



CIRUGÍA PALIATIVA EN SARCOMA DE PARTES BLANDAS METASTÁSICO EN COMPARTIMENTO POSTERIOR DE MUSLO

Pablo Martín Vélez, M^a Ángeles Ayala Rodrigo, Jorge Ojeda Jiménez, David González Martín, Fernando Linares Yanes, Javier Álvarez de la Cruz.
Hospital Universitario de Canarias (HUC). La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.

INTRODUCCIÓN

Los sarcomas de partes blandas son tumores poco frecuentes. Constituyen aproximadamente un 1% del total de tumores malignos, y son responsables del 2% de la mortalidad debida a cáncer. La edad de máxima aparición se encuentra entre los 40 y 60 años.

OBJETIVOS

Mediante un caso clínico, valorar el papel de la cirugía paliativa en sarcomas de compartimento posterior de muslo con enfermedad metastásica estable y masa dolorosa, ya que en estos casos, además del tratamiento adyuvante, la cirugía puede aportar calidad de vida al paciente.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Se trata de un varón de 57 años del Hospital Universitario de Canarias, con masa en compartimento posterior de muslo, derivado para su estudio a consulta en Unidad de Tumores. Se llevan a cabo pruebas diagnósticas de imagen de la masa y enfermedad a distancia, así como biopsia intralesional. Se llega al diagnóstico de **sarcoma fusocelular de alto grado (sinovial) de 14x10x19 cm** limitado al compartimento posterior de muslo izquierdo, con enfermedad metastásica (ósea). Escala EVA preoperatoria 8 y gran limitación para la deambulacón.

RESULTADOS

Se descarta inicialmente tratamiento quirúrgico y se inicia neoadyuvancia con quimioterapia e inmunoterapia. Existe estabilidad de la enfermedad a distancia al finalizar este tratamiento y persiste el malestar por la masa dolorosa, por lo que se revalora y se decide tratamiento quirúrgico. Ante la imposibilidad de establecer márgenes sin llevar a cabo la desarticulación, se realiza **exéresis ampliada con resección de barreras y criterios oncológicos**: semitendinoso, semimembranoso, bíceps femoral, perineuro (conservando nervio ciático) y desperiostización femoral. Sin complicaciones perioperatorias, se obtienen márgenes quirúrgicos negativos (R0). Escala EVA 9 meses postoperatoria de 3, deambulando con una muleta.

CONCLUSIONES

En vista del resultado, sugerimos ante sarcomas sinoviales de compartimento posterior de muslo con enfermedad metastásica estable y masa dolorosa, la cirugía con resección de barreras como una opción válida; ya que, se puede conservar la funcionalidad y mejorar significativamente la calidad de vida del paciente.

