

Informe de la actividad del comité de tumores de partes blandas del hospital de Basurto

Report of the activity of the soft tissue tumors committee of the hospital de Basurto



Valdés, C.

Valdés, C.*, Oleaga, L.**, López, I.***, Puertas, J.****, Egilior, J.*****,
 Ortiz, J.*****, Legorburu, M.*, Terrones, J.*

Resumen

La captación, registro y seguimiento de los pacientes que padecen un tumor de partes blandas es un proceso necesario para asegurar que el paciente es tratado, para coordinar, de una forma completa y sin demoras las fases diagnóstica y terapéutica, y para valorar los resultados de los protocolos aplicados. Entre febrero de 2001 y julio de 2002 fueron presentados 106 pacientes en el Comité de Tumores de Partes Blandas (CTPB) del Hospital de Basurto (Bilbao, España). En esta publicación hacemos un informe descriptivo de la actividad de nuestro Comité y de su funcionamiento.

Abstract

The reception, registration and follow-up of patients that suffer from a soft tissue tumour are a necessary process to assure adequate treatment of those patients. To coordinate, in a comprehensive way and without delays, the diagnostic and therapeutic steps and to evaluate the results of the applied protocols. Between February 2001 and July 2002, 106 patients were visited at the Soft Tissue Tumours Committee of the Hospital de Basurto (Bilbao, España). In this publication we make a description of the patients included in our protocol and a comment on the way of working of the Committee.

Palabras clave	Sarcoma, diagnóstico, modalidad de tratamiento combinado
Código numérico	174

Key words	Sarcoma, diagnosis, combined modality therapy
Código numérico	174

* Servicio de Cirugía Plástica
 ** Servicio de Radiología
 *** Servicio de Anatomía Patológica
 **** Servicio de Oncología
 ***** Servicio de Oncología Radioterápica
 ***** Servicio de Cirugía General
 Hospital de Basurto. Bilbao (España)

Introducción

La calidad en la atención del paciente que padece un tumor de partes blandas (TPB) comienza por un correcto diagnóstico, del cual depende no solo la planificación del tratamiento sino el pronóstico.(1) En lo que al tratamiento se refiere la calidad viene determinada por la realización de una cirugía lo menos mutilante posible conservando el máximo de funcionalidad lo que se consigue con resecciones compartimentales o incluso marginales, reconstrucción de tejidos blandos y terapia adyuvante, sin que aumenten las tasas de recidiva local, de metástasis ni de mortalidad.(2, 3). De lo anteriormente expuesto se deduce que la Cirugía Plástica ha adquirido un papel importante en el tratamiento de esta patología cuando afecta a las extremidades o situaciones que precisan de una cobertura adecuada.

Si bien los márgenes quirúrgicos, y por tanto el tratamiento quirúrgico, son el factor independiente más importante en el control local y en la prevención de la enfermedad a distancia (4, 5), el manejo del paciente con un TPB implica a diferentes especialidades que deben trabajar coordinadas aportando sus técnicas especializadas en el momento apropiado.

La tendencia actual es que tanto el diagnóstico como el tratamiento se realicen en centros especializados (6) y en este sentido se está llevando a cabo un importante esfuerzo en el Hospital de Basurto (Bilbao, España) para hacer frente a esta exigencia mediante la creación de un Comité de Tumores de Partes Blandas (CTPB), de un protocolo escrito y del establecimiento de las vías adecuadas de captación de pacientes en nuestro medio. Esto nos permite, no sin dificultad, tener constancia de los pacientes mediante un registro, asegurarnos de que estos sean diagnosticados y tratados de forma coordinada evitando demoras y de evaluar el protocolo adaptándolo a nuestro entorno.

En esta publicación hacemos una descripción de los pacientes presentados y de la organización del Comité.

