguiente manera:

la recaída se confirmó mediante la revisión de la historia clínica y los estudios de imágenes disponibles, mientras que la muerte se corroboró a través de la base de datos de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

Las variables de supervivencia analizadas fueron la supervivencia libre de recaída, definida como el tiempo en meses desde la cirugía hasta la recaída local o sistémica, y la supervivencia global, determinada como el tiempo en meses desde la cirugía hasta la muerte por cualquier causa. Los datos censurados correspondieron a los pacientes sin recaída o vivos al cierre del estudio (31 de diciembre de 2023).

Se utilizó un análisis univariado con medidas de frecuencia y tendencia central, de acuerdo con la naturaleza de cada variable. Para el análisis de supervivencia se empleó el método de Kaplan-Meier, reportando el número de individuos en riesgo en cada punto temporal (tabla 1). No se realizaron análisis de subgrupos por limitación del tamaño muestral, ni ajustes para factores de confusión debido al carácter descriptivo del estudio.

Tabla 1. Análisis de supervivencia

Tiempo	Pacientes en riesgo	Número de eventos	Supervivencia	Intervalo de confianza
Supervivencia libre de recaída local				
1 año	39	5	89,7 %	81,6-98,7 %
3 años	25	4	78,3 %	66,4-92,4 %
5 años	5	4	62,8 %	47,7-82,6 %
Supervivencia global				
1 año	27	9	80,4 %	69,6-93,0 %
3 años	11	4	64,8 %	49,8-84,2 %
5 años	2	0	64,8 %	49,8-84,2 %

La investigación fue aprobada por el Comité de Investigación y Ética del Hospital Universitario San Ignacio, mediante el acta 08/2024 del 9 de mayo de 2024, con radicado FM-CIE-0546-24. El estudio garantizó la confidencialidad en cuanto al manejo y la custodia de la identidad de los pacientes incluidos y otros datos sociodemográficos y clínicos de estos, así como el cumplimiento de los principios éticos de investigación biomédica.

Resultados

Se identificaron 61 pacientes con sarcoma retroperitoneal durante el periodo de estudio, de los cuales 10 fueron excluidos debido a que, luego de la resección quirúrgica inicial, los reportes de patología resultaron no evaluables. Por lo tanto, se analizaron 51 pacientes llevados a resección quirúrgica de sarcoma retroperitoneal entre el 01 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2023.

La mediana de la edad fue de 59 años. El 56,0 % (n = 29) de los pacientes eran mujeres. En cuanto al nivel socioeconómico, los estratos 2 y 3 fueron los más frecuentes, con una distribución del 41,2 % (n = 21) y el 39,2 % (n = 20), respectivamente. La mayoría de los casos correspondieron a tumores primarios (72,5 %; n = 37). El 27,5 % (n = 14) restante correspondió a recaídas, que incluyeron tanto recurrencias institucionales como recurrencias en pacientes con resecciones iniciales realizadas en otros centros. Durante la evaluación preanestésica, el 60,0 % (n = 31) de los pacientes fueron clasificados como ASA III, lo que reflejó la presencia de comorbilidades sistémicas severas que, aunque significativas, no representaron un compromiso vital inmediato.

La mayoría de los pacientes (96,1 %, n = 49) se encontraban funcionalmente activos, con una clasificación ECOG de 0 o 1. Solo dos pacientes presentaron un puntaje superior: uno con ECOG 2 debido a síntomas severos derivados del tamaño tumoral y otro con ECOG 3, correspondiente a un caso de tumor con hallazgo intraoperatorio de irresecabilidad. En cuanto al estadio clínico, los más frecuentes fueron el estadio Ib para tumores de grado I (50,9 %; n = 26) y el estadio IIb para tumores de grado III (37,2 %; n = 19), de acuerdo con la clasificación francesa de sarcomas (sistema FNCLCC, Federación Nacional de Centros de Lucha contra el Cáncer), que determina el grado histológico con base en la diferenciación tumoral, la tasa mitótica y la presencia de necrosis (tabla 2).

