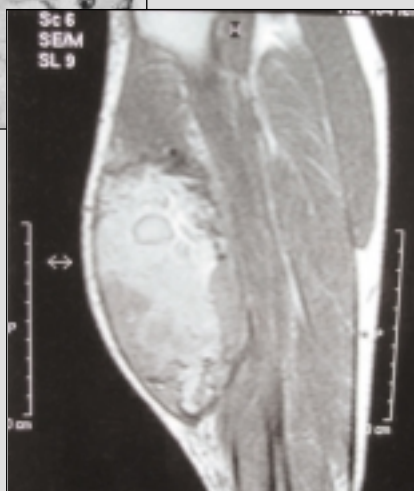
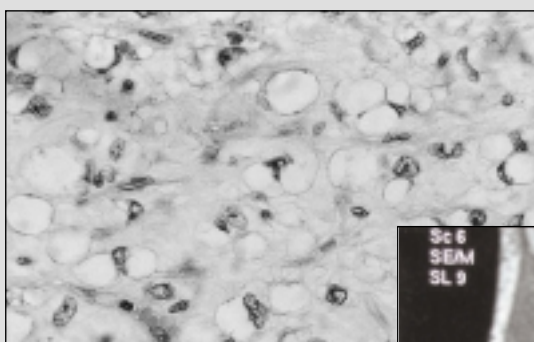


ACTITUD ANTE UNA TUMORACIÓN DE PARTES BLANDAS



COMITÉ DE TUMORES ÓSEOS Y DE PARTES BLANDAS (CTOPB) DEL HOSPITAL DONOSTIA:

Anatomía Patológica:

Oncología Médica:

Oncología Radioterápica:

Radiodiagnóstico:

Traumatología:

Dr. M. Vaquero

Dr. J. Piera

Dr. J.P. Ciria

Dr. A. Oñatibia

Dr. J. González Acha



Osakidetza
Servicio vasco de salud

Hospital
Donostia
Ospitalea

INTRODUCCIÓN

Los sarcomas de partes blandas (SPB) son relativamente poco frecuentes (2 a 3 nuevos casos por cada 100.000 habitantes al año, el doble que los sarcomas óseos), pero con una alta morbilidad y mortalidad.

La baja incidencia junto con una forma de presentación inespecífica, frecuentemente indolora y sin signos sistémicos, y la posibilidad de confusión con lesiones benignas muy frecuentes (ganglión, hematoma, lipoma,...) hace que el manejo de los sarcomas de partes blandas no sea siempre el óptimo.

Por todo ello, desde el Comité de Tumores Óseos y de Partes Blandas (CTOPB) del Hospital Donostia nos hemos animado a realizar esta guía que sirva de referencia a todos los médicos que se encuentran en su actividad con tumoraciones de partes blandas de las extremidades.

SOSPECHA CLÍNICA

Ante una tumoración de partes blandas en las extremidades el diagnóstico diferencial que se plantea es muy amplio.

- **Lesiones benignas:** tumores benignos de partes blandas (lipoma, neurilemoma, mixoma, ...) y lesiones no tumorales (hematomas, abscesos, tofos gotosos, miositis osificante, quistes sinoviales).
- **Lesiones malignas:** tumores malignos de partes blandas (liposarcoma, histiocitoma fibroso maligno, sarcoma sinovial, ...), metástasis en partes blandas de carcinomas y extensión a partes blandas de sarcomas óseos.

A la hora de evaluar estas tumoraciones no debemos olvidar en la anamnesis antecedentes que nos puedan orientar al diagnóstico, como: traumatismos, neoplasias, inmunodepresión, medicación anticoagulante, etc.

Asimismo valoraremos diferentes datos clínicos que deben hacernos sospechar que nos encontramos ante un SPB:

- La ausencia de dolor no descarta un sarcoma de partes blandas, al contrario, si bien pueden doler, es frecuente (del 50 al 66%) que sean indoloros.
- El tamaño puede servirnos de orientación, si bien un tamaño pequeño tampoco nos descarta la presencia de un sarcoma. En general, un tamaño mayor de 5 cm debe hacernos sospechar que pueda tratarse de un SPB.
- La localización proximal y profundo a la fascia superficial también son signos de sospecha de SPB, aunque las tumoraciones distales o superficiales pueden ser SPB (ejemplo: sarcoma sinovial de tobillo).
- La consistencia dura debe hacernos sospechar un SPB, la consistencia blanda nos indicará que nos encontramos ante otro tipo de lesión (hematoma, absceso, ganglión,...).
- La velocidad de crecimiento es otro signo a valorar. El crecimiento rápido debe hacernos sospechar un SPB, pero conviene recordar que es frecuente que los SPB crezcan relativamente lentos (6 meses o incluso años de evolución) y que hay lesiones benignas de crecimiento rápido (ej.: fascitis nodular, absceso, quistes,...).
- La edad del paciente es también importante. Los SPB pueden darse a cualquier edad (21% en menores de 21 años; 27% entre los 40 y 60 años; y el 52% en mayores de 60 años), si bien, a mayor edad del paciente mayor debe ser la sospecha de SPB.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se recomienda realizar en todos los casos (salvo en los casos de sospecha clara de ganglión, en los que una punción con aspiración de su contenido característico nos confirmará el diagnóstico):