Pacientes y Método

Las vías de captación de pacientes con sospecha de presentar un TPB son dos: por medio del especialista, perteneciente al CTPB, que lo ve por primera vez en consulta, o bien por los especialistas de Servicios Centrales (Anatomía Patológica y Radiología) que tienen constancia de los pacientes de nuestro hospital y de los centros dependientes del mismo (ambulatorios y clínicas concertadas). En caso de que el paciente no pertenezca a nuestro centro nos ponemos en contacto con el médico responsable invitándole a que

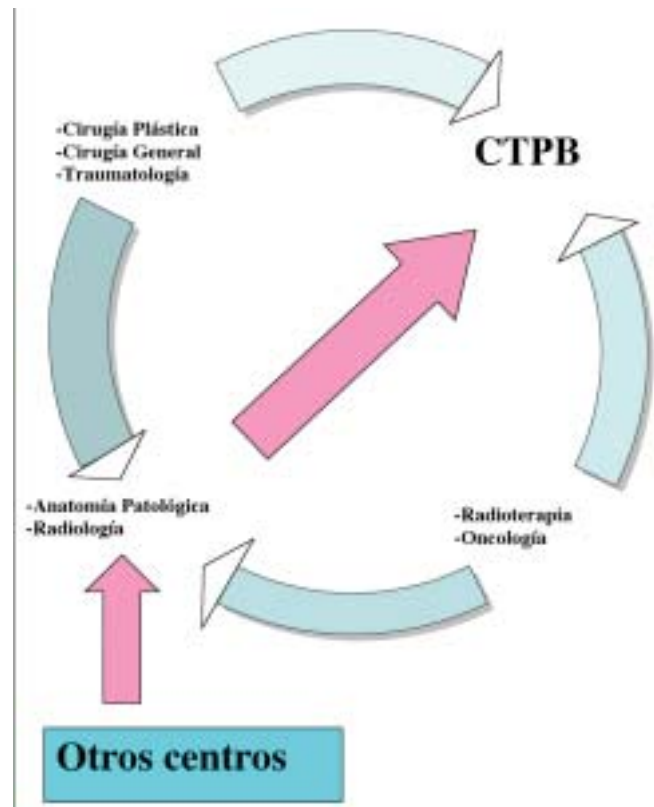


Figura 1. Diagrama de flujo de pacientes presentados en el CTPB.

nos lo refiera, y en caso de que el paciente sea tratado en nuestro hospital por un especialista no perteneciente a la CTPB se informa a éste de su existencia con el fin de que haga uso del mismo presentándolo personalmente. (Fig 1)

Los pacientes son presentados durante las reuniones que tienen lugar a demanda, pudiendo ser convocadas por cualquier miembro a través del Presidente del CTPB. Los pacientes son registrados en las actas en donde se recogen: los datos identificativos y demográficos, la localización del tumor, su histología, los resultados de los métodos diagnósticos empleados y de los estudios de extensión, la planificación terapéutica quirúrgica y adyuvante, las complicaciones, la incidencia de recurrencia local, de metástasis y la mortalidad. Los datos ofrecidos en esta publicación están recogidos de las actas del Comité e introducidos en una base de datos creada con Access Xp (Microsoft® Access 2002, Microsoft Corporation); la estadística descriptiva se llevó a cabo con el programa SPSS para Windows 11.0.1. (SPSS Inc.).

En un periodo de 18 meses han sido presentados 106 pacientes de los cuales 83 fueron diagnosticados como sarcomas.

Resultados

Desde febrero de 2001 hasta Julio de 2002 se presentaron 106 pacientes afectados de un TPB de los

cuales 47 (44,3%) fueron hombres y 59 (55,7%) fueron mujeres. La media de edad fue de 53 años (rango de 3 a 87 años).

La localización más frecuente fue la extremidad inferior con 42 (39,7%) casos y dentro de esta el muslo (n=20) y la pierna (n=15) fueron los más afectados; la extremidad superior se vio afectada en 10 (9,4%) casos, el tronco en 34 (32%), la cabeza y el cuello en 10 (9,4%) y el retroperitoneo y vísceras intrapélvicas en 10 (9,4%) casos. (Tabla I)