Tabla 2. Características sociodemográficas

Variable	N / Mediana (RIC)	% / Rango
Edad (años)	**59 (50-67)**	**26-83**
Sexo		
Hombres	22	44,0
Mujeres	29	56,0
Presentación		
Primario	37	72,5
Recurrente	14	27,5
Caracterización sociodemográfica		
Estrato 1	2	3,9
Estrato 2	21	41,1
Estrato 3	20	39,2
Estrato 4	5	9,8
Estrato 5	3	5,8
Condición preoperatoria		
ASA 1	7	13,7
ASA 2	12	23,5
ASA 3	31	60,7
ASA 4	1	1,9
Funcionalidad		
ECOG 0	19	37,2
ECOG 1	30	58,8
ECOG 2	1	1,9
ECOG 3	1	1,9
Estadio clínico *AJCC*		
Estadio Ib	26	50,9
Estadio IIIa	1	1,9
Estadio IIIb	19	37,2
Estadio IV	5	9,8

*AJCC**: Comité Conjunto Americano sobre el Cáncer; *ECOG** (Grupo Cooperativo Oncológico del Este): escala que evalúa el estado funcional de los pacientes con cáncer, determinando su capacidad para realizar actividades diarias y su nivel de dependencia; N: corresponde al número total de pacientes; RIC: rango intercuartílico.

*siglas en inglés.

En cuanto al tratamiento, 12 (23,5 %) pacientes recibieron tratamiento neoadyuvante, la totalidad de ellos exclusivamente con radioterapia. En los 39 casos restantes, estos fueron llevados directamente a cirugía. Respecto al tratamiento posoperatorio, el 27,4 % (n = 14) de los pacientes recibió quimioterapia como tratamiento de consolidación, 1 (1,9 %) recibió radioterapia y 2 (3,9 %) ambos tratamientos. En total, el 66,7 % (n = 34) de los pacientes no recibió tratamiento adyuvante (tabla 3).

Tabla 3. Hallazgos histopatológicos y tratamiento

Variable	N / Mediana (RIC)	% / Rango
Neoadyuvancia		
Radioterapia	12	23,5
Quimioterapia	0	0,0
No	39	76,4
Cirugía inicial		
Intrainstitucional	47	92,2
Extrainstitucional	4	7,8
Tipo histológico		
Liposarcoma	36	70,5
Tumor miofibroblástico	4	7,8
Tumor fibrohistiocítico	2	3,9
Tumor pericítico	1	1,9
Tumor de músculo liso	3	5,8
Osteosarcoma	1	1,9
Tumor de la vaina neural	2	3,9
Tumor de diferenciación incierta	2	3,9
Liposarcoma		
Bien diferenciado	15	41,7
Desdiferenciado	19	52,8
Rasgos mixoides	2	5,6
Grado de diferenciación, según la FNCLCC		
Grado 1	32	62,7
Grado 2	3	5,8
Grado 3	16	31,3
Tamaño tumoral (cm)	**21 (11,8 - 30)**	**5,4 - 70**
Translocación 12q15, evaluada por IHQ o *FISH*		
Positiva	17	33,3
Negativa	4	7,8
No realizada	30	58,8
Adyuvancia		
Quimioterapia	14	27,4
Radioterapia	1	1,9
Quimioterapia y radioterapia	2	3,9
Total	17	33,3

*FISH**: hibridación *in situ* con fluorescencia; FNCLCC: Federación Nacional de Centros de Lucha Contra el Cáncer; IHQ: inmunohistoquímica; N: corresponde al número total de pacientes; RIC: rango intercuartílico.

*siglas en inglés.

En el estudio histopatológico final, la mayoría de los tumores fueron liposarcomas (70,5 %, n = 36), seguidos por tumores miofibroblásticos (7,8 %, n = 4) y fibrohistiocíticos (3,9 %, n = 2). El tamaño tumoral, medido como el diámetro mayor en la pieza quirúrgica, varió entre 5,4 cm y 70 cm, con una mediana de 21 cm y un rango intercuartílico (RIC) de 11,75 cm a 30 cm. Se realizó análisis por hibridación *in situ* con fluorescencia (*FISH*, según sus siglas en inglés) para la translocación 12q15 en 21 (41,2 %) pacientes, de los cuales 17 (33,3 %) resultaron positivos. En el 58,0 % (n = 30) restante, este estudio no fue solicitado, ya que el diagnóstico histopatológico fue considerado concluyente.

