

Angiosarcoma de hombro. Desarticulación interescapulotorácica

Dres. JOSE PEDRO OTERO, JUAN FRANCISCO CASSINELLI
y BOLIVAR DELGADO *

Paciente de sexo masculino, 21 años de edad. En noviembre de 1963 es intervenido en el Interior para drenar un probable hematoma de la región escapular derecha. La intervención muestra que se trata de un tumor muy vascularizado y no de un hematoma por lo cual es enviado a Montevideo.

En diciembre de 1963 es sometido a una segunda intervención de exéresis local en el Sanatorio del Banco de Seguros. La pieza es informada (Dr. Cassinelli) como tumor de 7 ½ cm y 110 gramos de peso; superficie externa lobulada; circunscripto pero no encapsulado. Corresponde a un sarcoma de partes blandas que por la riqueza del componente vascular creemos que es una forma de angiosarcoma (probablemente vinculada al tipo del hemangiopericitoma). Dado que la resección había sido muy económica y probablemente insuficiente, e enviado al Instituto de Oncología donde es irradiado (5.000 r.).

En marzo de 1964 es controlado y se encuentra bien.

Consulta nuevamente casi un año después (febrero 1965) constatándose en ese momento una gruesa recidiva (7 × 4 cm.) fija a los planos profundos. No hay adenopatías regionales ni evidencias clínicas ni radiológicas de metástasis.

En abril de 1965 se comienza a irradiar con Betatrón (4.960 r.) reduciéndose manifiestamente el tumor, quedando una gruesa ulceración neoplásica.

En febrero de 1966 vemos al paciente por primera vez. Presentaba esa gruesa ulceración neoplásica y no había evidencia de metástasis.

Se le efectuó entonces una amplia resección local incluyendo la porción supraespinosa del omóplato y los $\frac{2}{3}$ externos de la clavícula con los músculos correspondientes.

El nuevo estudio de la pieza (Dr. Cassinelli) muestra un tumor semejante al anterior. A pesar de la amplia resección se ha pasado en zona tumoral por lo cual un mes después se completa la resección efectuándose una desarticulación interescapulotorácica.

A partir de esa fecha (mayo 1966) el paciente ha sido controlado periódicamente hasta el momento actual (setiembre 1969). Se encuentra bien, sin evidencias de recidivas ni metástasis y recuperado del punto de vista psicológico, social y laboral.

COMENTARIO

Los sarcomas de las partes blandas de los miembros son poco frecuentes. Salvo la revisión efectuada por Folle (1) en 1958, en nuestro medio sólo se han publicado observaciones aisladas.

Dentro de los sarcomas de las partes blandas los angiosarcomas son una variedad poco frecuente (1, 2, 3, 6).

Ormaechea y Aguiar (4) presentaron en 1954 en esta Sociedad un hemangioendotelioma.

Es muy interesante el estudio de estos tumores del punto de vista histogenético, pero al cirujano le interesa ante todo su comportamiento biológico sobre el cual se fundará el pronóstico y el tratamiento.

Son tumores malignos del tejido vascular. Histogenéticamente pueden originarse de los diferentes elementos que constituyen la pared de un capilar normal (1).

Stout (6) distingue 5 grupos dentro de los sarcomas vasculares: a) hemangioendoteliomas malignos (originados en las células endoteliales); b) hemangiopericitoma maligno (originados en los pericitos de Zimmerman); c) sarcoma de Kaposi; d) leiomiomas; e) linfangiosarcomas (de los endotelios de los vasos linfáticos).

Pack (5) sostiene sin embargo que se debe mantener el término genérico de angiosarcoma por haber sido consagrado por el uso y por la frecuente dificultad para

Trabajo del Instituto de Oncología. Presentado a la Sociedad de Cirugía el 10 de setiembre de 1969.

* Profesor Adjunto de Cirugía. Asistentes de Anatomía Patológica y Clínica Quirúrgica (Facultad de Medicina de Montevideo).

reconocer la célula madre que originan esas diferentes variedades señaladas por Stout.

Landing (2) afirma además que estos tumores son difíciles de diferenciar de otros tipos de sarcomas muy vascularizados y aun de carcinomas indiferenciados.

Se observan a cualquier edad, sin predominancia de sexo y sobre todo a nivel de las partes blandas de los miembros.

Del punto de vista de la biología tumoral son en general tumores muy malignos, de crecimiento local lento llegando a constituir grandes tumores; tenazmente recidivantes cuando no han sido resecados ampliamente y fatalmente dan en su evolución metástasis alejadas en pulmón, huesos, hígado, etc. (2).

Stout (6) sostiene que los diferentes tipos histológicos señalados por él tienen diferente comportamiento biológico, hecho que no es aceptado por otros autores (2).

En la serie de angiosarcomas de McCarty y Pack (5) se señala una supervivencia de 5 años del 9 % y 3 años del 17 %. El promedio de supervivencia de los pacientes fallecidos es de 2,5 años.

Para los hemangiopericitomas malignos Stout (6) da un porcentaje de 14 % de metástasis y 25 % de recidivas in situ.

Son en general tumores poco radiosensibles.

Ello lleva a enfatizar que el tratamiento de elección es el quirúrgico; éste debe ser realizado lo más precozmente posible, con criterio radical de entrada, lo cual implica exéresis amplias que en los miembros puede obligar a las amputaciones (5), tal como sucedió en nuestro caso.