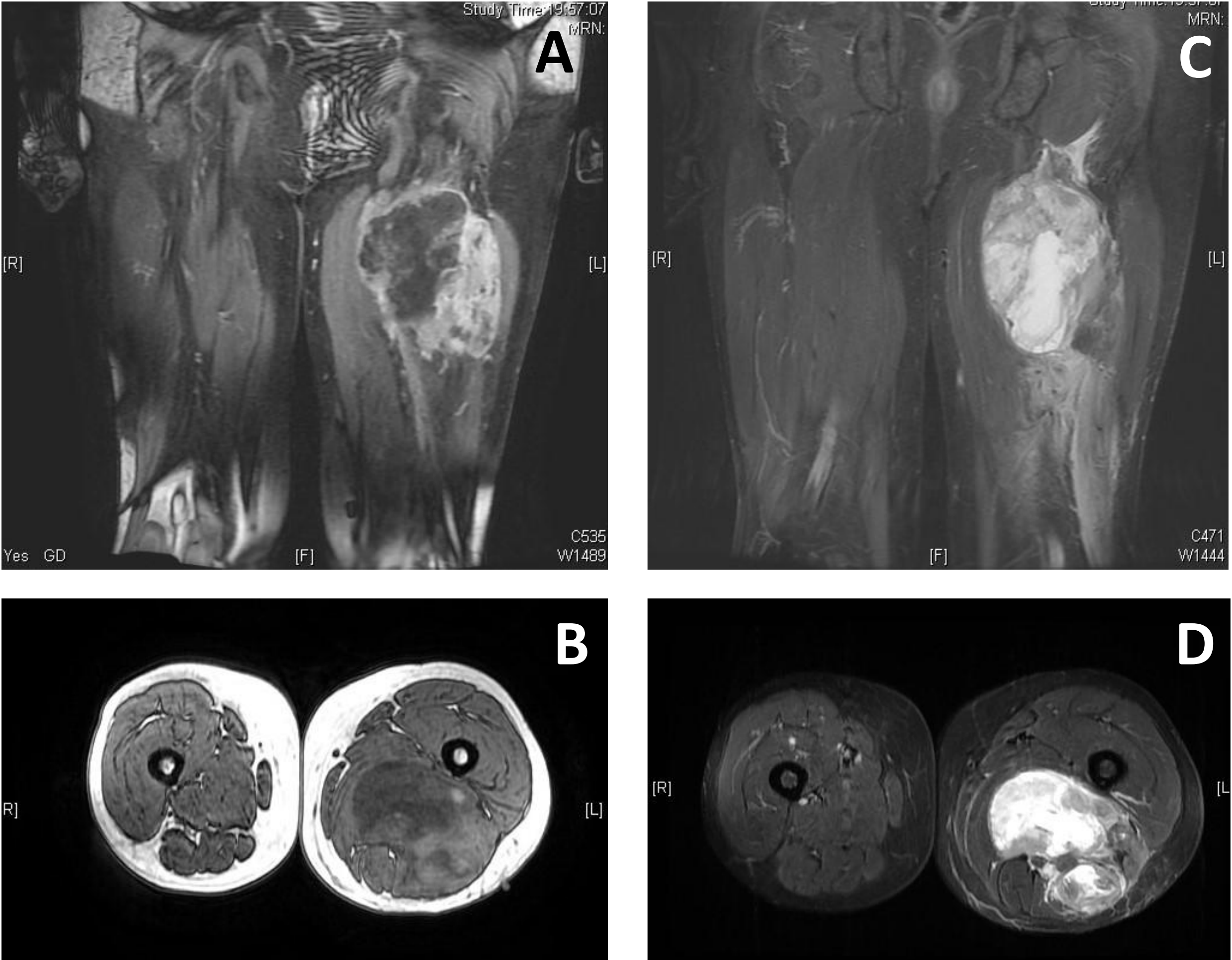


Figura 1. Imágenes de RMN, que muestran un gran tumor pero limitado al compartimento posterior del muslo, marcadamente hiperintenso en secuencia Stir **A:** sección coronal, antes de administrar gadolinio. **B:** corte axial previo a la administración. **C:** corte coronal tras la administración de gadolinio. **D:** corte axial tras la administración de gadolinio.