Respecto a los desenlaces oncológicos, el 86,2 % (n = 44) de los pacientes tuvo resecciones R0 o R1. Solo en siete casos (13,7 %) se evidenció tumor residual en el lecho quirúrgico. La resección multivisceral se llevó a cabo en el 31,3 % (n = 16) de los pacientes, mientras que en los demás (68,6 %, n = 35) se realizó la escisión del tumor con resección asociada de, como máximo, un órgano adicional.

Entre los órganos resecados, la nefrectomía fue el procedimiento más frecuente (29,4 %, n = 15), seguida por hemicolectomía izquierda, hemicolectomía derecha y resección parcial del diafragma. La mediana de pérdida sanguínea intraoperatoria fue de 800 ml, con un RIC de 400 a 1600 ml.

La mediana de estancia hospitalaria fue de siete días. Solo el 35,2 % (n = 18) de los pacientes requirió manejo en la unidad de cuidados intensivos (UCI), con una mediana de estancia en UCI de tres días (tabla 4).

Sobre la morbilidad y mortalidad posoperatoria, se presentaron eventos en el 43,1 % (n = 22) de los casos. Fallecieron 4 (7,8 %) pacientes y 18 (35,2 %) presentaron complicaciones posquirúrgicas, la mayoría de estas se clasificaron como Clavien-Dindo I, dado por íleo adinámico o la estancia prolongada. De estos, solo cinco casos requirieron algún tipo de reintervención quirúrgica (tabla 4).

Del total de pacientes, el 25,5 % (n = 13) presentó recaídas; de estos, 9 (69,2 %) correspondieron a tumores recurrentes y 4 (30,8 %) a tumores primarios (tabla 4). En cuanto a la supervivencia libre de recaída, las tasas a uno, tres y cinco años fueron del 89,0 % ($IC_{95\,\%}$= 82,0-98,7 %), el 78,0 % ($IC_{95\,\%}$=66,0-92,4 %) y el 62,0 % ($IC_{95\,\%}$= 48,0-82,6 %), respectivamente, según el análisis de Kaplan-Meier (figura 1). La densidad de incidencia de recaída fue de 9,7 casos por cada 100 pacientes/año de seguimiento. Durante el periodo de seguimiento no se alcanzó la mediana de supervivencia libre de enfermedad, dado que menos del 50,0 % de los pacientes presentaron recaídas (tabla 4).

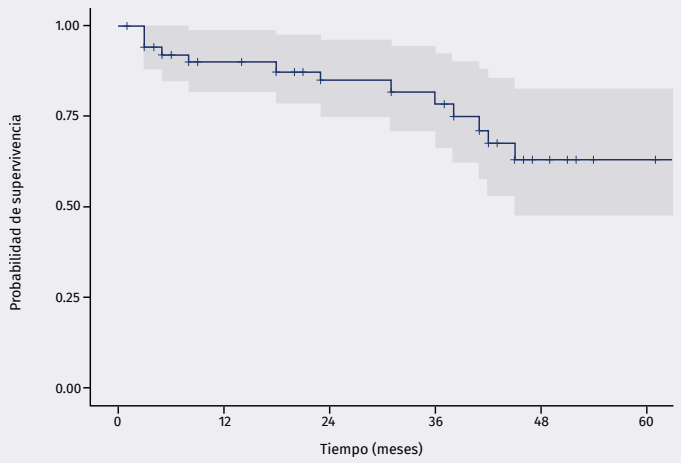
Tabla 4. Desenlaces quirúrgicos y oncológicos

Variable	N / Mediana (RIC)	% / Rango
Estado de resección		
Margen negativo (R0, R1)	44	86,2
Margen positivo (R2)	7	13,7
Tipo de resección		
Multivisceral	16	31,3
Tumoral	35	68,6
Órgano resecado		
Riñón	15	29,4
Colon ascendente	6	11,7
Colon descendente	12	23,5
Colon transverso	3	5,8
Cola de páncreas	2	3,9
Bazo	3	5,8
Músculo psoas	5	9,8
Suprarrenal	6	11,7
Diafragma	6	11,7
Ovario	2	3,9
Arteria ilíaca	2	3,9
Testículo	1	1,9
Pared abdominal	2	3,9
Íleon	1	1,9
Uréter	1	1,9
Vena ilíaca	1	1,9
Volumen de sangrado (ml)	800 (400 - 1,600)	2 - 4,000
Estancia hospitalaria		
Días de hospitalización	7 (6 - 11)	2 - 47
Estancia en UCI	3 (2 - 4,5)	1 - 12
Requerimiento de UCI		
Estancia en UCI	18	35,2
Morbilidad posoperatoria		
Eventos	18	35,3

