

Estudio clínico. Datos estadísticos

Dr. NISSO GATEÑO YAFFE ** ***

Nuestro trabajo se basa en el análisis de 100 historias clínicas de sarcomas de partes blandas con las limitaciones que surgen de la clasificación histopatológica y de la topografía, para ajustarse al tema dentro de los límites expuestos por el Coordinador de la Mesa.

Las historias proceden del Hospital de Clínicas y del Instituto de Oncología, habiéndose efectuado el presente estudio en una muestra que comprende cerca de 2/5 de la totalidad. La selección se realizó al azar.

Nos referiremos sucesivamente a:

- I. Aspectos clínicos.
- II. Estudio de la relación entre determinados hechos clínicos y la evolución.
- III. Datos estadísticos obtenidos en el análisis de la muestra.

I. ASPECTOS CLINICOS

Los sarcomas de partes blandas no tienen una sintomatología que les sea propia y que permita hacer el diagnóstico en forma inequívoca (8). En última instancia y siempre, es el estudio anatomopatológico el que pone el sello al diagnóstico unas veces ya orientado, pero que en un alto porcentaje de casos no es sospechado por lo que se llega a ensayar terapéuticas que redundan en demora o perjuicio aún mayor por su agresividad.

De los elementos clínicos, el que polariza la atención en la mayoría de los casos y que siempre está presente, es el tumor.

Se presentó como único síntoma en el 54 % de la serie analizada, y asociado a otros síntomas y/o signos en un 24 % más. Esto significa que el síntoma tumor percibido por el paciente, estuvo presente en las 3/4 partes de los casos analizados.

Las características clínicas del tumor variarán con el volumen alcanzado por éste, la zona en que asienta, el tipo histopatológico [dado fundamentalmente por su grado de diferenciación (5)]. Pero sobre todo dependerá de su topografía supra o subfascial (3).

Los tumores suprafasciales aparecen como más redondeados; en general impresionan como bien delimitados y no rara vez aparentan

La invasión de la piel no es frecuente; se ve en etapas avanzadas, en tumores con una rapidez de crecimiento importante [en general en relación con un bajo grado de diferenciación (5)], y en aquellos tumores agredidos por una biopsia incisional que pasa en plena masa blastomatosa. Esto puede llevar a la producción de una úlcera con el aspecto característico del tejido fungoso sarcomatoso.

La aparición de la fungosidad sarcomatosa es debida al crecimiento tumoral rápido acompañado de neoformación vascular (6).

La aparición de la úlcera de tipo sarcomatoso no es muy frecuente. En nuestra serie se presentó en el 6 %.

Los tumores subfasciales se hacen clínicamente manifiestos cuando han alcanzado un tamaño considerable (siempre mayor que en los suprafasciales) o cuando invaden o comprimen estructuras tales como los nervios dando dolor o impotencia funcional (1).

Cuando se trata de la localización profunda, los límites tumorales son más imprecisos, en general poco nítidos, dando un aumento de tamaño global en la región del miembro afectado. En general su forma es alargada siguiendo la disposición de los grupos musculares en que asienta o de las vainas conjuntivovasculares.

Es característica la fijación al grupo muscular en que se localiza, cuando éste se pone en estado de contracción.

Es poco frecuente la invasión ósea secundaria, aunque de principio se debe considerar (para el tratamiento) como factible y presente la invasión perióstica (2). Esta invasión ósea, aunque rara, se la ve con frecuencia en los sinoviosarcomas.

La existencia de signos pseudoinflamatorios es una de las características frecuentemente atribuidas a estos tumores. No obstante, en nuestra serie, sólo se presentó en el 5 % de los casos.

Los signos pseudoinflamatorios se deben a la gran vascularización que poseen, en general, los tumores malignos de estirpe conjuntiva.

La gran vascularización es también responsable de la aparición de hemorragias espontáneas con formación de zonas quísticas en el propio tumor o vertidas al exterior cuando se han ulcerado (1).

La existencia de los signos pseudoinflamatorios, como expresión de la gran vascularización y rapidez de crecimiento, es uno de los elementos que nos hablan de rápida evolutividad y agresividad tumoral.

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica "B". Director: Prof. J. Pradines.

