

Recidiva de Sarcoma con compromiso del aparato extensor de la rodilla. Cirugía de rescate y reconstrucción.

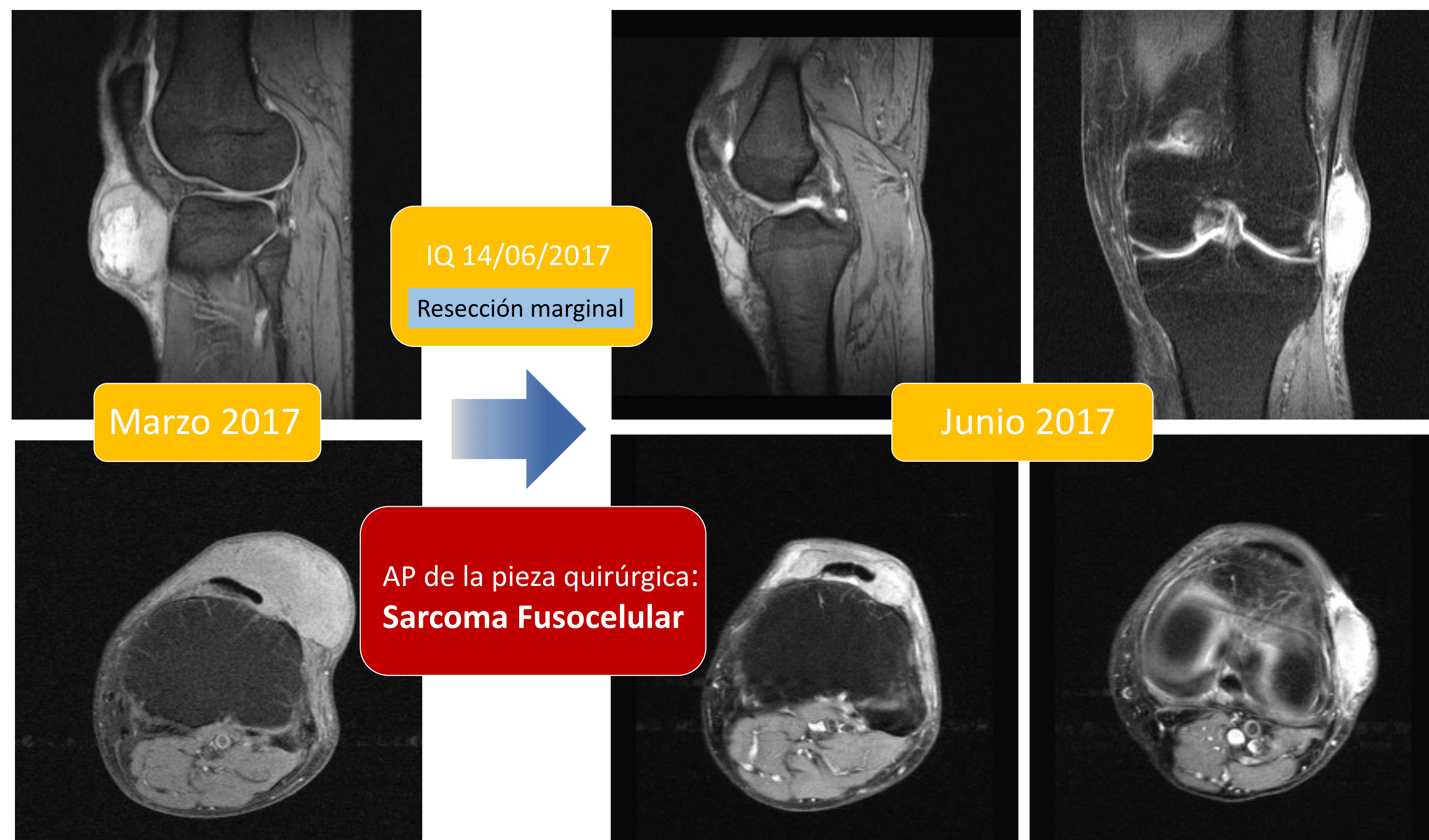
R. Rojas Sayol; A. Grau Blanes; A. Peiró Ibáñez; L. Trullols Tarragó; I. Gracia Alegria; M. Fernández Garrido
Unidad Oncológica de Cirugía Ortopédica y Traumatología

Introducción y objetivo

La cirugía de exéresis de masas de partes blandas está condicionada por la histología de la lesión, que determina además la necesidad o no de realizar tratamientos neoadyuvantes. En ocasiones, la dificultad quirúrgica se encuentra en la reconstrucción de los tejidos resecaados para obtener márgenes oncológicos adecuados. Es el caso de tumores que afectan al aparato extensor de la rodilla. Presentamos este caso con tal de remarcar la importancia del diagnóstico anatomopatológico previo a la cirugía tumoral y de revisar las opciones de reconstrucción del aparato extensor de la rodilla propuestas en la bibliografía.

