

SARCÔM PHÔI CỦA GAN Ở NGƯỜI LỚN: BÁO CÁO BA TRƯỜNG HỢP

Nguyễn Thuý Quỳnh^{1*}, Nguyễn Thị Khuyên², Phạm Thuần Mạnh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Báo cáo ba trường hợp sarcôm phôi của gan ở người lớn, một bệnh lý hiếm gặp, nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học, mô bệnh học, hóa mô miễn dịch và phương pháp điều trị, đồng thời đối chiếu với dữ liệu y văn.

Phương pháp: Ba bệnh nhân người lớn (38, 58 và 66 tuổi) được chẩn đoán dựa trên thăm khám lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, mô bệnh học và hóa mô miễn dịch. Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ khối u gan; một số được điều trị hóa chất bổ trợ.

Kết quả: Cả ba trường hợp đều có khối u kích thước lớn, mô học gồm tế bào hình thoi hoặc đa hình thái, mô đệm nhầy và các cầu hyaline trong bào tương. Hóa mô miễn dịch cho thấy u dương tính với một số dấu ấn (Glypican-3, Vimentin, CD10 hoặc Desmin), âm tính với CD117, S100. Thời gian theo dõi sau mổ 1–6 tháng, tất cả bệnh nhân đều ổn định, chưa phát hiện tái phát hoặc di căn.

Kết luận: Sarcôm phôi của gan ở người lớn cần được cân nhắc trong chẩn đoán phân biệt các khối u gan không điển hình. Việc phối hợp hình ảnh, mô bệnh học và hóa mô miễn dịch giúp chẩn đoán chính xác; điều trị đa mô thức, bao gồm phẫu thuật và hóa trị, có thể cải thiện tiên lượng bệnh nhân.

Từ khóa: Sarcôm phôi, gan, người lớn, hóa mô miễn dịch, điều trị đa mô thức.

EMBRYONAL SARCOMA OF THE LIVER IN ADULTS: A REPORT OF 03 CASES

ABSTRACT

Objective: To report three cases of embryonal sarcoma of the liver in adults, a rare malignancy, describing the clinical, radiological, histopathological, and immunohistochemical features, as well as treatment approaches and comparing them with literature data.

¹**Đại Học Y Hà Nội**

²**Bệnh viện K**

³**Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội**

*Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thuý Quỳnh

Email: quynhchau0810@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/10/2025

Ngày phản biện: 13/11/2025

Ngày chấp nhận đăng: 01/12/2025

Methods: Three adult patients (aged 38, 58, and 66 years) were diagnosed based on clinical evaluation, imaging studies, histopathology, and immunohistochemistry. All patients underwent surgical resection of the hepatic tumor; some received adjuvant chemotherapy.

Results: All three cases presented with large hepatic masses. Histology revealed spindle-shaped or pleomorphic tumor cells within a myxoid stroma and containing eosinophilic hyaline globules. Immunohistochemical analysis showed positivity for certain markers (Glypican-3, Vimentin, CD10, or Desmin) and negativity for CD117 and S100. During 1–6 months of postoperative follow-up, all patients remained stable, with no evidence of recurrence or metastasis.

Conclusion: Embryonal sarcoma of the liver in adults should be considered in the differential diagnosis of atypical hepatic tumors. A combination of imaging, histopathology, and immunohistochemistry is essential for accurate diagnosis; multimodal treatment, including surgery and chemotherapy, may improve patient prognosis.

Keywords: Embryonal sarcoma, liver, adult, immunohistochemistry, multimodal therapy.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sarcôm phôi của gan (Embryonal Sarcoma – ES) là khối u trung mô ác tính hiếm gặp, chiếm 9–15% các khối u gan nguyên phát ở trẻ em, thường gặp ở lứa tuổi 5–15 và được mô tả lần đầu bởi Stoker và Ishak[1]. Ở người lớn, ES rất hiếm, y văn chỉ ghi nhận vài chục trường hợp[1,2,3]. Bệnh gây khó khăn trong chẩn đoán do triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu và hình ảnh học dễ nhầm với các tổn thương gan khác, đặc biệt là u nang hoặc khối u ác tính nguyên phát khác [1,4,5]. Tiên lượng thường xấu nếu chỉ điều trị đơn thuần[1], nhưng gần đây nhờ tiến bộ của phẫu thuật, hóa trị và phối hợp đa chuyên khoa, kết quả điều trị đã được cải thiện [2,4,8]. Tại Việt Nam, báo cáo ES ở người lớn còn hạn chế, thiếu dữ liệu về đặc điểm bệnh học và chiến lược điều trị. Nghiên cứu này thực hiện với mục tiêu báo cáo ba trường hợp ES ở người lớn, mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh, mô bệnh học, hóa mô miễn dịch, phương pháp điều trị và kết quả theo dõi, đồng thời đối chiếu với y văn nhằm bổ sung dữ liệu cho chẩn đoán và điều trị bệnh lý hiếm gặp này.

2. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Ba trường hợp trong nghiên cứu đều không được sinh thiết trước mổ do khối u kích thước lớn,

cấu trúc hỗn hợp đặc–nang dễ chảy máu và nguy cơ gieo rắc tế bào u qua đường kim. Hình ảnh học gợi ý tổn thương ác tính cần can thiệp triệt để, do đó phẫu thuật được lựa chọn vừa để chẩn đoán vừa để điều trị. Ba bệnh nhân đều được chỉ định phẫu thuật vì khối u lớn, nghi ngờ ác tính, có nguy cơ hoại tử – xuất huyết và còn đủ điều kiện để cắt gan triệt để.

Ca bệnh 1

Bệnh nhân nữ, 38 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, nhập viện vì sờ thấy khối vùng thượng vị trong khoảng 2 tháng, kèm tức nhẹ. Khám: khối vùng thượng vị kích thước khoảng 10 cm, ấn tức nhẹ. Xét nghiệm chức năng gan, AFP và các xét nghiệm viêm gan virus trong giới hạn bình thường. Siêu âm và chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ổ bụng phát hiện khối gan trái kích thước 16,6×13,5 cm, hỗn hợp đặc–dịch, bờ đều, phần lớn giảm tỷ trọng, một số vùng ngấm thuốc không đều sau tiêm. Phẫu thuật cắt gan trái được tiến hành. Đại thể: khối u ranh giới không rõ, diện cắt màu trắng xám, hơi nhầy, hoại tử trung tâm rộng. Mô bệnh học (HE): tế bào u hình thoi hoặc đa hình thái, nhân lớn, nhiều nhân chia, bào tương chứa cầu hyaline PAS+, nền mô đệm dạng nhầy. Hóa mô miễn dịch: Dương tính với Glypican-3, Vimentin; âm tính với CD117, Desmin. Chẩn đoán: sarcôm phôi không biệt

hóa gan. Bệnh nhân được điều trị hóa chất hỗ trợ (Doxorubicin + Ifosfamide). Sau 6 tháng theo dõi, bệnh nhân ổn định, không tái phát. Bệnh nhân hồi phục tốt, không gặp biến chứng hậu phẫu, ra viện sau 30 ngày.

