

Clínica Quirúrgica Infantil, Hospital Pereira Rossell, Director: Dr. Ricardo B. Yannicelli

SARCOMA DE PARTES BLANDAS DE LOS MIEMBROS (*)

Relato de un caso

Dr. Folco Rosa

Como contribución a la casuística nacional sobre sarcomas de partes blandas de los miembros, traemos aquí la siguiente observación:

Z. F., de un año de edad, ingresa al Hospital Pereira Rossell por una tumoración de dorso de antebrazo izquierdo, que apareció hace 4 meses y que tenía en ese momento alrededor de 1 cm. de diámetro, indolora, sin repercusión local ni general. Fue aumentando progresivamente de tamaño hasta llegar al actual.

Examen: Excelente estado general. En dorso de antebrazo izquierdo se vislumbra una tumefacción de 8 x 5 cms., independiente de los planos superficiales, adherida a los profundos, firme, indolora. Circulación colateral marcada en la piel de la zona (fig. 1).

Radiografía de esqueleto de antebrazo izquierdo: S/P. (fig. 1).

19/11/57. Operación: Anestesia general. Incisión sobre el borde interno de la tumoración, desde la apófisis estiloides hasta el olécrano. Exéresis total (fig. 1). Es fácilmente clivable. El extensor del meñique estaba colocado como en cuerda de violín por delante de ella. Se reclina fácilmente hacia adentro. Resección de la piel sobrante y nylon en la piel. Alta el 22/11/57.

Anatomía Patológica: 25/11/57, Nº de orden 57-2984. **Examen macroscópico** (Dr. Aguiar): 2 formaciones nodulares fijadas en formol que han sido parcialmente hemiseccionadas, de dimensiones sensiblemente iguales y que miden 5 x 4 x 3 cms. cada una. Ambas son bien circunscriptas, aunque no se reconoce una cápsula bien definida. Estructura sólida, de color blanquecino y consistencia blanda. Se toma un fragmento de cada una para examen microscópico.

Examen Microscópico (Dr. Alberto Matteo): La mayor parte de los fragmentos examinados tienen caracteres de **fibro-neurinoma**, observándose zonas densamente celulares integradas por elementos jóvenes y regulares. Corresponde plantear **morfológicamente** la posibilidad de transformación **SARCOMATOSA**.

(*) Trabajo presentado en la ½ hora previa en la Sociedad de Cirugía el día 2 de mayo de 1962.

Pocos meses después, recidiva local, y a los cinco meses de la intervención, el aspecto era semejante al primitivo. Ninguna repercusión general.

31/7/58. — Anestesia general. Resección amplia de la tumoración y de las estructuras vecinas de la región.

Anatomía Patológica. — 31/7/58, Nº de orden 58-1993: Fibro-neurinoma con área de transformación sarcomatosa.