Mortalidad posoperatoria		
Eventos	4	7,8
Clasificación de Clavien-Dindo*		
Clavien-Dindo I	8	8,9
Clavien-Dindo II	33	37,0
Clavien-Dindo IIIb	5	5,6
Clavien-Dindo V	43	48,3
Desenlaces oncológicos		
Recaídas registradas	13	25,5
Mortalidad posoperatoria	4	7,8

N: corresponde al número total de pacientes; RIC: rango intercuartílico; UCI: unidad de cuidados intensivos.

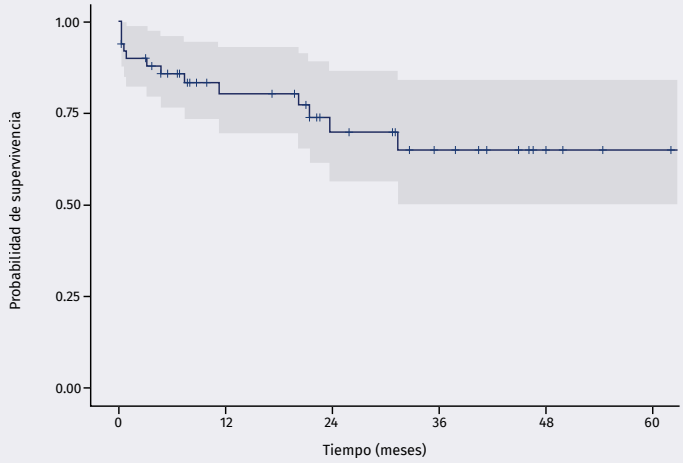
*En total fueron 89 complicaciones y hubo pacientes que presentaron dos o más complicaciones.



Curva de Kaplan-Meier que muestra el tiempo de supervivencia libre de recaída local. El área sombreada representa el intervalo de confianza del 95% ($IC_{95\%}$) y las cruces indican datos censurados. Durante el periodo de seguimiento no se alcanzó la mediana de supervivencia.

Figura 1. Análisis de supervivencia libre de recaída local

En cuanto a la supervivencia global, las tasas a uno, tres y cinco años fueron del 80,0% ($IC_{95\%}$=69,6-93,0%), el 64,0% ($IC_{95\%}$=49,8-84,2%) y el 64,0% ($IC_{95\%}$=49,8-84,2%), respectivamente (figura 2). El tiempo de seguimiento osciló entre nueve días y seis años. Entre los pacientes que fallecieron durante el periodo de observación, la mediana de tiempo hasta la muerte fue de 4,8 meses (RIC= 0,6-20,3 meses).



Curva de Kaplan-Meier que muestra el tiempo de supervivencia global. El área sombreada representa el intervalo de confianza del 95% ($IC_{95\%}$) y las cruces indican datos censurados. Durante el periodo de seguimiento no se alcanzó la mediana de supervivencia.

Figura 2. Análisis de supervivencia global

Discusión

Se reporta la experiencia acumulada durante seis años en el manejo de sarcomas retroperitoneales en un hospital general de cuarto nivel con unidad funcional de tejidos blandos. Este estudio constituye un análisis nuevo y adicional a los resultados quirúrgicos de pacientes con sarcomas retroperitoneales, atendidos en un centro de referencia en Colombia (16). Durante este periodo se realizaron 51 resecciones, la mediana de seguimiento fue de 19,8 meses y la mortalidad del 7,8%.

En esta cohorte, al igual que en lo descrito en la literatura, el abordaje diagnóstico se basó en la tomografía contrastada de abdomen y pelvis como estudio inicial, complementada con una tomografía de tórax para descartar metástasis pulmonares (17-21).

