

# TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL SARCOMA DE PARTES BLANDAS EN EL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2016

TREATMENT OF SURGICAL SOFT TISSUE SARCOMAS IN THE  
EDGARDO REBAGIATI MARTINS HOSPITAL 2016

Filomeno Teodoro Jáuregui-Francia<sup>1</sup>, Lissette Jáuregui-Caycho<sup>1</sup>,  
María del Rosario Jáuregui-Figueroa<sup>1</sup>, María del Rosario Figueroa-Bejarano<sup>1</sup>, Juan Miguel Purilla-Janto<sup>1</sup>

## RESUMEN

Los sarcomas de tejidos blandos se pueden originar en tejidos blandos, como los tejidos adiposos, musculosos, nerviosos y fibrosos, así como en los vasos sanguíneos y los tejidos profundos de la piel. Se pueden encontrar en cualquier parte del cuerpo. La mayoría de ellos se desarrolla en los brazos o las piernas. Además, se pueden encontrar en el tronco, la cabeza y el área del cuello, los órganos internos y el área trasera de la cavidad abdominal (conocida como retroperitoneo). Los sarcomas no son tumores comunes. Los tipos más comunes de sarcoma en adultos son el histiocitoma fibroso maligno, el liposarcoma y el leiomiomasarcoma. En el Hospital Rebagliati se seleccionaron 100 pacientes con diagnóstico de sarcoma de partes blandas, durante el año 2015. **Objetivos:** Determinar el tratamiento quirúrgico más adecuado para esta patología y lograr disminuir la morbi mortalidad de los pacientes. Los pacientes estudiados tenían entre 20 a 80 años de edad, se les realizó exámenes especializados en el pre y post operatorio con biopsia que confirman el diagnóstico. **Conclusión:** Sarcoma de partes blandas es un tipo de cáncer poco común y que se retrasa su diagnóstico por falta de conocimiento y en la mayoría de los casos se llega a amputación parcial o total del miembro afectado. En los tumores de alto grado tratados según este protocolo, con conservación de la extremidad, amputación seguida de quimioterapia complementaria y radioterapia según la zona de amputación. En los tumores de bajo grado se realizó cirugía radical y radioterapia postoperatoria. Si la recidiva es de alto grado se le añadirá quimioterapia.

**Palabras clave:** Sarcoma; Biopsia; Resonancia magnética; Recidiva; Radioterapia. (fuente: DeCS BIREME)

## ABSTRACT

Soft tissue sarcomas can originate in soft tissues, such as adipose, muscular, nervous and fibrous tissues, as well as in blood vessels and deep tissue of the skin. They can be found anywhere on the body. Most of them develop in the arms or legs. In addition, they can be found in the trunk, head and neck area, internal organs and the back area of the abdominal cavity (known as retroperitoneum). Sarcomas are not common tumors. The most common types of sarcoma in adults are malignant fibrous histiocytoma, Liposarcoma and leiomyosarcoma. In the Rebagliati Hospital, 100 patients with soft tissue sarcoma were selected during the year 2015. **Objectives:** Determine the most appropriate surgical treatment for this pathology and to achieve a reduction in patients' morbidity. The patients studied were between 20 and 80 years of age. Specialized examinations were performed in the pre and postoperative periods with a biopsy confirming the diagnosis. **Conclusion:** We conclude that soft tissue sarcoma is a rare type of cancer and that its diagnosis is delayed due to lack of knowledge and in most cases partial or total amputation of the affected limb. In high grade tumors treated according to this protocol, with preservation of the limb, amputation followed by complementary chemotherapy and radiotherapy according to the amputation zone. Radical surgery and postoperative radiotherapy were performed in low-grade tumors. If the recurrence is high grade, chemotherapy will be added.

**Key words:** Sarcoma; Biopsy; Magnetic resonance; Relapse; Radiotherapy. (source: MeSH NLM)

<sup>1</sup> Servicio de Cirugía Oncológica, Hospital Rebagliati.

