

CASO CLÍNICO

Recibido: Diciembre 2013. Aceptado: Enero 2014

De cirugía "menor" a comité de tumores: implicaciones de la CMA en oncología

From "minor" surgery to tumor committee: implications of ambulatory surgery in oncology

J. A. Flores García, E. J. Barzola Navarro, I. G. Paredes Chambi, C. Pedrero Campos¹, I. Pérez Andrés¹, J. M. Cáceres Salazar²

Residente. ¹Adjunto. ²Jefe de Servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria y Corta Estancia. Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz.

Autor para correspondencia: joseangel.floresgarcia@yahoo.es

RESUMEN

Actualmente nos encontramos ante un aumento evidente de la patología oncológica. Diferentes factores son los responsables: el envejecimiento de la población, una mejora de los métodos diagnósticos y un mayor acceso a unidades especializadas. Muchos de estos procedimientos pueden manejarse con éxito en programas de cirugía mayor ambulatoria.

Presentamos un paciente con sarcoma inguinal remitido desde la unidad de atención primaria con diagnóstico de presunción de hernia inguinal. La rápida atención con un diagnóstico y tratamiento precoz ambulatorios permitieron una satisfactoria evolución de este paciente.

Palabras clave: patología tumoral, sarcoma inguinal, cirugía ambulatoria.

ABSTRACT

Currently we are facing a clear increase in cancer pathology. Different factors are responsible: the aging population, improved diagnostic methods and increased access to specialized units. Many of these procedures can be handled successfully in ambulatory surgery programs.

We present a patient with inguinal sarcoma referred from primary care unit with a presumptive diagnosis of inguinal hernia. Quick attention to diagnosis and early treatment clinics allowed a satisfactory evolution of this patient.

Keywords: tumor pathology, inguinal sarcoma, outpatient surgery.

INTRODUCCIÓN

Los sarcomas y melanomas son un ejemplo de patología tumoral que requiere un diagnóstico y tratamiento precoz. El amplio diagnóstico diferencial que presentan muchas tumoraciones entre los que encontramos en ocasiones patologías benignas como lipomas, quistes sebáceos, hernias, adenopatías, trombosis venosas superficiales, nevus, etc., junto con la falta de experiencia en este tipo de lesiones ocasionan que cada vez con mayor frecuencia se diagnostique este tipo de patologías en las unidades de cirugía mayor

ambulatoria (CMA), donde desempeñan un papel clave los especialistas quirúrgicos.

Presentamos el caso de un varón de 67 años remitido desde atención primaria por tumoración en región inguinal derecha de un año de evolución y con diagnóstico de presunción de hernia inguinal. Dicha lesión presentó empeoramiento en los últimos meses. Tras ser valorado en la unidad de CMA se plantea el diagnóstico diferencial con tumoración de partes blandas, tras estudio complementario se llega al diagnóstico definitivo de sarcoma inguinal.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 67 años con antecedentes de hipertensión arterial, cáncer de próstata en tratamiento con radioterapia junto con hormonoterapia y cáncer renal con tumorectomía en 2010. Presenta posible hernia inguinal derecha de un año de evolución en seguimiento por su médico de atención primaria. En la última revisión se objetiva un aumento considerable del tamaño. Ante el evidente empeoramiento se envía a nuestra unidad para valorar tratamiento quirúrgico con diagnóstico de presunción de hernia inguinal. En la primera consulta se constata que se trata de una tumoración de gran tamaño en región inguinal derecha, dura, excrecente, mamelonada, móvil, no adherida a planos profundos, no dolorosa, sin adenopatías inguinales ni otros hallazgos de interés (Fig. 1).

Ante los hallazgos se realiza biopsia incisional, con diagnóstico anatomopatológico de dermatofibrosarcoma protuberans. Se completa estudio con RMN (Fig. 2) donde se aprecia una masa limitada al tejido celular subcutáneo, lobulada y bien definida, de unos 6,5 cm de eje mayor aproximadamente. Contacta con los músculos aductores sin infiltrarlos. No adenopatías inguinales ni abdominales afectas. No metástasis a distancia.

Ante estos datos se presenta en comité multidisciplinar de sarcoma decidiéndose cirugía y posterior radioterapia.

Durante la intervención se procede a incisión en ojal en zona inguinal con margen de 2 cm de la tumoración, disección cuidadosa manteniendo margen de seguridad con la tumoración que consigue extirparse en bloque. No infiltración de fascia muscular. El paciente presenta buena evolución postoperatoria.

El estudio diferido de la pieza informa como dermatofibrosarcoma protuberans grado I de tamaño (7,5 x 5 cm), con márgenes libres de tumor, pT2cN0, estadio Ib (Tabla I). Se inicia radioterapia al tercer mes postoperatorio administrándose durante 2 meses en 33 fracciones alcanzándose una dosis total de 66 Gy.



Fig. 1. Imagen de la tumoración.



Fig. 2. Imagen de resonancia magnética.

