

TUMOR GIGANTE EN EL MUSLO. ¿CÓMO HEMOS LLEGADO A ESTO?

Gañán Riesco D, Chacón Cartaya S, Santos López A, Ammari Sánchez-Villanueva F. Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla, 2024)



INTRODUCCIÓN

Los sarcomas de partes blandas presentan una incidencia extremadamente infrecuente (60 casos nuevos al año en toda España). Su diagnóstico suele verse retrasado por diversos motivos que siguen en discusión y que varían entre distintas regiones.

Presentamos un caso cuyo gran retraso diagnóstico condicionó un avance descontrolado de la enfermedad hasta la primera atención médica y como se resolvió quirúrgicamente la enfermedad a nivel local.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 36 años (agorafobia severa, hipotiroidismo, obesidad) consulta por bultoma en muslo de más de un año de evolución.

EF: Gran bultoma que parece dependiente de zona posterior del muslo izquierdo ulcerado, necrosado y con mal olor (Fig. 1).

Se completa estudio con RMN y TC de extensión que revela M1 hepática (Fig. 2).

RESULTADOS

En vista al resultado del estudio de extensión se opta por resección amplia con márgenes, incluyendo, compartimento medial e isquiotibiales, paquete femoral profundo y obturatriz (Figs. 4-8). Esto resulta en un gran defecto cutáneo posteromedial residual (Fig. 9) que se soluciona con un colgajo rotacional de recto abdominal, dependiente del paquete epigástrico superficial izquierdo (Fig. 10).

A los 11 días postoperatorios, tras comprobar viabilidad del colgajo, se injerta el defecto remanente (Figs. 11-12).



Fig. 1: Primera exploración en urgencias.



Fig. 2: Cortes de RMN sugestivo de lesión sarcomatosa, su relación con principales estructuras vasculonerviosas. TC toracoabdominal de extensión que revela LOE hepática.



Fig. 3: Paciente posicionado en mesa de quirófano.

