

Sarcomas de partes blandas

Aspectos clínicos

de valor pronóstico

en una serie de 138 casos

A. Viola* - A. Vasallo**

Se analizan 138 historias clínicas de sarcomas de partes blandas; patología que en esta serie predomina en el sexo masculino, a topografía extra-axial y con diámetros tumorales mayores de 5 cm. Como caracteres evolutivos se destacan: la recidiva en el 48.6%, compromiso ganglionar en el 15%, metástasis en el 37% de los casos.

Sobreviven a los 5 años el 34% de los pacientes; siendo elementos de pronóstico favorable la juventud del enfermo, el reducido volumen de la masa tumoral y el que asienten en miembros. Es así que sobreviven a los 5 años el 55% de los pacientes menores de 30 años; el 58% de los tumores con menos de 5 cm. de diámetro; y el 37% de los sarcomas extra-axiales. La aparición de recidivas y/o metástasis se acompañan de una supervivencia promedial de 32 y 12 meses respectivamente.

Como elemento de estadificación se enfatiza en la necesidad de una correcta clasificación histopatológica en la que se especifique fundamentalmente el grado de malignidad tumoral.

INTRODUCCION

Los sarcomas de partes blandas (SPB) comprenden un complejo grupo de tumores. Por ese motivo desde que se hicieron las primeras comunicaciones, se vislumbran las dificultades que le plantean a clínicos y patólogos. Tal vez el escollo más importante lo constituyen los cambios frecuentes en la definición de sarcomas, en las concepciones histopatológicas y en los variados sistemas de clasificación propuestos hasta el presente (1)(4)(5)(6)(8).

Es nuestra intención el destacar las formas clínicas de presentación en nuestro medio, ya que por razones socio-culturales y asistenciales no siempre coinciden con las publicaciones internacionales. Lo haremos a través de la casuística del Departamento de Oncología de la Facultad de Medicina y del Instituto de Oncología del Ministerio de Salud Pública, según consultas efectuadas entre los años 1965-1979.

CLINICA

Los SPB son tumores poco frecuentes. Constituyen en casi todas las series algo menos del 1% de todos los tumores malignos del adulto (2)(4).

Su origen mesenquial hace que puedan evidenciarse en todo tipo de tejido conectivo. Pero se acepta circunscribirlos a las formas que asientan fuera del esqueleto, órganos o vísceras profundas (4)(6).

En términos generales se presentan en el 10% de los casos en cabeza y cuello, 20% en tronco, 30% en miembros superiores y 40% en los inferiores; o sea que existe franco predominio de las formas extra-axiales, 70-75% (5).

PALABRAS CLAVE:

Neoplasmas del tejido blando
Sarcoma - Ocurrencia - Uruguay
Sarcoma - Clasificación

* Prof. Adj. Oncología, Departamento de Oncología, Facultad de Medicina.

** Sub-Director, Instituto de Oncología, Ministerio de Salud Pública.

Como destaca Gateño, las características clínicas del tumor variarán con el volumen alcanzado por éste, la zona en que asienta, tipo histológico; pero sobre todo dependerá de su topografía supra o subfascial (3).

La experiencia ha mostrado que la simple resección o enucleación del tumor primario es seguida por recidiva en el 40-80% de los casos. Esa alta incidencia se debe, entre otras causas, a la ausencia de encapsulación de los sarcomas, que se diseminan a lo largo de las fascias y ejes vásculo-nerviosos. No se descarta tampoco su origen multifocal. La difusión regional se hace en una buena proporción de vasos por vía linfática. Aproximadamente 2/3 de los pacientes que desarrollan metástasis a distancia lo hacen concomitante o muy próximo a la emergencia clínica de la recidiva.

La causa más frecuente de muerte en los SPB son las metástasis y sus complicaciones. Ocurrirán por diseminación casi siempre hematogena, luego de tratamientos poco exitosos del tumor primario, o cuando el diagnóstico se hace en etapas tardías y muy avanzadas en lo loco-regional.