Ca bệnh 2

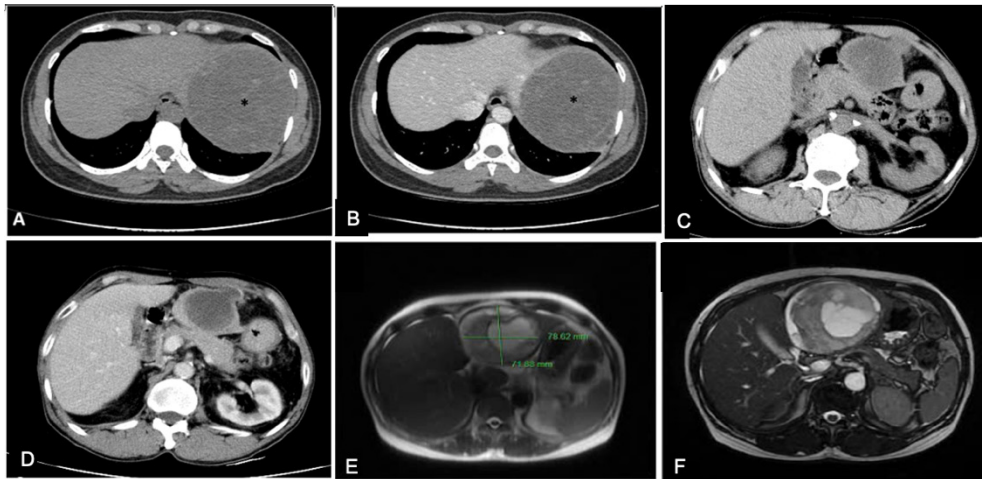
Bệnh nhân nam, 66 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, phát hiện khối vùng thượng vị 1 tháng. Xét nghiệm chức năng gan, AFP và các xét nghiệm viêm gan virus trong giới hạn bình thường. CLVT: khối gan trái 5,3×5,1 cm, hoại tử trung tâm, xâm lấn bao gan và phúc mạc lân cận. Phẫu thuật cắt gan trái. GPB: tế bào hình thoi/đa hình thái, cầu hyaline PAS+, mô đệm nhầy. HMMD: dương tính với CK khu trú, Glypican-3, CD56, CD10, Vimentin; âm tính với CD117, S100, Desmin. Chẩn đoán: Sarcôm phôi không biệt hóa gan. Sau 1 tháng theo dõi, bệnh nhân ổn định, ra viện. Bệnh nhân không được điều trị hóa chất hỗ trợ do tuổi cao, thể trạng không phù hợp cho hóa trị tích cực và hội chẩn đa chuyên khoa thống nhất theo dõi sát sau phẫu thuật.

Ca bệnh 3

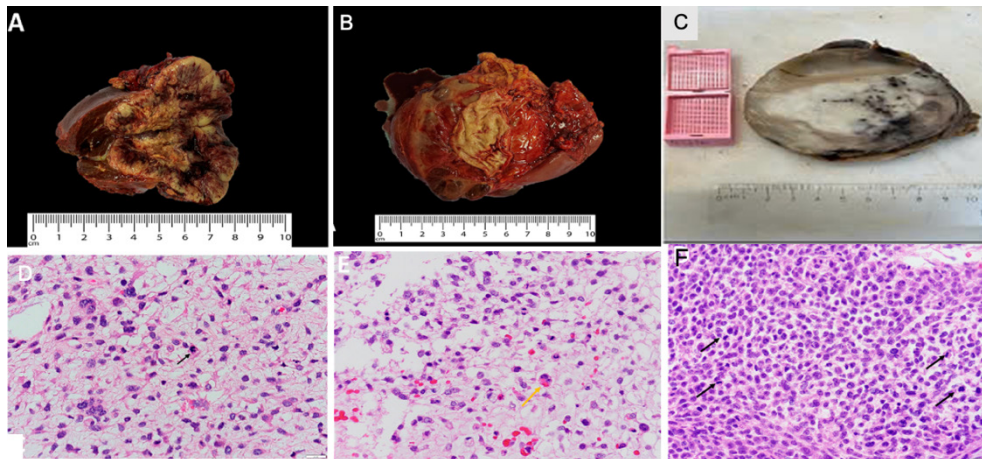
Bệnh nhân nữ, 58 tuổi, tiền sử đái tháo đường typ 2, đau hạ sườn phải vài tháng. Xét nghiệm chức năng gan, AFP và các xét nghiệm viêm gan virus trong giới hạn bình thường. Cộng hưởng từ (MRI) ổ bụng phát hiện khối gan trái hỗn hợp đặc–nang 76×92×96 mm, kèm một nang 50×65 mm sát bên. Phẫu thuật cắt gan trái được tiến hành. GPB: tế bào hình thoi, đa nhân dị dạng, mô đệm nhầy, cầu hyaline; một số bề gan lành xen kẽ. HMMD: dương tính với CK ổ, CD34 ổ, Desmin, CDK4, Ki67 cao; âm tính với CD117, DOG1, MDM2, S100, Myogenin, HepPar1, Glypican-3. Chẩn đoán: sarcôm phôi không biệt hóa gan. Sau 6 tháng theo dõi, bệnh nhân ổn định. Bệnh nhân hồi phục tốt, không ghi nhận biến chứng hậu phẫu, ra viện sau 15 ngày. Bệnh nhân không điều trị hóa chất hỗ trợ do thể trạng và bệnh lý nền không phù hợp, hội chẩn thống nhất theo dõi định kỳ.