TABLA I

SISTEMA DE ESTADIFICACIÓN DEL AJCC

ETAPA	HISTOLÓGICO GRADO	TAMAÑO	UBICACIÓN (RELATIVO A LA FASCIA)	SISTÉMICO/METASTÁSICO ENFERMEDAD ACTUAL
IOWA	Bajo	< 5 cm	Superficial o profunda	No
IB	Bajo	≥ 5 cm	Superficial	No
IIA	Bajo	≥ 5 cm	Profundo	No
IIB	Alto	< 5 cm	Superficial o profunda	No
IIC	Alto	≥ 5 cm	Superficial	No
III	Alto	≥ 5 cm	Profundo	No
IV	Cualquiera	Cualquiera	Cualquiera	Sí

El paciente ha presentado buena evolución, encontrándose 1 año después asintomático sin signos de recidiva.

DISCUSIÓN

El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es un tumor extremadamente raro, variante de sarcoma, de moderado grado de malignidad, con gran capacidad de recidiva local, crecimiento lento (meses a años) aunque afortunadamente las metástasis a distancia son raras (5 %) (1). Se origina en la dermis profunda desde donde infiltra el tejido celular subcutáneo, la fascia, el músculo e incluso el hueso.

Afecta principalmente entre 20 y 50 años, pero se presenta en cualquier edad. Presentan predisposición por el género femenino. Su etiología es desconocida, aunque algunos autores informan de una cierta predisposición en pacientes que desarrollan una cicatriz tras una quemadura o una cirugía.

El DFSP representa menos del 0,1 % de todas las neoplasias y aproximadamente el 1 % de todos los sarcomas, con una incidencia entre 0,8-5 casos por millón de habitantes por año (2).

Se presenta clínicamente en forma de placa indurada de crecimiento lento sobre la que aparecen nódulos a medida que el tumor progresa. El primer signo suele ser un zona plana o ligeramente elevada de la piel de tacto gomosa o dura con coloración violeta o rojizo, aunque otras veces se presenta como superficie suave o depresión de la piel, lo que hace el diagnóstico aún más difícil. En ocasiones puede sangrar o llegar a ser doloroso, sin embargo, solo se producen en el 15 % de los casos.

La localización más frecuente es el tronco, presentándose en el 40-60 % de los casos en esta localización, sobre todo en la cintura escapular y la espalda; le siguen los miembros en un 20-30 % de los casos y la cabeza en el 10-15 % de los casos (3).

La escisión local amplia es el tratamiento de elección, la extirpación quirúrgica de la lesión debe ser por cirugía convencional, con márgenes amplios (4). Un promedio de 1,6 cm de margen histológico es adecuado (5).

El 50 y 80 % de las recurrencias del DFSP se observan en el primer y tercer año respectivamente. La radioterapia puede ser útil como tratamiento adyuvante, por lo general, solo se administra después de la cirugía, cuando el riesgo de recidiva es alta. También puede ser una opción para el tratamiento de aquellos tumores que no pueden ser reseca- dos. La quimioterapia debería reservarse para el DFSP metastático (6).

El diagnóstico de sarcoma en región inguinal supone un reto, probablemente sea la explicación menos probable para

un bulto en la región inguinal. Las diversas series publicadas en la literatura científica coinciden en el diagnóstico inicial de "hernia". Los sarcomas pueden ser mal diagnosticados de esta manera, o pueden coexistir con hernias en forma de un liposarcoma del cordón umbilical (7).

Algunos estudios sugieren que los tumores inesperados durante intervenciones de hernias suponen menos del 0,1 % de las intervenciones (8). Hallazgos clínicos preoperatorios de masas fijas o de goma en el anillo inguinal profundo podrían solicitar una investigación, ya que esta parece ser una característica común en los casos publicados en las diversas series.

Si se descubre un tumor incidental, la actitud correcta es la biopsia de la lesión, completar estudio y remitir a un centro multidisciplinar para tratamiento correcto.

El caso clínico de nuestro paciente tiene una presentación atípica del DFSP, se le realizó exéresis completa con márgenes amplios. Actualmente se realiza seguimiento de forma periódica para detectar cualquier recidiva o metástasis.

La implementación de la CMA en el sistema sanitario cada vez es más evidente, proporciona no solo un alivio en las listas de esperas quirúrgicas y ahorro económico, sino que cada vez está más integrado en la actividad médico-quirúrgica diaria y un ejemplo muy evidente de este cambio es la aplicación de la CMA en el ámbito oncológico.

Tras una revisión en diversas bases de datos son pocos los datos publicados respecto a este tema, donde encontramos una relación entre la patología de la CMA y la patología tumoral.

En nuestra unidad están incluidas en la cartera de servicios diversas actividades relacionadas con la patología oncológica; encontramos la implantación de reservorios permitiendo una precoz administración de quimioterapia con la mejora clínica evidente que esto supone para el paciente y liberando recursos sanitarios que pueden ser utilizados por otros pacientes o para otros procedimientos. Otras actividades que encontramos son la realización de biopsias diagnósticas y extracción de adenopatías requeridas por otros unidades (nuestro personal forma parte de comités multidisciplinarios como es el comité de sarcomas).

