

# MIXOFIBROSARCOMA SUPRAESCAPULAR RECIDIVADO EN 18 OCASIONES. EVOLUCIÓN TRAS RESECCIÓN TIPO IV DE MALAWER .

Manrique Gamo, E\*.; Buendía Pérez J.\*\*; García Maroto RC.\*; Cebrián Parra JL\*. Hospital Clínico Universitario San Carlos (Madrid).

\*Traumatología y Cirugía ortopédica.

\*\*Cirugía Plástica y Reparadora.

## INTRODUCCIÓN

El mixofibrosarcoma es un subtipo de sarcoma de tejidos blandos con comportamiento inusualmente localmente infiltrativo. Resonancia magnética(RM) es fundamental para planificación preoperatoria. Necesaria resección con márgenes de 2cm, por lo que puede requerir reconstrucciones complejas vasculares y de recubrimiento/reconstrucción. Recurrencia local es frecuente, hasta en el 16-77% de los casos. La recidiva local no depende del grado de agresividad, pero sólo los grados intermedios y altos metastatizan. Un espacio corto de tiempo entre la resección y la recidiva se relaciona con un peor pronóstico. La recidiva local no se relaciona con el grado de profundidad, pero la tasa de mortalidad es el doble en aquellos casos con afectación profunda. Característicamente es progresivamente de mayor grado en las recurrencias. La radioterapia puede ser beneficiosa(1).

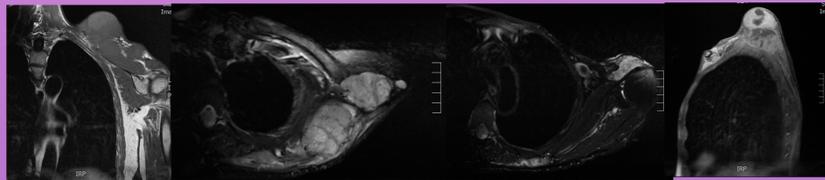
## OBJETIVOS

Descripción de un caso de recidiva de mixofibrosarcoma en región supraescapular izquierda derivado por 18 cirugías previas por recidivas locales en 8 años. Se realizó una resección Malawer tipo IV, asociado a colgajos musculares de recubrimiento.

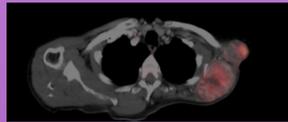
## MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 61 años con gran tumoración supraescapular izquierda de rápido desarrollo(recidiva).

**RMN:** 7 lesiones nodulares localizadas a nivel supraescapular(4) contactando con musculatura intercostal, fosa supraespinosa(2), infiltrando la clavícula y cara anterior de hombro (1) infiltrando intervalo rotador, de entre 7 y 10mm de diámetro mayor.



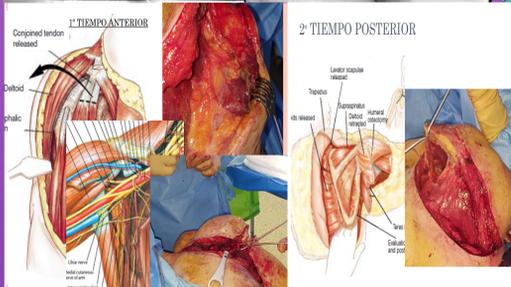
**PET-TAC:** libre de lesión tumoral a distancia



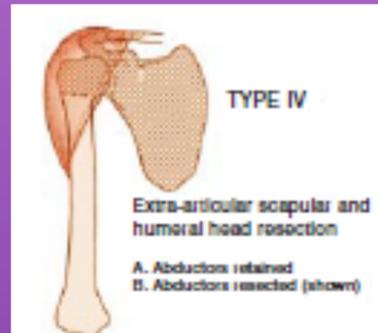
Valoración en comité multidisciplinar de sarcomas realizándose embolización selectiva arteria subescapular y torácica lateral que irrigan la lesión +escapulectomía extraarticular total+resección de cabeza humeral+extremo distal de clavícula. Reconstrucción aloinjerto de húmero proximal y placa de osteosíntesis y cobertura con colgajo de dorsal ancho(LD)y piel libre. Evolución desfavorable de la cobertura que precisa retirada de placa de clavícula+colgajo muscular de pectoral menor+avance de colgajo LD. Radioterapia adyuvante



Embolización selectiva de las arterias subescapular y torácica lateral.



RECONSTRUCCIÓN: ALOINJERTO HUMERO + PLACA PHILOS + ALOINJERTO HUMERO + PLACA CLAVICULA + SUSPENSIÓN SUTURAS CON ETIBOND COLGAJO DE DORSAL ANCHO CON ISLA DE PIEL PARA COBERTURA Y RECONSTRUCCIÓN DE HOMBRO + 2 INJERTOS DE PIEL LIBRE



**Biopsia:** Mixofibrosarcoma grado 3

## RESULTADOS

Bordes de resección libres. Buen resultado funcional. Sin recidiva local en el momento actual.



## CONCLUSIONES

El mixofibrosarcoma es uno de los sarcomas más frecuentes en pacientes mayores. Crecimiento nodular y localmente agresivo. Localización subcutánea más frecuente que en planos profundos. M La existencia de margen quirúrgico negativo es el factor pronóstico de recidiva local. Es fundamental la resección adecuada por la malignización progresiva en las recidivas aumentando por tanto el riesgo de metástasis a distancia La mortalidad global no es elevada. Hay dudas sobre el tratamiento con radioterapia y debe ser individualizado. Quimioterapia no tiene clara indicación en estos pacientes. Remarcar la importancia del manejo multidisciplinar en pacientes afectos de sarcomas óseos/partes blandas.

### BIBLIOGRAFÍA

(1)Mentzel Thomas MD et al. Myxofibrosarcoma: Clinicopathologic analysis of 75 cases with emphasis on the low grade variant. The american Journal of surgical pathology (1996) Vol 20(4)391-405.