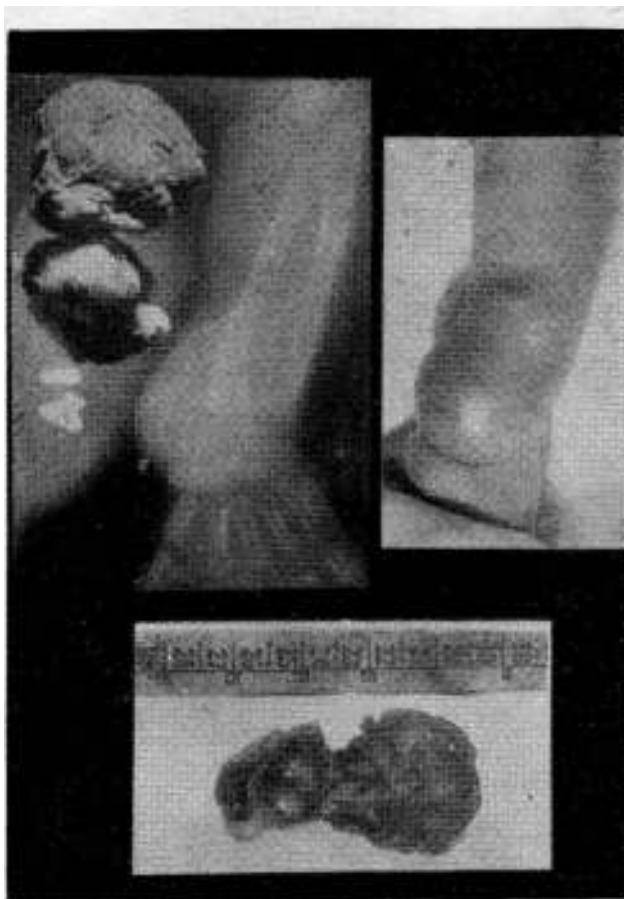


Fig. 1

14/8/58 (Dr. De Vecchi): Injerto libre de antebrazo izquierdo.

22/8/58: Alta.

Cuatro meses después, tumefacción de dorso de antebrazo y adenopatía supraepitroclear. Se planteó la exéresis de éste y proceder luego de acuerdo con el resultado, pero la niña no fue traída más al Hospital hasta el 3/11/59.

3/11/59: Regular estado general. Enorme tumoración vegetante, ulcerada, de dorso de antebrazo (fig. 2). Circulación colateral en brazo invadiendo el tórax.

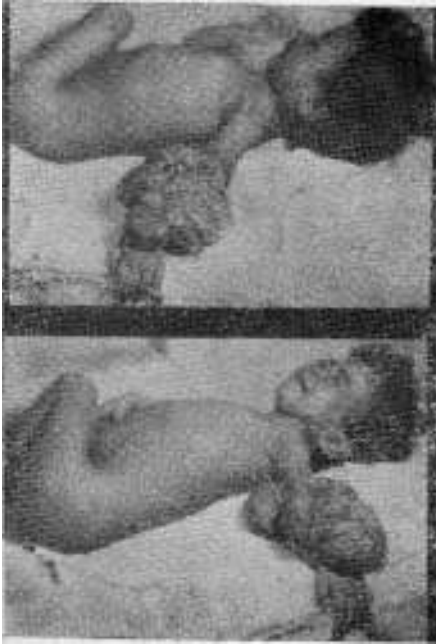


Fig. 2

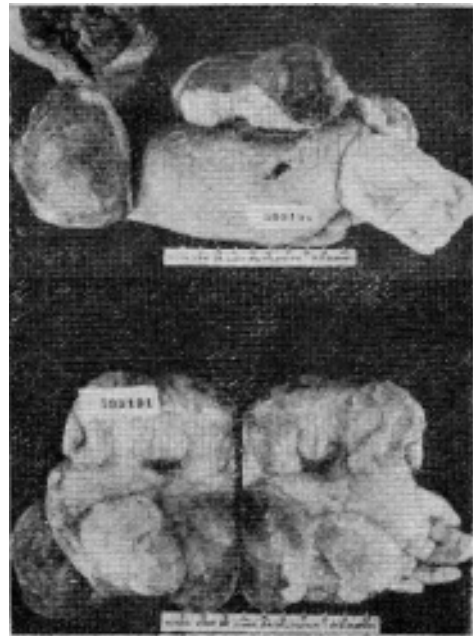


Fig. 3

19/11/59: Amputación en tercio superior de húmero (fig. 3).

Anatomía Patológica: 21/11/59, N° 59-3191. **Examen macroscópico** (Dr. Juan R. Delger). Pieza operatoria fijada en formol, que pesa 1k.380 grs. Está constituida por el tercio inferior de brazo, antebrazo y mano, los cuales muestran en el antebrazo la saliente abollonada de dos producciones que han ulcerado la piel y constituyen dos gruesos nódulos situados respectivamente en la porción proximal y distal del antebrazo, que miden aproximadamente: el proximal 80 mm. y el distal 130 mm., siendo de consistencia blanduzca, pseudo-fluctuante, con zonas ulceradas. Ambas son de aspecto semejante, mostrando