Es evidente el apoyo que se presta desde nuestro servicio de CMA en el diagnóstico precoz de tumores, trabajo que en ocasiones pasa desapercibido. Este aspecto engloba un conjunto de lesiones atendidas en nuestra unidad y que merecen ser citadas como son el diagnóstico de neoplasias de recto, pólipos que acuden con diagnóstico erróneo de hemorroides, fisuras atípicas con escasa respuesta a tratamiento médico y que tras estudio complementario permiten el diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal, biopsias de arteria temporal, así como lesiones/quistes preauri-

culares que tras consulta se derivan a cirugía maxilofacial siendo diagnosticados de tumoraciones parotídeas.

Mención especial merece también otra patología desdénada y no por ello menos importante como son las lesiones dermatológicas (quistes, lipoma, fibromas, nevus, etc.). En la gran mayoría de las ocasiones este tipo de cirugía se engloba dentro del concepto de "cirugía menor"; sin embargo, en ocasiones esta patología "banal" nos ocasiona desagradables sorpresas, siendo el paradigma los melanomas, cuyo diagnóstico precoz no solo supone un gran ahorro económico (gastos directos/indirectos, tangibles/intangibles), sino lo que es más importante, una incuestionable mejora en la supervivencia y calidad de vida de nuestros pacientes.

En nuestra unidad se intervinieron 38 lesiones cutáneas con diagnóstico anatomopatológico de melanoma en un periodo de 8 años, además de 14 biopsias diagnósticas de adenopatías compatibles con metástasis de melanomas, principalmente a nivel axilar e inguinal. Las lesiones cutáneas acuden desde las consultas de telemedicina, consultas de atención primaria así como desde dermatología.

En los últimos años cobra importancia el empleo de la telemedicina en las lesiones cutáneas, permitiendo hacer un diagnóstico dirigido y un tratamiento precoz de las mismas. Nuestro servicio realiza consultas de telemedicina una vez por semana con una media de 10 pacientes por sesión. Las consultas han pasado de 114 en 2003 hasta llegar a 407 en 2010.

Tras una revisión de la patología tumoral de la CMA se puede objetivar la importancia de las mismas, sirviendo de enlace entre el paciente y las unidades quirúrgicas de referencia o incluso permitiendo un diagnóstico y/o tratamiento exitoso de las lesiones premalignas o malignas. Estas unidades de alta resolución sirven de puerta "rápida" de entrada para un primer contacto con especialistas con

un mínimo tiempo de demora, a diferencia de las listas de espera clásicas con un gran tiempo de demora.

En enero de 2002 un paciente tenía que esperar 14 meses para ser atendido por un dermatólogo. Actualmente, los pacientes son atendidos en menos de 25 días. En nuestra Área Sanitaria (250.000 hab.), en 2002 había 1.300 pacientes en lista de espera quirúrgica (incluyendo cirugía mayor y menor). Actualmente no hay pacientes esperando para ser intervenidos de estas patologías. La lista de espera quirúrgica es estructural.

En conclusión, sin la presencia de estas unidades altamente resolutivas el pronóstico de estos pacientes hubiera sido muy distinto, aumentando su morbimortalidad y los gastos de su tratamiento en situación tumoral avanzada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Piqué E, Palacios S. Dermatofibrosarcoma protuberans atrofico angiomatoso. *Med Cutan Iber Lat Am* 2007;35(4):197-9.
2. Dimitropoulos VA. Dermatofibrosarcoma protuberans. *Dermatol Ther* 2008;21(6):428-32.
3. Martin L, Piette F, Blanc P, Mortier L, Avril MF, Delaunay MM, et al. Clinical variants of the preprotuberant stage of dermatofibrosarcoma protuberans. *Br J Dermatol* 2005;153:932-6.
4. Korkolis DP, Liapakis IE, Vassilopoulos P. Dermatofibrosarcoma protuberans: Clinicopathological aspects of an unusual cutaneous tumor. *Anticancer Res* 2007;27(3):1631-4.
5. Popov P, Böhlring T, Asko-Seljavaara S, Tukiainen E. Microscopic margins and results of surgery for dermatofibrosarcoma protuberans. *Plast Reconstr Surg* 2007;119(6):1179-84.
6. Ruiz-Tovar J, Fernández M, Reguero ME, Aguilera A, Arano J, Cabañas I. Dermatofibrosarcoma protuberans: Review of 20-years experience. *Clin Transl Oncol* 2006;8(8):606-10.
7. Bell RS, O'Sullivan B, Mahoney JL, Nguyen C, Langer F, Catton C. The inguinal sarcoma: A review of five cases. *Can J Surg* 1990;33:309-12.
8. Montgomery E, Buras R. Incidental liposarcomas identified during hernia repair operations. *J Surg Oncol* 1999;71:50-3.