

Detección oportuna de un liposarcoma desdiferenciado retroperitoneal desde un Servicio de Prevención hospitalario: el valor del estudio de la anemia inflamatoria. Caso clínico

Pablo Daniel Lorenzo Barcia⁽¹⁾, Sergio De Santos Belinchón⁽²⁾, Álvaro Gallardo Fernández⁽³⁾, María de los Ángeles Díaz Sotero⁽⁴⁾, Silvia O'Connor Pérez⁽⁵⁾, Ignacio Bardón Fernández-Pacheco⁽⁶⁾

¹Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Clínico San Carlos. Madrid, España.
ORCID: 0009-0001-4496-6718

²Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid, España. ORCID: 0000-0002-9492-6263

³Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Clínico San Carlos. Madrid, España.
ORCID: 0000-0002-9271-0688

⁴Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Clínico San Carlos. Madrid, España.
ORCID: 0009-0005-9739-5495

⁵Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Clínico San Carlos. Madrid, España.
ORCID: 0000-0002-9676-0201

⁶Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Clínico San Carlos. Madrid, España. Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Departamento de Salud Pública y Materno-Infantil. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España. ORCID: 0000-0003-1787-1198

Correspondencia:

Pablo Daniel Lorenzo Barcia

Dirección postal: Calle Porf. Martín Lagos s/n. 28040.

Madrid, España.

Correo electrónico: pablodaniel.lorenzo@salud.madrid.org

La cita de este artículo es: Pablo Daniel Lorenzo Barcia et al. Detección oportuna de un liposarcoma desdiferenciado retroperitoneal desde un Servicio de Prevención hospitalario: el valor del estudio de la anemia inflamatoria. Caso clínico. Rev Asoc Esp Espec Med Trab 2026; 35(3):356-366

RESUMEN.

Antecedentes: Los sarcomas retroperitoneales pueden crecer de forma silente y alcanzar gran tamaño antes de producir síntomas.

Objetivos: Describir la detección oportuna de un liposarcoma desdiferenciado desde un Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL).

Material y Métodos: Se presenta el caso de una mujer de 65 años que consulta por astenia. La evaluación incluye estudio analítico, pruebas de imagen, valoración hormonal, biopsia y abordaje multidisciplinar.

TIMELY DETECTION OF A RETROPERITONEAL DEDIFFERENTIATED LIPOSARCOMA BY A HOSPITAL-BASED OCCUPATIONAL HEALTH SERVICE: THE VALUE OF EVALUATING INFLAMMATORY ANEMIA. A CASE REPORT.

ABSTRACT

Background: Retroperitoneal sarcomas may grow silently and reach a large size before causing symptoms.

Objectives: To describe the timely detection of a dedifferentiated liposarcoma by an Occupational Health Service.

Resultados: Se identifica anemia microcítica de nueva aparición, intensa respuesta inflamatoria, trombocitosis y pérdida ponderal de 10 kg. La TC muestra una masa retroperitoneal de 18 cm. Tras excluir feocromocitoma, la biopsia informa de neoplasia mesenquimal maligna fusocelular. Se realiza resección multivisceral en bloque y la anatomía patológica confirma liposarcoma dediferenciado grado 3. La evolución es favorable, sin enfermedad metastásica radiológica ni indicación de tratamiento sistémico adyuvante.

Conclusiones: La actuación del SPRL facilita la detección oportuna y la derivación especializada.

Palabras clave: Anemia inflamatoria; liposarcoma dediferenciado; Servicio de Prevención de Riesgos Laborales; detección oportuna; caso clínico

Materials and Methods: We report the case of a 65-year-old woman who presents with asthenia. Evaluation includes laboratory testing, imaging, hormonal assessment, biopsy, and multidisciplinary management.

Results: Initial evaluation identifies newly developed microcytic anemia, marked inflammation, thrombocytosis, and a 10-kg weight loss. CT shows an 18-cm retroperitoneal mass. After excluding pheochromocytoma, biopsy identifies a malignant spindle-cell mesenchymal neoplasm. The multidisciplinary team performs en bloc multivisceral resection, and definitive histopathology confirms grade 3 dedifferentiated liposarcoma. The clinical course is favorable, with no radiological evidence of metastatic disease and no indication for adjuvant systemic therapy.

Conclusions: The Occupational Health Service facilitates timely detection and referral to specialized care.