Por último, nos parece de importancia que a estos conceptos genéricos, de base fundamentalmente clínica, se le incorpore la idea de que todo SPB en su correcta estadificación debe tener como complemento imprescindible la variedad histopatológica y el grado de malignidad.

CASUÍSTICA

La serie estudiada comprende un total de 138 casos; 81 (58.7%) del sexo masculino y 57 (41.3%) mujeres.

La incidencia de SPB, en esta población, crece con la edad alcanzando un máximo en la cincuentena. Dicha curva de distribución con pico entre los 50 y 60 años queda condicionada por la población masculina, ya que en las mujeres es de tendencia más aplanada (figura 1).

En 7 casos habían antecedentes locales, fracturas y radiodermatitis en la zona donde posteriormente se instaló el sarcoma. En ninguno de los enfermos existió antecedente familiar de SPB.

Desde el punto de vista anátomo-patológico se agruparon, según clasificaciones de la época, tal cual lo muestra el cuadro 1. Como en otras series, hay un número no despreciable de formas no determinadas o sin especificar; 20 casos (14.4%).

Tomando en cuenta la localización tumoral inicial, también en nuestros pacientes predominaron los sarcomas de los miembros; 59.4% (cuadro 2).

El estudio del volumen tumoral, en el momento de

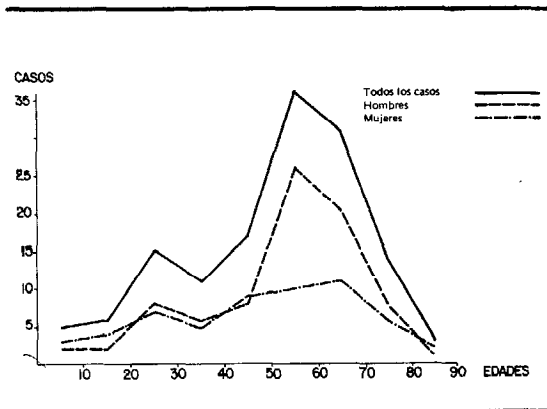


Figura 1
Sarcomas de partes blandas
Edades. Población general

la primera consulta, permitió agruparlos según su tamaño en: pequeños, menos de 5 cm.; medianos entre 5-10 cm. y grandes con más de 10 cm. En cada grupo se encontraron respectivamente: 22 (15.9%); 32 (23.2%) y 34 (24.6%); mientras que en el 36.3% no estaba consignado en las historias este dato. Como se ve un alto porcentaje de la población consulta en etapas ya evolucionadas en lo local.

Las manifestaciones clínico-evolutivas de los SPB son de tres tipos: recidiva, compromiso ganglionar y metástasis. Analizaremos cada una de ellas.

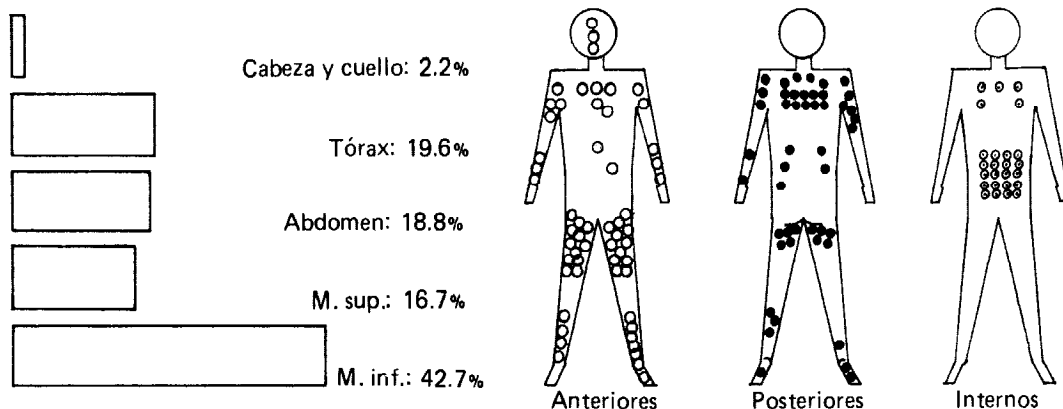
Recidiva local

Constituye el accidente evolutivo característico; por su tendencia a la reiteración tiene, sin dudas, el carácter de manifestación más típica de la enfermedad.

