

## *Vaciamientos ganglionares*

Dr. AGUSTIN E. D'AURIA \* \*\*

La ruta principal de diseminación de los sarcomas de partes blandas es a través de la corriente sanguínea. No obstante, se debe recordar que en un porcentaje bajo, del orden del 5 % (3,6) al 12 % (5), se observa difusión del proceso por vía linfática, comprometiéndose los ganglios regionales.

\* Docente Adscripto de Clínica Quirúrgica.

\*\* Trabajo del equipo oncológico de la Clínica Quirúrgica "B" (Prof. Jorge Pradines) de la Facultad de Medicina de Montevideo.

La histología del primario juega un papel primordial en la diseminación por la ruta linfática. La posibilidad de encontrar metástasis linfáticas es en orden de frecuencia la siguiente:

- Sarcomas sinoviales: 19 % (1).
- Rabdomiosarcomas: 19 % (2) a 10 % (5).
- Hemangioendoteliosarcomas: 16 % (5).
- Liposarcomas: 15 % (5) a 5 % (3).
- Leiomiomas: 12 % (5).
- Fibrosarcomas: 8 % (4).

## NORMAS DE CONDUCTA

De dicha posibilidad de invasión linfática surge el problema de determinar la conducta correcta a realizar con las vertientes ganglionares en un paciente portador de un sarcoma de partes blandas.

1. Frente a un ganglio palpable en la zona de convergencia linfática del tumor, creemos absolutamente necesario certificar la invasión neoplásica de dicho ganglio por punción citológica. Puede eventualmente suplirse por la linfografía que en manos de un radiólogo experimentado determina dicha invasión tumoral.

2. En presencia de ganglios positivos (se trataría de un vaciamiento terapéutico), se plantea una disyuntiva:

a) Posibilidad de extirpar en conjunto el tumor, los ganglios linfáticos y los vasos linfáticos intermedios. Esta resección sólo puede ser realizada en tumores proximales de los miembros y en tumores de tronco adyacentes a las vertientes ganglionares.

Esta técnica de monoblock es oncológicamente correcta y debe ser utilizada siempre que sea posible.

b) Imposibilidad de realizar la extirpación conjunta del tumor y de los ganglios regionales (tumores distales de miembros, centrales de tronco). Se plantean distintas opciones:

I. *Extirpación separada del primario y de los ganglios*, que puede ser concomitante o sucesiva. Defendida por algunos cirujanos, deja neoplasma entre ambas zonas de exéresis y no es aconsejada por la mayoría de quienes tienen experiencia en la materia.

II. *Amputación* (sólo en miembros). Calurosamente defendida por Pack y su escuela como única medida curativa.

III. *Perfusión con citostáticos y vaciamiento regional concomitante*, seguida por extirpación en término de semanas del primario. Cubriría la diseminación por los linfáticos eferentes al tumor. Requiere costoso aparataje así como conocimiento de la técnica de perfusión; evitaría el sacrificio de la extremidad.

3. En presencia de ganglios negativos (vaciamientos profilácticos).

a) Si la histología muestra que el primario se trata de un sarcoma sinovial, de un rhabdomiosarcoma o hemangioendoteliosarcoma, la escuela del Memorial realiza la disección radical de las vertientes ganglionares (4). Experimentados autores sólo comparten esta actitud cuando es posible realizar la extirpación en monoblock ya citada; de no ser así, no

realizan vaciamientos profilácticos, basados en que se elimina la barrera ganglionar, que desempeña no solamente una función mecánica sino inmunitaria de defensa; persistirían los linfáticos intermedios entre el tumor y los ganglios; el procedimiento sería inútil por lo menos en tres de cada cuatro casos sometidos a él.

b) Si la histología muestra sarcomas de poca tendencia a la difusión linfática, el vaciamiento profiláctico no está justificado.

## Experiencia de nuestros hospitales.

Poco puede aportar al problema, dado que en 100 pacientes estudiados, portadores de sarcomas de partes blandas, sólo en 3 se tuvo confirmación histológica de la invasión ganglionar por el tumor (1 sarcoma sinovial, 1 rhabdomiosarcoma, 1 leiomiomasarcoma).

Se establece, sin embargo, que de los 100 pacientes, 24 presentaban ganglios palpables en su primer consulta (6 fibrosarcomas, 5 rhabdomiosarcomas, 2 hemangioendoteliosarcomas, 2 liposarcomas, 2 mixosarcomas, 2 leiomiomasarcomas, 1 sarcoma sinovial).

Se destaca el carácter ominoso de la presencia de adenopatías en el pronóstico del paciente, ya que 12 de los 24 pacientes fallecieron en un lapso menor de 6 meses a la comprobación de la adenopatía.

## BIBLIOGRAFIA

1. ARIEL, I. M. and PACK, G. T. Synovial sarcoma. Review of 25 cases. *New Engl. J. Med.*, 268: 1272, 1963.
2. HORN, R. C. Treatment of tumors of the skeletal muscle. En Pack, G. T. and Ariel, I. M. Treatment of cancer and allied diseases, volume VIII. Harper and Row, New York, 1964.
3. MARTIN, R. G. Soft tissue sarcomas. En: M. D. Anderson Hospital and Tumor Institute, Twelfth Annual Clinical Conference on Cancer, Houston, 1967.
4. PACK, G. T. and ARIEL, I. M. Treatment of cancer and allied diseases. Volume VIII. Harper and Row, New York, 1964.
5. SHIEBER, W. and GRAHAM, P. An experience with sarcomas of the soft tissues in adults. *Surgery*, 52: 295, 1962.
6. TAYLOR, G. W. and NATHANSON, I. T. Lymph node metastases. Oxford University Press. New York, 1942. Citado por Ackerman, L. V. and Del Regato, J. A. Cancer; Diagnosis, Treatment and Prognosis. C. V. Mosby, S. Louis, 1962.