Key words: Inflammatory anemia; dedifferentiated liposarcoma; Occupational health services; timely detection; case report

Fecha de recepción: 8 de abril de 2026

Fecha de aceptación: 4 de septiembre de 2026

Introducción

Los sarcomas retroperitoneales primarios representan aproximadamente el 10-16% de todos los sarcomas de partes blandas, siendo los liposarcomas y leiomiomasarcomas los subtipos más frecuentes¹. Estas neoplasias se caracterizan por un crecimiento silente, alcanzando gran tamaño antes de producir sintomatología, que suele ser inespecífica¹. La presentación clínica más habitual es una masa asintomática de crecimiento progresivo; cuando aparecen síntomas, estos incluyen dolor abdominal, pérdida de peso, saciedad precoz o síntomas compresivos⁽¹⁾. La anemia inflamatoria, también denominada

anemia de trastornos crónicos, constituye la segunda causa más frecuente de anemia a nivel mundial tras la ferropenia⁽²⁾. Se caracteriza por hipoferremia con depósitos de hierro preservados, mediada por citosinas proinflamatorias y hepcidina, que secuestran el hierro en el sistema reticuloendotelial⁽²⁾.

El presente caso ilustra cómo el estudio sistemático de una anemia inflamatoria con marcada restricción de hierro desde un Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) hospitalario motiva la ampliación del estudio y contribuyó a la detección oportuna de una neoplasia retroperitoneal de gran tamaño todavía potencialmente resecable.

Caso Clínico

Mujer de 65 años, técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), que acude al SPRL por astenia de tres meses de evolución. Refiere encontrarse más cansada desde un cuadro catarral asociando odinofagia y tos seca persistentes.

Entre los antecedentes personales destacan hipertensión arterial (HTA) en tratamiento con enalapril 5 mg, dislipidemia (DL) en tratamiento con atorvastatina 10 mg y litiasis renal por hipercalcemia en seguimiento por Urología. Como antecedentes familiares relevantes, presenta padre fallecido por carcinoma orofaríngeo y una hermana fallecida por mesotelioma pleural. La paciente es exfumadora desde hace 15 años.

En la exploración física inicial se objetiva tensión arterial de 156/60 mmHg, frecuencia cardíaca de 98 latidos por minuto, auscultación cardíaca rítmica con un soplo sistólico ya conocido (ecocardiograma transtorácico previo normal) y auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. No se palpan masas abdominales ni adenopatías.

Se solicita analítica completa, radiografía de tórax y electrocardiograma. Los resultados revelan anemia microcítica de nueva aparición con hemoglobina (Hb) de 10,5 g/dL (previa de 14,5 g/dL siete meses antes), volumen corpuscular medio (VCM) de 77,5 fL, amplitud de distribución eritrocitaria (ADE) de 16,6%, trombocitosis de 637.000 plaquetas/ μ L y leucocitos de 9.800/ μ L. El perfil férrico muestra hierro sérico de 19 μ g/dL, ferritina de 778 ng/mL, transferrina de 166 mg/dL, índice de saturación de transferrina (IST) del 8% y receptor soluble de transferrina (RsTf) de 2,15 mg/L. La proteína C reactiva (PCR) se encuentra marcadamente elevada (136,9 mg/L) y la prealbúmina disminuida (9 mg/dL). La radiografía de tórax muestra atelectasia laminar sin consolidados ni datos de infección.

Reinterrogando a la trabajadora, refiere pérdida ponderal de unos 10 kg en los últimos 3 meses, hiporexia y astenia marcada. Niega exteriorización de sangrado digestivo o ginecológico (menopausia