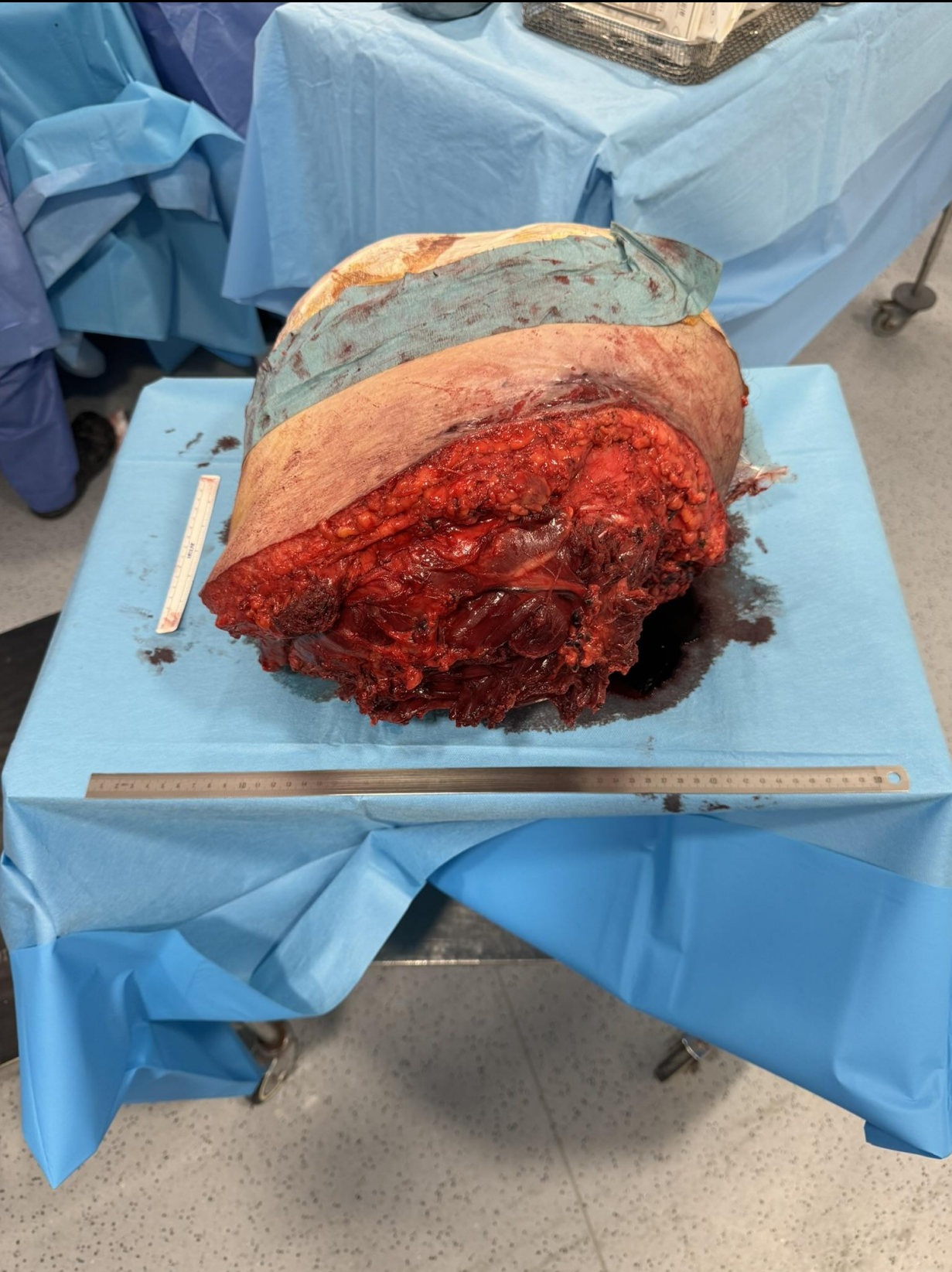


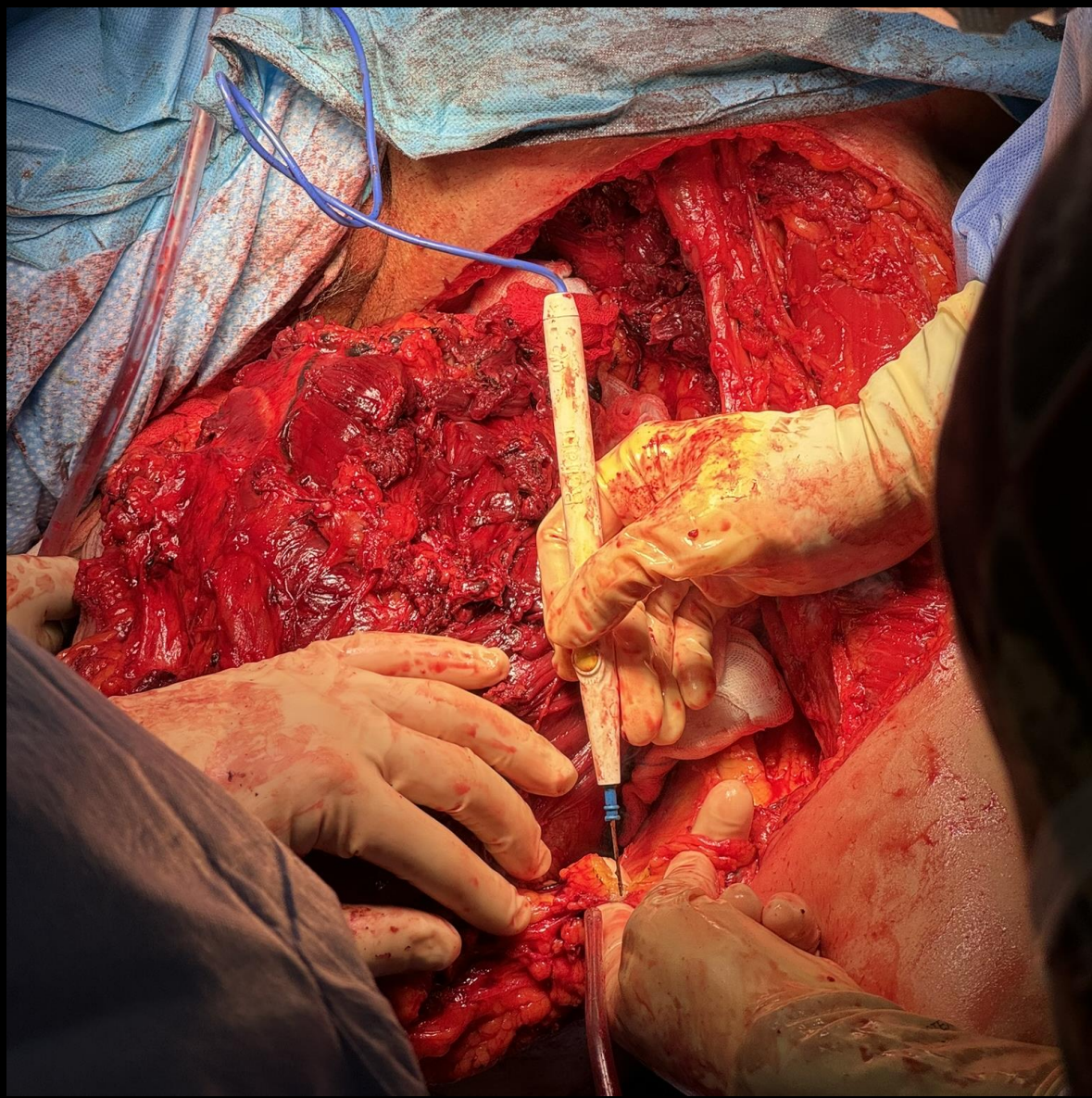
Fig. 8: Pieza de resección. Peso aproximado: 25 kg



Fig. 4: Abordaje sobre margen anterior de lesión y ligadura de ramas vasculonerviosas.