En la serie en estudio, 67 casos (48.6%) recidivaron; de ellos las 2/3 partes de las recidivas fueron únicas,

*Liposarcomas	35 casos
Fibrosarcomas	24 "
Sarcomas sin especificar	20 "
Rabdomiosarcomas	19 "
Leiomiomas	7 "
Fibrohistiocitomas malignos	6 "
Hemangiopericitomas malignos	6 "
Mesotelomas	5 "
Angiosarcomas	5 "
Mesenquimomas malignos	3 "
Sarcomas sinoviales	3 "
Schwannomas malignos	3 "
Condrosarcomas extraóseos	1 caso
Sarcomas alveolares	1 "
Osteosarcomas extraóseos	0 "

Cuadro 1
Sarcomas de partes blandas
Clasificación y número de casos



Cuadro 2
Sarcomas de partes blandas
Localización inicial. Población general

las restantes múltiples. El momento en que se presentaron, luego de iniciado el tratamiento, fue de 17 meses como promedio; mientras que la sobrevida promedio post-recidiva fue de 32 meses.

Los liposarcomas constituyeron la variedad histológica con más alto porcentaje de recidiva: 57%, de los cuales 21% fueron múltiples o iterativas. Por su parte los fibrosarcomas recidivaron en el 45% de los casos.

Compromiso ganglionar

Si bien los SPB no son tumores linfófilos, la invasión ganglionar se presentó en 21 pacientes (15%), afectando territorios linfáticos satélites al tumor. En 5

casos estaban comprometidos 2 o más grupos simultáneamente.

Los rhabdiosarcomas fueron los que mostraron la tasa mayor de participación ganglionar (21%).

Metástasis

Es conocida la capacidad metastásica de los SPB. En 52 enfermos (37%) de la serie estudiada se detectaron metástasis. Cifra que se hubiera elevado, de haberse contado con los recursos diagnósticos actuales. En la mayoría de nuestros casos, 32 de los 52 (62%), las metástasis se presentaron sucediendo a recidivas locales o al compromiso ganglionar satélite. Luego de diagnosticada la metástasis, la sobrevida llegó promedialmente a 12 meses.

Las formas más metastásicas lo fueron los rhabdiosarcomas en el 39% de los casos y los fibrosarcomas en el 33%.

FACTORES DE PRONOSTICO CLINICO

En el análisis de estos factores se recurrió al estudio según método actuarial, realizando comparaciones entre los diferentes parámetros y su importancia pronóstica en la sobrevida de la población.

Del análisis de la curva de sobrevida global, se desprende que a los 5 años viven el 34% de los pacientes, llegando el 10% a los 10 años (figura 2).

Tomando como variable la edad y agrupando a los pacientes en 3 categorías: 0 - 30 años, entre 30 - 60 y mayores de 60 años, parece evidente que los jóvenes sobreviven más a este tipo de tumores. Los porcentajes de sobrevida a 5 años son de 55% para los menores de 30 años y 18.8% para los mayores de 60 (figura 3).