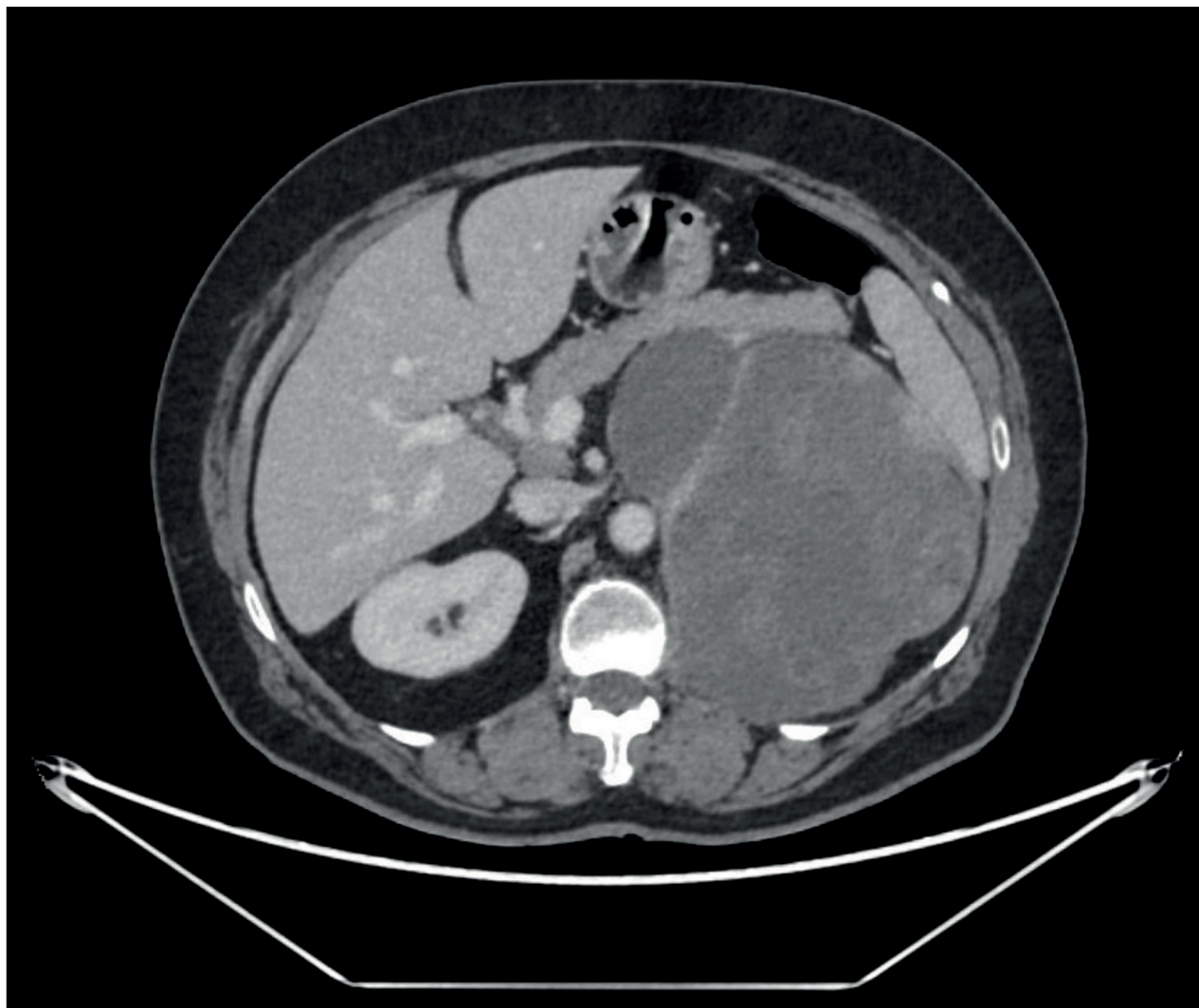
hace 10 años). Niega sudoración nocturna, aunque reconoce febrícula ocasional termometrada en domicilio. Niega dolor articular, rigidez matutina o debilidad de cinturas.

Ante la sospecha de neoplasia oculta, se solicita sangre oculta en heces (SOH), gastroscopia, colonoscopia y marcadores tumorales. La SOH resulta negativa. La gastroscopia y colonoscopia no muestran hallazgos macroscópicos relevantes, con anatomía patológica de biopsias gástricas negativa para *Helicobacter pylori* y sin displasia. Los marcadores tumorales (antígeno carcinoembrionario [CEA], CA 19-9 y CA 125) son normales.

En analíticas sucesivas persiste anemia (Hb 10,0-10,6 g/dL, VCM 74-77 fL), con reticulocitos del 1,09% (absolutos 80.600/ μ L, respuesta insuficiente), trombocitosis mantenida (669.000-675.000/ μ L) y leucocitosis leve (10.600-11.800/ μ L) con neutrofilia. Los reactantes de fase aguda permanecen muy elevados: velocidad de sedimentación globular (VSG) de 56-89 mm/h, PCR de 128,7 mg/L y fibrinógeno de 1.113 mg/dL. El perfil férrico mantiene un patrón compatible con anemia de inflamación, con marcada restricción de la disponibilidad de hierro: hierro de 13-17 μ g/dL, ferritina de 871-892 ng/mL, IST del 6-7% y RsTf de 2,16-2,31 mg/L. No se observan datos sugestivos de hemólisis; la haptoglobina se encuentra elevada (505 mg/dL) y la lactato deshidrogenasa (LDH) es normal (170 U/L). La beta-2-microglobulina es de 1,8 mg/L (normal). La función renal y hepática son normales, salvo gamma-glutamyl transferasa (GGT) ligeramente elevada (71 U/L). La hemoglobina glicosilada (HbA1c) es de 6,4%.

El proteinograma muestra un patrón inflamatorio con hipoalbuminemia relativa (43,9%, 3,16 g/dL), elevación de alfa-1-globulinas (10,3%, 0,74 g/dL) y alfa-2-globulinas (16,6%, 1,2 g/dL), sin componente monoclonal. El cociente albúmina/globulina está disminuido (0,78). El estudio de autoinmunidad (anticuerpos antinucleares [ANA], anticuerpos anti-antígenos nucleares extraíbles [ENA], crioglobulinas, factor reumatoide [FR],

FIGURA 1. TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (TC) TÓRACO-ABDÓMINO-PÉLVICA CON CONTRASTE INTRAVENOSO.



Gran tumoración sólida heterogénea en retroperitoneo izquierdo de $14 \times 14,4 \times 18$ cm de diámetros máximos.

anticuerpos antipéptido citrulinado cíclico [anti-CCP] y complemento) resulta negativo.