Caso clínico

Varón, de 80 años, que presentaba una tumoración en cara anterior de rodilla izquierda de rápido crecimiento (15cm en un año). Valorado en otro centro, se optó por realizar cirugía primaria de resección (Junio 2017).



Dado el resultado anatomopatológico y la sospecha de recidiva local vs. remanente tumoral clínica y radiológica, se decidió derivación a nuestro centro. La revisión de laminillas confirma el diagnóstico de **sarcoma fusocelular pleomórfico de alto grado**. El estudio de extensión descartó enfermedad sistémica. Se trataba pues de un tumor T1a N0 M0 (estadio IIA).

Se planificó cirugía de revisión para resección en bloque con márgenes de seguridad y posterior reconstrucción de aparato extensor.

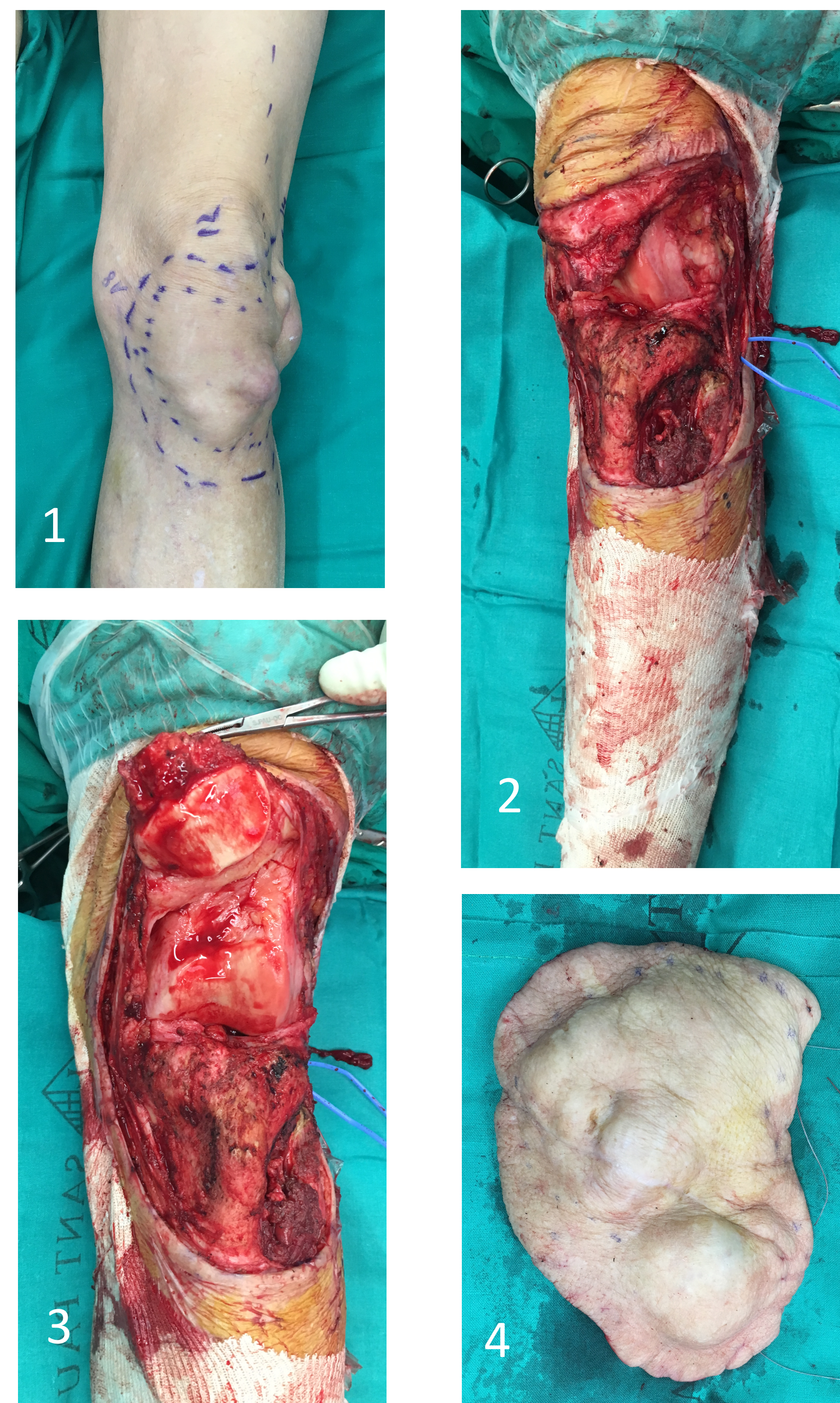
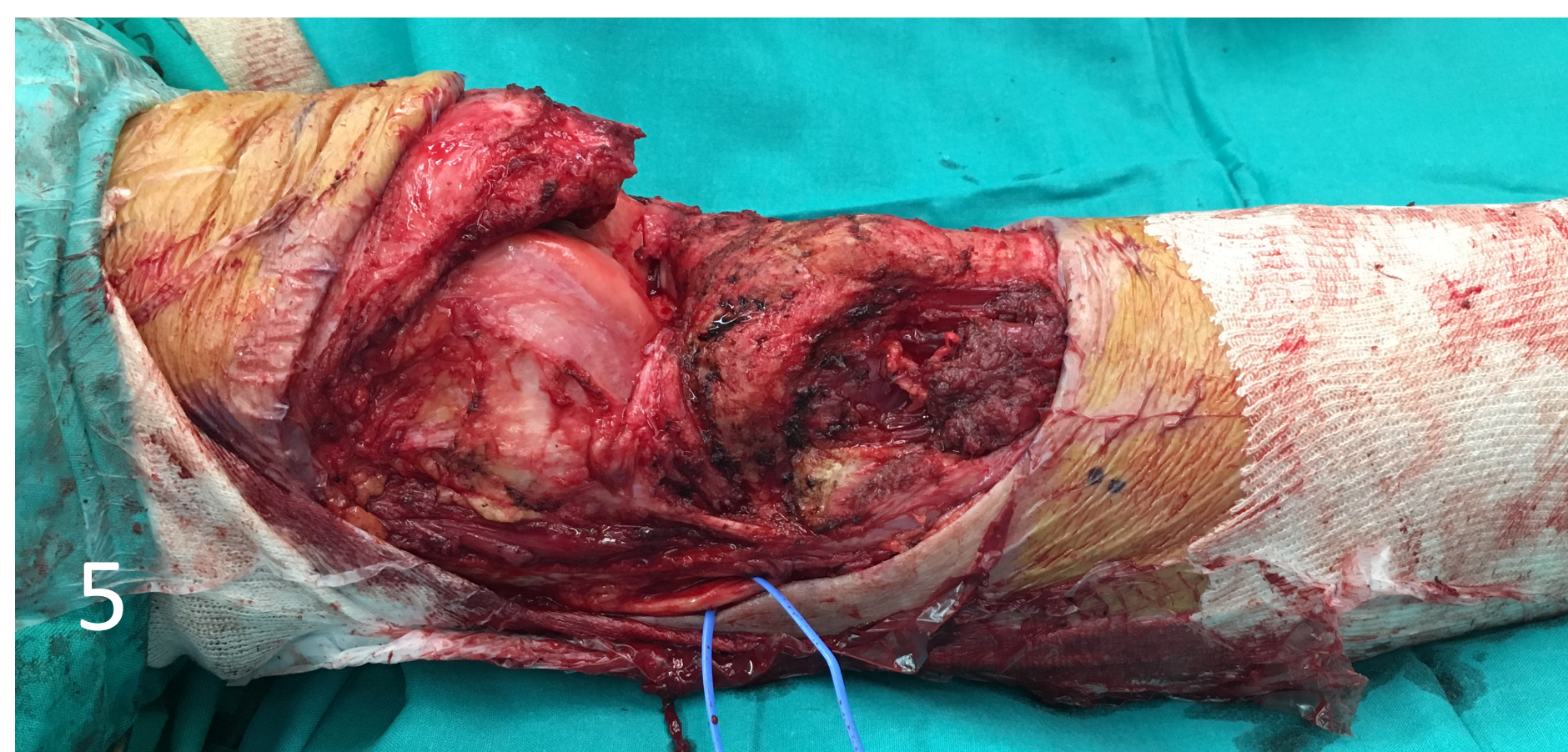