Bảng 1. Đặc điểm tóm tắt 3 ca sarcôm phôi của gan ở người lớn

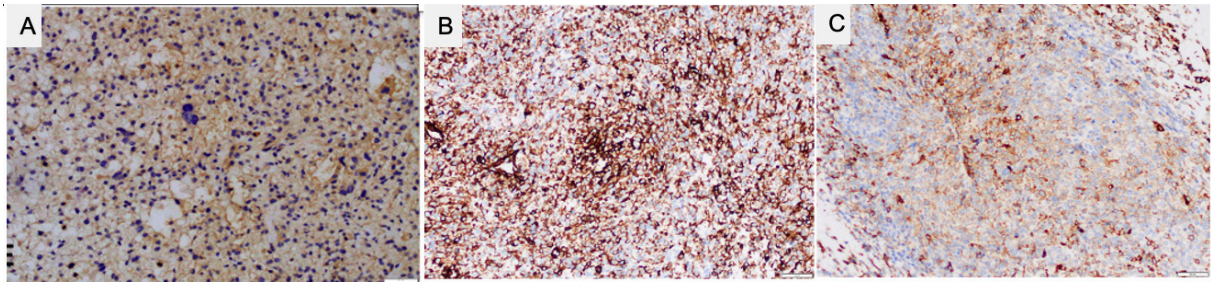
Ca bệnh	Tuổi/Giới	Triệu chứng và hình ảnh khối u	Giải phẫu bệnh & HMMD	Điều trị và theo dõi
1	38/ Nữ	Khối vùng thượng vị, gan trái 16,6×13,5 cm, hỗn hợp đặc–dịch	Tế bào hình thoi/đa hình thái, cầu hyaline PAS+, mô đệm nhầy; HMMD: (+) Glypican-3, Vimentin; (–) CD117, Desmin	Cắt gan trái + hóa chất (Doxorubicin + Ifosfamide); 6 tháng, ổn định
2	66 / Nam	Khối vùng thượng vị, gan trái 5,3×5,1 cm, hoại tử trung tâm	Tế bào hình thoi/đa hình thái, cầu hyaline PAS+, mô đệm nhầy HMMD: (+) CK khu trú, Glypican-3, CD56, CD10, Vimentin; (–) CD117, S100, Desmin	Cắt gan trái; 1 tháng, ổn định
3	58/Nữ	Đau hạ sườn phải, gan trái 76×92×96 mm + nang 50×65 mm	Tế bào hình thoi, đa nhân dị dạng, mô đệm nhầy, cầu hyaline HMMD: (+) CD10, CK ổ, CD34 ổ, Desmin, CDK4, Ki67 cao; (–) CD117, DOG1, MDM2, S100, Myogenin, HepPar1, Glypican-3	Cắt gan trái; 6 tháng, ổn định



Hình 1. Hình ảnh chẩn đoán ba ca sarcôm phôi gan ở người lớn. (A, B) Ca 1 – CT axial: (A) trước tiêm, khối gan trái lớn (*) giảm tỷ trọng không đồng nhất; (B) thì tĩnh mạch, phần lớn không ngấm thuốc, hoại tử trung tâm. (C, D) Ca 2 – CT axial: (C) không tiêm, khối giảm tỷ trọng, hoại tử trung tâm; (D) thì tĩnh mạch, ngấm thuốc nhẹ, xâm lấn bao gan. (E, F) Ca 3 – MRI axial: (E) T2W, khối hỗn hợp đặc–nang (78,6 × 71,9 mm); (F) thì động mạch, ngấm thuốc ngoại vi, kèm nang sát bên.



Hình 2. Đại thể và vi thể của ba ca sarcôm phôi gan: (A) Ca 1: khối u thùy gan phải, diện cắt hỗn hợp đặc–nang, nhầy, hoại tử; (B) Ca 2: khối u thùy gan trái, màu trắng–vàng, ranh giới rõ; (C) Ca 3: khối u màu trắng ngà, xơ hóa, thoái hóa dạng nang; (D) Ca 1: HE ×200, tế bào hình thoi/đa hình thái, nền nhầy, cầu hyaline (mũi tên); (E) Ca 2: HE ×200, cầu hyaline PAS+ (mũi tên vàng) trong mô đệm nhầy; (F) HE ×400 (đại diện), tế bào đa hình thái, nhân lớn, cầu hyaline (mũi tên đen).