En lo que se refiere al tipo histológico, de los 106 casos estudiados 14 resultaron ser procesos diferentes a TPB, fundamentalmente inflamatorios o tumorales de otra naturaleza (metástasis, procesos mieloproliferativos, etc.); de los 92 restantes se trataron 20 (21,7%) dermatofibrosarcomas protuberans, 16 (17,4%) liposarcomas, 7 (7,6%) histiocitomas fibrosos malignos, 7 (7,6%) condrosarcomas como tipos más frecuentes; 9 casos fueron tumores benignos que por su tamaño o por su localización fueron incluidos en el protocolo diagnóstico. (Tabla II)

El Servicio que mayor número de casos ha presentado ante el Comité es el de Cirugía Plástica (CPL)

Tabla I:
Frecuencia de localización de los tumores de partes blandas

Localización de los tumores de partes blandas		
	Frecuencia	Porcentaje
Abdomen	9	9,8
Antebrazo	4	4,3
Brazo	3	3,3
Cara	1	1,1
Codo	1	1,1
Cuello	4	4,3
Cuero cabelludo	4	4,3
Espalda	8	8,7
Glúteo	2	2,2
Hombro	5	5,4
Intrapélvica	1	1,1
Mama	2	2,2
Mano	1	1,1
Muslo	15	16,3
Pie	1	1,1
Pierna	12	13,0
Retroperitoneal	7	7,6
Rodilla	5	5,4
Tórax	7	7,6
Total	92	100,0

Tabla II:
Frecuencia del tipo histológico de los tumores de partes blandas

Tipo histológico			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Angiosarcoma	1	,9	1,1
Condrosarcoma	7	6,6	7,6
Dermatofibrosarcoma protuberans	20	18,9	21,7
Elastofibroma dorsal	1	,9	1,1
Fibrosarcoma	4	3,8	4,3
Fibrosarcoma óseo	1	,9	1,1
Hibernoma	1	,9	1,1
Histiocitoma fibroso maligno	7	6,6	7,6
Leiomioma	1	,9	1,1
Leiomioma vascular	1	,9	1,1
Leiomiosarcoma	7	6,6	7,6
Lipoblastoma	1	,9	1,1
Lipoma	2	1,9	2,2
Liposarcoma	16	15,1	17,4
Mesenquimoma maligno	1	,9	1,1
Neurofibroma	2	1,9	2,2
Osteosarcoma	1	,9	1,1
Rabdomiosarcoma	3	2,8	3,3
Rabdomiosarcoma alveolar	1	,9	1,1
Sarcoma de Ewing	1	,9	1,1
Sarcoma de Kaposi	2	1,9	2,2
Sarcoma fusocelular	3	2,8	3,3
Sarcoma neurogénico	1	,9	1,1
Sarcoma phyllodes	1	,9	1,1
Sarcoma pleomórfico	2	1,9	2,2
Sarcoma sinovial	3	2,8	3,3
Schwannoma maligno epiteliode	1	,9	1,1
TOTAL	92	86,8	100,0
Perdidos			
negativo	6	5,7	
otros tumores	8	7,5	
Total	14	13,2	
TOTAL	106	100,0	

con 63 (59,4%) pacientes seguido de los de Cirugía General (CG) (n=20), Traumatología (TRA) (n=11) y Oncología Médica (ONC) (n=8). Otros servicios como Cirugía Vasculard (CV) o Ginecología (GIN) han presentado los tres restantes.

De los 92 pacientes tratados (100% de los tratados), 5 (5,4%) decidieron acudir a otro centro, 66 (71,7%) se trataron en primera instancia en el servicio de CPL, 10 (10,9%) en el de CG, 5 (5,4%) en el de TRA, 4 (4,3%) en el de ONC, uno (1,1%) en GIN y uno (1,1%) en RT.

Con respecto a la actividad de los servicios quirúrgicos una vez integrados en el CTPB el servicio de CPL ha tratado quirúrgicamente 23 TPB en extremidad inferior (11 en muslo, 9 en pierna y 3 en rodilla) frente al servicio de TRA que ha tratado 3 (2 en rodilla y 1 en pierna) y el de CG que ha tratado uno en muslo. De los 9 casos intervenidos que afectaron a la pared abdominal 8 los trató el servicio de CPL y un caso lo trató el servicio de CG. En extremidad superior el servicio de CPL ha tratado los 14 TPB intervenidos (5 en hombro, 4 en antebrazo, 3 en brazo, 1 en codo y 1 en la mano). El servicio de CPL ha tratado quirúrgicamente en exclusiva todos los TPB que afectaron al tórax, mama, cabeza, cuello y espalda.