Ante la persistencia de anemia inflamatoria sin foco identificado, con síndrome constitucional y antecedentes familiares oncológicos, se solicita tomografía computarizada (TC) tóraco-abdomino-pélvica con contraste intravenoso. El estudio revela una gran tumoración

sólida heterogénea en el retroperitoneo izquierdo de $14 \times 14,4 \times 18$ cm de diámetros máximos. La lesión ocupa la fosa suprarrenal izquierda, extendiéndose caudalmente por detrás del riñón izquierdo, que se encuentra desplazado. Condiciona efecto de masa sobre el bazo y el cuerpo y cola del páncreas. No se identifican signos de infiltración del

músculo psoas. No se visualiza plano graso de separación con el bazo en algunas zonas, no pudiendo descartar infiltración esplénica. No parece existir infiltración de la cola del páncreas ni del estómago. No se identifica claramente la glándula suprarrenal izquierda. Comparando con un estudio previo de 2 años de antigüedad, la tumoración es de nueva aparición. El diagnóstico radiológico diferencial incluye sarcoma retroperitoneal o carcinoma adrenocortical; no presenta características de linfoma (Figura 1).

Dado el diagnóstico radiológico diferencial, se considera necesaria la obtención de tejido para establecer un diagnóstico histológico que permita orientar la planificación terapéutica. No obstante, debido a la localización de la masa en la fosa suprarrenal izquierda y a que no puede excluirse inicialmente un origen adrenal, antes de realizar la biopsia se lleva a cabo un estudio hormonal dirigido a descartar, en particular, un feocromocitoma⁽³⁾. Se determinan metanefrinas fraccionadas en orina de 24 horas, cortisol tras supresión con 1 mg de dexametasona (test de Nugent) y perfil hormonal adrenal. La paciente no presenta rasgos cushingoides, estrías, acné, equimosis ni giba dorsal.

Las metanefrinas y normetanefrinas urinarias se encuentran dentro de los rangos de normalidad. El cortisol tras supresión con 1 mg de dexametasona es de 1,9 µg/dL, valor limítrofe respecto al punto de corte actualmente recomendado para excluir secreción autónoma de cortisol ($\leq 1,8$ µg/dL)⁽³⁾. No se objetivan signos clínicos de hipercortisolismo manifiesto.

Tras excluir bioquímicamente un feocromocitoma mediante la determinación de metanefrinas urinarias, se realiza biopsia con aguja gruesa (BAG) guiada por TC para la caracterización histológica de la lesión^(1,4). El estudio anatomopatológico informa de neoplasia mesenquimal maligna fusocelular con patrón morfológico e inmunohistoquímico no concluyentes. Microscópicamente se observan cilindros con neoplasia mesenquimal de morfología fusocelular y núcleos de aspecto

neural, dispuesta en haces cortos entrecruzados formando imágenes focales en patrón de espina de pescado, con escasa actividad mitótica (1 mitosis/mm²) y sin necrosis.