Cuando la exéresis no puede ser completa, Pack (5), aconseja usar radioterapia complementaria con fuentes radiactivas locales (Y90, Au.198 y el Sc.46).

RESUMEN

A propósito de un angiosarcoma de hombro tratado por radioterapia, resección local y luego desarticulación interescapulo-torácica con éxito, los autores hacen consideraciones sobre la histogénesis y la biología de estos tumores tan poco frecuentes.

Se insiste en que el tratamiento quirúrgico con resección amplia en la primera intervención, es el mejor procedimiento para lograr la curación.

RÉSUMÉ

A propos d'un angiosarcome d'épaule traité avec succès par radiothérapie, résection locale, et après désarticulation inter-scapulothoracique; les auteurs font des considérations sur l'histogénèse et la biologie de ces tumeurs bien peu fréquents.

On insiste aussi sur les avantages du traitement chirurgical, avec résection extensive dans la première opération.

SUMMARY

The authors presents a angiosarcoma of the shoulder successfully treated by radiotherapy, local resection and scapulothoracic desarticulation. They do considerations about histogenetics and byology of this rare tumors.

They remarks that wide surgical resection in the first operation is the best procedure for cure.

BIBLIOGRAFIA

1. FOLLE, J. A. Sarcomas de las partes blandas de los miembros. *Cirugía Panamericana*, 2: 15, 1958.
2. LANDING, B. H. and FARBER, S.: Tumours of the cardiovascular system. *Armed Forces Institute of Pathology*. Washington, p. 101, 1956.
3. MOULONGET, C. et POLLOSON, E. Sarcomes des muscles et des coulées conjunctives des membres. *47^e Congr. Français Chir. Paris*, 1938.
4. ORMAECHEA, C. y AGUIAR, R. A. Hemangi-
endotelioma maligno de pierna. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 25: 522, 1954.
5. PACK, G. T. and ARIEL, I. M. Treatment of the tumors of the blood and lymphatic vessels. *Treatment of cancer and allied diseases*. Harper and Row. Londres, 7: 155, 1964.
6. STOUT, A. P. Tumors of the blood and lymphatic vessels. *Treatment of cancer and allied diseases*. Harper and Row. Londres, 7: 130, 1964.

DISCUSION

Dr. Aguiar: Creemos que esta presentación tiene algunos aspectos que son de sumo interés. En primer lugar, el resultado que se ha obtenido en un enfermo con una lesión grave, seria, tumoral, como es un sarcoma de partes blandas.

A pesar de la imperativa necesidad de haberle sacrificado un miembro, no se ha dudado de ello en vista a una situación que uno puede plantear ya como de casi segura curación definitiva, y como única solución para lograrla, la

que se ha hecho. Desde ese punto de vista yo felicito a los autores porque es un excelente resultado.

El otro aspecto que deseo señalar es el hecho de que estas lesiones, que son de observación infrecuente por parte de los cirujanos, determina que la casuística sea escasa, personal, dispersa y que la experiencia conjunta que se pueda lograr en el tratamiento de estas afecciones, sea limitada. De modo que la publicación de estos casos, resulta de sumo interés. A la brevedad nosotros pensamos traer a la Sociedad de Cirugía un conjunto de sarcomas de partes blandas de distinto tipo, tratando de hacer una presentación de conjunto, sobre todo trazando las directivas que creemos, deben seguirse en el diagnóstico como en el tratamiento.

En el caso particular del angiosarcoma, es muy cierto lo que dice el Dr. Delgado de que en la literatura hay autores que señalan que estas lesiones son de gran gravedad por la capacidad metastasizante precoz que pueden tener.

Sin embargo, no todos están de acuerdo y se leen observaciones tratadas con éxito sin que se halla llegado a la etapa de diseminación a distancia, como lo haría suponer el hecho de que la red vascular de estos tumores es autóctona, y si bien se nutre de la red vascular normal de la región en la cual asienta, no tiene con ella una conexión amplia, determinando circulación colateral nada más que en

el sitio del tumor, su conexión con la circulación general es escasa, lo que determinaría un retardo o una evolución más alejada en la constitución de las metástasis.

Nosotros presentamos a la Sociedad de Cirugía en el año 1955, conjuntamente con el Dr. Ormaechea, un angiosarcoma de pierna, catalogado anatómicamente como tal, y en aquel momento, por la disposición morfológica y arquitectural de los elementos sarcomatosos, como un hemangioendotelioma, es decir, a la inversa de lo que morfológica y arquitecturalmente aparenta este tumor, de crecimiento hacia afuera de los vasos, en aquel caso el crecimiento era hacia la luz de los capilares de neoformación, por eso la denominación del hemangioendotelioma, que es una de las variedades de angiosarcoma.

Ese enfermo se presentó acá con una arteriografía preoperatoria, que mostraba una enorme red vascular en el tumor, fue tratado con una resección local amplia y está curado actualmente.

Creemos que esos tumores no deben asustar frente a una decisión como la que se ha tenido que tomar en este caso, de sacrificar un miembro. Así se demuestra que son tumores que pueden ser perfectamente curados, con cirugía, porque la radioterapia hace muy poco. Como ya se ha dicho, sirve nada más que como elemento coadyuvante en el tratamiento definitivo de este tipo de lesión.