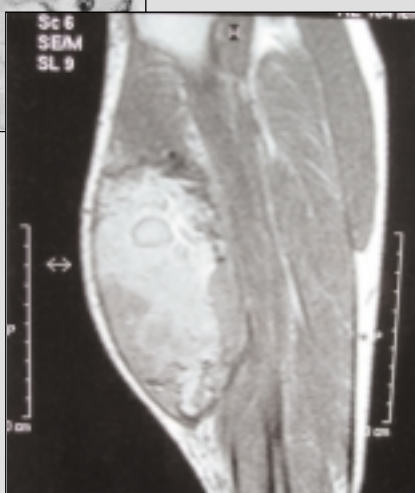
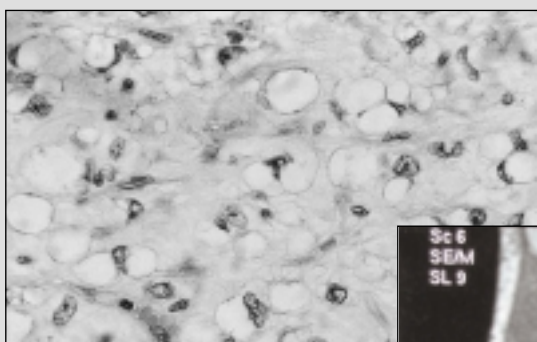


ATAL BIGUNETAKO TUMOREAK DIRELA-ETA HARTU BEHARREKO JOKABIDEA



DONOSTIA OSPITALEKO HEZURRETAKO ETA ATAL BIGUNETAKO TUMOREETARAKO BATZORDEA (CTOPB):

Anatomia Patologikoa:
Onkologia Medikoa:
Onkología Erradioterapikoa:
Erradiodiagnostikoa:
Traumatologia:

M. Vaquero Dr.
J. Piera Dk.
J.P. Ciria Dr.
A. Oñatibia Dr.
J. González Acha Dr.

SARRERA

Atal bigunetako sarkomak (SPB) ez dira oso ugariak (urtean 2 edo 3 kasu berri 100.000 biztanleko; hezurretako sarkomak baino bi aldiz gehiago) baina erikortasun- eta hilkortasun-maila handia dute.

Hain gutxitan eta hain modu zehaztugabea agertzen direnez, sarritan minik eman gabe eta seinale sistemikorik utzi gabe, eta bestalde oso ohikoak diren lesio onberekin nahas daitezkeenez (gongoila, hematoma, lipoma...) atal bigunetako sarkomak ez dira beti modu egokienean tratatzen.

Hori guztia kontuan harturik, Donostia Ospitaleko Hezurretako eta Atal Bigunetako Tumoretarako Batzordean (CTOPB) erabaki dugu gida hau egitea, beren jardunean gorputz-adarretako atal bigunetan tumoreak aurkitzen dituzten mediko guztiek erreferentzia gisa erabil dezaten.

SUSMO KLINIKOA

Gorputz-adarretako atal bigunetan tumore bat agertzen denean, horri buruzko diagnostiko diferentziala oso zabala izan daiteke.

- **Lesio onberak:** atal bigunetako tumore onberak (lipoma, neurilemoma, mixoma, ...) eta tumore ez diren lesioak (hematomak, abszesuak, gota-tofoak, miositis osifikatzailea, kiste sinobialak).
- **Lesio gaiztoak:** atal bigunetako tumore gaiztoak (liposarkoma, histiozitoma izpitsu gaiztoa, sarkoma sinobiala, ...), atal bigunetako kartzinomen metastasia eta hezurretako sarkomak atal bigunetara hedatzea.

Tumore horiek aztertzeko garaian ez ditugu ahaztu behar anamnesian diagnostikoa bideratzen lagun diezaguketen aurrekariak, adibidez: traumatismoak, neoplasiak, immunodepresioa, koagulazioaren aurkako medikazioa eta abar.

Era berean, SPBaren susmoa sorraraz dezaketen datu kliniko desberdinak ere hartu behar dira kontuan:

- Minik ez izateak ez du esan nahi atal bigunetan sarkomarik ez dagoenik. Sarkoma batzuetan mingarria izan daiteke baina sarritan (kasuen %50 eta 66 bitartean) ez du minik ematen.
- Tamaina orientabide gisa har dezakegu; hala ere, tamaina txikiak ez du berez esan nahi sarkomarik ez dagoenik. Oro har, 5 cm baino handiagoa denean, SPB bat izan daitekeela pentsa genezake.
- Azaleko fasziaren hurbileko eta sakoneko kokapenek ere SPB egon daitekeela erakusten dute, tumore distalak edo azalekoak SPB izan badaitezke ere (adibidez: txorkatilako sarkoma sinobiala).
- Trinkotasun gogor batek SPB dagoela pentsarazi behar digu; trinkotasun bigunak, berriz, beste era bateko lesioa erakutsiko digu (hematoma, abszesua, gongoila...).
- Zein abiaduraz hazten den ere oso kontuan hartu beharreko alderdia da. Hazte azkarrak pentsarazi behar digu SPB bat dagoela, baina komeni da gogoraraztea SPBak sarritan motel samar hazten direla (6 hilabetea eta, zenbait aldiz, hainbat urtetan) eta bestetik badirela azkar hazten diren lesio onberak ere (adib.: fascitis nodularra, abszesua, kisteak...).
- Pazientearen adina ere kontuan hartu behar da. SPBak edozein adinetan ager daitezke (21 urtetik beharagoetan, %21; 40 eta 60 urte bitartekoetan, %27; eta 60 urtetik gorakoetan, %52). Dena dela, zenbat eta adin handiagoa izan orduan eta SPBen susmo handiagoa izan behar dugu.