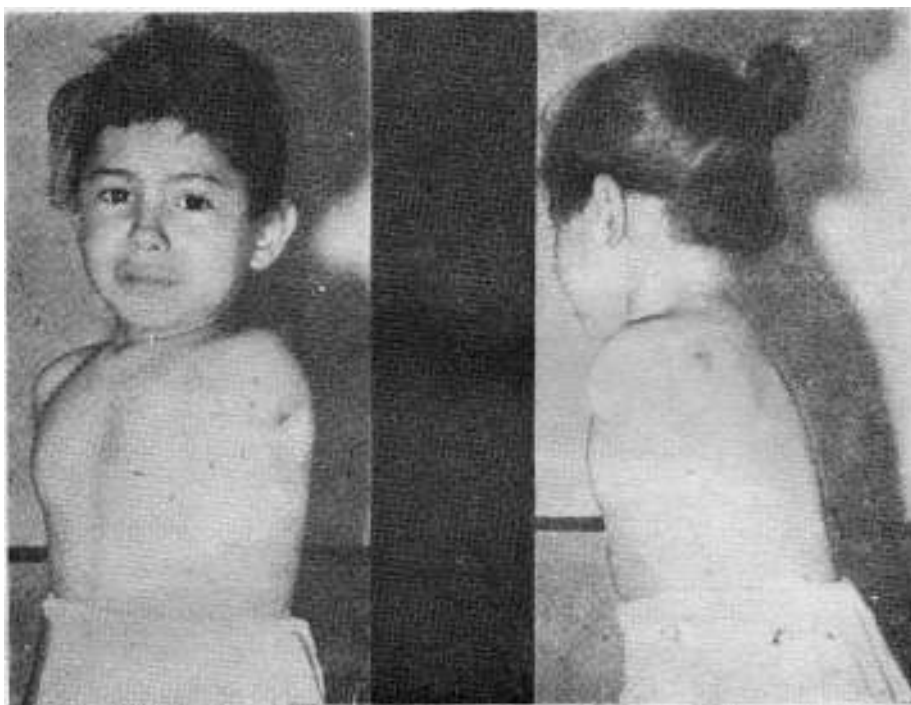


Fig. 4

un color blanquecino rosado con placas hemorrágicas y violáceas en superficie, que le dan un aspecto abigarrado ligeramente costroso. El superior asienta en forma ligeramente pedicular al nivel del codo y forma una especie de gruesa masa en forma de hongo, que emerge en la cara superior a través de un rodete de piel ulcerada y con una altura de 40 mm. Al corte es de un color blanco rosado, brillante, de aspecto ligeramente gelatinoso y está constituido por dos gruesos lóbulos separados por una trama congestiva, espesa. El inferior (o distal) está constituido por una masa que envuelve totalmente al antebrazo en su tercio inferior, ulcera la piel en la mitad dorsal y emerge de ella con aspecto también fungoso. Al corte transversal muestra un tejido homogéneo, blanco

amarillento con algunas zonas hemorrágicas y otras necróticas, sobre todo más marcadas al nivel de la periferia de la lesión.

Los tejidos conjuntivos son menos gruesos en esta región y la masa más exuberante en forma de lóbulo amarillento, friable, de los cuales se selecciona un fragmento para examen microscópico.

Examen microscópico: (Dr. Alberto Matteo): los dos fragmentos examinados tienen caracteres de SARCOMA redondo y fuso-celular.

28/11/59: Alta en buenas condiciones.

Desde entonces no vemos más a la niña hasta el 13/10/61: excelente estado general (fig. 4). No hay ninguna manifestación de metástasis.

