

Bibliografía

- Rodrigues RP, Correia N, Lopes AV. Neurosyphilis with optical involvement in an immunocompetent patient: A case report. *Int Med Case Rep J*. 2012;5:5-11.
 - Marra CM. Update on neurosyphilis. *Curr Infect Dis Rep*. 2009;11:127-34.
 - Conde-Sendín MA, Hernández-Fleta JL, Cárdenas-Santana MA, Amela-Peris R. Neurosífilis: formas de presentación y manejo clínico. *Rev Neurol*. 2002;35:380-6.
 - Ho EL, Marra CM. Treponemal tests for neurosyphilis less accurate than what we thought? *Sex Transm Dis*. 2012;39:298-9.
 - Machado Ldos R, Livramento JA, Vianna LS. Cerebrospinal fluid analysis in infectious diseases of nervous system: When to ask, what to ask, what to expect. *Arq Neuropsiquiatr*. 2013;71:693-8.
 - Mattei PL, Beachkofsky TM, Gilson RT, Wisco OJ. Syphilis: A re-emerging infection. *Am Fam Physician*. 2012;86:433-40.
- C. Diaz Olaizola^{a,*}, N. Salvador Castellà^b, M. Garcia Caballero^b, N. Jerez Viñas^b, A. Galvez Suarez^c y C. Álvaro Rubio^d
- ^a Servicio de Urgencias, Hospital de Mataró, Consorci Sanitari del Maresme, Mataró, Barcelona, España
^b ABS Cirera-Molins, Mataró, Barcelona, España
^c Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España
^d ABS Arenys de Munt, Arenys de Munt, Barcelona, España
- * Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: cdiazol@csdm.cat (C. Diaz Olaizola).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerng.2015.01.011>

Tumoración de partes blandas: el temible sarcoma



Soft tissue tumours: The dreaded sarcoma

Presentamos el caso de un varón de 37 años de edad en seguimiento desde la consulta de atención primaria por tumoración localizada en región retromaleolar del tobillo izquierdo, de consistencia semiblanda, que finalmente se diagnosticó de sarcoma de partes blandas y requirió amputación transtibial izquierda.

El paciente refiere que en agosto de 2013, cuando residía en Guinea Ecuatorial, lugar donde se encontraba trabajando, fue intervenido quirúrgicamente de una tumoración no dolorosa en la región retromaleolar del tobillo izquierdo. Dicha tumoración fue extirpada y no analizada al considerarse que se trataba de un ganglión. A las 48 h de la intervención comenzó con fiebre, diagnosticándose de malaria y siendo tratado con Artesunato y Fansidar, presentando inicialmente una buena evolución. Cinco días más tarde la herida comenzó a presentar un exudado purulento, por lo que se pautó tratamiento antibiótico con azitromicina y metronidazol, con escasa respuesta, por lo que se sustituyó por ceftriaxona intravenosa. Ante la evolución tórpida de la herida quirúrgica, el paciente decidió regresar a España, precisando ingreso hospitalario, con diagnóstico de infección de partes blandas por *Escherichia coli* Blee y *Aeromonas hydrophila* y dehiscencia de sutura de herida quirúrgica. Al alta, continuó con curas diarias en nuestro centro de salud hasta el cierre completo de la herida en enero de 2014.

Regresa nuevamente a Guinea por motivos de trabajo, pero en marzo de 2014, en la misma zona de la extirpación previa, comienza de nuevo a crecer la tumoración de forma rápida, por lo que el paciente decide finalmente volver a España. Se cita en consulta con su médico de atención primaria, que ante la clínica y los hallazgos exploratorios le remite de forma preferente a cirugía, siendo en mayo del mismo año reintervenido. El examen anatomopatológico de la lesión, tras toma de biopsia, se informa como tumoración mesenquimal maligna. El estudio de extensión con

TAC toracoabdominal y gammagrafía ósea fueron normales, y la resonancia nuclear magnética no detectó tumor residual macroscópico, por lo que se decide amputación infracondílea izquierda (fig. 1).