En esta investigación, el 70,0 % de los diagnósticos correspondieron a liposarcoma, el cual se encontró muy por encima del 40,0 % de la proporción reportada por estudios de Estados Unidos (17) y ligeramente superior a lo informado por el INC del 57,0 % para este subtipo histológico (16), esto puede ser secundario al cambio en la clasificación de sarcomas que se dio en el año 2020 (6). Al analizar los subtipos, el liposarcoma desdiferenciado fue el más frecuente (52,8 %, n = 19), seguido del bien diferenciado (41,7 %, n = 15) y, en menor proporción, aquellos con rasgos mixoides (5,6 %, n = 2).

Respecto al grado de diferenciación, la mayoría de los pacientes de esta investigación (68,6 %, n = 35) presentaron tumores grados I y II, según la clasificación francesa de sarcomas (18), mientras que el 31,3 % (n = 16) correspondió a tumores grado III. Esta proporción contrasta con lo reportado en otro estudio nacional en 2015, donde la tasa de tumores grado III fue del 65,0 % (16) y se asemejó más a lo descrito en bases de datos de Estados Unidos, en las que se informó una tasa del 27,0 % (19), y en el estudio de Gronchi *et al*., en Europa, donde los tumores grado III representaron el 27,6 % del volumen total (20).

En cuanto al tratamiento neoadyuvante, se observó que la mayoría de los pacientes no lo recibió (76,0 %, n = 39). En los 12 pacientes que sí lo recibieron, el 100,0 % fue tratado exclusivamente con radioterapia, de acuerdo con las indicaciones descritas en las guías y la evidencia actual. Cabe resaltar que en ningún caso se indicó quimioterapia neoadyuvante (5, 21-23). La cirugía inicial se realizó en el hospital en el que se efectuó el estudio en el 92,2 % (n = 47) de los casos, mientras que el 7,8 % (n = 4) restante había sido intervenido inicialmente en otra institución. En cuanto a patrones de resección, el hospital realizó cirugía multivisceral en el 31,0 % de los pacientes, mientras que el INC reportó realizar resecciones del mismo tipo en el 44,5 % de sus pacientes (16). En Estados Unidos, actualmente se realiza resección multivisceral en el 45,3 % de los pacientes, que aumenta hasta un 63,7 % cuando se efectúa en centros de alto volumen (19), lo que contrasta con los resultados del presente estudio.

Con respecto a la frecuencia de resección por órgano, en este estudio el más frecuentemente resecado fue el riñón, con un 29,0 % de los casos, similar a los hallazgos en la cohorte reportada por el INC del 26,7 % (16) y que se contrastó con los hallazgos de Figueroa *et al*. en Medellín, donde el órgano más resecado fue el colon en el 30,0 % de los casos (24). Como hallazgo quirúrgico, el 53,0 % de los pacientes en el presente estudio presentó tumores mayores a 20 cm, como es usual (25-27), y pese al tamaño considerable, se logró la resección completa en el 86,0 % de los casos, esta tasa resultó ser muy similar a lo reportado en centros de alto volumen en Estados Unidos, donde se reportó un 86,6 % comparado con centros de menor experiencia, en los cuales la tasa de resección completa fue del 71,8 % (19), lo que contrastó con la experiencia reportada en otros centros latinoamericanos, donde la tasa de resección completa fue del 57,9 % (26).

Con relación a la morbilidad posoperatoria, se presentaron complicaciones en 22 pacientes (43,1%). De estos, 17 (77,3%) no requirieron reintervención y fueron manejados médicamente o con procedimientos percutáneos, mientras que 5 (22,7%) sí requirieron una reintervención no planeada. En total, se registraron 4 fallecimientos, correspondientes al 7,8 % de la población, similar a los hallazgos publicados en otros estudios en Colombia (24), pero superior a lo reportado en Estados Unidos, donde la mortalidad es del 1,8 %, o en Europa, donde se reportan tasas de mortalidad variable que van del 1,3 % al 5,8 % (26-28).