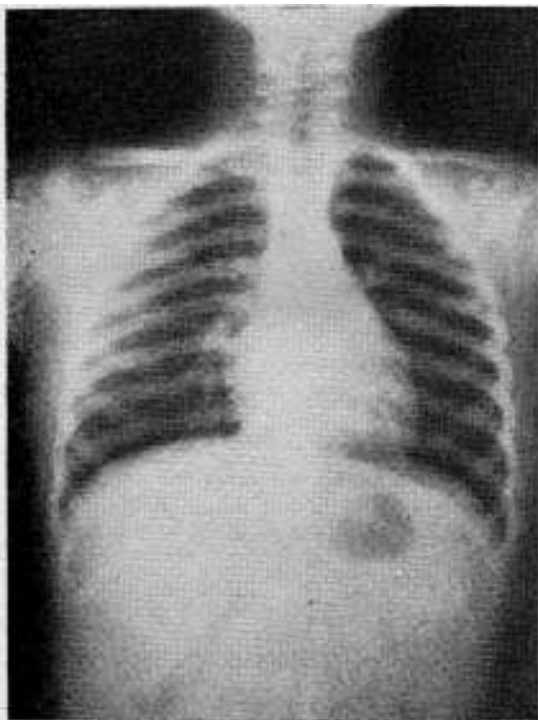


Fig. 5

Radiografía de tórax (fig. 5): campos pulmonares normales.

Folle señala muy bien en su trabajo como líneas generales: "La evolución y pronóstico de estos tumores depende: a) de la variedad tumoral; b) de lo ajustado del tratamiento primario: los resultados son cada vez más pobres, a medida que se actúa sobre nuevas recidivas, por más radical que sea la conducta".

El nuestro era un caso de mal pronóstico por un triple motivo: 1º) en la 1ª intervención se hizo prácticamente una enucleación, mala operación, pues más allá de la pseudo-cápsula existen nidos tumorales que quedan en el lecho del fácil plano de clivaje (Folle); 2º.) la magnitud de la tumoración y 3º.) las recidivas.

Sin embargo, a los dos años el estado de la enferma es excelente y no hay signos de metástasis.

Juzgamos de interés el curso evolutivo de este SARCOMA de partes blandas que no fue tratado inicialmente con las directivas adecuadas; en consecuencia, lo ponemos a consideración de los distinguidos consocios.

Dr. De Vecchi. — Nosotros hemos visto unos 4 o 5 linfosarcomas de partes blandas y creemos que el problema se plantea de una manera muy sencilla cuando el enfermo es visto por primera vez, si es posible hacer el diagnóstico, cosa que en general es dificultoso porque si se piensa que en tumores benignos salen fibromas, uno está autorizado a hacer una cirugía conservadora. Pero cuando lo que se opera es una recidiva, y en ese sentido lo conversamos con el Dr. Rosa, cuando él me consultó cuando la segunda operación, yo le decía, de acuerdo con la experiencia, que no era partidario pese a la indemnidad del hueso, de amputar el miembro. Con todo, la resección que hizo él fue absolutamente completa. Recordamos que habían quedado los dos huesos del antebrazo al aire, tanto que hubo que esperar un tiempo para hacer el injerto, porque no había tejido de granuloma para decidir la intervención. Esta evolución, es decir la curación aparente de la niña, y digo aparente porque lleva nada más que 3 años. Nosotros operamos en el Servicio del Prof. Stajano una enferma que tenía una recidiva de 6 años, y hace poco tiempo supimos que estaba bien, perfectamente bien. Era un sarcoma de las partes blandas de la vaina del recto. Le hicimos una resección completísima de la pared abdominal, una plastia como se pudo, tanto que tuvimos que terminar cerrando con un trozo de piel dentro de la zona ésa que había quedado.

Esa enferma está curada. Y eso fue en el año 48, 49, es decir hace ya 14 años. Quiere decir que así "a priori" hay que ser optimista en el pronóstico de los sarcomas de parte blanda, cuando se hace un tratamiento radical.

Dr. Folco Rosa. — Agradecemos al Dr. De Vecchi y al Dr. Vigil, y diremos que aquí al principio se hizo la exéresis de la tumoración, no amplia, un poco por ignorancia, pues no pensamos en una tumoración maligna, después en la recidiva es cierto que se justificaba la amputación, pero también hay que pensar que se trataba de una chica de un año de edad, y a esta edad cuesta decirse. En cuanto a su evolución, es cierto que hasta ahora su resultado es^o parcial. Tenemos que esperar todavía algunos años. Pero por el estado en que estaba la chica la última vez que vino, nosotros pensamos que no la íbamos a ver nunca más. Por eso hemos traído aquí esta observación.