

Trabajo de la Clínica Quirúrgica F. Hospital Pasteur

## SARCOMA DE PARTES BLANDAS DE MIEMBRO INFERIOR (\*)

Dr. Alberto M. Fernández Chapela

Presentamos esta comunicación a la Sociedad de Cirugía por tratarse de un proceso tumoral conjuntivo de las partes blandas de la pierna, recidivado, con aspecto histológico de mixoma a células pequeñas en su primera aparición y de sarcoma polimorfo en su recidiva. Pertenece a la categoría de tumores conjuntivos de los miembros, designados genéricamente como conjuntivomas.

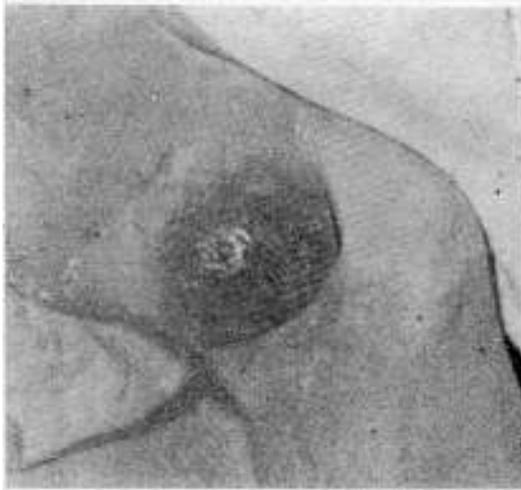
C. G., 76 años. Ingresa al servicio en mayo del 49 por tumoración del  $\frac{1}{3}$  superior de región ántero-externa de pierna izquierda. Hace 4 años, le fué extirpada una tumoración semejante a ésta y alojada en la misma región. Pasó bien hasta hace tres meses, en que por debajo de la cicatriz operatoria aparece tumoración del tamaño de un huevo de gallina, que fué creciendo en forma progresiva hasta alcanzar el volumen actual. Este proceso no fué acompañado de ninguna repercusión funcional sobre su miembro inferior. Desde hace un mes acusa prurito al nivel de la tumoración comprobando que la piel que la recubre ha ido cambiando de color, se ha vuelto morada, carácter éste que no presentaba en la operación anterior.

No ha decaído el estado general, y el enfermo se mantiene bien nutrido.

**Miembro inferior izquierdo.**.— Tumoración situada en  $\frac{1}{3}$  superior de pierna izquierda, cara externa, inmediatamente por

---

(\*) Trabajo leído en la Sociedad de Cirugía del Uruguay en sesión del 17 de agosto de 1949.



FOTOS 1 y 2. — Aspecto de la recidiva: tumoración situada en tercio superior de pierna de unos 10 cms. de diámetro. La piel se presenta morada y con descamación.



Fotos 3 y 4. Radiografía de rodilla. Los elementos osteo-articulares no presentan alteraciones. No existe reacción del periostio. La proyección del tumor se hace sobre tibia y peroné y sobre la parte superior de la masa muscular ántero externa.

fuera del tendón rotuliano, recubierta por piel de coloración violacea, distendida; la tumoración tiene 10 cms. de diámetro, es de forma circular como puede verse en la foto N° 1 y 2. La cicatriz operatoria anterior está distendida por el tumor.

A la palpación es lisa, indolora, no se puede plegar la piel a ese nivel; su consistencia es renitente y es fija a los planos profundos tanto en el sentido transversal como vertical. Haciendo contraer los músculos ántero-externos de la pierna, la tumoración se fija aún más. No existen adenopatías regionales. La movilidad de la articulación de la rodilla es normal.

La radiografía de la rodilla y partes ósea vecinas (ver fotos 3 y 4) muestra que la tumoración es independiente de los elementos osteo-articulares.

Radiografía de tórax en busca de posibles metástasis: negativa.