**Citar como:** Filomeno teodoro Jáuregui-Francia, Lissette Jáuregui-Caycho, María del Rosario Jáuregui-Figueroa, María del Rosario Figueroa-Bejarano, Juan Miguel Purilla-Janto. Tratamiento quirúrgico del sarcoma de partes blandas en el hospital Edgardo Rebagliati Martins 2016 [Artículo Original]. 2017;17(4):24-32. DOI 10.25176/RFMH.v17.n4.1206

Journal home page: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH>

© Los autores. Este artículo es publicado por la Revista de la Facultad de Medicina Humana, Universidad Ricardo Palma. Este es un artículo de Open Access distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), que permite el uso no comercial, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original sea debidamente citadas. Para uso comercial, por favor póngase en contacto con [revista.medicina@urp.pe](mailto:revista.medicina@urp.pe)

## INTRODUCCIÓN

Los Sarcomas de Partes Blandas abarcan a un grupo heterogéneo de neoplasias, que constituyen el 7,4% de todos los cánceres durante las primeras dos décadas de la vida.

Al hablar de sarcomas de partes blandas nos referimos a aquellos procesos tumorales mesenquimales malignos que se originan en los tejidos no epiteliales extraesqueléticos, aunque se excluye el sistema reticuloendotelial, la glía y los tejidos de soporte de algunos órganos parenquimatosos.

Por convenio, los tejidos que se incluyen son:

- Musculatura voluntaria y tendones
- Tejido adiposo
- Tejido conectivo
- Vasos que irrigan a los tejidos anteriormente citados
- Nervios periféricos, dado que se presentan como masas en el tejido blando. (Fontdevila)

Los dos tipos histológicos más frecuentes son el Rabdomiosarcoma (40%) y el Fibrosarcoma (30%). (Ferris , 2001).

Estudios epidemiológicos, clínicos, inmunológicos, virológicos y genéticos han identificado diversos factores de riesgo que condicionan un mayor riesgo de presentar sarcoma de partes blandas durante la época pediátrica y adulta.

### Los principales factores de riesgo son:

A) Constitucionales: 1. Lesiones benignas precursoras; 2. Síndromes genéticos (Síndrome de Li-Fraumeni, Retinoblastoma, Neurofibromatosis Tipo 1, Síndrome de Gardner, y otros síndromes);3. Inmunodeficiencias; y 4. Otros factores constitucionales. B) Medioambientales: 1. Radiaciones ionizantes y no ionizantes; 2. Exposiciones ocupacionales; 3. Fármacos; y 4. Otros factores medioambientales (consumo parental de tabaco, marihuana y cocaína). (Ferris ,2001).

Los sarcomas de partes blandas son un grupo heterogéneo de tumores poco frecuentes constituidos por una amplia variedad de subtipos histológicos que requieren un tratamiento multidisciplinario, con frecuencia especializado y complejo. A pesar de los avances obtenidos en el conocimiento de la fisiopatología de la enfermedad, en España no hay unas recomendaciones multidisciplinarias de consenso acerca del diagnóstico y el tratamiento de los sarcomas de partes blandas.

ARTÍCULO ORIGINAL

### Clasificación por estadio. Estadificación de los pacientes afectados de sarcomas de partes blandas de acuerdo con el sistema de clasificación del American Joint Comisión of Cáncer.

Estadio Ia (G1T1N0M0)	Tumor grado I menor de 5 cm de diámetro, sin ganglios regionales ni metástasis a distancia		
Estadio Ib (G1T2N0M0)	Tumor grado I mayor de 5 cm de diámetro, sin ganglios regionales ni metástasis a distancia		
Estadio IIa (G2T1N0M0)	Tumor grado II menor de 5 cm de diámetro, sin ganglios regionales ni metástasis a distancia		
Estadio IIb (G2T2N0M0)	Tumor grado II mayor de 5 cm de diámetro, sin ganglios regionales ni metástasis a distancia		
Estadio IIIa (G3T1N0M0)	Tumor grado III menor de 5 cm de diámetro, sin ganglios regionales ni metástasis a distancia		
Estadio IIIb (G3T2N0M0)	Tumor grado III mayor de 5 cm de diámetro, sin ganglios regionales ni metástasis a distancia		
EstadioIVa (G1-3T1-2N1M0)	Tumor de cualquier grado o medida con afectación ganglionar, pero sin metástasis a distancia		
EstadioIVb (G1-3T1-2N0-1M1)	Tumor con metástasis a distancia.		
	T Tumor primario	T1 Tumor <5cm	T2 Tumor >5cm
N Ganglios linfáticos regionales	N1 Sin afectación histológica	N2 Con afectación histológica	
G Grado histológico de malignidad M Metástasis a distancia	G1 Bajo (bien diferenciado) M0 Sin metástasis a distancia	G2 Moderado M1 Con metástasis a distancia	G3 Alto (pobremente diferenciado)