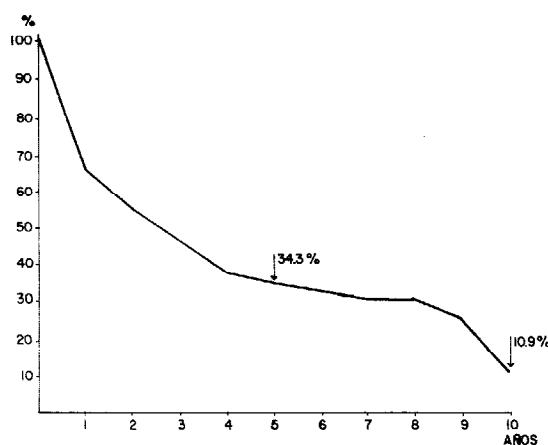


FIGURA 2
Sarcomas de partes blandas
Sobrevida actuarial
Toda la población

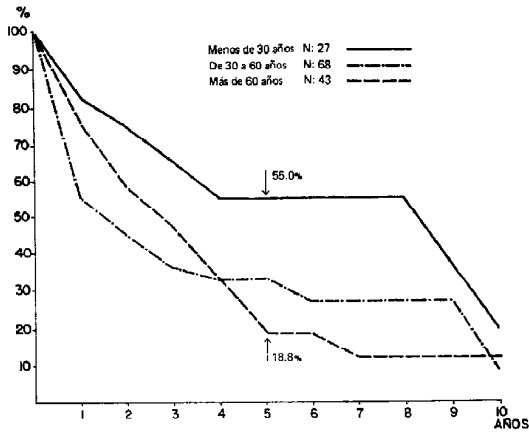


FIGURA 3
Sarcomas de partes blandas
Sobrevida actuarial
Según edad al comienzo del proceso

De acuerdo con nuestra población, el sexo no es factor que influya en la evolución de los pacientes (figura 4).

El tamaño inicial de la masa tumoral, o sea en el momento de la primera consulta, parece configurar un claro elemento pronóstico en los SPB. Aquellos tumores menores de 5 cm. presentaron supervivida a 5 años de 58%, mientras que los de mayor tamaño apenas lo hacen en el 26% de los casos (figura 5).

Otro de los factores a considerar es la topografía tumoral. Aquellos sarcomas extra-axiales o de miembros tienen una supervivida a 5 años del 37%, mientras que los de asiento en tronco llegan al 26%, marcando así pronóstico favorable para los SPB de las

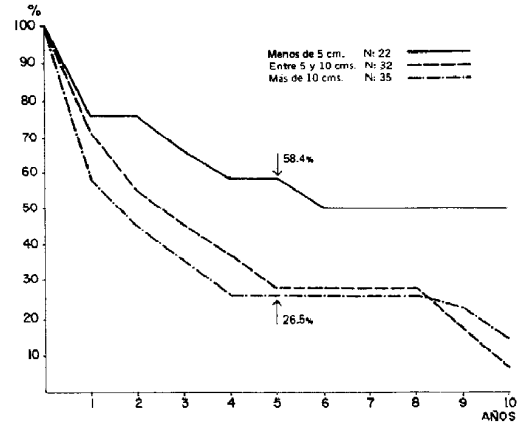


FIGURA 5
Sarcomas de partes blandas
Sobrevida actuarial
Según tamaño del tumor primitivo

extremidades (figura 6).

Finalmente; y aunque no integra los parámetros de valoración clínica que se manejan en la evaluación de los SPB, queremos mostrar la supervivida a 5 años en función de las variedades histopatológicas más frecuentes que integran nuestra serie. Se destaca aquí el pronóstico más favorable de los liposarcomas (figura 7).

CONCLUSION

Reconociendo las limitaciones que presenta la exclusiva evaluación clínica de los pacientes portadores de SPB, ya que el curso biológico de estos tumores

