

Sarcoma fusocelular indiferenciado del colon transverso

Andrea V. Ruchinsky¹, Camila J. Navas², Florencia Litovska³, Gabriela Río Gorrini³

Hospital Carlos G. Durand, CABA, Argentina

¹ Residente de Cirugía

² Médica de planta, Servicio de Anatomía Patológica

³ Médica de planta, Servicio de Cirugía General, Sector Coloproctología

Para citar:

Ruchinsky AV, Navas CJ, Litovska F, Río Gorrini G. Sarcoma fusocelular indiferenciado del colon transverso. *Rev. argent. coloproctología*. 2026;37(3):21-24 doi:10.46768/ctezs020

► El material complementario, cuando corresponda, se publica únicamente en formato en línea. Para consultarlo, visite la versión web de la revista: <https://doi.org/10.46768/ctezs020>

Recibido: 05-02-2026

Aceptado: 06-04-2026

RESUMEN

El sarcoma fusocelular es una neoplasia mesenquimática infrecuente, cuyo diagnóstico se establece por exclusión tras descartar diferenciación específica mediante estudios inmunohistoquímicos. Su localización primaria en el colon es excepcional y se asocia a un comportamiento biológico agresivo y pronóstico desfavorable. Se presenta el caso de un paciente masculino con diagnóstico de sarcoma fusocelular de grado intermedio del colon transverso, describiendo su abordaje diagnóstico, tratamiento quirúrgico y evolución postoperatoria. El manejo requiere un equipo multidisciplinario con experiencia en tumores mesenquimáticos complejos.

Palabras clave: sarcoma fusocelular, sarcoma de células fusiformes, tumores mesenquimáticos, sarcoma colónico, colectomía

ABSTRACT

Spindle cell sarcoma is a rare mesenchymal neoplasm whose diagnosis is established by exclusion after ruling out specific differentiation through immunohistochemistry. Primary colonic involvement is exceptional and is associated with aggressive clinical behavior and poor prognosis. We present the case of a male patient diagnosed with intermediate-grade spindle cell sarcoma of the transverse colon, describing the diagnostic workup, surgical management, and postoperative course. Management of this condition requires a multidisciplinary approach at centers with expertise in complex mesenchymal tumors.

Keywords: spindle cell sarcoma; mesenchymal tumors; colonic sarcoma; colectomy

INTRODUCCIÓN

Los tumores mesenquimáticos del tracto digestivo constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias benignas, de malignidad intermedia y malignas. De acuerdo con la 5ta edición de la clasificación de tumores de la OMS, las neoplasias mesenquimáticas gastrointestinales comprenden los tumores del estroma gastrointestinal (GIST), los tumores adiposos y fibroblásticos (tumor fibroso solitario), los musculares (leiomioma, leiomyosarcoma), los vasculares (hemangioma, angiosarcoma), los neurales (schwannoma) y los de diferenciación incierta.¹

Los sarcomas son neoplasias mesenquimáticas malignas infrecuentes, con una incidencia estimada de 5 casos por cada 100.000 habitantes y representan aproximadamente el 1 % de todas las neoplasias malignas en

adultos, por lo que se consideran tumores raros.^{2,3} En el tracto gastrointestinal, afectan con mayor frecuencia al intestino delgado, el estómago y el esófago. En contraste, los sarcomas primarios del colon son excepcionales y representan alrededor del 0,1 % de las neoplasias colorrectales malignas.⁴ Presentamos el caso de un paciente con sarcoma fusocelular indiferenciado de grado intermedio del colon transverso, describiendo el abordaje diagnóstico, el tratamiento quirúrgico y la evolución clínica, junto con una revisión de la literatura relevante.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 24 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de relevancia,

© 2026 Los autores. Publicado por Revista Argentina de Coloproctología.
Este artículo se distribuye bajo licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Correspondencia

Andrea Verónica Ruchinsky:
andrea-v99@hotmail.com

que consultó a la guardia por presentar dolor abdominal difuso de 15 días de evolución, de carácter intermitente, tipo cólico, intensidad 7/10, asociado a distensión abdominal. Además, refería constipación en los últimos 5 días y ausencia de eliminación de gases en las últimas 12 horas. Al examen físico se constató una tumoración fija en el flanco izquierdo. Los estudios de laboratorio mostraron un hematocrito de 37,2% y hemoglobina de 11,8 g/dl. Los marcadores tumorales revelaron CEA <1,8 ng/mL (VN <4,5 ng/mL) y CA 19-9 <9 U/mL (VN <27 U/mL).

