



Principios del tratamiento quirúrgico de los sarcomas de tejidos blandos del adulto

F. Dujardin, H. Abdulmutalib, G. Aktouf, P. Michelin

Los sarcomas de tejidos blandos son tumores malignos infrecuentes, cuya incidencia se acerca a 5 casos por 100.000 habitantes/año, aunque un cirujano ortopedista «promedio» sólo verá unos pocos casos a lo largo de su carrera. Sin embargo, el tratamiento inicial de estos pacientes determina su pronóstico funcional y vital. Cuando se sospecha el diagnóstico, hay varias precauciones indispensables que deben tomarse antes de cualquier intervención quirúrgica y que son de dos tipos: realizar un estudio de extensión locorregional antes de cualquier procedimiento local y organizar un análisis anatomopatológico preciso y formal. Esto requiere efectuar una biopsia, cuya estrategia, en esta fase previa a cualquier intervención quirúrgica, debe decidirse en una reunión de concertación multidisciplinaria. Esta biopsia no debe diseminar el tumor más allá de su región de desarrollo inicial y debe aportar al patólogo los tejidos necesarios para una identificación precisa, que a menudo es difícil. Una vez que se ha establecido el diagnóstico anatomopatológico y que se ha realizado el estudio de extensión locorregional, es necesario efectuar un estudio de extensión general para determinar, en una reunión de concertación multidisciplinaria, la mejor estrategia terapéutica. La resección quirúrgica es la piedra angular del tratamiento. La cuestión principal consiste en determinar los márgenes de seguridad que deben englobarse «en bloque» con el tumor. Los sarcomas de tejidos blandos suelen presentar prolongaciones microscópicas que sobrepasan la pseudocápsula tumoral, aunque una cirugía marginal a lo largo de esta pseudocápsula conlleva un riesgo de recidiva local elevado, sobre todo porque esta disección se acompaña de un riesgo considerable de ruptura accidental del tumor. La neoplasia se debe resecar «en bloque» con márgenes de seguridad que pasen por los tejidos sanos circundantes. Cuando los márgenes son satisfactorios, se realiza una irradiación complementaria de forma sistemática si el tumor mide más de 5 cm o si es de alto grado. Cuando los márgenes presentan invasión microscópica, se debe reintervenir al paciente mediante una resección complementaria de «radicalización». La quimioterapia general y local debe plantearse cuando el paciente no es operable o si tiene metástasis. Las terapias dirigidas están en fase de evaluación.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Sarcoma; Sarcoma de tejidos blandos; Cirugía; Diagnóstico; Biopsia

Plan

■ Introducción	2	■ Tratamiento de un sarcoma de tejidos blandos sin extensión metastásica conocida	5
■ Reglas de la biopsia	2	Resección quirúrgica	5
■ Aspectos anatomopatológicos	3	Actitud maximalista de resección denominada «extracompartimental»	5
■ Estudio de extensión locorregional y general	3	Actitud minimalista	5
Resonancia magnética	3	Posición intermedia	5
Radiología convencional	4	Proximidad ósea o articular	6
Ecografía	4	Transporte al patólogo	6
Tomografía computarizada	4	Aportación de las técnicas de reconstrucción plástica	7
Tomografía por emisión de positrones	4	Elección de la estrategia	8

■ Tumores metastásicos	8
■ Enfermedad ya operada	8
■ Tratamientos no quirúrgicos	9
■ Conclusión	9

■ Introducción

Los sarcomas de tejidos blandos (STB) sólo suponen una pequeña proporción (alrededor del 1%) de todos los tumores y pseudotumores de tejidos blandos, tomando en conjunto todos los tamaños (esta proporción es mayor cuando el tumor es voluminoso). Son lesiones infrecuentes, con una incidencia cercana a 4-5 casos por 100.000 habitantes/año. Por tanto, un cirujano ortopédico «promedio» sólo verá unos pocos casos a lo largo de su carrera. Sin embargo, la calidad del tratamiento inicial es un factor determinante de su pronóstico local y general [1]. No existen elementos diagnósticos de sospecha que permitan la identificación previa del carácter maligno del tumor, aunque se deben seguir unas reglas obligatorias desde el manejo inicial del paciente. La única certeza diagnóstica proviene del análisis anatómopatológico, que debe llevarse a cabo antes de cualquier procedimiento terapéutico arriesgado que podría comprometer las probabilidades de curación. Por tanto, el tratamiento de un tumor de tejidos blandos no se puede limitar siempre a la resección simple que suele desear el paciente.