Desde el punto de vista del pronóstico, la recurrencia local es el principal problema en los sarcomas retroperitoneales, con tasas que superan el 70,0 % en los primeros dos años y que en la mayoría de los casos corresponden a recidivas intraabdominales. Incluso, tras resecciones completas, se han descrito recurrencias en el 43,0-82,0 % de los pacientes, lo que impacta directamente en la supervivencia. A los cinco años, la sobrevida puede variar entre el 0,0 % y el 40,0 % después de una resección completa, mientras que en los casos sin resección desciende a menos del 5,0 %. En términos de subtipos, los liposarcomas bien diferenciados y mixoides presentan los desenlaces más favorables, con supervivencias de hasta un 80,0 - 90,0 % a cinco años, en contraste con los leiomiosarcomas y otros tumores de alto grado, cuya supervivencia puede reducirse a un 0,0 - 29,0 % en el mismo periodo (21).

La tasa de recaída encontrada para la población del presente estudio fue del 25,5 %, que se encuentra por debajo de la reportada por el estudio realizado en el *Memorial Sloan Kettering Cancer Center*, quienes en su experiencia de 40 años reportaron una tasa de recaída del 50,0 % (15). Se debe, sin embargo, tomar en cuenta que

dicho estudio reportó un seguimiento superior a cinco años, que comenzó en 1984, antes del advenimiento de la cirugía compartimental (7, 29), mientras que la tasa de la presente investigación está más relacionada con el estudio de Lewis *et al*. (25), quienes reportaron una tasa de recurrencia local del 24,0 % y de nuevo similar a lo reportado a nivel nacional del 29,0 % (16), estos datos contrastan con centros de excelencia, como el *Hospital Royal Marsden*, que tiene una tasa de recaída a tres años del 19,0 % (30).

El presente estudio presentó las limitaciones inherentes a su diseño retrospectivo, entre ellas, el riesgo de sesgos de información derivados de la dependencia de registros clínicos institucionales y la falta de un seguimiento uniforme en todos los pacientes. Asimismo, se trató de una experiencia en un solo centro con un número limitado de casos, lo que restringió la generalización de los hallazgos a otras poblaciones o contextos. El tamaño muestral reducido también impidió realizar análisis de subgrupos o ajustes por potenciales factores de confusión. Por estas razones, los resultados deben interpretarse con cautela, no obstante, el estudio aporta información valiosa sobre la práctica clínica en Colombia y resalta la necesidad de investigaciones prospectivas, multicéntricas y con mayor poder estadístico para validar estos hallazgos.

Conclusión

Se obtuvo que las tasas de recaída local, supervivencia y complicaciones observadas en la institución fueron comparables con las reportadas por otros centros de referencia con amplia experiencia.

A pesar de que el hospital donde se realizó el estudio se encuentra en un rango intermedio en cuanto al número de casos atendidos anualmente, los resultados obtenidos fueron similares respecto a las tasas de desenlaces oncológicos y de recurrencia reportadas por centros de alto volumen. Esto resalta la importancia de establecer unidades funcionales y centros especializados en el tratamiento de estos tumores. Asimismo, los hallazgos de este estudio pueden aportar a la estandarización de la práctica clínica en Colombia, favoreciendo la homogeneidad en el manejo y la mejora progresiva de los desenlaces.

Adicionalmente, se considera que se deben continuar realizando esfuerzos en la creación y mantenimiento de bases de datos adecuadas, prospectivas y multicéntricas, con el objetivo de realizar mejores estudios de investigación y obtener información con mayor validez en Colombia.

Consideraciones éticas

Este estudio fue aprobado por el comité de ética del Hospital Universitario San Ignacio y se realizó conforme a los principios de la Declaración de Helsinki. Dado que se trata de un estudio retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas sin identificación de los pacientes, el comité de ética eximió la necesidad de obtener un consentimiento informado individual.

Conflictos de interés

Los autores declaran no presentar conflictos de interés relacionados con el estudio.

Financiación

Este trabajo no recibió financiación externa, los costos asociados fueron asumidos exclusivamente por los autores.