** Adjunto de Clínica Quirúrgica.

*** Con la colaboración, en la recopilación y elaboración de datos estadísticos, de los Brs. Fabio Lima, Gladys M. de Lima y Sonia Belloni.

Ser encapsulados. Su independencia del plano muscular es manifiesta, salvo en etapas avanzadas cuando lo invaden.

El dolor se presentó, bajo alguna de sus formas en más de un tercio de los casos. El tipo e intensidad es variable, yendo desde la simple molestia con dolor de tipo distensivo propio de una tumoración que asienta en una logia osteoaponeurótica, hasta el dolor intolerable, fulgurante, con irradiación siguiendo el territorio de distribución nerviosa.

La existencia de dolor de tipo neurítico, en sarcomas a localización proximal en los miembros siempre debe poner en la pista de invasión de los gruesos troncos y por ende en la necesidad de efectuar resecciones no conservadoras.

La aparición de elementos de déficit motor de tipo periférico es poco frecuente pero cuando se presenta sella el diagnóstico de invasión nerviosa.

En lo referente a la repercusión vascular, debemos diferenciar varios aspectos:

a) La hipervascularización es responsable, además de la aparición de signos inflamatorios, de la existencia de una gran variedad de elementos diagnósticos en el estudio angiográfico que serán descriptos por otro integrante de la mesa.

b) La interrupción de los gruesos troncos vasculares es rara; la invasión arterial se ve excepcionalmente, y la invasión venosa aunque más frecuente es muy rara y cuando se presenta se evidencia por la aparición de extensos edemas similares a los de trombosis venosa profunda.

En lo referente a los elementos clínicos dependientes de la difusión tumoral, debemos establecer:

a) La difusión local se hace por crecimiento tumoral siguiendo los espacios conjuntivos vasculares, por lo que se la debe buscar cuidadosamente siguiendo los mencionados espacios y sus prolongaciones. Testimonio de esto es la recidiva local luego de una exéresis que aparentemente ha pasado por tejido sano (4).

A los efectos de la resección local, cuando ella estuviere indicada, se debe considerar como unidad de resección todo el grupo muscular en que asienta el tumor (en los tumores subfasciales).

b) La difusión regional puede hacerse por vía linfática; es comprobada en un alto porcentaje de los casos. Este tipo de difusión debe ser considerada como factible en todos los tipos histopatológicos aunque se le reconoce mayor capacidad metastatizante linfática a los sinoviosarcomas y rhabdomyosarcomas (1, 8). La búsqueda clínica de adenopatías regionales debe ser rutinaria y frente a su comprobación se debe tratar de comprobar su naturaleza metastática ya que, en un alto porcentaje son banales. En nuestra serie se comprobó adenopatías regionales clínicamente sospechosas de ser neoplásicas en un 24 % y sólo se tuvo certificación anatomopatológica en el 3 %.

c) La difusión generalizada debe ser buscada de rutina en todo sarcoma de partes blandas. Fundamentalmente la existencia de

metástasis pulmonares. Otros sitios en que metastatizan estos tumores son: hígado, peritoneo, etc.

No entraremos a describir los diferentes cuadros clínicos propios de cada localización secundaria.

En nuestra serie se comprobó la existencia de metástasis de tipo sistémico en el 15 % ya presentes en la primera consulta.

II. RELACION ENTRE DETERMINADOS HECHOS CLINICOS Y LA EVOLUCION

Siguiendo a Aguiar y col. (2), creemos que es de fundamental importancia para trazar el plan terapéutico, tener en cuenta los elementos surgidos del análisis del binomio tumor-huésped y manifestados en: a) los caracteres del tumor; b) los elementos que son expresión de la biología tumoral; c) las particularidades de cada enfermo.

Para ello estudiamos la relación existente entre la presencia de síntomas y/o signos expresión de cada uno de los puntos expuestos y los caracteres evolutivos expresados por: a) la capacidad de recidiva local; b) la capacidad de metastatizar por vía general.

Hemos relacionado estos índices evolutivos con:

a) Caracteres del tumor:

- 1) Tipo histopatológico.
- 2) Localización proximal o distal en los miembros.
- 3) Topografía supra o subfascial.

b) Índices de la biología tumoral:

- 4) Relación tamaño del tumor/tiempo de crecimiento.
- 5) Presencia de signos pseudoinflamatorios (calor, rubor, circulación colateral edema) y/o ulceración sarcomatosa.