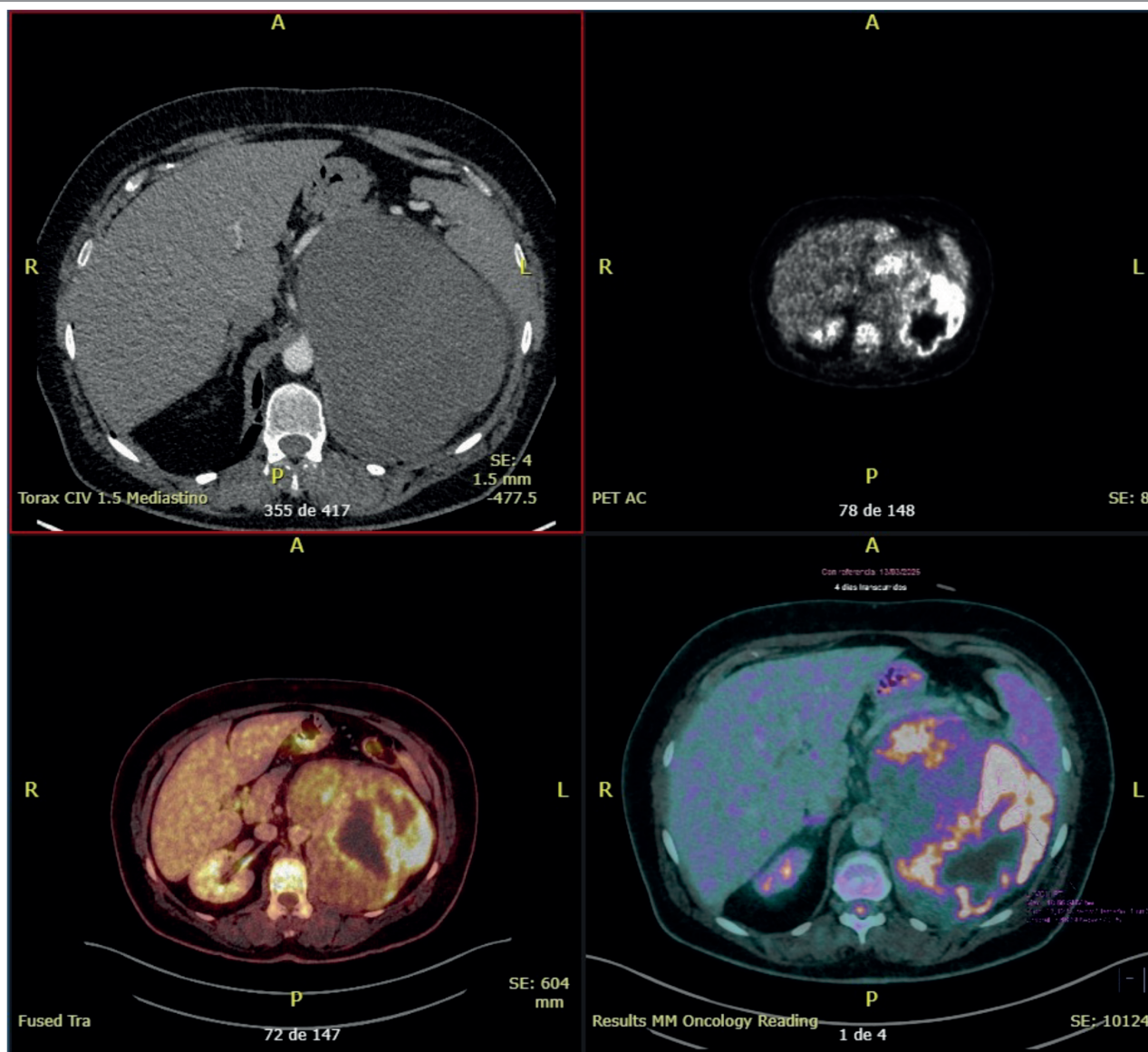
El perfil inmunohistoquímico muestra positividad intensa para CD34 y negatividad para actina, desmina, calponina, caldesmón, citoqueratinas (CKAE1/3), SOX10, S100, proteína ácida fibrilar glial (GFAP), c-KIT, DOG1 y STAT6. La tinción para H3K27me3 está preservada en las células tumorales. La amplificación de MDM2 es negativa. El diagnóstico anatomopatológico preliminar es de neoplasia mesenquimal maligna fusocelular, sin poder descartar fibrosarcoma. Se recomienda la realización de técnicas de secuenciación masiva para caracterización molecular definitiva.

Como parte del estudio de estadificación, se realiza PET/TC, que muestra intensa captación metabólica en la masa retroperitoneal izquierda, sin otros focos hipermetabólicos sugestivos de enfermedad metastásica a distancia (Figura 2).

Tras obtener el diagnóstico histológico preliminar de neoplasia mesenquimal maligna fusocelular, la paciente es derivada para valoración especializada y el caso se presenta en el comité multidisciplinar de sarcomas. Tras la revisión conjunta de los hallazgos clínicos, radiológicos y anatomopatológicos, y dada la resecabilidad de la tumoración, se decide tratamiento quirúrgico con intención curativa^(1,5).

Aproximadamente un mes después de la valoración multidisciplinar se realiza resección quirúrgica en bloque de la tumoración retroperitoneal junto con bazo, cola pancreática, riñón izquierdo, glándula suprarrenal izquierda y colon descendente. El estudio anatomopatológico definitivo establece el diagnóstico de liposarcoma desdiferenciado retroperitoneal grado 3, de 19,5 cm de diámetro máximo, con 11 mitosis/mm² y un 35% de necrosis, sin invasión linfovascular y con afectación del margen de resección. El ganglio linfático regional analizado se encuentra libre de afectación neoplásica, correspondiendo a pT4 pN0 cM0, estadio pronóstico IIIB (AJCC 8.^a edición). El tumor engloba la glándula suprarrenal

FIGURA 2. TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES/TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (PET/TC) DE ESTADIFICACIÓN.



Intensa captación metabólica en la masa retroperitoneal izquierda, sin evidencia de focos hipermetabólicos compatibles con enfermedad metastásica a distancia.

e invade la cápsula renal, sin evidenciarse infiltración parenquimatosa o estromal del resto de los órganos incluidos en la pieza.

El estudio mediante hibridación fluorescente in situ (FISH) no demuestra amplificación de

MDM2. No obstante, dada la morfología tumoral, la presencia de lipoblastos ocasionales y la exclusión de otros subtipos de sarcoma, el estudio anatomopatológico definitivo considera el cuadro compatible con liposarcoma desdiferenciado.

Durante el postoperatorio presenta anemia grave que requiere transfusión de dos concentrados de hematíes y una fístula pancreática, de evolución favorable con tratamiento conservador. En el seguimiento posterior al alta hospitalaria presenta buena recuperación clínica, con resolución del síndrome constitucional, ausencia de dolor y situación funcional según la escala del Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) de 0. La TC de control muestra cambios posquirúrgicos, sin evidencia de afectación tumoral a distancia. Tras valoración por Oncología Médica no se considera indicado tratamiento sistémico adyuvante, manteniéndose seguimiento clínico y radiológico (Tabla 1).