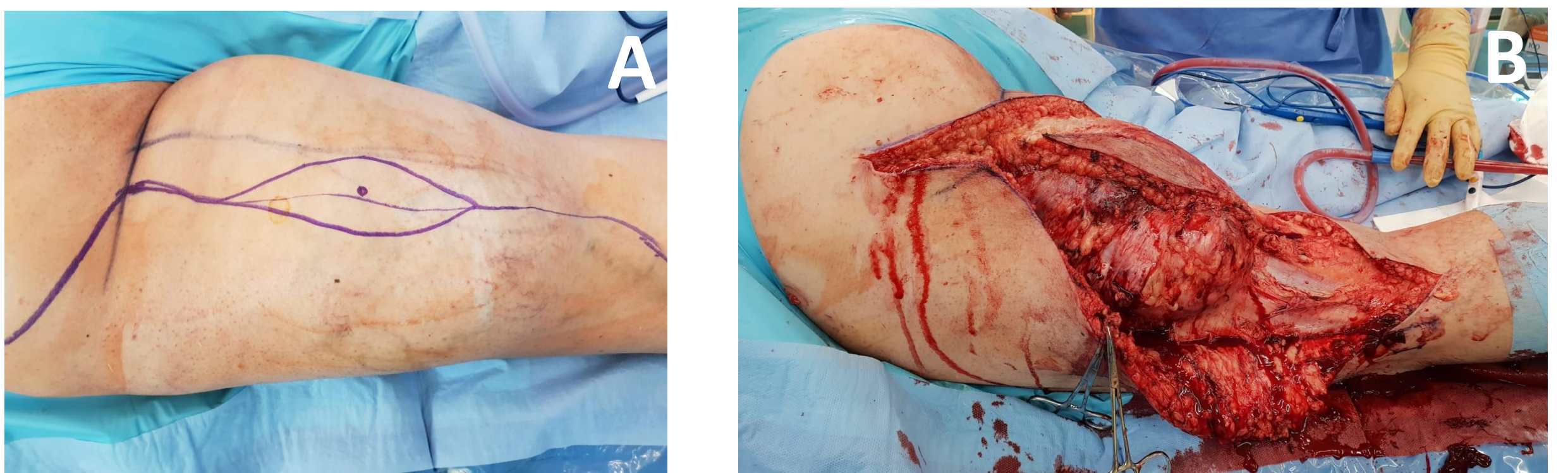


Figura 2A: Vista posterior del diseño del abordaje quirúrgico para la exéresis tumoral completa ampliada. **B:** Imagen intraoperatoria, que muestra la masa y también la isla cutánea, previa a la exéresis.

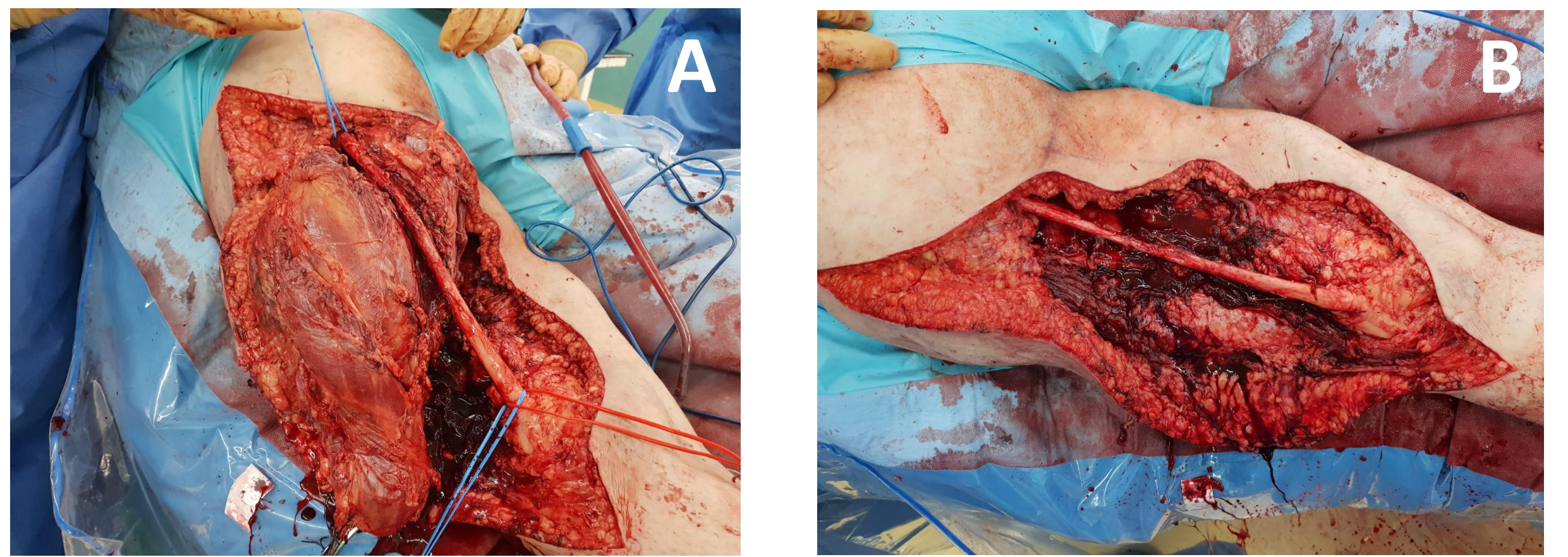


Figura 3: Imágenes intraoperatorias. **A:** Referenciado el nervio ciático, previo a la exéresis tumoral. **B:** Después de la resección masiva, y también desperiostización semitendinosa, semimembranosa, bíceps femoral, perineuro y femoral.