Hình 3. Hóa mô miễn dịch: (A) Ca 1: Glypican-3 dương tính mạnh ở bào tương; (B) Ca 2: Vimentin dương tính lan tỏa; (C) Ca 3: CD10 dương tính lan tỏa ở màng và bào tương tế bào u.

3. BÀN LUẬN

Sarcôm phôi của gan (Embryonal Sarcoma – ES) là khối u trung mô ác tính hiếm gặp, chiếm 9–15% các khối u gan nguyên phát ở trẻ em, thường gặp ở lứa tuổi 5–15 và được mô tả lần đầu năm 1978 bởi Stoker và Ishak¹. Ở người lớn, ES rất hiếm, y văn ghi nhận khoảng vài chục ca, với tuổi trung bình mắc bệnh khoảng 24, lớn nhất 84 tuổi [1,2,3]. Khối u thường ở thùy gan phải và biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu như đau bụng, chóng mặt, buồn nôn, nôn, sụt cân [1,3].

Về hình ảnh học, ES thường có cấu trúc hỗn hợp đặc–nang, đôi khi bị nhầm với các tổn thương nang lành tính như u nang đường mật, dị tật mạch máu hoặc mạch bạch huyết [1,4]. Tuy nhiên, chưa có đặc điểm hình ảnh đặc trưng cho phép chẩn đoán xác định [1,5].

Về giải phẫu bệnh, đại thể khối u có kích thước đa dạng (5–30 cm), ranh giới rõ hoặc không rõ nếu phá vỡ bao gan, bề mặt cắt hỗn hợp đặc–nang, nhầy, hoại tử hoặc xuất huyết [3]. Vi thể cho thấy tế bào không biệt hoá hình thoi hoặc đa hình thái, nhân thô, hạt nhân không rõ, nhiều nhân chia, nền mô đệm dạng nhầy, mạch máu thành mỏng, kèm các cầu hyaline PAS dương tính [1]. Một số trường hợp có hình thành giả bao gan với các cấu trúc gan lành mắc kẹt ở ngoại vi u. Hóa mô miễn dịch (HMMD) không có dấu ấn đặc hiệu cho ES; vai trò chính là loại trừ các u khác. ES có thể dương tính với Vimentin, CD10, Desmin, Actin, Glypican-3 (khoảng 60%), PAS+ alpha-1-antitrypsin và alpha-1-antichymotrypsin và

thường âm tính với S100, Myogenin, HepPar1, β -catenin [1,3]. Trong chuỗi 3 ca bệnh của chúng tôi, mặc dù không có marker đặc hiệu cho ES, song các dấu ấn như Glypican-3, Vimentin, CD10 và Desmin đều góp phần hỗ trợ chẩn đoán, phù hợp với dữ liệu y văn [1,3,5].

Sinh thiết trước mổ thường không được thực hiện vì mô mềm nhầy và hoại tử rộng khiến kết quả ít giá trị, đồng thời tăng nguy cơ chảy máu hoặc gieo rắc tế bào u. Vì vậy, nhiều trung tâm ưu tiên phẫu thuật cắt u triệt để vừa để chẩn đoán vừa điều trị [1,5].

ES cần phân biệt với một số bệnh lý gan và mô mềm (Bảng 2). Ung thư biểu mô tế bào gan (Hepatocellular carcinoma – HCC) thường gặp ở gan xơ, cấu trúc bè hoặc giả tuyến, biệt hoá tế bào gan và HMMD dương tính mạnh với HepPar1, Glypican-3. U mô đệm đường tiêu hóa (Gastrointestinal stromal tumor – GIST) nguyên phát tại gan rất hiếm, thường là di căn, HMMD dương tính với CD117, DOG1 [6]. U nội mô mạch máu dạng biểu mô (Epithelioid hemangioendothelioma – EHE) có nền nhầy sụn, tế bào nội mô có không bào, cấu trúc mạch máu rõ và HMMD dương tính với CD31, CD34, ERG [4,7]. Sarcoma cơ trơn đa hình có cấu trúc bó xoắn >50%, HMMD dương tính với Desmin, SMA, h-caldesmon². Sarcoma xơ nhầy/Sarcoma đa hình không biệt hoá (Undifferentiated pleomorphic sarcoma – UPS) thường nguyên phát ở mô mềm, gan là vị trí di căn, HMMD không đặc hiệu [1,7].