PROBA OSAGARRIAK

Kasu guztietan ondoko probak egitea gomendatzen da (gongoilaren susmo garbia dugunean izan ezik: kasu honetan, ziztada bat egin eta bertako edukia xurgatuz diagnostikoa egiaztatuko dugu):

- Erradiografia sinplea: diagnostikoa egiteko baliagarria izan daiteke, atal bigunetako tumoreen itxura duten lesio ukigarrietan, azpiko alterazio eskeletikoek sortuak direnean (adibidez, hezurretako kailu oparoak edo exostosiak). Era berean, atal bigunen kaltzifikazio adierazgarriak erakusten dituzte, adibidez hemangioma bateko flebolitoak, osteokondromatosi sinobialaren masa osteokartilaginosa yuxtaartikulareak, miositis osifikatzailearen zonako kaltzifikazioa edo sarkoma sinobialen %20an agertzen diren kaltzifikazioak.
- Erresonantzia magnetiko nuklearra: talde bigunetako tumoreen kokapena eta hedapena neurtzeko modurik onena da.

Tumorea dagoen ala ez egiaztatzeko eta horren hedapena neurtzeko ahalmena duen arren, nahikoa mugatua dago tumore-motaren ezaugarriak zehaztu eta diagnostikoa egiteko; izan ere, sarkoma gehienek seinale-joera berdina dute; tarteko seinalea edo baxua dute T1ean eta seinale altua T2an.

Lesio gehienak zehaztu gabe geratzen dira, eta batzuetan bakarrik ematen du diagnostikoa egiteko aukera (lipomak, gongoilak, hematomak).

Bestalde, erresonantziak ezin du segurtasun osoarekin egiaztatu lesioak onberak edo gaiztoak diren.

Kontrastea erabiltzeak lagundu egiten du kisteak bereizten, adibidez kiste sinobiala, abzesuak eta hematoma kronikoak bereizten, horiek guztiek periferikoki hartzen baitute kontrastea, baina ez du laguntzen tumore onberak eta gaiztoak bereizten, biek kontrastea har baitezakete.

Bestelako proba erradiologikoak (Ekografia, OTA, Arteriografia) oso erabilgarritasun mugatua dute.

SPB bat agertuz gero, hedapen-azterketa bat egingo dugu beti, hezurretako gammagrafia eta biriketako OTA baten bidez.

BIOPSIA

Lesioari buruzko azterketa amaitu ondoren egingo da, eta SPBa dagoela susmatuz gero, gomen-datuko genizueke behin-betiko tratamendua egin behar duten erreferentzia-zentrora bidaltzea, biopsia egin baino LEHEN .

Biopsia eginez gero konplikazioak sortzeko arrisku handia dago -diagnostiko okerra, lagina adierazgarria ez izatea, tokian tokiko konplikazioak (hematomak, sutura-dehisentzia...) edo plano anatomikoen aldaketa-, eta horren guztiaren ondorioz tratamendu-planak aldarazi eta behar-beharrezkoak direnak baino anputazio gehiago egin behar izatea.

Biopsia-motak:

Tumoreen laginak hartzeko lau teknika erabil daitezke: zitzada xurgatzailea orratz finarekin (PAAF), biopsia orratzarekin (Tru-cut edo "core biopsy"), ebakidurazko biopsia eta eszisio-biopsia.

Hasieran PAAF egin behar da, eta horrek orientabidea emango digu lesioaren izaerari buruz, eta batzuetan diagnostikorako era erabil daiteke metastasietan edo berrerritzeetan, baina normalean biopsia orratzarekin egin beharko da (Tru-cut), askotan TAC edo Ekografia baten bidez gidatuta.

Larruazalean zeharreko laginak lesioaren diagnostiko zehatza egiteko nahikoak ez badira, ebakidurazko biopsia egingo da, eta horri esker gehienetan lesioaren maila histologikoa jakingo dugu.

Eszisio-biopsia ez da egin behar, adameneko plano anatomikoetan tumorea kutsatu egin daitekeelako, pronostikoa zailentzen jarritz. Tamaina txikiko lesioetan (2 cm baino txikiagoak direnetan) bakarrik egingo da. Eta horietan ere, aldeztu aurretik PAAF bat egin daiteke onberak ote diren jakiteko.

ONDORIOAK

Ez dugu alarma piztu nahi eta gainera lesio onbera eta gaiztoei dagokienez gogoan hartu behar dugu aurkitzen diren 100 lesioetatik 1 besterik ez dela gaiztoa izaten; hala ere, SPBek dituzten ezaugarri bereziak ikusirik, horiekin lan egiterakoan jokabide sistematiko bat hartu behar dugu okerrik gerta ez dadin; izan ere, oker horiek arriskuan jar dezakete eragindako gorputz-atalaren bideragarritasuna eta pazientearen biziraupena.

Horregatik, itxura gaiztoko edozein tumore aurkituz gero, gugana jo dezakezue. Dena dela kontu garrantzitsu bat gogorarazi nahi dizuegu: biopsia baino LEHEN egin behar duzue kontsulta.

Gurekin harremanetan jartzeko:

Lehentasunezko kontsulta-orria bidali Traumatologia

Zerbitzura (Tumoreen Unitatea).

E-mail: javier.gonzalezacha@osakidetza.net

FAXA: 943 006085 (Traumatologiako Idazkaritza)

Tel: 943 006079 (Traumatologiako Idazkaritza)