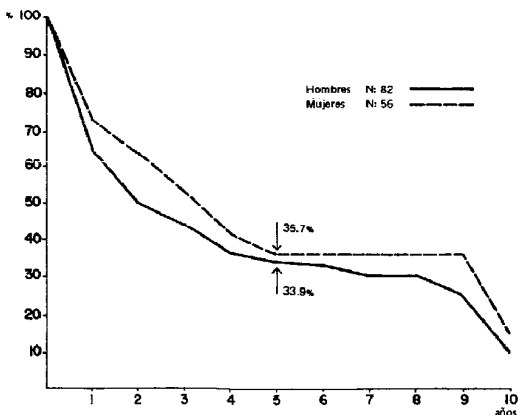


FIGURA 4
Sarcomas de partes blandas
Sobrevida actuarial
Según sexo

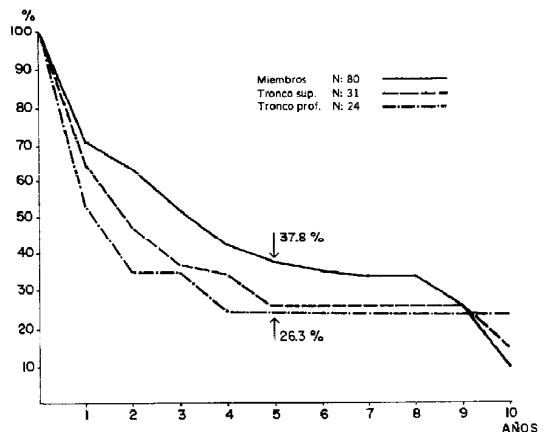


FIGURA 6
Sarcomas de partes blandas
Sobrevida actuarial
Según localización del tumor primitivo

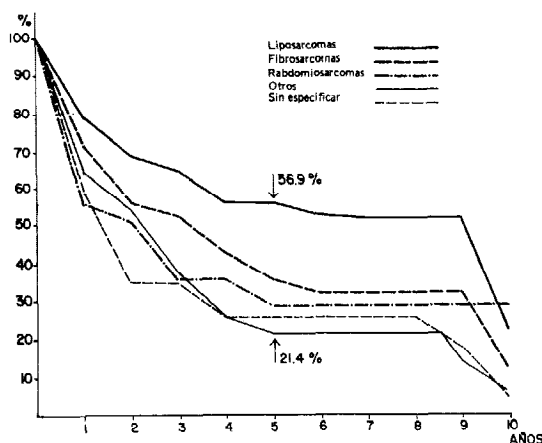


FIGURA 7
Sarcomas de partes blandas
Sobrevivencia actuarial
Variedades histopatológicas

es muy complejo y se encuentra influido por numerosas variables, creemos que se pueden rescatar algunos aspectos pronósticos que surgen del análisis de la casuística presentada, así como de la experiencia de centros de reconocida importancia (3)(4)(6)(7)(8)(9)(10).

Dentro de los factores que el clínico debe valorar como favorables cuando intenta hacer un pronóstico inicial de los SPB se enfatizaría en: edad por debajo de los 30 años; tumores menores de 5 cm.; topografiados en los miembros.

Por otra parte, en el curso evolutivo de la enfermedad saber que el pronóstico se grava en la medida que existen recidivas y aparecen metástasis, siendo las sobrevivencias promedio de 32 y 12 meses respectivamente.

Si bien no corresponde en esta etapa hacer consideraciones pronósticas en función de los tipos histológicos que integran el conjunto de SPB, recordar que los liposarcomas constituyen la variedad más favorable, de mayor capacidad recidivante y de menor potencial metastásico.

Résumé

On analyse 138 histoires cliniques de sarcomes du tissu conjonctif, pathologie qui prédomine, dans cete série, dans le sexe masculin (topographie extra axial avec des diamètres tumoraux qui dépassent les 5 cm.). Parmi les traits évolutifs, on remarque: a) la récidence dans 48.6%; b) engagement ganglionnaire dans 15%; c) métastase dans 37% des cas.

Après cinq ans, 34% des patients continue à vivre; on y trouve comme éléments de pronostic favorable la jeunesse du malade, le volume réduit de la masse tumorale et le fait qu'il demeure aux membres. C'est ainsi qu'après 5 ans, il y a une survie de 55% de patients de moins de 30 ans; 58% des tumeurs de moins de 5 cm. de diamètre; 37% des sarcomes extra axiaux. La présence de récides et/ou métastases est accompagnée d'une survie moyenne de 32 et 12 mois respectivement.