La ecografía abdominal evidenció en el flanco izquierdo una imagen en “diana” intermitente compatible con invaginación intestinal, asociada a una imagen hipoeoica de contornos irregulares de aproximadamente 30 mm, sugestiva de actuar como cabeza de la invaginación. Se solicitó tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis con contraste endovenoso que evidenció una lesión intraluminal en el colon transverso distal asociada a invaginación intestinal incipiente, sin signos de perforación ni de líquido libre intraperitoneal (Fig. 1).

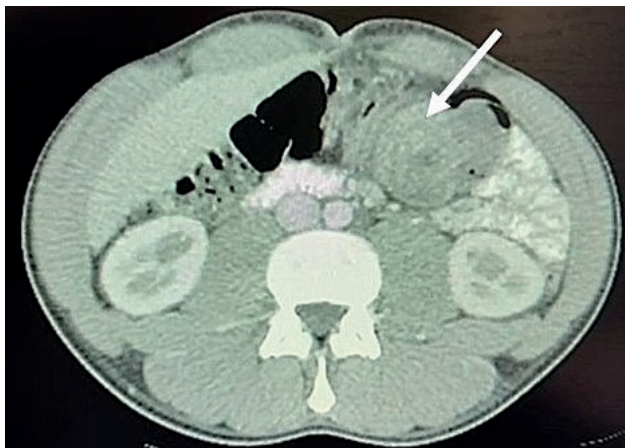


Figura 1. Tomografía computarizada con contraste endovenoso, corte axial. Se observa una lesión sólida intraluminal de 43 x 30 mm en el colon transverso distal, con escaso realce tras la administración del contraste. Se asocia un patrón en “diana” (flecha), sugestivo de invaginación intestinal secundaria a lesión orgánica subyacente actuando como cabeza de invaginación.

Se decide realizar laparotomía exploratoria identificando una tumoración en colon transverso distal de aproximadamente 5 cm de diámetro, sin compromiso seroso, firmemente adherida a planos profundos, con invaginación del colon transverso hacia proximal de la lesión. Se efectuó una colectomía segmentaria superior izquierda con anastomosis primaria laterolateral (Fig 2). La evolución postoperatoria fue favorable, con recuperación progresiva del tránsito intestinal, buena tolerancia oral y sin complicaciones, otorgándose el alta hospitalaria al séptimo día postoperatorio.

La anatomía patológica macroscópica reveló una intususcepción a nivel proximal de la pieza. A la apertura se observó una formación tumoral mucosa de 7,5 x 4,3 x 5 cm, con compromiso del 50% de la circunferencia y oclusión del 100% de la luz. El resto de la mucosa con pérdida de pliegues y aspecto edematoso (Fig 3).



Figura 2. Pieza quirúrgica. Se observa la tumoración en colon transverso distal sin compromiso seroso, con invaginación del colon transverso hacia proximal de la lesión.



Figura 3. Anatomía patológica, examen macroscópico. Se aprecia tumor de 7.5 x 4.3 x 5 cm localizado en el espesor parietal con intususcepción proximal.

En el estudio histopatológico se observó una proliferación de por células fusiformes con moderada atipia citológica y compromiso transmural. La lesión se encontraba superficialmente ulcerada y recubierta por una pseudomembrana fibrinoleucocitaria. Del tejido adiposo pericolonico se aislaron 12 ganglios linfáticos con adenitis reactiva (Fig 4).