## EVALUACIÓN CLÍNICA

### Anamnesis

- Edad
- Sexo
- Forma de presentación
- Afectación funcional
- Antecedentes

### Exploración

- **Tumoración:** tamaño (importante factor pronóstico), localización profunda o superficial (afecta a la reseccabilidad), adherencias a planos fasciales, óseos o cutáneos.
- **Territorios ganglionares:** explorar la presencia de adenopatías. Solo un 5% de los pacientes con sarcoma de partes blandas desarrollan metástasis linfáticas y es necesario en estos casos realizar el diagnóstico diferencial con el carcinoma y el melanoma maligno. Son más frecuentes en el sarcoma epiteloide, sarcoma sinovial, rabdomiosarcoma y sarcoma de células claras.

### Determinaciones biológicas

Análítica general para valorar el estado del paciente, especialmente encaminada a despistar un proceso metastásico.

### Diagnóstico por la imagen

De gran importancia para la estadificación tumoral.

- Rx simple de la zona de la lesión tumoral
- RNM de la región, permite la detección y localización topográfica de la lesión tumoral, su relación con el paquete vasculonervioso, y por tanto, puede hacer una estadificación del tumor a nivel local. A veces, por sus características, es capaz de discriminar las lesiones tumorales benignas. Se utiliza también para el seguimiento y detección de posibles recidivas tumorales
- TAC: útil para detectar metástasis a distancia. Sobre la región tumoral ofrece mejor resolución la RNM
- Radiografía simple de tórax
- Angiografía: permite valorar la posible afectación vascular y facilita la resección tumoral
- Gammagrafía ósea: permite estudiar la posible afectación ósea

### Biopsia tumoral

Una vez realizada la valoración clínica y radiológica, se realizará una biopsia tumoral como último paso de cara a planificar el tratamiento.

- Punción-aspiración con aguja fina: se reservará para lesiones muy poco accesibles a la biopsia o para documentar metástasis o recidivas, dado que el escaso tejido obtenido habitualmente es

insuficiente para establecer el diagnóstico y grado de este tipo de tumoraciones

- Biopsia excisional: se debe reservar para lesiones de menos de 3 cm de diámetro, para evitar contaminar extensas áreas de los planos circundantes
- Biopsia incisional: es la técnica ideal para proporcionar tejido suficiente para el diagnóstico histológico. Se realizará con una manipulación mínima de los tejidos

Es fundamental realizar una buena elección del punto donde efectuar la biopsia tumoral, de tal manera que cuando se realice la exeresis tumoral se pueda resear todo el trayecto de la biopsia y cicatriz cutánea. La incisión debe de ser pequeña y longitudinal al miembro, evitando la formación de hematomas, fuente de las diseminaciones tumorales. Es necesaria una correcta hemostasia postoperatoria y cerrar la pseudocápsula y los diferentes planos anatómicos.

La elección del tipo de biopsia está condicionado por la medida y localización de la lesión tumoral. Si se realiza punción-biopsia, y hay dudas respecto al resultado, siempre se realizará una biopsia incisional.

### Estudio de extensión

Se realizará siempre:

- Radiografía simple de tórax: frente y perfil
- TAC torácico

El tratamiento de elección para los sarcomas de partes blandas es la cirugía de amplio margen. (Díaz Plasencia, 1997).

Después de una escisión adecuada inicial se puede obtener una alta tasa de supervivencia libre de enfermedad en pacientes remitidos inmediatamente a centros especializados. Sin embargo, cuando aparece la recidiva local, las posibilidades de supervivencia libre de enfermedad disminuyen drásticamente. (Duart, 2008).

La resección quirúrgica debe ser ofertada a pacientes seleccionados con metástasis pancreática aislada de sarcomas de partes blandas. En casos seleccionados, la supervivencia a largo plazo puede ser posible tras una exéresis curativa. Sin embargo, esta actitud puede llevar a la necesidad de ser agresivos y realizar resecciones repetidas en caso de recurrencias en otros órganos, hecho probable debido a lo avanzado de la enfermedad en estos estadios. Los pacientes afectados de sarcomas deberían ser incluidos en un protocolo diagnóstico en busca metástasis ocultas en vísceras abdominales, antes y después de la extirpación quirúrgica, debido a la mejoría en el pronóstico que puede suponer su extirpación quirúrgica. (Álamo, 2007).

