

Caso Clínico

“Me ha salido un bulto en la pierna, ¿es grave?”. Tumoración de partes blandas: signos ecográficos de malignidad

Beatriz Estalayo Gutiérrez, Flor Pérez González, Verónica López García, Marina Sobreviela Albacete, Rocío Ibáñez del Castillo.

Centro de Salud José María Llanos. Madrid.

Varón de 59 años de edad, obeso e hipertenso que no sigue tratamiento farmacológico. Consulta por una tumoración indolora en cara externa de la pierna izquierda que se ha notado por primera vez hace una semana. Niega traumatismo local. A la exploración se aprecia tumoración subcutánea de unos 2,5 cm de diámetro máximo, de bordes no bien definidos, consistencia elástica e indolora a la palpación. Nuestra primera sospecha diagnóstica fue un lipoma.

Realizamos una exploración ecográfica con sonda lineal y observamos lo siguiente: un nódulo ligeramente bilobulado de 1,7 x 1,3 x 2,4 cm (T x Ap x CC), marcadamente hipocogénico con refuerzo posterior y sin apenas vascularización (figuras 1 y 2).



Figura 1.

La presencia de una ecogenicidad claramente distinta a la del tejido subcutáneo nos hace descartar que se trate de un lipoma, barajando como alternativa un proceso maligno. Derivamos de forma preferente al Servicio de

Cirugía, donde realizan una segunda exploración ecográfica al cabo de un mes (figuras 3 y 4). En ella identifican un nódulo de mayor tamaño (2,9 x 1,8 x 2,9 cm) y de características similares a las encontradas en el Centro de Salud.

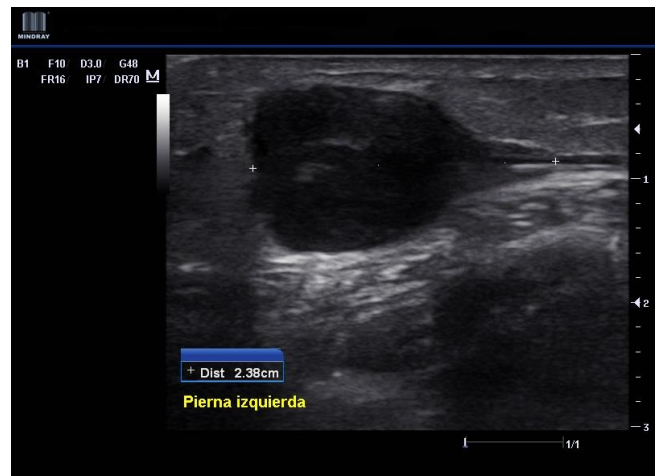


Figura 2.

A continuación, se realiza una biopsia cuya anatomía patológica describe un Sarcoma Indiferenciado. Se descarta metástasis mediante un TAC toraco-abdominal y finalmente la tumoración es extirpada quirúrgicamente con muy buena evolución posterior.

COMENTARIO.

El médico de familia atiende con frecuencia pacientes con tumoraciones de partes blandas. En su mayoría se trata de procesos benignos como lipomas y quistes sebáceos. Menos de un 1% corresponde a tumoraciones malignas: aunque infrecuentes, su pronta identificación va a determinar el pronóstico. Los datos clínicos que nos ayudan a sospechar malignidad son un crecimiento rápido, la presencia de dolor, signos de inflamación local y la adherencia a planos profundos¹.

La ecografía en Atención Primaria puede afinar aún más la sospecha e incluso revertir una sospecha inicialmente benigna en otra que merece un estudio más profundo y a mayor ritmo. Su uso ante una tumoración de partes blandas nos permite diferenciar tumores de pseudotumores, masas solidas de quísticas, determinar la localización, número, tamaño y contornos, la relación con estructuras adyacentes, su vascularización, así como formular hipótesis diagnósticas y guiar una biopsia o un drenaje. Los signos ecográficos que nos van a sugerir malignidad se recogen en la Tabla 1².

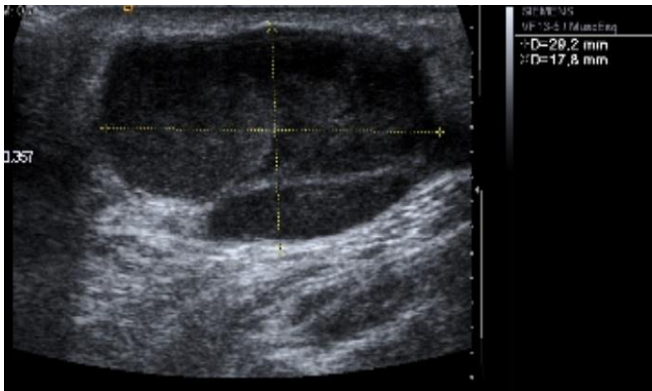


Figura 3.