La inmunomarcación reveló AML: negativo, S100: negativo, CD34: positivo parcheado, CD117: negativo, DOG1: negativo, KI67: 20%, desmina: negativo, ALK: negativo, TLE1: negativo y STAT6: negativo, concluyendo con diagnóstico de sarcoma fusocelular de grado intermedio indiferenciado. Se clasificó como grado 2 de la FNCLCC (Federación Nacional de Centros de Lucha contra el Cáncer), de acuerdo al puntaje total de 5 puntos obtenido por la sumatoria de los componentes diferenciación 3, mitosis 1 y necrosis, indicando una agresividad biológica intermedia y riesgo moderado de recurrencia y metástasis.

El paciente continuó en seguimiento por un equipo multidisciplinario con oncología, nutrición y el equipo de cirugía colorrectal.

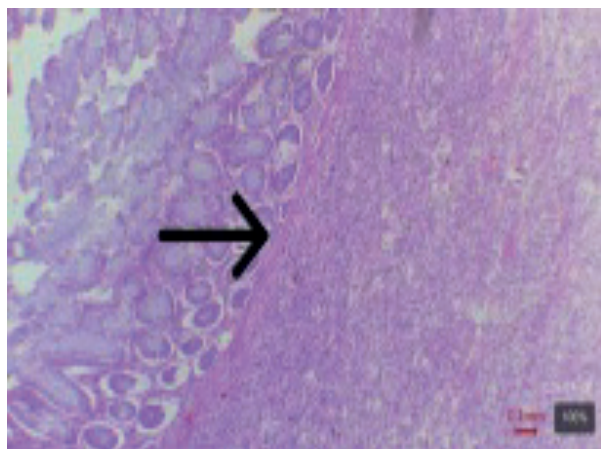


Figura 4. Examen microscópico que muestra compromiso transmural de la pared intestinal, ocupada por una proliferación de células fusiformes con moderada atipia citológica y citoplasma eosinófilo, que se disponen en haces en una matriz laxa, con numerosos polimorfonucleares neutrófilos. Se cuentan 9 mitosis x 1,7 mm². (H-E, 100x).

DISCUSIÓN

La presentación clínica de los sarcomas gastrointestinales suele ser inespecífica, lo que contribuye al retraso diagnóstico. Los pacientes pueden manifestar dolor abdominal, distensión, alteraciones del tránsito intestinal, masa palpable o cuadros suboclusivos, pudiendo evolucionar hacia un abdomen agudo obstructivo.⁴ En el presente caso, el debut clínico fue agudo, con progresión rápida de los síntomas, requiriendo resolución quirúrgica de urgencia.

Los estudios complementarios deben orientarse según la forma de presentación clínica. La tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis con contraste endovenoso constituye la principal herramienta para el diagnóstico y estadificación, permitiendo evaluar la localización tumoral, su relación con estructuras vecinas y la presencia de enfermedad metastásica. La resonancia magnética puede resultar útil en casos seleccionados, mientras que la tomografía por emisión de positrones (PET/TC) se reserva para la caracterización de hallazgos dudosos o para la detección de enfermedad a distancia.⁵ El rol de la videocolonoscopia en este tipo de tumores es controversial. En lesiones incipientes la mucosa puede permanecer indemne, dificultando la detección endoscópica. Sin embargo, cuando existe infiltración mucosa o compromiso luminal significativo, la colonoscopia permite la visualización tumoral y la obtención de biopsias dirigidas.⁶

El tratamiento de los sarcomas es multimodal y requiere un enfoque multidisciplinario. La cirugía con intención curativa continúa siendo el pilar terapéutico. No obstante, la recurrencia local y la enfermedad metastásica pueden presentarse aún tras su resección. El sarcoma fusocelular indiferenciado presenta diseminación predominantemente hematogena, siendo el pulmón el sitio metastásico más frecuente, seguido por hígado, hueso y peritoneo.^{3,5-7}

El diagnóstico definitivo se basa en el estudio histopatológico y fundamentalmente en técnicas de inmunohistoquímica, ya que se establece por exclusión tras descartar diferenciación específica. El grado tumoral debe ser informado en todos los casos debido a su valor pronóstico, utilizándose habitualmente el sistema de gradación de la FNCLCC.⁵ La estadificación se realiza mediante el sistema TNM para sarcomas de partes blandas propuesto por el American Joint Committee on Cancer (AJCC), 8va edición,⁸. Este caso corresponde a un grado 2 de la FNCLCC y a un estadio III (T2N0M0) de la AJCC.