En un estudio longitudinal, descriptivo y transversal de 89 pacientes con sarcomas de partes blandas, atendidos en el Hospital Oncológico Provincial

Docente "Conrado Benítez García" de Santiago de Cuba, desde enero del 2000 hasta diciembre del 2011, luego de ser remitidos fundamentalmente de otros centros asistenciales (donde fueron diagnosticados y operados), para ser valorados y tratados por un equipo multidisciplinario, con vistas a caracterizarles y así aplicar diferentes modalidades diagnósticas y terapéuticas en ellos. En la casuística se obtuvo una mayor frecuencia de la enfermedad en edades menores, así como del fibrosarcoma y el histiocitoma fibroso como variedades hísticas, y de la localización en los miembros inferiores. Se destacó que el diagnóstico temprano es determinante, al igual que el tratamiento de elección consistente en la resección no mutilante, combinada con el tratamiento adyuvante o no. La mayoría de los pacientes fueron reintervenidos y se diagnosticaron en etapa II de la afección, lo que

empeoró el pronóstico y además indicó la existencia de procedimientos incompletos en el proceso terapéutico, que conspiran a dañar la sobrevida de los pacientes. (Infante 2013).

La radioterapia externa es un coadyuvante de la cirugía de conservación del miembro que permite controlar mejor el proceso circunscrito. Con la irradiación preoperatoria se pueden emplear campos más pequeños y dosis menores de radiación, pero hay una tasa más alta de complicaciones de la herida. En la radioterapia posoperatoria, el campo irradiado tiene que ser más amplio, ya que hay que abarcar todo el lecho quirúrgico y la dosis tiene que ser mayor para compensar la hipoxia del campo operatorio. Se supone que la braquiterapia o el tratamiento intersticial, en los que la fuente de la radiación se coloca dentro del tumor, tienen una eficacia comparable. (Calvo, 2000).

## Protocolo de tratamiento de los Sarcomas de partes blandas

### 1. Sarcomas estadio Ia, Ib, Iia:

Cirugía conservadora exclusiva con extirpación de la tumoración y de toda la estructura anatómica donde se inicia la enfermedad.

- Márgenes de resección  $> \text{ó} = \text{a } 2\text{cm}$ : no tratamiento complementario.
- Márgenes de resección  $< \text{a } 2\text{cm}$ : precisa radioterapia postoperatoria, braquiterapia (peroperatoria), o teleterapia con braquiterapia.
- Sarcomas de tronco grado Ila: siempre radioterapia complementaria.
- Aquellos tumores que de entrada por sus localizaciones y medidas pueden presentar dificultades a la cirugía radical, la teleterapia preoperatoria puede facilitar su reseccabilidad, seguida de radioterapia postoperatoria. Es necesario realizar la cirugía dentro de las tres semanas postradioterapia.

### 2. Sarcomas estadios Ib, IIIa-b:

Cirugía conservadora complementada con radioterapia postoperatoria, excepto en los casos de cirugía compartimental, independientemente de los márgenes de seguridad.

- En los sarcomas localmente irreseccables se valorará el tratamiento con radioterapia y/o quimioterapia preoperatoria.

### 3. Sarcomas estadio IVa:

Cirugía tumoral + limfadenectomía + radioterapia postoperatoria + quimioterapia adyuvante. La zona de irradiación debe incluir la zona de limfadenectomía.

### 4. Sarcomas estadio IVb:

En el momento del diagnóstico es necesario realizar tratamiento con quimioterapia paliativa y tratamiento local adecuado.

- En algunos casos seleccionados de metástasis pulmonares se puede plantear el tratamiento quirúrgico si hay buena respuesta a la quimioterapia.
- Recidivas locales postratamiento:
- Tumores de alto grado: tratados según este protocolo, con conservación de la extremidad, amputación seguida de quimioterapia complementaria y radioterapia según la zona de amputación.
- Tumores de bajo grado: Cirugía radical y radioterapia postoperatoria. Si la recidiva es de alto grado se le añadirá quimioterapia.
- Metástasis pulmonares tardías:
- Resección de las metástasis pulmonares en los casos que no haya en el mismo momento recidiva local de la enfermedad ni metástasis a otros niveles.
- Se considerará indicada según:
- Número y localización de las metástasis. Se valorará individualmente cada caso.
- Intervalo libre de enfermedad superior a un año.
- Tiempo de doblamiento tumoral  $> 20$  días.
- En casos seleccionados de tumores de crecimiento lento, puede valorarse la resección de las metástasis pulmonares recurrentes.