Fig. 5: Aislamiento y protección de paquete femoral superficial.



Figs. 6 y 7: Disección y resección amplia de márgenes musculares.

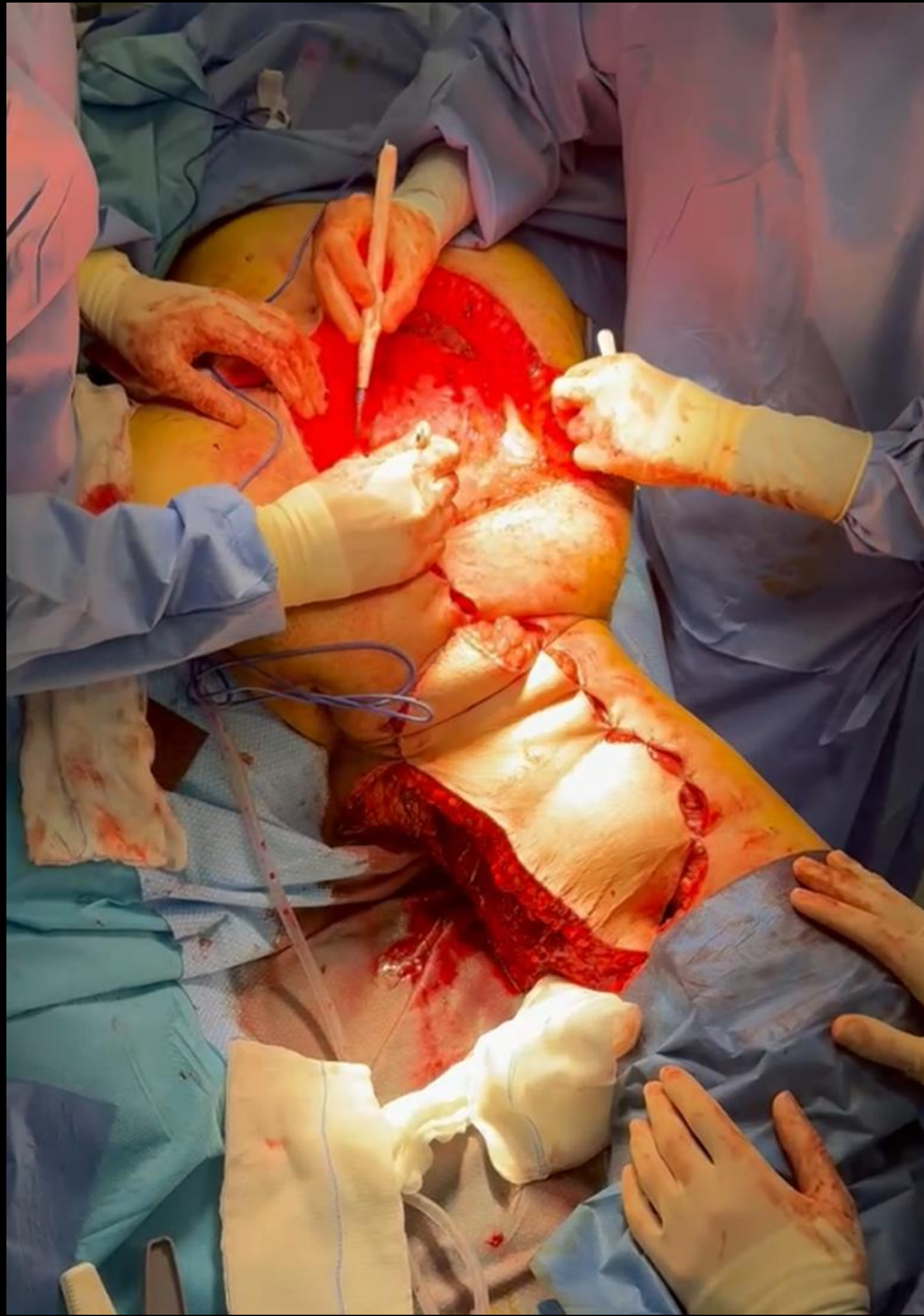
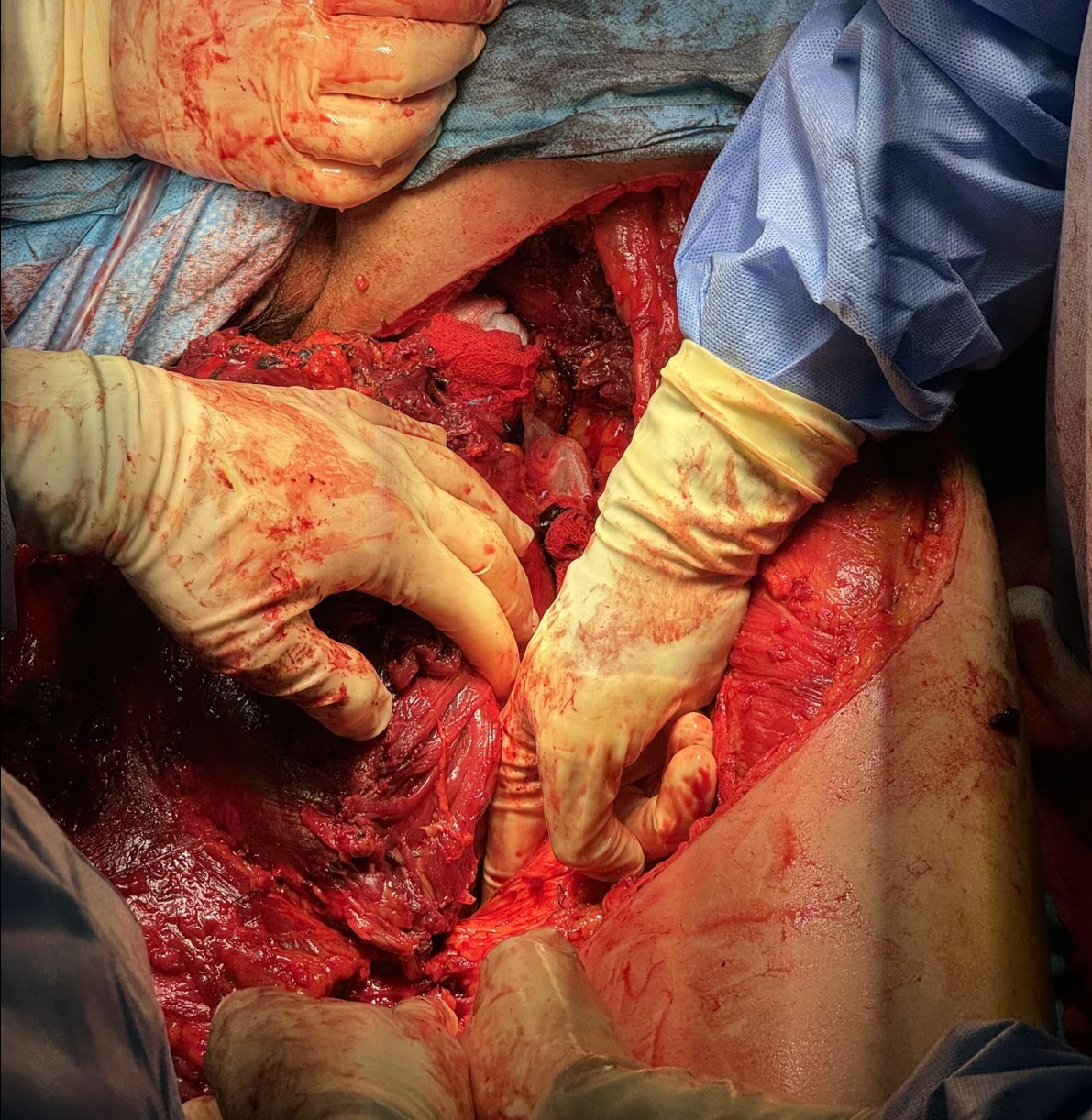


Fig. 10: Colgajo pediculado de recto anterior abdominal para cobertura de estructuras nobles.



Fig. 9: Defecto musculocutáneo remanente que abarca cara posteromedial de muslo y expone paquete femoral superficial y parcialmente nervio ciático.



Fig. 11: Defecto posterior con exposición muscular.



Fig. 12: Injerto cutáneo mallado.

CONCLUSIONES

La demora desde la primera consulta médica hasta el control quirúrgico local de la enfermedad fue en este caso inferior a los 30 días. Sin embargo, el retraso entre la aparición de los primeros signos y síntomas evidenciados por la paciente hasta la primera consulta médica fue superior al año, condicionado principalmente por su antecedente de agorafobia grave. Todo ello supuso no solo la presencia de enfermedad a distancia en el momento del diagnóstico, sino que debido al tamaño tumoral precisara de dos cirugías de reconstrucción postresección.

El diagnóstico tardío de los sarcomas de partes blandas deriva de múltiples factores causales que siguen en estudio actualmente, entre los cuales se presentan los antecedentes de trastornos psiquiátricos como los objetivados en el caso expuesto.