Bảng 2. Chẩn đoán phân biệt sarcom phôi của gan với một số bệnh lý gan và mô mềm

Bệnh lý	Tuổi thường gặp	Mô học	HMMD	Khác biệt so với ES
HCC	>40 tuổi, thường có xơ gan	Bè hoặc giả tuyến, tế bào gan ác tính	HepPar1+, Glypican-3+, Arginase-1+	Xuất hiện trên gan xơ, biệt hóa tế bào gan rõ
GIST	50–70 tuổi, hiếm nguyên phát gan	Tế bào hình thoi/biểu mô, mô đệm collagen	CD117+, DOG1+	Thường là di căn; HMMD dương tính CD117/DOG1
EHE	30–50 tuổi	Nền nhầy sụn, tế bào nội mô có không bào	CD31+, CD34+, ERG+	Cấu trúc mạch máu rõ, HMMD đặc hiệu nội mô
Sarcoma cơ trơn đa hình	40–60 tuổi	Tế bào hình thoi, bó xoáy >50%	Desmin+, SMA+, h-caldesmon+	HMMD đặc hiệu cơ trơn, ES âm tính h-caldesmon
Sarcoma xơ nhầy/UPS	Chủ yếu người lớn	Mô đệm xơ nhầy, tế bào đa hình	Không đặc hiệu	Thường nguyên phát ở mô mềm, gan là di căn

Chỉ định và chống chỉ định phẫu thuật

Phẫu thuật cắt gan triệt để là phương pháp điều trị quan trọng nhất đối với ES, đặc biệt khi khối u còn khu trú. Chỉ định phẫu thuật bao gồm:

- (1) U chưa di căn xa;
- (2) Khả năng bảo tồn nhu mô gan còn lại;
- (3) Bệnh nhân có chức năng gan và thể trạng đủ để trải qua phẫu thuật lớn.

Chống chỉ định phẫu thuật thường gặp ở các trường hợp u xâm lấn mạch máu lớn, lan rộng cả hai thùy gan, có di căn xa hoặc bệnh nhân có nguy cơ cao khi gây mê. Đánh giá trước mổ bằng hình ảnh học và hội chẩn đa chuyên khoa giữ vai trò then chốt nhằm lựa chọn chiến lược phù hợp.

Trong chuỗi ca của chúng tôi, cả ba bệnh nhân đều trên 35 tuổi, cho thấy ES có thể xuất hiện ở nhóm trưởng thành muộn, không chỉ ở trẻ em hoặc thanh thiếu niên như thường mô tả [1,7]. Về

HMMD, một số ca bệnh của chúng tôi dương tính với Glypican-3 và CD10, tương tự y văn, nhưng cũng có trường hợp biểu hiện Desmin và CDK4, gợi ý tính đa dạng trong biểu hiện marker ở bệnh nhân Việt Nam. Những khác biệt này góp phần mở rộng hiểu biết về đặc điểm bệnh học của ES ở người lớn tại khu vực châu Á.

Hóa trị hỗ trợ với các phác đồ chứa doxorubicin–ifosfamide được chứng minh cải thiện sống còn so với chỉ phẫu thuật [2,4,8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ca 1 được chỉ định hóa trị hỗ trợ do khối u lớn và mô học ác tính rõ rệt. Ngược lại, ca 2 và ca 3 không được điều trị hóa chất sau mổ do thể trạng không phù hợp cho hóa trị tích cực và không có bằng chứng về di căn hoặc xâm lấn mạnh. Quyết định này được đưa ra sau hội chẩn đa chuyên khoa, trong bối cảnh chưa có phác đồ hóa trị chuẩn hóa cho ES ở người lớn.

