

# Conducta frente a un sarcoma de partes blandas diagnosticado por biopsia-exéresis

Dres. Bolívar Delgado, María L. Iraola, Walter Zimmer y Mario Bounous

Frente a la situación de un sarcoma de partes blandas reseccado sin diagnóstico preoperatorio se analizan las posibilidades terapéuticas y se defiende la reintervención precoz y amplia con criterio oncológico aún en tumores de aparente poca malignidad y aparentemente encapsulados.

Se discuten 4 observaciones de este tipo en 3 de las cuales la reintervención mostró tumor residual.

Se insiste en el valor del diagnóstico preoperatorio y del sistemático análisis anatomopatológico.

*Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:* Sarcoma / soft tissues.

El interés de esta comunicación es plantear una situación relativamente frecuente y de difícil conducta terapéutica.

Es bastante común el hecho de que el diagnóstico de un sarcoma de partes blandas (S.P.B.) se haga por el patólogo secundariamente a su exéresis y en la base de esta falta de diagnóstico inicial está fundamentalmente el hecho de no pensar en la posibilidad de estas lesiones frente a todo tumor de las partes blandas; fundamentalmente cuando presenten alguna peculiaridad en su sintomatología (dolor, aspecto inflamatorio) en su evolución (rapidez de crecimiento) en su topografía (tumor profundo de los miembros), etc. En esas circunstancias se deberán extremar las medidas conducentes a un probable diagnóstico preoperatorio.

Surge como corolario de estos hechos la necesidad imprescindible del estudio anatomopatológico de todo tumor de partes blandas extirpado salvo aquellos casos de diagnóstico macroscópico indiscutido.

Cuando esta forma de proceder no se ha cumplido no es infrecuente que el diagnóstico correcto de S.P.B. se plantee recién frente a la recidiva del tumor y ante esta situación se debe insistir en que las mejores chances de curación de un S.P.B. las tiene la primera

*Clinica Quirúrgica "1" (Prof. Alberto Aguiar). Hospital Pasteur. Montevideo.*

intervención (5) y que estas disminuyen con el número de recidivas por una serie de razones (2,3): 1) desdiferenciación del tumor en cada recidiva; 2) desaparición de los planos naturales de deslizamiento que al producir una pérdida de la ordenación anatómica normal modifican la posible sistematización en la progresión tumoral; 3) existencia de bloques cicatriciales de difícil diferenciación con la invasión tumoral, etc.

## CONDUCTA FRENTE AL DIAGNOSTICO SECUNDARIO

Una serie de elementos deben ser tenidos en cuenta: 1) topografía del tumor: nos referimos en especial a los tumores de los miembros y superficiales del tronco; 2) amplitud de la exéresis primaria y fundamentalmente si ésta fue total o parcial; 3) tipo del tumor y grado evolutivo; 4) qué posibilidades existen de poder realizar la exéresis total secundaria del lecho tumoral o del tumor residual.

Frente a esta situación se pueden adoptar diferentes conductas:

- 1) Conformarse con la resección efectuada si ésta fue completa del tumor y esperar vigilando la posible recidiva para entonces volver a intervenir; esto es lo que se hace frecuentemente.
- 2) Radioterapia de supervoltaje posoperatoria.
- 3) Reoperar lo más precozmente posible.
- 4) Asociar estos 2 últimos procedimientos.

## REINTERVENCION PRECOZ

Creemos que es la conducta a seguir siempre que sea posible por las siguientes razones: 1) si la resección fue parcial la recidiva o mejor dicho la persistencia tumoral es un hecho seguro; 2) si la resección fue aparentemente completa y sobre todo si se extirpó el tumor por enucleación existen grandes probabilidades de que hayan quedado células tumorales en el lecho de resección por fuera de la pseudocapsula del tumor que producirán la recidiva (3); 2 de nuestras observaciones son típicas de esta situación; 3) por la poca efec-

Presentado en la Sociedad de Cirugía el 9 de junio de 1976.

Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica, Profesor Adjunto de Anatomía Patológica, Médico Colaborador y Residente de Cirugía. Fac. Med. Montevideo.

Dirección: Francisco Vidal 785, ap. 5. (Dr. Bolívar Delgado).

tividad de la radioterapia aun la de supervoltaje frente a la cirugía salvo formas de especial sensibilidad o del tipo agudo o inflamatorio (4) [tipos I y II de la clasificación de Aguiar, Delgado y Aliano (2)]; 4) por lo ya expresado de la mayor gravedad con menores posibilidades de curación si se produce la recidiva.