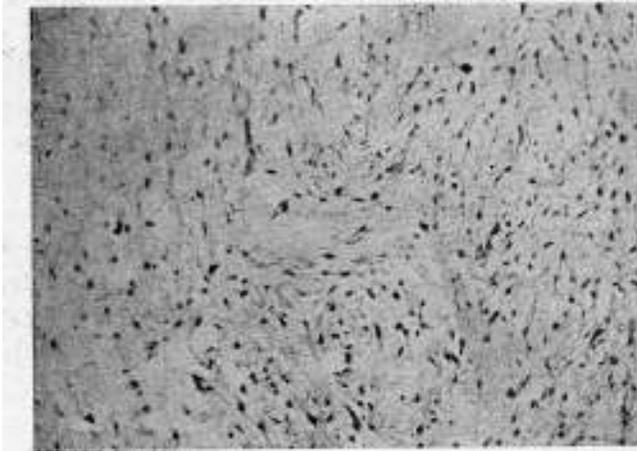


FOTO 5. — Mixoma, células estrelladas y substancia fundamental amorfa. Aspecto histológico del tumor operado hace 4 años.

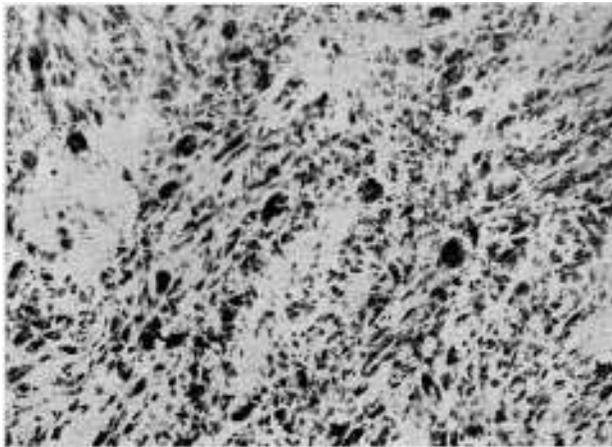


FOTO 6. — Sarcoma, células polimorfas. Aspecto histológico de la recidiva actual.

Operación: Dr. Fernández. Anestesia local. Extirpación de la tumoración con amplia resección de piel. La tumoración que es encapsulada, es perfectamente clivable en su parte externa del plano de la aponeurosis tibial anterior. Hacia adentro, adhiere al músculo tibial anterior por lo cual se reseca a ese nivel un trozo de este músculo así como del extensor común de los dedos y del tabique que los separa. En la operación practicada 4 años atrás por el Dr. Zanzzi la tumoración presentaba caracteres en un todo similares a los actuales pero no adhería a la piel.

Anatomía patológica. En el tumor extirpado hace 4 años se comprueban las características de un mixoma. El actual nos muestra un sarcoma a células polimorfas. (Ver fotos 5 y 6).

Queremos recalcar: 1) El hecho de que se trate de tumoraciones perfectamente encapsuladas no es signo de benignidad. Leriche insiste sobre el hecho de que por fuera de la cápsula existen elementos sarcomatosos microscópicos que infiltran las estructuras vecinas; por tal causa la recidiva local es la regla después de la extirpación por enucleación de estas tumoraciones. 2) La terapéutica quirúrgica en estos casos es discutida: a) hay quienes son partidarios de la extirpación ensanchada como se hizo en nuestro caso; b) otros aconsejan miomectomía amplia del músculo sobre el cual asienta la tumoración; c) existen autores que frente a casos de recidiva aconsejan la amputación. En nuestro enfermo no se realizó tal operación teniendo en cuenta la edad, 76 años.

El estudio histológico del tumor primitivo no permite una conclusión definitiva en cuanto a la histogénesis de la recidiva de tipo sarcomatoso polimorfo; es decir, si el tumor primitivo es un mixoma verdadero o si se trata de un conjuntivoma a células jóvenes, totipotenciales, que evolucionó al sarcoma.

#### BIBLIOGRAFIA

- STAJANO (C.). — Condroma del reborde cortical. Recidiva bajo forma de condrosarcoma. Estudio histológico de P. Larghero. Boletín de la Sociedad de Cirugía de Montevideo, Uruguay. T. 1°. Sesión del 9 de mayo de 1929.