Nuestro objetivo en el presente trabajo de investigación es diagnosticar y dar el tratamiento quirúrgico a los

pacientes portadores de sarcoma de partes blandas, en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

## MÉTODOS

### Participantes

Los pacientes que ingresaron al Servicio de Cirugía, en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, fueron seleccionados 100 pacientes con el diagnóstico de sarcomas de partes blandas, durante el año 2016. Se incluyó a pacientes de sexo femenino y masculino, entre las edades de 20 a 80 años.

El método de muestreo fue estratificado por edad y género de acuerdo al diagnóstico de sarcomas de partes blandas.

### Instrumentos

Los exámenes pre operatorios que nos permitieron establecer el diagnóstico y tratamiento de sarcomas de partes blandas fueron: Ecografía de partes blandas de la zona afectada, biopsia de la lesión, tomografía axial computarizada, resonancia magnética y riesgos quirúrgicos respectivos.

Se verifico el consentimiento informado con el paciente, los materiales quirúrgicos, equipo de anestesiología y la ropa de sala de operaciones esterilizadas de acuerdo a las normas internacionales vigentes.

Todos los instrumentos a esterilizar fueron evaluados para el uso adecuado en el centro quirúrgico.

### Procedimientos

Los pacientes seleccionados con diagnóstico de sarcomas de partes blandas fueron programados en sala de operaciones, procediendo con la técnica quirúrgica de acuerdo a la localización del sarcoma de partes blandas a extirpar.

Para la recolección de datos, se utilizo la historia clínica del paciente, teniendo en consideración: Filiación, enfermedad actual, antecedentes, examen físico, diagnóstico diferencial con otras enfermedades. Al establecer el diagnóstico y la técnica quirúrgica a realizar, se tuvo especial cuidado en la evolución post operatoria, el tratamiento médico, control, seguimiento y el pronóstico de enfermedad.

Los resultados obtenidos fueron analizados, tabulados y expresados de acuerdo a diagnóstico y tratamiento establecido para cada paciente, teniendo en consideración la edad y el género; para expresarlo en tablas y/o gráficos, con la discusión e informe final del trabajo de investigación propuesto.

### RESULTADOS

Los resultados fueron tabulados de acuerdo al diagnóstico y tratamiento establecido para cada paciente, teniendo como referencia la edad y el género para expresarlo en tablas. Hemos finalizado al 100 % en la realización del trabajo de investigación proyectado, lo que se expresa en las siguientes tablas:

**Tabla 1.** Pacientes con Sarcoma de partes blandas según edad.

20 a 30 años	14 casos	14%
31-50 años	48 casos	48%
51-60 años	20 casos	20%
61-70 años	18 casos	18%

El 68 % de los casos corresponde a pacientes entre 31 y 60 años de edad.

**Tabla 2.** Pacientes con Sarcoma de partes blandas según sexo.

Sexo Femenino	36 casos	36 %
Sexo Masculino	64 casos	64 %

En la realización del trabajo de investigación se tiene 64% correspondiente al sexo Masculino.

**Tabla 3.** Pacientes con Sarcoma de partes blandas de acuerdo a la localización.

Miembro inferior	56 casos	56%
Miembro superior	44 casos	44%
TOTAL	100casos	100%

Al comparar la localización corporal, el sarcoma de partes blandas se localizó más frecuentemente en miembro inferior 56 %.

**Tabla 4.** Sintomatología de Sarcoma de partes blandas.

SINTOMATOLOGÍA	N° DE CASOS	PORCENTAJE %
Dolor	68	68
Masa palpable	100	100
Lesión ulcerada	30	30
Pérdida de peso	35	35

En el 100% de pacientes presentaron masa palpable seguido de dolor en un 68% siendo los síntomas más característicos.

**Tabla 5.** Métodos de Diagnóstico en Sarcoma de partes blandas.

MÉTODOS DE DIAGNOSTICO	CASOS	PORCENTAJE %
Historia clínica	100	100
Tomografía	100	100
Resonancia magnética	100	100
Biopsia	100	100

En el 100% de los pacientes se realizó ayuda diagnóstica con TAC Y RMN acompañado de la biopsia confirmatoria del diagnóstico.