- Radiografía simple, puede ser diagnóstica en lesiones palpables que simulan tumores de partes blandas, producidos por alteraciones esqueléticas subyacentes, como callos óseos exuberantes o exóstosis. Igualmente puede revelar calcificaciones de partes blandas muy sugestivas, por ejemplo, los flebolitos de un hemangioma, las masas osteocartilaginosas yuxtaarticulares de la osteocondromatosis sinovial, la calcificación zonal de la miositis osificante o calcificaciones presentes en un 20% de los sarcomas sinoviales.
- Resonancia magnética nuclear, es el mejor método para valorar la localización y extensión de los tumores de partes blandas.

A pesar de su capacidad para identificar la existencia del tumor y valorar su extensión, tiene muy limitada capacidad para caracterizar y diagnosticar el tipo de tumor, ya que la mayoría de los sarcomas tiene el mismo comportamiento de señal, presentan señal intermedia o baja en T1 y alta señal en T2. La mayoría de las lesiones quedan como inespecíficas y solo en ocasiones permite orientar el diagnóstico (lipomas, gangliones, hematomas).

Tampoco la resonancia puede identificar la benignidad o malignidad de las lesiones con total seguridad.

La utilización de contraste ayuda a diferenciar los quistes, como el quiste sinovial, los abscesos y los hematomas crónicos, pues todos ellos captan contraste periféricamente, pero no ayuda a diferenciar los tumores benignos de los malignos, pues ambos pueden captar contraste. El contraste también diferencia las zonas necróticas o quísticas dentro del tumor y nos ayudará a decidir la zona más conveniente para tomar la biopsia.

Otras pruebas radiológicas (Ecografía, TAC, Arteriografía) tienen una utilidad muy limitada.

Ante un SPB haremos siempre un estudio de extensión, mediante gammagrafía ósea y TAC pulmonar.

BIOPSIA

Esta se realizará siempre tras completar el estudio de la lesión, y en caso de sospecha de SPB recomendamos se remita al centro de referencia donde se vaya a realizar el tratamiento definitivo de la lesión ANTES de realizar la biopsia.

El riesgo de complicaciones asociadas a la biopsia es alto - diagnóstico erróneo, muestra no representativa, complicaciones locales (hematoma, infección, dehiscencia de sutura,...) o alteración de planos anatómicos -, lo cual puede alterar los planes de tratamiento y obligar a realizar más amputaciones que las estrictamente necesarias.

Tipos de biopsia:

La toma de muestras de los tumores puede hacerse mediante cuatro técnicas: punción aspiración con aguja fina (PAAF), biopsia con aguja (*Tru-cut* o "*core biopsy*"), biopsia incisional y biopsia excisional.

Inicialmente se debe realizar la PAAF, la cual nos puede orientar sobre la naturaleza de la lesión, incluso ser diagnóstica en metástasis o recidivas, pero normalmente precisará de una biopsia con aguja (*Tru-cut*), en muchos casos guiada por TAC o Ecografía.

Si las muestras percutáneas no fueran suficientes para un diagnóstico exacto de la lesión se realizará una biopsia incisional, la cual normalmente nos permitirá obtener el grado histológico de la lesión.

La biopsia excisional, debe evitarse, por la contaminación tumoral de planos anatómicos adyacentes que pueda producirse, comprometiendo el pronóstico. Sólo se realizará en lesiones de pequeño tamaño (< 2 cm). Incluso en estas puede realizarse una PAAF previa si hubiera alguna duda de su benignidad.

CONCLUSIONES

No pretendemos ser alarmistas y debemos recordar que la frecuencia de presentación de lesiones benignas y malignas tienen una relación de 100 a 1, pero los SPB presentan unas peculiaridades ya comentadas, las cuales exigen un abordaje sistemático que evite errores en su manejo, pues estos pueden comprometer la viabilidad de la extremidad afectada y la supervivencia del paciente.

Por ello nos ponemos a vuestra disposición ante cualquier tumoración sospechosa de malignidad, recordando la importancia de realizar la consulta ANTES de la biopsia.

Para contactar con nosotros:

*Hoja de consulta preferente al Servicio de Traumatología,
Unidad de Tumores.*

*E-mail: javier.gonzalezacha@osakidetza.net
FAX: 943 006085 (Secretaría de Traumatología)
Tfno: 943 006079 (Secretaría de Traumatología)*