El análisis histológico de la pieza quirúrgica corresponde a una proliferación mesenquimal de patrón estoriforme y



Figura 1 Tumoración en la región retromaleolar del tobillo izquierdo, no dolorosa, de consistencia semiblanda y de localización sobre zona de resección previa.

fascicular, constituida por células fusocelulares, con presencia de mitosis (15/10 campos de gran aumento) y de necrosis focal (aproximadamente 5%). Tras estudio inmunohistoquímico se evidencia tinción con vimentina y tinción focal con alfa 1-antitripsina y CD68. La tinción con marcadores epiteliales, musculares, neurales y vasculares resultó negativa. El índice de proliferación celular marcado con Ki67 fue aproximadamente del 35%. La tumoración medía 7 cm de diámetro máximo y no alcanzaba los bordes de resección quirúrgicos. Tras valorar estos hallazgos, el diagnóstico fue de sarcoma pleomórfico indiferenciado (histiocitoma fibroso maligno pleomórfico), según la clasificación de tumores de partes blandas de la OMS de 2002 (fig. 2).

Tras estudio del caso en sesión clínica multidisciplinar se decide administrar 3 ciclos de quimioterapia adyuvante con epirubicina-ifosfamida a dosis altas por tratarse de un tumor de alto grado.

Actualmente se encuentra en seguimiento por el Servicio de Oncología y Traumatología, así como por la Unidad del dolor para control del síndrome de dolor de miembro fantasma, pautándose pregabalina 150 mg 1/12 h y tramadol 50 mg cada 8 h, con buen control sintomático. El paciente es derivado al Servicio de Rehabilitación para valoración y se decide comenzar proceso de protetización por cumplir criterios adecuados para la realización de la misma, como son la edad joven del paciente, un muñón bien conformado sin alteraciones en la alineación y sin dolor a la palpación, un apoyo monopodal estable y la ausencia de asociación de otras patologías concomitantes, entre otros.

Los sarcomas de partes blandas (SPB) constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias de origen mesenquimal, con excepción de los tumores de la vaina del nervio periférico, que son de origen ectodérmico. Constituyen el 88% del total de los sarcomas¹. Representan el 1% de todos los tumores malignos del organismo y suelen presentarse como masas asintomáticas, motivo por el cual se retrasa su diagnóstico, presentando un 20% metástasis al ser identificadas, sobre todo a nivel pulmonar.

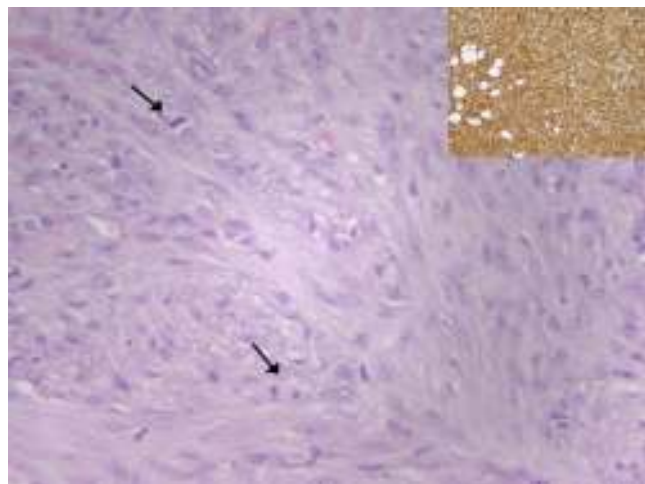


Figura 2 Biopsia: proliferación de células fusocelulares con atipia moderada y presencia de mitosis (flechas). Recuadro: la tinción con vimentina evidencia la naturaleza mesenquimal de la tumoración.