**Tabla 6.** Tratamiento del Sarcoma de partes blandas.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	N° DE CASOS	PORCENTAJE %
Cirugía conservadora complementada con radioterapia postoperatoria, excepto en los casos de cirugía compartimental, independientemente de los márgenes de seguridad.	12	12.00
Cirugía tumoral + limfadenectomía + radioterapia postoperatoria + quimioterapia adyuvante.	52	52.00
Sarcomas estadio IVb: tratamiento con quimioterapia paliativa y tratamiento local adecuado.	16	16.00
Tumores de alto grado: tratados según este protocolo, con conservación de la extremidad, amputación seguida de quimioterapia complementaria y radioterapia según la zona de amputación.	8	8.00
Tumores de bajo grado: Cirugía radical y radioterapia postoperatoria. Si la recidiva es de alto grado se le añadirá quimioterapia.	12	12.00
Total	100	100.00

En el 52 % de casos se realizó Cirugía tumoral + limfadenectomía + radioterapia postoperatoria + quimioterapia adyuvante, seguida de un 16 % de casos en que se realizó para Sarcomas estadio IVb: tratamiento con quimioterapia paliativa y tratamiento local adecuado.

**Tabla 7.** Evolución post operatoria de Sarcomas de partes blandas.

EVOLUCIÓN	Nº DE CASOS	PORCENTAJE %
Curativa	52	52.00
Recidiva	48	48.00
Total	100	100.0

El 52 % de pacientes tuvo tratamiento curativo y el 48 % presentó recidiva de sarcoma de partes blandas.

ARTÍCULO ORIGINAL



**Figura 1.** Sarcoma de miembro superior.



**Figura 2.** Neurofibromatosis de talon.



**Figura 3.** Amputación parcial de pie derecho por sarcoma.



**Figura 4.** Sarcoma de codo izquierdo.

## DISCUSIÓN

El Registro Nacional de Cáncer en los años 1968-1972 informó que la incidencia de los sarcomas de partes blandas fue de 1,5 y 1,0 x 100 000 habitantes para el hombre y la mujer respectivamente, diagnosticándose en el país cada año 100 casos nuevos, de los cuales, la quinta parte se atendió en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Estas cifras se han mantenido sin diferencias significativas en los últimos años. Internacionalmente otros registros han mantenido incidencias similares. Hasta la década del 60, el tratamiento de los SPB se basó en la cirugía radical y la supervivencia oscilaba entre el 30 y el 40 % a cinco años. (Cordies,1997).

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: la presencia de algunas raras enfermedades hereditarias, entre las que destaca la neurofibromatosis o enfermedad de Von Recklinghausen, que se asocia al desarrollo de algunos tipos de sarcomas; y la administración previa de radioterapia varios años antes, que se asocia al desarrollo de sarcomas postirradiación, particularmente resistentes al tratamiento. (García, 2011).

En un estudio longitudinal, descriptivo y transversal de 89 pacientes con sarcomas de partes blandas, atendidos en el Hospital Oncológico Provincial Docente "Conrado Benítez García" de Santiago de Cuba, desde enero del 2000 hasta diciembre del 2011. En la casuística se obtuvo una mayor frecuencia de la enfermedad en edades menores, así como del fibrosarcoma y el histiocitoma fibroso como variedades históricas, y de la localización en los miembros inferiores. Se destacó que el diagnóstico temprano es determinante, al igual que el tratamiento de elección consistente en la resección no mutilante, combinada con el tratamiento adyuvante o no. La mayoría de los pacientes fueron reintervenidos y se diagnosticaron en etapa II de la afección, lo que empeoró el pronóstico y además indicó la

existencia de procedimientos incompletos en el proceso terapéutico, que conspiran a dañar la supervivencia de los pacientes. (Infante, 2013).