### TACTICA DE LA REINTERVENCION

Debe ser realizada lo más precozmente posible. La resección debe conducirse de la misma forma que ante un tumor primario tomando como área de éste todo el lecho tumoral y efectuando una exéresis local anatómica en monobloque incluyendo en ella grupos musculares y/o vainas conjuntivas y transcurriendo dicha exéresis por planos celulósicos de clivaje alejados del tumor (3).

Es excepcional en las circunstancias a que nos referimos que dicha exéresis comprometa la estructura anatómica y la función del miembro llevando a plantear una amputación.

Los vaciamentos ganglionares regionales se indicarán como es norma general en el tratamiento de estos tumores (1) y fundamentalmente frente a la confirmación de la invasión ganglionar.

Obs. 1.— N. B., 26 años, setiembre 1975. C. Católico. Nº 208.811.

Consulta por tumoración de 2 cm de diámetro de la cara posterior de pierna sobre el trayecto de la vena safena externa. Dolorosa. Refiere un antecedente traumático.

*Examen.*—Nódulo bien limitado, fijo, no doloroso, sin caracteres inflamatorios. Impresiona como subaponeurótico. Hematoma. Resto del examen normal.

*Operación.*—El tumor corresponde a un nódulo blanquecino, bien delimitado situado subaponeurótico entre los 2 gemelos. Se enuclea con facilidad.

*Anatomía patológica.*—Tumor sólido encapsulado de 40x30x20 mm. La sección muestra un tejido blando, microgrísáceo con vetas oscuras. El tumor está rodeado por haces musculares.

*Microscopía.*—Se observa un neoplasma muy rico en células anaplásicas. Abundan las mitosis. Frecuentes los focos de necrosis. *El tumor no es encapsulado* como aparentaba macroscópicamente sino que muestra un crecimiento infiltrante-expansivo con infiltración de fibras musculares estriadas y embolización franca en capilares linfáticos y sanguíneos. El tumor es pues maligno y anaplásico. Diagnóstico probable: retículo sarcoma.

*Reoperación* (6 días después): resección de ambos gemelos con buen margen del lecho tumoral.

*Anatomía patológica:* grueso segmento ovoide de músculo de 14 x 8 cm recubierto superficialmente por piel y en profundidad adherido a una aponeurosis.

*Micro:* en medio del lecho muscular han quedado regueros de células tumorales con los mismos caracteres morfológicos observados en el neoplasma anteriormente reseñado.

*Posoperatorio:* se indicó radioterapia y quimioterapia. Ocho meses después se encuentra bien sin signos de diseminación ni recidiva.

Obs. 2.— R. C. de M. Circulo Católico. Nº 2134921. 55 años.

En 1968 se le extirpó un tumor de partes blandas de la cara interna del muslo. El informe anatomopatológico fue de "sarcoma alveolar de partes blandas".

En octubre de 1974 reaparece un nuevo tumor en la misma zona que es reseñado por otro cirujano con un criterio económico. El nuevo informe coincide con el anterior de "sarcoma alveolar" y señala especialmente el patólogo que "el borde de resección profunda pasa a ras del tumor".

Por ese motivo es reoperada por uno de nosotros en noviembre de 1974 efectuándose una amplia exéresis de la logia de los adductores pasando lejos del lecho de resección anterior.

El informe del patólogo señala que la exéresis ha sido completa ahora y que en la pieza se encuentra un nódulo tumoral residual de la intervención anterior que presenta las mismas características histológicas de las tumoraciones anteriores.

La paciente ha sido controlada hasta el momento actual sin incidentes.

Obs. 3.— H. F. 48 años. Hospital Pasteur. Nº 33656 bis. 1975.

Desde hace 18 meses nota la aparición de una tumoración interescapulo vertebral derecha, blanda, asintomática y de crecimiento progresivo. Indolora y ubicada en el plano subcutáneo. Refiere el paciente que en estos últimos meses el crecimiento de la tumoración se ha hecho más manifiesto.

Se operó con anestesia local realizándose fácilmente la resección-enucleación de esta tumoración.

*Anatomía patológica:* tumoración discoide de 6 cm, plana, lisa, bien limitada. A la sección superficie húmeda por sustancia filante. Color amarillo pálido con focos blanquecinos. Aspecto de tejido mixoide.

Microscópicamente es una proliferación de estirpe conjuntiva en la que predomina en forma notoria el tejido mixomatoso. El tejido adiposo es escaso y de tipo adulto. El límite del tumor lo forma una lámina conjuntiva de tipo endoteliforme. Diagnóstico: mixolipoma.