Discusión

En este caso, la ferritina marcadamente elevada, junto con la hipoferremia, la disminución de la transferrina y la intensa respuesta inflamatoria, apoya el diagnóstico de anemia de inflamación. El IST marcadamente disminuido (6-8%) indica una importante restricción de la disponibilidad de hierro para la eritropoyesis, compatible con el secuestro de hierro mediado por la inflamación. Sin embargo, en este contexto, un IST bajo no permite establecer por sí solo la existencia de un déficit absoluto de hierro. Los valores de RsTf discretamente elevados pueden sugerir una alteración de la disponibilidad de hierro a nivel eritropoyético, pero no se consideran suficientes para demostrar una ferropenia absoluta concomitante⁽²⁾.

La anemia de inflamación puede acompañar a las neoplasias y formar parte de su presentación clínica⁽²⁾. En tumores sólidos, la anemia puede ser una manifestación de la enfermedad; en las neoplasias retroperitoneales, el crecimiento silente permite que alcancen gran tamaño antes de producir sintomatología⁽¹⁾.

Los sarcomas retroperitoneales representan aproximadamente el 10-16% de los sarcomas de partes blandas del adulto⁽¹⁾. Se caracterizan por

presentarse como masas de gran tamaño debido a que el retroperitoneo permite un crecimiento expansivo sin producir síntomas hasta fases avanzadas^(1,5). El diagnóstico diferencial de una masa retroperitoneal incluye linfoma, tumores de células germinales, carcinomas indiferenciados, tumores estromales gastrointestinales (GIST), tumores adrenales y lesiones benignas^(1,5). La TC con contraste es la modalidad de imagen preferida para la evaluación inicial^(1,5).

La localización de la masa en la fosa suprarrenal izquierda obliga a descartar un tumor adrenal funcionante antes de realizar la biopsia. Las guías recomiendan determinar metanefrinas plasmáticas o urinarias para descartar feocromocitoma en las lesiones adrenales con características no típicas de adenoma benigno⁽³⁾. El test de supresión con dexametasona (test de Nugent) permite valorar la existencia de secreción autónoma de cortisol⁽³⁾. Las metanefrinas urinarias son normales, permitiendo excluir bioquímicamente un feocromocitoma antes de realizar la BAG.

El estudio anatomopatológico inicial mediante biopsia con aguja gruesa muestra una neoplasia mesenquimal maligna fusocelular con perfil inmunohistoquímico no concluyente. La positividad intensa para CD34, junto con la negatividad para STAT6, S100, SOX10, c-KIT, DOG1, actina, desmina y caldesmón, permite excluir varios diagnósticos diferenciales, aunque no es posible establecer un subtipo definitivo. El estudio mediante FISH no demuestra amplificación de MDM2.

Sin embargo, el análisis de la pieza quirúrgica permite establecer el diagnóstico definitivo de liposarcoma desdiferenciado grado 3, pese a mantenerse la ausencia de amplificación de MDM2. Aunque la amplificación de MDM2 constituye una alteración molecular característica de los liposarcomas bien diferenciados y desdiferenciados, su ausencia no debe interpretarse de forma aislada como criterio absoluto de exclusión diagnóstica. En este caso, la morfología tumoral, la identificación de lipoblastos ocasionales y la exclusión de otros

TABLA 1. CRONOLOGÍA DEL PROCESO DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EVOLUTIVO.