## CONCLUSIÓN

1. El sarcoma de partes blandas se presentó en el 68 % de los casos corresponde a pacientes entre 31 y 60 años de edad.
2. En la realización del trabajo de investigación se obtuvo que el 64% correspondió al sexo Masculino.
3. Al comparar la localización corporal, el sarcoma de partes blandas se localizó más frecuentemente en miembro inferior 56 %.
4. En el 100% de pacientes presento masa palpable seguida de dolor en un 68% siendo los síntomas más característicos.
5. En el 100% de los pacientes se realizó ayuda diagnóstica con TAC Y RMN acompañado de la biopsia confirmatoria del diagnóstico.
6. En el 52 % de casos se realizó Cirugía tumoral + linfadenectomía + radioterapia postoperatoria + quimioterapia adyuvante, seguida de un 16 % de casos en que se realizó para Sarcomas estadio IVb: tratamiento con quimioterapia paliativa y tratamiento local adecuado.
7. El 52 % de pacientes tuvo tratamiento curativo y el 48 % presentó recidiva de sarcoma de partes blandas.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

**Conflicto de interés:** Los autores declaran no tener conflicto de interés en la publicación de este artículo.

**Recibido:** 29 de agosto del 2017

**Aprobado:** 18 de octubre del 2017

**Correspondencia:** Filomeno Teodoro Jáuregui Francia.

**Dirección:** Cal. Santiago Antunez de Mayol Nro. B Int. 71 Urb. Pablo Boner, Lima - Lima - La Molina

**Celular:** 999003894

**Correo:** lomenu.jauregui@urp.edu.pe

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álamo J, F. Pareja, M. A. Gómez, I. Alarcón, C. Bernardos, L. Barrera, I. García, J. Serrano y A. Bernardos (2007). Ictericia secundaria a metástasis pancreática de sarcoma de partes blandas. Revista española enfermedades digestivas, 99, (9), 552-560.
2. Calvo FA, Hoekstra HJ, Lehnert T. (2000). Intraoperative radiotherapy: 20 years of clinical experience, technological development and consolidation of results. Eur J Surg Oncol 26; (suppl A), 51-4.
3. Cordiés Noel Justín1 Cordiés Justin. (1997). Sarcomas de partes blandas. Estudio comparativo de dos decenios. Revista Cubana Oncología 13, (1), 31-36
4. Díaz-Plasencia, Juan; Salazar Roncal, Jorge; Pomatanta Plasencia, Jorge Tantealean, Enrique y Guzmán, Carlos. (1997). Cuadro clínico patológico y factores pronósticos de supervivencia en adultos con sarcomas de partes blandas. Revista Medicina Hereditaria, 8 (4), 1-18.
5. Duart-Clemente a, M San-Julián a, R Martínez-Monge b, S Martín-Algarra b (2008). Sarcoma de partes blandas: ¿existe posibilidad de rescate cuando la primera cirugía no fue resolutoria? Revista española de traumatología y cirugía ortopédica, 52 (1).
6. Ferris J, Ortega García, López Andreu, J García i Castell, O Berbel Tornero, E Llinares Riestra y J Aliaga Vera. (2001) Factores de riesgo asociados a sarcomas de partes blandas pediátricos. Revista Española Pediatría; 57(5):445-457.
- García Del Muro Xavier, , Joan Maurel J, Cubedo R, Baguee, Enrique de Alava S, LopezPousa J, Narvaez J, Ortiz E, Pomes J, Poveda A, PerezRomasanta L, Tenderom L y Vinalsn J, (2011) Guía de práctica clínica en los sarcomas de partes blandas. Medicina Clínica Barcelona, 136, (9), 408- 418.
7. Hurtado Dávila, José Francisco y Hurtado Viera, Raquel. (2007). Liposarcoma recidivante de partes blandas: presentación de un caso. Revista habana ciencia médica, 6, (3), 0-0.

8. Infante Carbonell, María Cristina; Jaen infante, Lianne; González calzadilla, María Esperanza y LubinGarcía, Ana. (2013).Caracterización de pacientes con sarcomas de partes blandas. Estudio de 12 años. MEDISAN. , 17, (3), 491-498.

9. Rosenberg SA, Tepper J, Glatstein E. (1982).The treatment of sarcomas of the extremities. Ann Surg ; 196,305- 315.

10. Rosenberg SA, Suit HD, Baker H, Rosen G. Sarcomas de partes blandas y de los huesos. En: De Vita VT, Herman S, Rosenberg SA. (1984).Cáncer. Principios y Práctica de Oncología. Barcelona. Salvat Editores SA, 959-960.

Rosenberg SA, Glatstein E. (1982). The management of local and regional soft-tissue sarcomas. R. Principles of cancer treatment. New York: McGraw - Hill Company, 697 - 698.

ARTÍCULO ORIGINAL

Consulte la Versión Electrónica de la Revista:  
**Facultad de Medicina Humana**  
**Universidad Ricardo Palma**

<http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH>