Discusión

Los tumores de partes blandas representan una patología que por su complejo manejo hace que los especialistas que intervienen en su tratamiento deban reunirse en grupos de trabajo o comités. Si bien ésta es una idea fácil de entender, llevarla a cabo presenta serias dificultades. La más importante que nos hemos encontrado radica en la captación del paciente.

Hace 25 años Ridholm estableció un centro especializado para el tratamiento de sarcomas en Suecia y se dio cuenta de que la mera existencia del centro no evitaba que sólo una tercera parte de los pacientes llegaran en condiciones óptimas de ser tratados, otro tercio llegaba incorrectamente tratado y los restantes no llegaron. Estos mismos datos los constataron Clasby y col. (6, 7); hicieron una campaña que consistió en formular unas normas muy sencillas para remitir al paciente al centro especializado: a) masa mayor de 5 cm., b) situación intramuscular o en profundidad y c) algún otro dato de malignización de la masa. Estas guías básicas fueron dirigidas a hospitales locales y a estudiantes de Medicina y de esta forma consiguieron que en los últimos 10 años, cuatro quintos de los pacientes fueran debidamente remitidos.

En los inicios de nuestra actividad como CTPB nos encontramos con que los facultativos de nuestro centro no siempre presentaban a los pacientes ante el

CTPB para coordinar su tratamiento generalmente por desconocimiento de su existencia, para lo cual una vez informados por los miembros de los servicios centrales, nos pusimos en contacto con el facultativo responsable en cada caso invitándole a exponer el caso personalmente en reunión convocada expresamente para ello. Superada esta dificultad la fase siguiente consiste en acudir a los centros de nuestro entorno para informar sobre en qué circunstancias un paciente debería ser enviado a nuestro centro incluso antes de completar la fase diagnóstica, ya que la mayoría de los pacientes que recibimos acuden por recidivas o por estar incorrectamente tratados. Contamos con la experiencia previa de la campaña que realizamos en el Comité de Melanoma acudiendo a otros centros para dirigirnos a servicios de Dermatología y de Cirugía General en la cual pudimos constatar que, a pesar de los esfuerzos, los pacientes que nos siguen remitiendo son aquellos que necesitan técnicas de cobertura no practicadas por un cirujano general. Nos encontramos con un centro donde el servicio de Cirugía General se consideró autosuficiente y del cual todavía seguimos recibiendo solamente sus casos complicados; este dato es importante ya que hay que ser realistas y contar con que en nuestro medio, y por la propia idiosincrasia de ciertas especialidades fundamentalmente quirúrgicas, se puede considerar al CTPB como una amenaza o una pérdida de competencias.

Hay que hacer una mención especial en el caso de los sarcomas de pequeño tamaño y de localización subcutánea que se reciben biopsiados, lo cual es inevitable y por tanto es necesario asumir (8), ya que según Enzinger y Weiss hay 100 TPB benignos por cada uno que es maligno. (9)

Siguiendo con el análisis de los datos descriptivos de los pacientes incluidos en nuestro protocolo se pone de relieve un hecho indiscutible que es la relevancia que adquiere nuestra especialidad en el tratamiento de los sarcomas que afectan a las extremidades o que plantean problemas complejos de cobertura. Como ya hemos comentado la tendencia actual en el tratamiento de los sarcomas de partes blandas es conservar el miembro (en el caso de las extremidades), preservar la función y disminuir la deformidad, sin que por ello se aumenten las tasas de recidiva local y a distancia, o dicho de otra manera, disminuir la morbilidad sin que ello afecte a la eficacia del tratamiento. Únicamente la Cirugía Plástica apoyada por los tratamientos adyuvantes, puede dar respuesta a estas demandas aportando sus técnicas reconstructivas especializadas (colgajos pediculados y libres, reconstrucción vascular y neural).