Momento del proceso	Actuaciones y decisiones	Resultados
Día 1: Consulta inicial en el SPRL	Mujer de 65 años que consulta por astenia de tres meses de evolución. Se realiza anamnesis, exploración física, analítica, radiografía de tórax y electrocardiograma.	Se objetiva anemia microcítica de nueva aparición (Hb 10,5 g/dL; Hb previa 14,5 g/dL siete meses antes), trombocitosis y marcada elevación de reactantes de fase aguda.
Día 4: Reevaluación clínica	Ante los hallazgos analíticos se amplía la anamnesis dirigida. Se plantea la posibilidad de neoplasia oculta.	La paciente refiere pérdida ponderal de aproximadamente 10 kg en tres meses, hiporexia, astenia marcada y episodios ocasionales de febrícula, sin exteriorización de sangrado.
Día 22: Estudio etiológico inicial	Se realiza sangre oculta en heces, gastroscopia, colonoscopia y marcadores tumorales.	Sangre oculta en heces negativa; endoscopias sin hallazgos macroscópicos relevantes y marcadores tumorales dentro de la normalidad.
Día 23: Controles analíticos sucesivos	Se amplía el estudio hematológico, inflamatorio, bioquímico, inmunológico y proteinograma.	Persiste anemia microcítica de perfil inflamatorio, trombocitosis y elevación de VSG, PCR y fibrinógeno. Sin datos de hemólisis, gammapatía monoclonal ni enfermedad autoinmune.
Día 25: Persistencia del síndrome inflamatorio sin foco	Ante la persistencia de anemia inflamatoria, síndrome constitucional y ausencia de causa identificada, se solicita TC tóraco-abdomino-pélvica con contraste.	Se identifica una masa retroperitoneal izquierda de 14 × 14,4 × 18 cm, localizada en la fosa suprarrenal y con efecto de masa sobre estructuras vecinas. El diagnóstico diferencial radiológico incluye sarcoma retroperitoneal y carcinoma adrenocortical.
Día 29: Caracterización endocrinológica	Dada la localización en la fosa suprarrenal, se realiza estudio hormonal previo a la biopsia para descartar funcionalidad adrenal, especialmente feocromocitoma.	Metanefrinas y normetanefrinas urinarias dentro de rango; cortisol tras dexametasona de 1,9 µg/dL, valor límite respecto al punto de corte actualmente recomendado, sin signos clínicos de hipercortisolismo manifiesto.
Día 33: Biopsia preoperatoria	Tras excluir bioquímicamente un feocromocitoma, se realiza BAG guiada por TC.	Anatomía patológica compatible con neoplasia mesenquimal maligna fusocelular, sin clasificación definitiva. El estudio inmunohistoquímico no resulta concluyente y se plantea caracterización molecular.
Día 37: PET/TC de estadificación	Se realiza PET/TC para completar el estudio de estadificación.	Se observa intensa captación metabólica en la masa retroperitoneal izquierda, sin evidencia de focos hipermetabólicos compatibles con enfermedad metastásica a distancia.
Día 39: Valoración multidisciplinar	La paciente es derivada para coordinación con Oncología y presentación del caso en comité multidisciplinar de sarcomas.	Se decide tratamiento quirúrgico dada la aparente resecabilidad de la lesión.
Día 65: Tratamiento quirúrgico	Se realiza resección multivisceral en bloque de la tumoración retroperitoneal junto con bazo, cola pancreática, riñón izquierdo, glándula suprarrenal izquierda y colon descendente.	Cirugía realizada con intención curativa y obtención de pieza quirúrgica para estudio anatomopatológico definitivo.

TABLA 1. CRONOLOGÍA DEL PROCESO DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EVOLUTIVO.

Momento del proceso	Actuaciones y decisiones	Resultados
Día 77: Postoperatorio	Durante el ingreso postquirúrgico presenta anemia grave y fístula pancreática.	Requiere transfusión de dos concentrados de hematies. Ambas complicaciones evolucionan favorablemente.
Día 81: Anatomía patológica definitiva	Se analiza la pieza de resección quirúrgica.	Diagnóstico definitivo de liposarcoma desdiferenciado grado 3, de 19,5 cm, con 11 mitosis/mm ² , 35% de necrosis, ausencia de invasión linfovascular y afectación del margen de resección; estadio pT4 pN0 cM0, estadio pronóstico IIIB (AJCC 8. ^a edición). El ganglio regional analizado resulta negativo.
Día 117: Seguimiento oncológico	Seguimiento clínico y radiológico posterior.	Buena recuperación clínica, resolución del síndrome constitucional, ausencia de dolor y ECOG 0. La TC de control no muestra enfermedad metastásica. Tras valoración por Oncología Médica no se indica tratamiento sistémico adyuvante y se mantiene seguimiento clínico-radiológico.
SPRL: Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hb: hemoglobina. VSG: velocidad de sedimentación globular. PCR: proteína C reactiva. TC: tomografía computarizada. BAG: biopsia con aguja gruesa. PET: tomografía por emisión de positrones. ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group.		

subtipos de sarcoma permiten establecer el diagnóstico definitivo⁽⁴⁾.

La discrepancia entre los hallazgos de la biopsia preoperatoria y los de la pieza de resección pone de manifiesto las limitaciones inherentes al muestreo mediante biopsia con aguja gruesa en tumores retroperitoneales de gran tamaño y marcada heterogeneidad. Mientras que la biopsia muestra escasa actividad mitótica y ausencia de necrosis, la pieza quirúrgica presenta 11 mitosis/mm² y un 35% de necrosis, correspondiente a un sarcoma grado 3. Esta heterogeneidad puede conducir a una infraestimación del grado tumoral o a la ausencia de representación del componente desdiferenciado en la muestra preoperatoria, fenómeno descrito particularmente en los liposarcomas retroperitoneales⁽⁴⁾.

El manejo de los sarcomas retroperitoneales debe realizarse en centros con experiencia y mediante un abordaje multidisciplinar, dada la complejidad de su diagnóstico y tratamiento^(1,5). La resección quirúrgica completa con márgenes

oncológicamente adecuados constituye el principal tratamiento potencialmente curativo de la enfermedad localizada^(1,5).