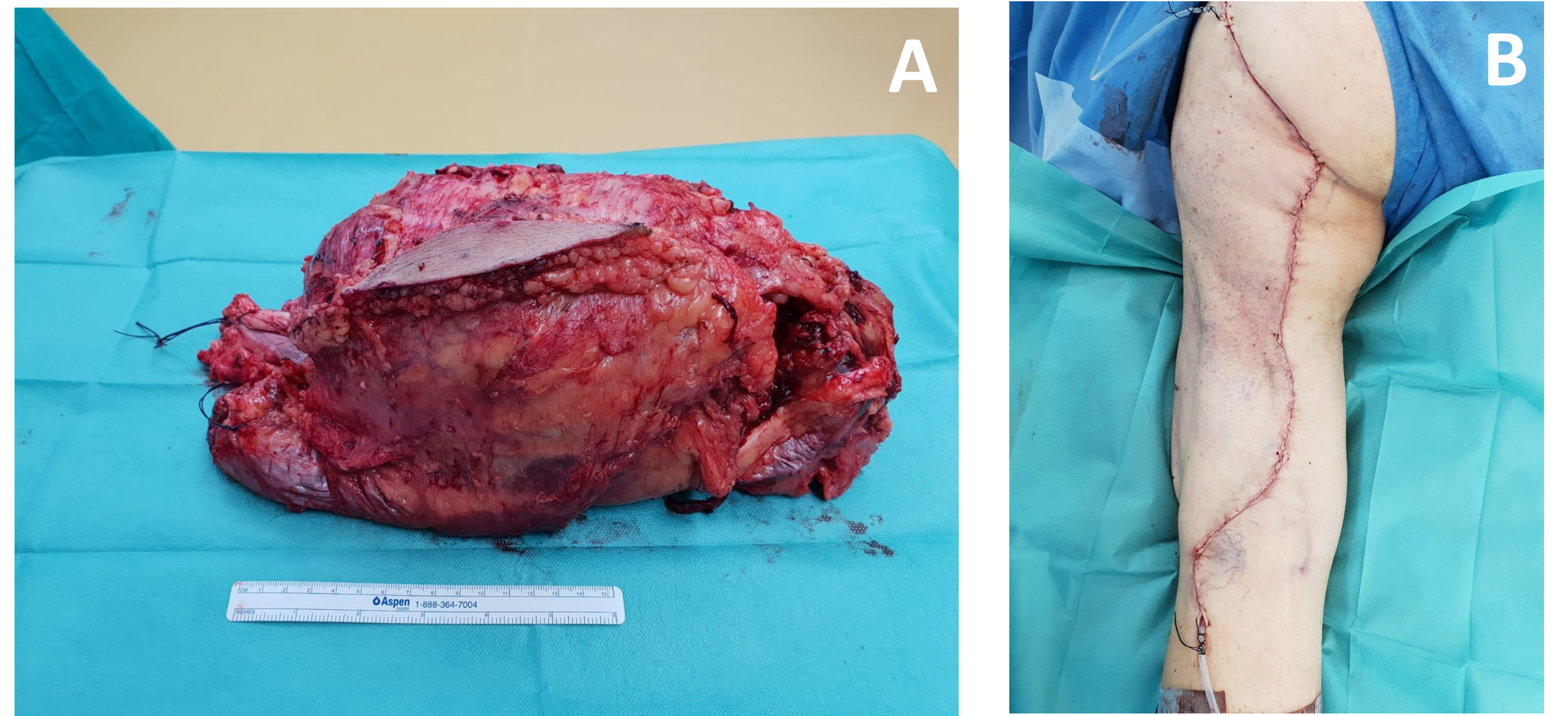


Figura 4. A: Imagen postoperatoria de toda la pieza tumoral de 14 x 10 x 19 cm en diámetros CC, ML y AP. **B:** Vista postoperatoria, tras realizar una exéresis agrandada con resección de barreras y criterios oncológicos.