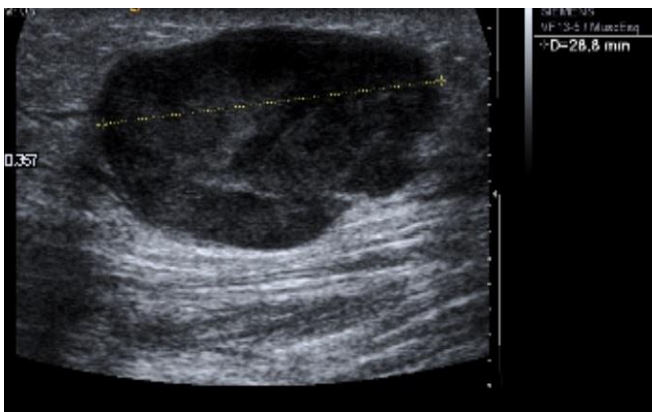


Figura 4.

Sarcoma de partes blandas.

El Sarcoma de Partes Blandas es el tumor maligno de partes blandas más frecuente. Se origina en el tejido conectivo y se localiza en las partes blandas que incluyen el tejido graso y el muscular, los tendones, los vasos sanguíneos, los nervios y los tejidos profundos de la piel. El Sarcoma de Partes Blandas se ubica en cualquier localización, aunque preferentemente en las extremidades inferiores (59,3%).

Su incidencia estimada en la Unión Europea es de unos 5 casos nuevos al año por cada 100.000 habitantes. Son ligeramente más frecuentes en hombres que en mujeres, y pueden verse en todas las edades, incluso en niños y adolescentes. Sin embargo, la edad de máxima aparición en adultos se encuentra entre los 40 y 60 años.

La gran mayoría de casos diagnosticados no están asociados a ningún factor de riesgo conocido. No obstante, en un pequeño número de casos pueden reconocerse factores predisponentes: algunas raras enfermedades hereditarias, entre las que destaca la neurofibromatosis o enfermedad de Von Recklinghausen; y la administración previa de radioterapia varios años antes³

Clínicamente suele presentarse como una tumoración indolora y de rápido crecimiento. La palpación demuestra grandes masas, duras, fijas y de contornos lobulados. La ecografía presenta lesiones de estructura bizarra, sólidas o sólido-quísticas, heteroecogénicas aunque de predominio hipoecogénico, flujo alto e irregular al Doppler color, límites variables dependiendo de la agresividad, en general ausencia de edema peritumoral y recha-

zo extrínseco de la musculatura adyacente.

TABLA 1. TUMORES DE PARTES BLANDAS: SIGNOS ECOGRÁFICOS QUE SUGIEREN MALIGNIDAD.
<p>Diámetro > 5 cm Contornos irregulares o polilobulados. Heteroecogenicidad. Hipoecogenicidad con atenuación posterior. Infiltración de tejidos adyacentes Afectación de fascia o plano muscular Áreas de hemorragia o necrosis Vascularización intensa</p>

Otro signo útil es el llamado "nódulo dentro del nódulo". El diagnóstico definitivo se realiza mediante biopsia. Tras su confirmación se realiza un TAC torácico para descartar que existan metástasis pulmonares, ya que el pulmón es la localización más frecuente de metástasis en esta enfermedad. El tratamiento de elección es quirúrgico, de forma ocasional radioterapia y/o quimioterapia, que globalmente consiguen una curación del 50%. El pronóstico depende principalmente del tamaño tumoral, del grado histológico y de la persistencia de tumor en los márgenes quirúrgicos⁴

BIBLIOGRAFÍA.

1. Mayerson JL, Scharschmidt TJ, Lewis VO, Morris CD. *Diagnosis and Management of Soft-tissue Masses.* J Am Acad Orthop Surg. 2014 Nov;22(11):742-50.
2. Carra BJ, Bui-Mansfield LT, O'Brien SD, Chen DC. *Sonography of musculoskeletal soft-tissue masses: techniques, pearls, and pitfalls.* AJR Am J Roentgenol. 2014 Jun;202(6):1281-90.
3. Rastrelli M, Tropea S, Basso U, Roma A, Maruzzo M, Rossi CR. *Soft tissue limb and trunk sarcomas: diagnosis, treatment and follow-up.* Anticancer Res. 2014 Oct;34(10):5251-62.
4. Garcia del Muro X, de Alava E, Artigas V, Bague S, Braña A, Cubedo R, et al. *Clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of patients with soft tissue sarcoma by the Spanish group for research in sarcomas (GEIS).* Cancer Chemother Pharmacol. 2016 Jan;77(1):133-46.