La actitud terapéutica se planifica durante las reuniones del CTPB con las aclaraciones imprescindibles

del radiólogo sobre los datos de imagen sugerentes de malignidad, o las relaciones del tumor con las estructuras vecinas; los comentarios del anatomopatólogo acerca de la naturaleza y comportamiento esperado del tipo histológico, o la exposición de sus dudas acerca del material de biopsia remitido. Con toda esta información se exponen las necesidades de cada caso a las que cada Servicio aporta sus técnicas propias coordinándose en el tiempo (Ejemplo: necesidad de colocación de catéteres de braquiterapia, quimioterapia adyuvante, etc.). Las decisiones sobre la actitud a seguir en cada caso son adoptadas mediante consenso por todos los especialistas que participan en el CTPB.

La última etapa fundamental de la función del CTPB es el seguimiento de los casos tratados. Comienza con la lectura por parte del anatomopatólogo del informe de la pieza quirúrgica donde se precisa la adecuación de los bordes de resección o la necesidad de una reintervención. Este sistema de control interno impide que un paciente sea tratado de forma incompleta ya que la existencia de puntos de vista de diferentes especialistas quirúrgicos evita un posible enfoque parcial por parte del cirujano que lo trata.

Conclusiones

Dieciocho meses de funcionamiento de una comisión no es tiempo suficiente para comunicar resultados en cuanto a la eficacia de protocolo establecido, pero es el paso previo e imprescindible para poder obtenerlos.

De forma inmediata las ventajas que se obtienen con la existencia de una CTPB y de un protocolo son a nuestro juicio, las siguientes:

- Centralización de los casos existentes en nuestra área asistencial, con la obtención del registro de una patología poco frecuente.

- Garantía de que los pacientes van a ser tratados de forma completa y sin demoras.

- Permite que las decisiones acerca de los tratamientos aplicados sean colegiadas y dentro del marco de un protocolo aceptado en nuestro hospital, lo cual además tiene ventajas jurídicas evidentes.

Dirección del autor

Dr. Carlos Valdés García
C/ Auntzetxeta, 7 – 5º A
48002 Bilbao. España

Bibliografía

1. **Mankin HJ, Mankin CJ, Simon MA.** "The hazards of the biopsy, revisited". *J Bone Joint Surg Am.* 1996; 78:656.
2. **Spiro, I.J., Rosenberg, A. E., Springfield, D., and Suit, H.** "Combined surgery and radiation therapy for limb preservation in soft tissue sarcoma of the extremity: The Massachusetts General Hospital experience". *Cancer Invest.* 1995, 13: 186.
3. **Stinson, S. F., DeLaney, T. F., and Greenberg, J.** "Acute and long-term effects on limb function of combined modality limb sparing therapy for extremity soft tissue sarcoma". *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* 1991, 21: 1493.
4. **Herbert SH, Corn BW, Solin LJ, et al.** "Limb preserving treatment of soft tissue sarcomas of the extremities". *Cancer.* 1993;72:1230.
5. **Stojadinovic A, Leung DH, Hoos A, Jaques DP,** "Analysis of the Prognostic Significance of Microscopic Margins in 2,084 Localized Primary Adult Soft Tissue Sarcomas". *Annals Of Surgery.* 1993 235:424
6. **Rydholm, A.** "Improving the management of soft tissue sarcoma: Diagnosis and treatment should be given in specialist centres". *BMJ.* 1998, 317(7151):93.
7. **Clasby R, Tilling K, Smith MA, Fletcher CDM.** "Variable management of soft tissue sarcoma: regional audit with implications for specialist care". *Br J Surg* 1997; 84:1692.
8. **Gibbs, C. P.; Peabody, TD.; Mundt, AJ; Montag, AG; Simon, MA.** "Oncological Outcomes of Operative Treatment of Subcutaneous Soft-Tissue Sarcomas of the Extremities". *The Journal of Bone and Joint Surgery.* 1997; 79:888
9. **Enzinger, F. M., and Weiss, S. W.:** "Soft Tissue Tumors", St. Louis, C. V. Mosby, 1983. Pp 1, 5-7