Referencias

1. Porter G, Baxter N, Pisters P. Retroperitoneal sarcoma: a population-based analysis of epidemiology, surgery, and radiotherapy. Cancer. 2006;106(7):1610-6. https://doi.org/10.1002/cncr.21761

2. Instituto Nacional de Cancerología. Anuario estadístico 2022 [internet]. Bogotá D. C.: INC; 2023. [citado 2025 my. 16]. Disponible en: https://www.cancer.gov.co/conozca-sobre-cancer-1/publicaciones/anuario-estadistico-2022

3. Maurice M, Yih J, Ammori J, Abouassaly R. Predictors of surgical quality for retroperitoneal sarcoma: volume matters. J Surg Oncol. 2017;116(6):766-74. https://doi.org/10.1002/jso.24710

4. Trans-Atlantic RPS Working Group. Management of primary retroperitoneal sarcoma (RPS) in the adult: a consensus approach from the Trans-Atlantic RPS working group. Ann Surg Oncol. 2015;22(1):256-63. https://doi.org/10.1245/s10434-014-3965-2

5. Callegaro D, Raut C, Ajayi T, Strauss D, Bonvalot S, Ng D, *et al*. Preoperative radiotherapy in patients with primary retroperitoneal sarcoma: EORTC-62092 trial (STRASS) versus off-trial (STREXIT) results. Ann Surg. 2023;278(1):127-34. https://doi.org/10.1097/sla.0000000000005492

6. Adam M, Moris D, Behrens S, Nussbaum D, Jawitz O, Turner M, *et al*. Hospital volume threshold for the treatment of retroperitoneal sarcoma. Anticancer Res. 2019;39(4):2007-14. https://doi.org/10.21873/anticanres.13311

7. Bonvalot S, Rivoire M, Castaing M, Stoeckle E, Le Cesne A, Blay J, *et al*. Primary retroperitoneal sarcomas: a multivariate analysis of surgical factors associated with local control. J Clin Oncol. 2009;27(1):31-7. https://doi.org/10.1200/jco.2008.18.0802

8. Callegaro D, Miceli R, Brunelli C, Colombo C, Sanfilippo R, Radaelli S, *et al*. Long-term morbidity after multivisceral resection for retroperitoneal sarcoma. Br J Surg. 2015;102(9):1079-87. https://doi.org/10.1002/bjs.9829

9. Blay J, Hindi N, Bollard J, Aguiar S, Angel M, Araya B, *et al*. SELNET clinical practice guidelines for soft tissue sarcoma and GIST. Cancer Treat Rev. 2022;102:102312. https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2021.102312

10. Gronchi A, Miah A, Dei Tos A, Abecassis N, Bajpai J, Bauer S, *et al*. Soft tissue and visceral sarcomas: ESMO-EURACAN-GENTURIS Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2021;32(11):1348-65. https://doi.org/10.1016/j.annonc.2021.07.006

11. von Mehren M, Kane J, Agulnik M, Bui M, Carr-Ascher J, Choy E, *et al*. Soft tissue sarcoma, version 2.2022, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2022;20(7):815-33. https://doi.org/10.6004/jnccn.2022.0035

12. Li X, Wu T, Xiao M, Wu S, Min L, Luo C. Adjuvant therapy for retroperitoneal sarcoma: a meta-analysis. Radiat Oncol. 2021;16(1):196. https://doi.org/10.1186/s13014-021-01774-w

13. Pasquali S, Pizzamiglio S, Touati N, Litiere S, Marreaud S, Kasper B, *et al*. The impact of chemotherapy on survival of patients with extremity and trunk wall soft tissue sarcoma: revisiting the results of the EORTC-STBSG 62931 randomised trial. Eur J Cancer. 2019;109:51-60. https://doi.org/10.1016/j.ejca.2018.12.009

14. Lewis J, Leung D, Woodruff J, Brennan M. Retroperitoneal soft-tissue sarcoma: analysis of 500 patients treated and followed at a single institution. Ann Surg. 1998;228(3):355-65. https://doi.org/10.1097/00000658-199809000-00008

15. Brennan M, Antonescu C, Moraco N, Singer S. Lessons learned from the study of 10,000 patients with soft tissue sarcoma. Ann Surg. 2014;260(3):416-21. https://doi.org/10.1097/sla.0000000000000869

16. García M, Lehmann C, Ríos D, Prada N, López H, Díaz S, *et al*. Tumores retroperitoneales: experiencia de 11 años en un centro de referencia en cáncer en un país latinoamericano (2000-2011). Rev Col Cancerol. 2015;19(2):61-70. https://doi.org/10.1016/j.rccan.2015.01.003