Tiên lượng ES ở người lớn nhìn chung xấu nếu điều trị đơn thuần. Chiến lược điều trị tối ưu hiện

nay là đa mô thức, bao gồm phẫu thuật triệt để kết hợp hóa trị bổ trợ và cân nhắc xạ trị trong một số trường hợp [2,4,7,8]. Hóa trị thường sử dụng các phác đồ chứa doxorubicin và ifosfamide. Ghép gan được báo cáo rất ít, hiệu quả lâu dài chưa rõ ràng [2,7]. Tỷ lệ sống còn được cải thiện rõ rệt khi áp dụng điều trị phối hợp so với phẫu thuật đơn thuần. Báo cáo này bổ sung thêm dữ liệu hiếm gặp tại Việt Nam, nhấn mạnh vai trò chẩn đoán đa phương tiện và tiếp cận đa mô thức trong điều trị sarcôm phôi gan ở người lớn.

Điều trị đa mô thức (phẫu thuật + hóa trị + theo dõi sát) được ghi nhận mang lại kết quả sống còn tốt hơn so với đơn trị liệu, đặc biệt trong bệnh cảnh ES tiên lượng xấu [2,4,8]. Tuy chưa có phác đồ điều trị chuẩn cho người lớn, cách tiếp cận đa mô thức vẫn được xem là chiến lược tối ưu hiện nay.

Ba ca bệnh của chúng tôi đều là ES ở người lớn, không có bệnh gan nền, được chẩn đoán xác định dựa trên hình ảnh, mô bệnh học và HMMD. Cả ba trường hợp đều có khối u lớn, cấu trúc hỗn hợp đặc-nang, mô học điển hình với cầu hyaline PAS+, HMMD phù hợp với y văn. Các bệnh nhân được điều trị phẫu thuật triệt để, một số ca bổ sung hóa trị, kết quả theo dõi ngắn hạn đều ổn định. Chuỗi ca này góp phần cung cấp thêm dữ liệu về đặc điểm bệnh học và điều trị ES ở người lớn tại Việt Nam, đồng thời nhấn mạnh vai trò của tiếp cận đa mô thức trong cải thiện tiên lượng.

4. KẾT LUẬN

Sarcôm phôi của gan ở người lớn là bệnh lý cực kỳ hiếm gặp nhưng cần được cân nhắc trong chẩn đoán phân biệt các khối u gan lớn không điển hình. Sự hiện diện của các cầu hyaline PAS dương tính là đặc điểm gợi ý quan trọng. Mặc dù không có dấu ấn HMMD đặc hiệu, một số marker như Vimentin, Glypican-3, Desmin, CD10... có thể hỗ trợ chẩn đoán. Báo cáo này góp phần

bổ sung dữ liệu bệnh học của ES người lớn tại Việt Nam và nhấn mạnh tầm quan trọng của nhận diện sớm bệnh lý hiếm gặp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Putra J, Ornvold K. Undifferentiated embryonal sarcoma of the liver: A concise review. *Arch Pathol Lab Med*, 2015, 139(2): 269–273.
- [2]. Huang J. Undifferentiated Embryonal Sarcoma of the Liver in Adults. In: Sergi CM, ed. *Liver Cancer*. Springer, 2021, 165–178.
- [3]. Kallam A, Krishnamurthy J, Kozel J, Shonka N. Undifferentiated Embryonal Sarcoma of the Liver. *Rare Tumors*, 2015, 7(4): 6009.
- [4]. Huang Y, et al. Undifferentiated embryonal sarcoma of the liver in adults: A case report. *J Med Case Rep*, 2024, 18: 186.
- [5]. Pinamonti M, Vittone F, Ghiglione F, Borasi A, Silvestri S, Coverlizza S. Unexpected liverembryonal sarcoma in the adult: Diagnosis and treatment. *Case Rep Surg*, 2018, 2018:8362012
- [6]. Flores Maciel KC, et al. Undifferentiated embryonal sarcoma: A rare liver tumor with atypical presentation. *Clin Surg*. 2023;8:1–4.
- [7]. García AAA, et al. Undifferentiated Embryonal Sarcoma of the Liver: First case report from Colombia and review of the literature. *Cancer Reports*. 2024;7(5):e70067.
- [8]. Shu B, et al. Undifferentiated embryonal sarcoma of the liver in adults: Analysis of clinical characteristics and systematic review. *Oncol Lett*, 2020, 19(1): 15–22.