No analizamos la evolución con relación al terreno.

1) Tipo histopatológico.

La capacidad de recidiva local está situada en las grandes series entre el 60 y 70 %. En nuestra serie es algo menor oscilando entre 40 y 50 % (Cuadro 1).

No hemos encontrado diferencia significativa dependiente del tipo histopatológico. El 60 % correspondiente a los sinoviosarcomas no lo consideramos de significancia por el bajo número de estos tumores en la serie.

En lo referente a la capacidad de metastatizar por vía sistémica, coincidimos en que los más agresivos son los sinoviosarcomas seguidos por los liposarcomas (Cuadro 2).

El número elevado de metástasis en los fibrosarcomas, en comparación con otras series, nos hace plantear la hipótesis de que estos tumores, en general de lento crecimiento, son tratados —en forma errónea— con menor agresividad.

CUADRO 1

Frecuencia de recidivas locales según la histopatología

Sinoviosarcomas	60 %
Fibrosarcomas	50 %
Rabdomiosarcomas	41 %
Liposarcomas	40 %

CUADRO 2

Frecuencia de metástasis generalizadas según la histopatología

Sinoviosarcomas	80 %
Liposarcomas	57 %
Fibrosarcomas	47 %
Rabdomiosarcomas	23 %

2) Localización proximal o distal en los miembros.

La recidiva local en los sarcomas proximales (69 %) ha sido semejante a la aparecida en los distales (63 %). Esto difiere de otras series (4) en que se ve que los distales tienen en general menor porcentaje de recidiva local.

También ha aparecido en la serie como semejante la capacidad de metastatizar por vía sistémica en los sarcomas proximales (44 %) y en los distales (36 %), planteándose igual discrepancia con otras series.

Creemos que para explicar las aparentes discordancias de nuestra serie con otras, es válida la hipótesis de que los sarcomas ubicados distalmente en el miembro (más allá de la rodilla o el codo) se presentan aparentemente con más posibilidades de terapéuticas conservadoras, forzando muchas veces una resección cuando debería estar indicada una amputación.

3) Topografía suprafascial o subfascial.

El análisis de la serie revela que los sarcomas suprafasciales se presentaron como más recidivantes que los subfasciales (61 y 42 %), así también como más metastatizantes (41 y 28 %).

Esta aparente paradoja que puede ser también explicada porque los sarcomas de localización superficial sean tratados, erróneamente, en forma menos agresiva o confundidos durante mucho tiempo con procesos benignos con la consiguiente demora en el tratamiento.

4) Relación tamaño del tumor/tiempo de crecimiento.

Para medir la velocidad de crecimiento hemos adoptado los grados propuestos por Picken y col. (7) para los sinoviosarcomas. Estos autores hacen tres grupos de gravedad creciente:

- 1) Los tumores que demoran más de doce meses para alcanzar un diámetro de 4 cm.

- 2) Los tumores que demoran entre 6 y 12 meses para alcanzar ese tamaño.
- 3) Los tumores que alcanzan 4 cm. de diámetro en menos de 6 meses.

Hemos analizado 29 casos de la serie y lo hemos referido al porcentaje de fallecidos en cada grupo.

En el grupo de mayor gravedad (grupo 3) se comprobó el 77 % de fallecidos con un promedio de 8 meses, lo que atestigua la gravedad.

El grupo de gravedad intermedia (grupo 2) presentó el 25 % de fallecidos con el mismo promedio. Pero la paradoja se plantea en el grupo de menor gravedad (grupo 1) en que se constató un 57 % de fallecidos.

Lejos de sorprendernos, esto nos afirma en la hipótesis antes sustentada de que los tumores que clínicamente tienen una aparente menor agresividad por su lento crecimiento, hacen formar la falsa imagen de ser "no muy malignos" llevando a su deficiente tratamiento.

5) Presencia de signos pseudoinflamatorios y/o úlcera.

El reducido número de casos en que se presentaron estos signos no nos permite extraer conclusiones que consideremos valederas.

Sólo queremos enfatizar que en los liposarcomas, cuando presentaron estos signos, dieron metástasis en su evolución en el 100 % y los sinoviosarcomas en el 75 %.