17. Stricker E, Reed D, Schabath M, Sok P, Scheurer M, Lupo P. Trends in overall survival among patients treated for sarcoma at a large tertiary cancer center between 1986 and 2014. Cancers. 2023;15(2):514. https://doi.org/10.3390/cancers15020514

18. Lin X, Davion S, Bertsch E, Omar I, Nayar R, Laskin W. Federation Nationale des Centers de Lutte Contre le Cancer grading of soft tissue sarcomas on needle core biopsies using surrogate markers. Hum Pathol. 2016;56:147-54. https://doi.org/10.1016/j.humpath.2016.06.008

19. Villano A, Vidri R, Vo E, Greco S, Howell K, von Mehren M, *et al*. National trends in treatment for retroperitoneal soft tissue sarcoma: a modern appraisal of variability in therapeutic strategies. Ann Surg Oncol. 2022;29(4):2275-85. https://doi.org/10.1245/s10434-021-10908-z

20. Gronchi A, Strauss D, Miceli R, Bonvalot S, Swallow C, 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. 2016;263(5):1002-9. https://doi.org/10.1097/sla.0000000000001447

21. Ríos A, Rodríguez J, Sánchez F, Carrasco M, Valero G, Parrilla P. Tratamiento de los sarcomas retroperitoneales. Gastroenterol Hepatol. 2000;23(7):333-7. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-tratamiento-sarcomas-retroperitoneales-10768

22. Bonvalot S, Gronchi A, Le Péchoux C, Swallow C, Strauss D, Meeus P, *et al*. Preoperative radiotherapy plus surgery versus surgery alone for patients with primary retroperitoneal sarcoma (EORTC-62092: STRASS): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 trial. Lancet Oncol. 2020;21(10):1366-77. https://doi.org/10.1016/s1470-2045(20)30446-0

23. Tortorello G, Li E, Sharon C, Ma K, Maki R, Miura J, *et al*. Neoadjuvant chemotherapy in retroperitoneal sarcoma: a national cohort study. Ann Surg Oncol. 2023;30(11):6886-93. https://doi.org/10.1245/s10434-023-13933-2

24. Figueroa J, Herazo F, Ríos D, Vergara E, Penagos D, Perdomo C. Descripción de dos abordajes quirúrgicos para tumores retroperitoneales, experiencia en el Hospital Pablo Tobón Uribe, 2003-2011. Rev Colomb Cir. 2012;27:221-6. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2011-75822012000300007&script=sci_abstract

25. Lewis J, Leung D, Woodruff J, Brennan M. Retroperitoneal soft-tissue sarcoma analysis of 500 patients treated and followed at a single institution. Ann Surg. 1998;228(3):355-65. https://doi.org/10.1097/00000658-199809000-00008

26. Garcia-Ortega D, Villa-Zepeda O, Martinez-Said H, Cuellar-Hübbe M, Luna-Ortiz K. Oncology outcomes in retroperitoneal sarcomas: prognostic factors in a retrospective cohort study. Int J Surg. 2016;32:45-9. https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2016.06.001

27. Fiore M, Brunelli C, Miceli R, Manara M, Lenna S, Rampello N, *et al*. A prospective observational study of multivisceral resection for retroperitoneal sarcoma: clinical and patient-reported outcomes 1 year after surgery. Ann Surg Oncol. 2021;28(7):3904-16. https://doi.org/10.1245/s10434-020-09307-7

28. Willburger J, von Strauss M, Peterson C, Glass T, Kettelhack C. Incidence, treatment and outcome of patients with retroperitoneal soft-tissue sarcoma in Switzerland 2005-2015: a population-based analysis. World J Surg. 2022;46(2):461-8. https://doi.org/10.1007/s00268-021-06374-z

29. Gronchi A, Lo Vullo S, Fiore M, Mussi C, Stacchiotti S, Collini P, *et al*. Aggressive surgical policies in a retrospectively reviewed single-institution case series of retroperitoneal soft tissue sarcoma patients. J Clin Oncol. 2009;27(1):24-30. https://doi.org/10.1200/jco.2008.17.8871

30. Smith H, Panchalingam D, Hannay J, Smith M, Thomas J, Hayes A, *et al*. Outcome following resection of retroperitoneal sarcoma. Br J Surg. 2015;102(13):1698-709. https://doi.org/10.1002/bjs.9934