La rareza y heterogeneidad de los sarcomas contribuyen a limitar la precisión diagnóstica. Se ha reportado una tasa de discordancia diagnóstica significativa entre centros no especializados y centros de referencia, lo que refuerza la importancia de la revisión por patólogos con experiencia en tumores de partes blandas.^{2,4}

Los reportes publicados sugieren que los sarcomas colorectales primarios presentan un comportamiento biológico agresivo, con tasas de recurrencia que varían entre el 20 % y el 85 %. La supervivencia media reportada oscila entre 30 y 53 meses, evidenciando su pronóstico desfavorable.⁷

CONCLUSIÓN

El sarcoma fusocelular indiferenciado de alto grado es una neoplasia sumamente infrecuente, de ubicación excepcional

en el colon y de difícil diagnóstico, en el que a inmunohistoquímica desempeña un rol fundamental. Pocos son los casos reportados hasta la fecha y no existen estudios controlados sobre el manejo de esta entidad. Se resalta la importancia de mayor estudio de esta patología, para lograr estandarizar un tratamiento y seguimiento multidisciplinario en centros especializados, y así optimizar la supervivencia a largo plazo.

Contribuciones:

AVR: Conceptualización, metodología, análisis formal y redacción del borrador original. CN: Curación de datos y análisis formal. FL: Supervisión, metodología y redacción – revisión y edición. GRG: Supervisión, redacción – revisión y edición, y aprobación de la versión final.

Todos los autores aprobaron de la versión final del manuscrito.

Declaración de conflictos de interés: Ninguno.

Financiamiento: Ninguno.

Declaración de disponibilidad de datos: Los datos son de acceso público.

ORCIDs:

Ruchinsky AV: <https://orcid.org/0009-0007-2325-4280>

Navas CJ: <https://orcid.org/0009-0001-7778-6684>

Litovska F: <https://orcid.org/0009-0009-7944-7924>

Río Gorrini G: <https://orcid.org/0009-0006-2335-5471>

REFERENCIAS

1. Nagtegaal ID, Odze RD, Klimstra D, Paradis V, Rugge M, Schirmacher P, et al. The 2019 WHO classification of tumours of the digestive system. *Histopathology*. 2020;76(2):182–8. <https://doi.org/10.1111/his.13975>
2. Sbaraglia M, Bellan E, Dei Tos AP. (2021). The 2020 WHO classification of soft tissue tumours: news and perspectives. *Pathologica*.113(2);70–84. <https://doi.org/10.32074/1591-951X-213>
3. Qureshi PAAA, Zeb S, Tryggvason T, Þórisson A. Undifferentiated pleomorphic sarcoma of the descending colon: an infrequent occurrence. *Cureus*. 2024;16(5):e61346. doi:10.7759/cureus.61346. PMID:38947723.
4. Wu L, Wu H, Huang F, Li X, Zhen Y, Cheng H, et al. Primary undifferentiated sarcoma of the transverse colon in a young female patient: case report. *Research Square*. [Internet]. 2023 Jun 28 [cited 2026 Jan 26]. Available from: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3094909/v1>
5. Gronchi A, Miah AB, Dei Tos AP, Ferrari S, Blay JY, Blay JY, 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. doi:10.1016/j.annonc.2021.07.006
6. Han X, Zhao L, Mu Y, Liu G, Zhao G, He H, et al. Undifferentiated high-grade pleomorphic sarcoma of the colon: a rare case report and literature review. *BMC Gastroenterol*. 2022; 22(1):115. <https://doi.org/10.1186/s12876-022-02189-x>
7. Thiels CA, Bergquist JR, Krajewski AC, Lee HE, Nelson H, Mathis KL, et al. Outcomes of primary colorectal sarcoma: a National Cancer Data Base (NCDB) review. *J Gastrointest Surg*. 2017;21(3):560–8. <https://doi.org/10.1007/s11605-016-3347-0>
8. Amin MB, Edge SB, Greene FL, Byrd DR, Brookland RK, Washington MK, et al., eds. *AJCC Cancer Staging Manual*. 8th ed. New York: Springer; 2017.