La edad media al diagnóstico es de 50-60 años. El riesgo de aparición de estos tumores aumenta con la radioterapia previa por otras neoplasias, radiaciones ionizantes, linfedema crónico (linfangiosarcoma), exposición a cloruro de vinilo, arsénico, dioxinas y al contraste radiológico Thorotrasto (angiosarcoma hepático). También se asocia con algunos síndromes hereditarios (Werner, Gardner, esclerosis tuberosa, Gorlin, Von Recklinghausen)².

Más del 50% de los sarcomas de tejidos blandos aparecen en cualquiera de los tejidos mesodérmicos de extremidades (solo un 14% en extremidades superiores), siendo el subtipo más frecuente el histiocitoma fibroso maligno o sarcoma pleomórfico (28%), seguido del liposarcoma (21%), el sarcoma sinovial (15%) y el leiomiomasarcoma (12%). El resto los encontramos en el tronco y el retroperitoneo (40%) y en la región de cabeza y cuello (10%)¹.

La forma de presentación más frecuente suele ser la de una tumoración de consistencia aumentada, indolora y de rápido crecimiento. Por eso, la atención primaria es uno de los ámbitos más propicios para la detección precoz de estas lesiones, teniendo siempre presentes los criterios que nos deben hacer pensar que se trata de una tumoración sospechosa. Estos criterios serían: tamaño superior a 5 cm, consistencia aumentada, crecimiento rápido, localización profunda y masa recurrente tras extirpación previa³. Si estos criterios se cumplen, no debe retrasarse la derivación del paciente al ámbito hospitalario. El pronóstico principalmente depende del tamaño tumoral, del grado histológico y de la persistencia de tumor en los márgenes quirúrgicos. Los sarcomas de alto grado se relacionan con tasas más elevadas de fracaso local del tratamiento y potencial metastásico mayor⁴.

En caso se sospecha de SPB debe realizarse, en primer lugar, una resonancia magnética nuclear para valoración y extensión de la lesión, y toma de biopsia para planificar adecuadamente la cirugía^{5,6}. El diagnóstico definitivo se realizará tras el análisis histológico de la pieza quirúrgica. Con el objetivo de conseguir una resección curativa, es importante planificar la biopsia inicial, para evitar complicaciones como las que presentó nuestro paciente. Si se confirma SPB de alto grado debe realizarse estudio de extensión con TAC para descartar metástasis.

El pronóstico depende principalmente del grado histológico (factor pronóstico más importante), subtipo histológico, tamaño tumoral, afectación de bordes quirúrgicos, localización (mejor pronóstico en extremidades), respuesta al tratamiento y si se trata de un tumor primario o de una recidiva (pronóstico más desfavorable)^{7,8}.

El tratamiento va a depender de la histología del tumor, por lo que es fundamental que un patólogo experimentado revise el tejido biopsiado. El tratamiento se basa fundamentalmente en la cirugía (escisión completa de la lesión con márgenes adecuados)⁹ intentando preservar la funcionalidad, la radioterapia (tumores irresecables, alta probabilidad de tumor residual, márgenes menores de 2 cm, amputación por resección extensa)¹ y la quimioterapia, resultando más efectiva en tumores de alto grado, con doxorubicina e ifosfamida como fármacos más activos¹⁰.

En conclusión, los sarcomas son tumores poco frecuentes que debemos sospechar en nuestra consulta de atención primaria, tras una adecuada anamnesis y exploración física, ante la presencia de cualquier tumoración de partes blandas

de características sospechosas de localización, principalmente, en extremidades inferiores. Un diagnóstico erróneo o un retraso en el mismo pueden suponer una importante disminución de la calidad de vida y de la supervivencia de estos pacientes.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