En la paciente, la valoración multidisciplinar permite realizar una resección multivisceral en bloque con intención curativa, incluyendo nefrectomía, esplenectomía, pancreatomectomía distal y colectomía izquierda. La anatomía patológica definitiva permite además establecer el diagnóstico de liposarcoma desdiferenciado grado 3, modificando la caracterización inicialmente obtenida mediante biopsia con aguja gruesa. La evolución postoperatoria es favorable y, tras valoración por Oncología Médica, se decide seguimiento clínico-radiológico sin tratamiento sistémico adyuvante.

Entre las fortalezas del caso destaca la disponibilidad de interacción directa con la paciente y de pruebas complementarias en el propio centro de trabajo, que permite documentar la aparición reciente de la anemia y reconstruir el proceso diagnóstico y terapéutico. Como

limitaciones, se trata de un caso único y el periodo de seguimiento oncológico disponible es todavía limitado.

Finalmente, este caso subraya el valor de la vigilancia de la salud y de la valoración clínica realizada desde el SPRL para identificar hallazgos que, aun no siendo necesariamente de origen laboral, pueden requerir evaluación asistencial⁶. La función del SPRL no es sustituir a los servicios asistenciales encargados del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad común, sino detectar alteraciones relevantes durante sus actuaciones sanitarias, valorar su posible relación con el trabajo y, cuando proceda, orientar y facilitar la derivación al circuito asistencial correspondiente⁽⁶⁾. En este caso concreto, la identificación de una anemia de perfil inflamatorio asociada a síndrome constitucional motiva la ampliación del estudio y la solicitud de una TC, que permite detectar la masa retroperitoneal y agilizar su posterior valoración por los servicios especializados.

Conclusiones

La anemia inflamatoria asociada a marcada restricción de la disponibilidad de hierro, elevación persistente de los reactantes de fase aguda y síndrome constitucional debe motivar la búsqueda de una causa subyacente, incluyendo la posibilidad de neoplasia oculta. En el presente caso, el estudio sistemático de estas alteraciones permite la detección oportuna de un liposarcoma desdiferenciado retroperitoneal de gran tamaño cuando todavía es susceptible de tratamiento quirúrgico con intención curativa.

Este caso pone de manifiesto el valor de la vigilancia de la salud realizada desde los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales para identificar alteraciones clínicas o analíticas relevantes y facilitar, cuando sea necesario, una adecuada derivación asistencial. La actuación del médico del trabajo debe entenderse como complementaria, y no sustitutiva, de la atención sanitaria asistencial, favoreciendo la identificación

oportuna de hallazgos relevantes y la coordinación con los servicios responsables de su diagnóstico y tratamiento.

Perspectiva de la paciente

La paciente expresa un profundo agradecimiento por la atención recibida desde el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y destaca la importancia de disponer de un servicio que vele por la salud de los trabajadores. En el seguimiento refiere encontrarse muy bien, sin dolor y con recuperación de la fuerza y de su actividad habitual. En sus propias palabras, señala que «ha vuelto a ser persona».

Consentimiento informado y confidencialidad

Se obtuvo el consentimiento informado de la paciente para la publicación del presente caso clínico. Se han eliminado los datos de carácter personal y los identificadores directos, y se han omitido o generalizado aquellos datos no esenciales que pudieran facilitar su identificación, manteniendo únicamente la información necesaria para la adecuada comprensión clínica del caso. El manuscrito se ha elaborado de acuerdo con las recomendaciones CARE para la publicación de casos clínicos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses relacionados con el presente trabajo.

Financiación

El presente trabajo no ha recibido financiación específica.

Bibliografía

1. Swallow CJ, Strauss DC, Bonvalot S, et al. Management of primary retroperitoneal sarcoma (RPS) in the adult: an updated consensus approach

from the Transatlantic Australasian RPS Working Group. *Ann Surg Oncol* 2021; 28: 7873-88.

2. Ganz T. Anemia of inflammation. *N Engl J Med* 2019; 381: 1148-57.

3. Fassnacht M, Tsagarakis S, Terzolo M, et al. European Society of Endocrinology clinical practice guidelines on the management of adrenal incidentalomas, in collaboration with the European Network for the Study of Adrenal Tumours. *Eur J Endocrinol* 2023; 189: G1-G42.

4. Purgina B, Di Blasi E, Collini P, et al. Pathologic assessment of retroperitoneal sarcomas: a position paper by the Transatlantic Australasian Retroperitoneal Sarcoma Working Group. *Am J Surg Pathol* 2026; 50: 455-66.

5. Serrano C, Arregui M, Carrasco I, et al. SEOM-GEIS Spanish clinical guidelines for the management of soft-tissue sarcomas (2024). *Clin Transl Oncol* 2025; 27: 1460-71.

6. España. Real Decreto 843/2011, de 17 de junio, por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 158, de 4 de julio de 2011.