Frente a este informe se reinterviene a los 10 días efectuándose una amplia resección incluyendo el área operatoria llegando en profundidad hasta el plano aponeurótico del trapecio. Cierre mediante una rotación de colgajo.

*Anatomía patológica:* el estudio microscópico muestra en el plano más profundo de la resección células mixoides en grupos pequeños aislados. Las células son diferenciadas y similares a las del tumor extirpado anteriormente.

*Evolución:* hasta el momento actual (8 meses) sin evidencias de recidiva.

Obs. 4.— E. N. 52 años. Hospital Pasteur. Nº 33897. 1975.

Paciente portadora de pequeña tumoración del cuero cabelludo en región occipital de evolución asintomática y escaso aumento de tamaño hasta hace pocos meses, tiempo en el cual comenzó con dolor a ese nivel y aumento de tamaño, tomando forma irregular. No tuvo elementos inflamatorios locales ni repercusión regional ni general.

En policlínica se hace diagnóstico de lipoma del cuero cabelludo y se realiza con anestesia local la exéresis de la tumoración con la piel que la recubre.

*Anatomía patológica:* tumor de 2x1 formado por varias lobulaciones adherido a la piel. Al examen microscópico: mixosarcoma.

Se reinterviene al mes (no se pudo localizar antes a la paciente) efectuándose una amplia resección que en profundidad incluye la aponeurosis epicránea. Cierra con rotación de colgajo.

*Anatomía patológica:* fragmento de piel que mide 40 x 50 mm con cicatriz lineal longitudinal central. Se toma un corte total en sentido longitudinal. Microscópicamente no se visualizan remanentes del proceso tumoral. Buena evolución.

### CONSIDERACIONES

Del análisis de nuestras observaciones surgen una serie de hechos de interés: 1) el diagnóstico preoperatorio no fue hecho en ninguna de las observaciones; sin embargo en 2 de ellas existían elementos presuntivos (3,4); en la primera observación debió haber sido hecho y muy probablemente confirmado con una punción citológica; en la observación 2 el diagnóstico era prácticamente seguro.

2) En 3 de las 4 observaciones la resección aparentemente fue completa ante tumores de aspecto encapsulado pero la reintervención y posterior estudio anatomopatológico confirmó en 2 de ellas tumor residual. En la segunda observación la resección no fue satisfactoria (tumor recidivado y no encapsulado) y el estudio de la pieza mostró que el límite de resección en profundidad pasaba muy cerca del tumor. En ella también la resección amplia con criterio oncológico mostró tumor residual.

3) Por tanto queda evidenciado que en 3 de las 4 observaciones la reintervención estaba justificada y fundamenta nuestro criterio reintervencionista en estas circunstancias.

### SUMMARY

#### Steps to be taken in cases of sarcoma of soft parts diagnosed through biopsy and abciission.

In reporting the case of a sarcoma of soft parts, resected without preoperative diagnosis, possible therapy is discussed, with arguments in favour of early reoperation and broad oncological criteria, even in the case of tumors which are, apparently, hardly malignant and encapsuled.

In this paper four cases are described, in which reintervention showed residual tumors. In the author's opinion, preoperative diagnosis and systematic anatomopathological analysis are of great value.

### RESUME

#### Tactique au sujet d'un sarcome des parties molles diagnostiqué par biopsie et exeresse.

Face à un sarcome des parties molles réséqué sans diagnostic pré-opératoire, l'auteur analyse les possibilités thérapeutiques et préconise la re-intervention précoce et étendue avec un critère oncologique pour des tumeurs d'apparence peu malignes et encapsulées.

Examen de 4 observations, dont 3 cas où lors de l'intervention une tumeur résiduelle est apparue.

L'auteur insiste sur la valeur du diagnostic pré-opératoire et de l'analyse anatomo-pathologique systématique.

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. D'AURIA AE. Sarcomas de partes blandas. Vaciamientos ganglionares. *Cir Urug*, 43 supl. 2: 53, 1973.
2. AGUIAR A, DELGADO B y ALIANO F. Sarcomas de las partes blandas. *Cir Urug*, 40: 398, 1970.
3. DELGADO B. Sarcomas de partes blandas. Tratamiento quirúrgico del tumor. *Cir Urug*, 43 supl. 2: 50, 1973.
4. GLAUSIUS JA. Sarcomas de partes blandas. Radioterapia. *Cir Urug*, 43 supl. 2: 55, 1973.
5. STOUT AP. Tumors of the soft tissues. Section II, Fascicule 5, Atlas of tumor pathology Armed Forces Institute of Pathology. 1953.