Los fibrosarcomas que presentaron estos signos en su evolución, metastatizaron por vía sistémica en el 9 %.

III. LOS DATOS ESTADISTICOS DE LA SERIE**1) Distribución por histopatología.**

Fibrosarcoma	30 %
Sarcoma indeterminado	20 %
Rabdomiosarcoma	17 %
Liposarcoma	7 %
Mixosarcoma	6 %
Sinoviosarcoma	5 %
Hemangioendotelioma	4 %
Mesenquimoma	3 %
Leiomioma	3 %
Neurofibrosarcoma	2 %
Hemangiopericitoma	1 %
Angiosarcoma	1 %
Dermatofibrosarcoma	1 %

2) Distribución por sexo.

Hombres	60 %
Mujeres	40 %

3) Distribución etaria según histopatología.**A. Fibrosarcoma**

0 a 9 años	1
20 a 29 años	3
30 a 39 años	5
40 a 49 años	4
50 a 59 años	8
60 a 69 años	3
70 a 79 años	4

B. Rhabdomyosarcoma

20 a 29 años	3
30 a 39 años	2
40 a 49 años	3
50 a 59 años	2
60 a 69 años	5
70 a 79 años	2

C. Liposarcoma

20 a 29 años	2
50 a 59 años	2
60 a 69 años	2
70 a 79 años	1

D. Sinoviosarcoma

20 a 29 años	1
30 a 39 años	3
60 a 69 años	1

4) Localización.

Tronco	40 %
Miembro superior	20 %
Miembro inferior	40 %

5) Frecuencia de síntomas.

Tumor	78 %
Dolor	36 %
Ulceración	6 %
Signos pseudoinflamatorios	5 %

6) Demora a la primera consulta.

Menos de 1 mes	11 %
De 1 a 2 meses	9 %
De 2 a 3 meses	6 %
De 3 a 6 meses	20 %
De 6 a 12 meses	17 %
Más de 12 meses	24 %
Desconocido	13 %

7) Metástasis generalizada a la primera consulta.

Rhabdomyosarcomas	11 %
Fibrosarcomas	10 %
Sinoviosarcomas	26 %
Otros	26 %

8) Frecuencia de adenopatías a la primera consulta.

Liposarcomas	14 %
Sinoviosarcomas	20 %
Fibrosarcomas	20 %
Rhabdomyosarcomas	30 %

BIBLIOGRAFIA

1. ACKERMAN, L. V. and DEL REGATO, J. A. *Cáncer. Diagnosis, treatment and prognosis*. C. V. Mosby Company. S. Louis. Pg. 1181-1202, 1962.
2. AGUIAR, A., DELGADO, B., ALIANO, F. *Sarcomas de las partes blandas. Cir. del Uruguay*, 40: 398, 1970.
3. BEDOUELLE, J., CAUCHOIX, J., et PETIT, P. *Tumores conjuntivos de las partes blandas*. En: Patel, J. *Nuevo manual de patología quirúrgica*. T. II p. 203. Editorial Científico Médica. Barcelona, 1961.
4. CANTIN, J., Mc NEER, G. P., CHU, F. C. and BOOHER, R. J. *The problem of local recurrence after treatment of soft tissue sarcoma. Ann. Surg.*, 168: 47, 1968.
5. GENTIL, F., CAVALCANTI, S. *Tumores de partes moles. Cirugía*. En: Roxo Nobre, M. O.; Junqueira, A. C. *Cancerologia pratica*. T. II p. 771-784. Fundo Editorial Prociencx. Sao Paulo, 1967.
6. MONSERRAT, J. L., POLAK, M., BECÚ, L., SCHA-JOWICZ, F., EGUÍA, F., MURRAY, A. J. *Tumores de partes blandas. Rev. Argent. Cirug.* 16: 331, 1969.
7. PICKREN, J. W., VALENZUELA, L., ELIAS, E. *Synovial sarcomas. Proceedings of the sixth national cancer conference*, p. 795. J. B. Lippincot Co., Philadelphia, Toronto, 1968.
8. VARELA, N. B., ESTRUGO, R. L., GATEÑO, N. J., PRIARIO, J. C. *Sarcomas de partes blandas de los miembros. El Día Médico Uruguayo*, 37: 1225, 1971.