Comme élément de classification en stades on met l'accent sur le besoin d'un correct classement histopathologique où on établit principalement le degré de malignité tumorale.

Summary

A survey is carried out of 138 clinical records of soft structure sarcomas. There is a prevalence of males, with an extra axial topography and with tumor diameters of over 5 cm. Evolutional features involve: a) recurrence in 48.6% of cases; b) ganglionic involvement in 15%; c) metastasis in 37%.

By the 5th year the rate of survival es 54%. A favorable prognostic factor is the patient's youth, the reduced volume of the tumor mass and location in the limbs. Thus 55% of patients under 30 years survive by the 5th year; 58%, with tumors with less than 5 cm. in diameter; and 37%, with extra axial tumors. The onset of recurrences and/or metastases entails an average survival of 32 and 12 months, respectively.

As a significant factor stress is laid on the need for a correct histopathologic classification primarily calling for a specific determination of the degree of tumor malignancy.

Bibliografía

1. DE STEFANI, E. et al. : Sarcomes des tissus mous: Facteurs histologiques de pronostic. Bull Cancer, 1981, 69: 1 - 7.
2. ENTERLINE, A.T. : Histopathology of sarcomas. Sem. Oncol. 1981, 8: 133-155.
3. GATEÑO, N. : Sarcomas de partes blandas. Estudio Clínico. Datos estadísticos. Cir. Uruguay, 1973, 43: 37-40.
4. PINEDO, H.M.; KENYS, Y. : Chemotherapy of advanced soft-tissue sarcomas. Classification and prognosis. in Therapeutic Progress in Ovarian Cancer, Testicular Cancer and Sarcomas. Van Oosterom, 1980. p. 387-396.
5. PINEDO, H.M. : Comunicación personal, 1985.
6. RUSSELL, W. et al. : A clinical and pathological staging system for soft tissue sarcomas. Cancer, 1977, 40: 1562-1570.
7. VARELA, N.B.; ESTRUGO, R.L.; GATEÑO, N. J.; PRIARIO, J.C. : Sarcomas de partes blandas de los miembros. Día Médico Urug., 1971, 37: 1225-1229.
8. VAN UNNIK; ALBUS LUTTER, E. : Soft tissue sarcomas. Classification and prognosis. Cancer Treat. Rev., 1977, 4: 67-86.
9. VIOLA ALLES, A.; VASALLO, A.; NUNEZ, E. DE STEFANI, E.; DENEQ, H.; COPPOLA, J. : Liposarcomas. Presentación clínica y factores de valor pronóstico. Análisis de 35 casos. Cir. Uruguay (en prensa).
10. VIOLA ALLES, A.; VASALLO, A.; NUNEZ, E. DE STEFANI, E.; DENEQ, H.; COPPOLA, J. : Elementos clínicos de valor pronóstico en Sarcomas de Partes Blandas. Congresos integrados Latino-Americanos de Cancerología. San Pablo, 1981.

Lista de avisadores

ABBOTT

Av. D. A. Larrañaga 4496

AYAX S.A.

Rondeau 1751

BAYER

Paysandú 1283

BOME S.A.

Uruguay 1787

CIBA-GEIGY

Av. Millán 3907

FARMACO URUGUAYO

Duvimioso Terra 1661

GAUTIER

Acevedo Díaz 1379

GLAXO

Colonia 1424

ICU-VITA

Cno. Castro 489

LOINEN S.A. (SQUIBB)

Av. Italia 2599

PERSES S.A.

Br. Artigas 1962

QUIMICA ARISTON

Brandzen 1965

ROCHE

Cerrito 461

ROUSSEL

Av. Italia 5630

SUR

Paysandú 1217

SZABO

Francisco Muñoz 3280

WYETH

Cuareim 1618