“ Punto importante

Los sarcomas de tejidos blandos son tumores malignos muy infrecuentes, de modo que un cirujano ortopédico «medio» sólo verá unos pocos casos a lo largo de su carrera. Sin embargo, el tratamiento inicial de estos pacientes determina su pronóstico funcional y vital; por tanto, es esencial evitar un tratamiento inicial inadecuado para no comprometer el pronóstico. Este tratamiento se debe comentar desde el principio en una reunión de concertación multidisciplinaria (RCM), cuyo consejo debe solicitarse para todos los tumores profundos (subfasciales) o voluminosos (mayores de 5 cm).

La resección quirúrgica constituye en la mayoría de los casos la «piedra angular» del tratamiento de los STB [2], pero esta intervención sólo es concebible si se cumplen tres prerequisites indispensables:

- establecer con certeza el diagnóstico anatómopatológico, lo que conlleva realizar una biopsia que debe seguir unas reglas estrictas;
- conocer el estudio de extensión locorregional y general del que dependerá la estrategia;
- establecer esta estrategia terapéutica, incluido el papel y las características de la resección quirúrgica en una RCM. Se ha comprobado que este tratamiento basado en las decisiones tomadas en la RCM mejora el pronóstico, incluido el vital [3-6]. En la actualidad, es el método amplia y unánimemente «recomendado»; es probable que se convierta en un futuro próximo en la alternativa «exigible».

■ Reglas de la biopsia

La biopsia debe realizarse después de las pruebas de imagen para que estas no muestren alteraciones. Dicha biopsia debe responder a dos objetivos [7]:

- aportar una cantidad suficiente de material representativo para establecer el diagnóstico. Debe incluir varios fragmentos del tumor, sobre todo si éste tiene un aspecto heterogéneo. También debe incluir la pseudocápsula tumoral y los tejidos circundantes;
- no debe comprometer ni complicar la resección radical futura [1].

Por tanto, la biopsia debe respetar varias reglas técnicas:

- no debe provocar la diseminación del tumor. Debido a que el campo de biopsia se contamina con células tumorales, se debe poder extirpar en bloque con el tumor durante la resección final. Por tanto, la vía de acceso de biopsia se traza como parte de la incisión necesaria para la futura resección. Por este motivo, es aconsejable que la biopsia la realice el mismo equipo que el que llevará a cabo la resección o al menos tras consultar con él. Asimismo, para no diseminar el tumor, el trayecto y el orificio cutáneo del drenaje deben estar en contacto con el campo de biopsia;
- es necesario dejar un drenaje de forma sistemática para evitar la formación de un hematoma o de derrames postoperatorios que puedan ampliar la región potencialmente contaminada;
- por lo general, la vía de acceso para la biopsia es directa, longitudinal y centrada en el tumor. Sin embargo, algunas resecciones, sobre todo en la región pélvica, escapular o axilar, requieren incisiones muy específicas, en cuyo caso el trayecto de la biopsia no es siempre necesariamente el que parece el más directo o el que sigue una vía de acceso habitual de la región. En caso de duda, se deberá pedir consejo al cirujano que realizará la posible resección oncológica o encargarle la realización de la biopsia;
- la biopsia no debe diseminar el tumor en los planos o espacios suplementarios que no estaban invadidos inicialmente. En especial, hay que evitar seguir un trayecto anatómico que podría utilizarse para limitar la futura resección oncológica y que, por tanto, deberá dejarse intacto. Cuando el tumor es profundo, es preferible atravesar directamente el músculo que lo recubre, en lugar de rodearlo «de forma limpia»;
- la biopsia debe realizarse también a distancia de los elementos nobles contiguos, como vasos y, sobre todo, nervios. La exposición de estos elementos durante la biopsia conlleva su contaminación y, por tanto, la necesidad de sacrificarlos durante la resección final, que podría evitarse en las condiciones iniciales (Fig. 1).

La biopsia puede ser quirúrgica o percutánea, guiada por las pruebas de imagen. La vía quirúrgica ofrece la ventaja de permitir obtener muestras abundantes, pero requiere anestesia general o locorregional y hospitalización, y conlleva un riesgo mayor de complicación séptica. La alternativa es la radiología intervencionista con la realización de una biopsia percutánea mediante trocates de 2-3 mm de diámetro provistos de un sistema de tipo «guillotina» que permite abrir su extremo y extraer cilindros en el propio interior de la zona de interés localizada mediante tomografía computarizada (TC), amplificador de brillo o ecografía. Esta localización radiológica permite extraer distintos componentes de un tumor heterogéneo o alcanzar con seguridad un tumor muy profundo. En estas condiciones, este método tiene una sensibilidad del 94% y una especificidad del 100% [8]. No se trata de simples muestras «tomadas con aguja» que aportan un material insuficiente y de origen no controlado, pues la aguja estándar incluye indistintamente los tejidos atravesados antes de alcanzar el tumor. Las biopsias percutáneas deben cumplir las reglas generales de biopsia, sobre todo

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4053391>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4053391>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)