- Villalobos León ML. Sarcoma de partes blandas. *Medicine*. 2013;11:1659-68.
- Miguel Sepulveda H. Clínica y generalidades de sarcoma de partes blandas. *Medwave*. 2004;4:e3284.
- Sinha S, Peach AH. Diagnosis and management of soft tissue sarcoma. *BMJ*. 2010;341:c7170.
- Singer S, Maki RG, O'Sullivan B. Soft tissue sarcoma. En: De Vita VT Jr, Lawrence TS, Rosenberg SA, editores. *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 9th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 1533-77.
- Shapeero LG, Vanel D, Verstraete KL, Bloem JL. Fast magnetic resonance imaging with contrast for soft tissue sarcoma viability. *Clin Orthop Relat Res*. 2002;397:212-27.
- Chan WP. Magnetic resonance imaging of soft tissue tumors of the extremities: A practical approach. *World J Radiol*. 2013;5:445-9.
- Fiore M, Casali PG, Miceli R, Mariani L, Bertulli R, Lozza L, et al. Prognostic effect of re-excision in adult soft tissue sarcoma of the extremity. *Ann Surg Oncol*. 2006;13:110-7.
- Ipach I, Wingert T, Kunze B, Kluba T. Oncological outcomes and prognostic in the therapy of soft tissue sarcoma of the extremities. *Orthop Rev (Pavia)*. 2013;5:86.
- Stojadinovic A, Leung D, Hoos A, Jaques DP, Lewis JJ, Brennan MF. Analysis of the prognostic significance of microscopic margins in 2084 localized primary adult soft tissue sarcomas. *Ann Surg*. 2002;235:424-34.
- Patrikidou A, Domont J, Coiffi A, le Cesne A. Treating soft tissue sarcomas with adjuvant chemotherapy. *Curr Treat Options Oncol*. 2011;12:21-31.

M.F. Berzal Cantalejo^{a,*}, A.M. Herranz-Torrubiano^b y C. Cuenca-González^c

^a *Especialista en Medicina familiar y Comunitaria, Especialista en Anatomía Patológica, Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General Río Carrión, Palencia, España*

^b *Especialista en Medicina familiar y Comunitaria, Centro de Salud La Alameda de Osuna, Atención Primaria Área 4, Madrid, España*

^c *Especialista en Medicina familiar y Comunitaria, Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fberzalcantalejo@gmail.com (M.F. Berzal Cantalejo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.01.009>

Metástasis por contigüidad de carcinoma escamoso esofágico, invasivo. Caso clínico



Metastasis due to invasive squamous cell carcinoma of the oesophagus. A clinical case

Caso clínico

Se trata de un varón de 61 años, con los siguientes antecedentes personales: enolismo (un litro y medio de vino diariamente), exfumador de 15 cigarrillos/día durante más de 30 años, intervenido hace 10 años de neoplasia de colon izquierdo, con policitemia vera, enfermedad de Parkinson e hipertensión arterial. Antecedentes familiares: madre fallecida a los 98 años por insuficiencia cardíaca congestiva, con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial; padre fallecido a los 99 años, con HTA y enolismo crónico; 2 hermanos varones con hábito enólico. Hace 2 meses comienza con

dolor retroesternal, que atribuye a traumatismo sufrido en una caída casual, a posteriori refiere presentar disfagia progresiva a sólidos y líquidos, por lo que lo remitimos a Digestivo, siendo estudiado con esofagoscopia (fig. 1a), en la que se observa: engrosamiento irregular y estenosante de la mayor parte del esófago con una extensión aproximada a los 12 cm en relación con lesión neoplásica. Se toma muestra para estudio anatomopatológico: carcinoma epidermoide pobremente diferenciado de esófago, grado IV. También se realiza estudio con tomografía computarizada toracoabdominal con contraste para completar la estadificación de la tumoración: presenta adenopatías metastásicas mediastinales y una metástasis intrahepática (fig. 1b). Es valorado por Oncología, que dada la imposibilidad de tratamiento remite a Cuidados Paliativos; se le implanta sonda de gastrostomía para alimentación enteral. A los 2 meses del diagnóstico aparece una lesión redondeada, de coloración rojiza, de aproximadamente 3 cm de diámetro, en la región submentoniana izquierda, dura, adherida a planos profundos (fig. 1c). Se realiza biopsia