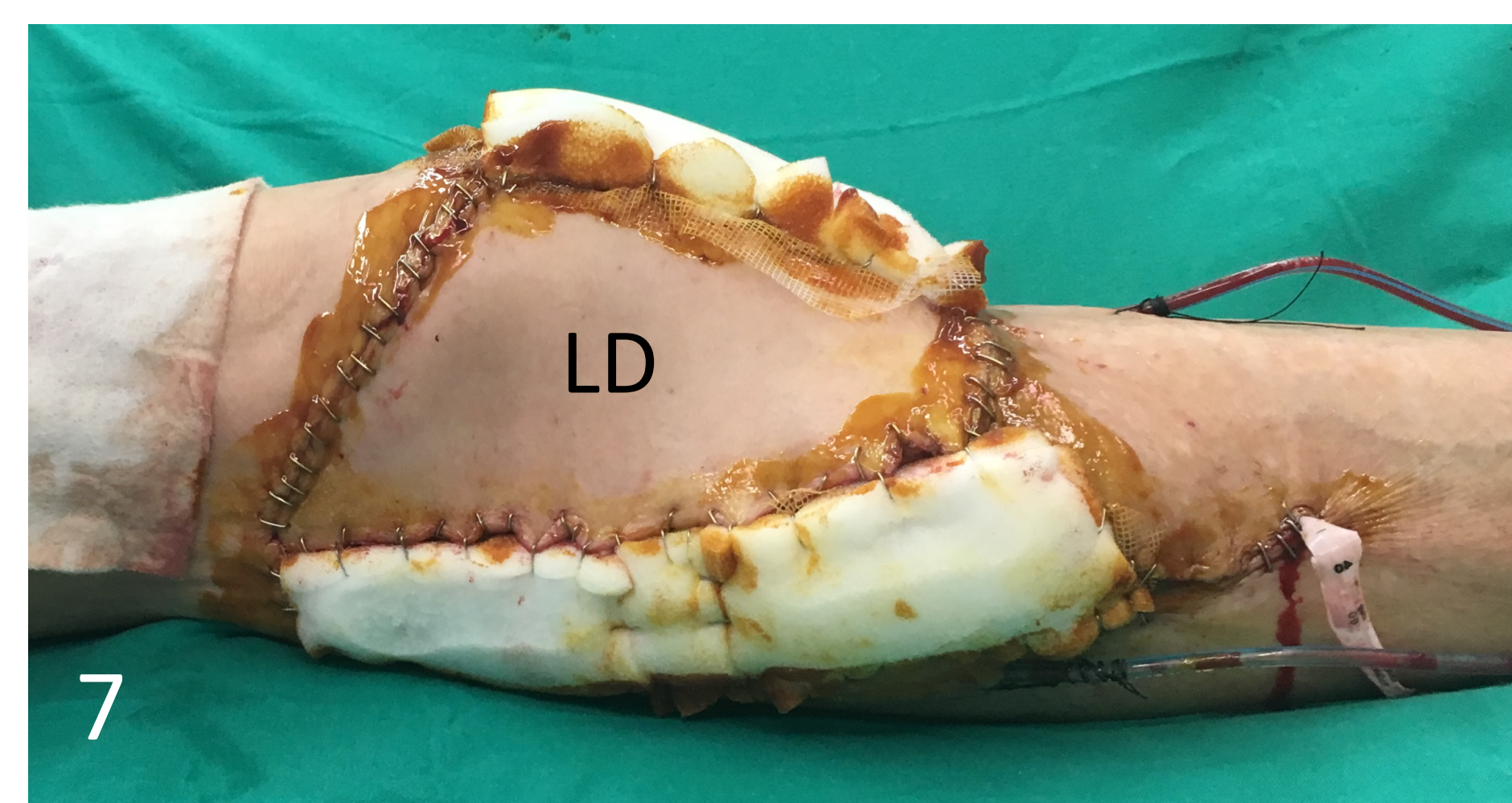


Fig. 1. Marcaje preoperatorio de la tumoración y diseño de márgenes de resección. Fig. 2. y 3. Lecho quirúrgico tras exéresis de la pieza, mostrando exposición tibial tras resecar el tendón rotuliano por estar infiltrado por tumor. Fig. 4. Pieza de resección.



HALLAZGOS QUIRÚRGICOS: El sarcoma, que había aumentado de volumen de forma franca desde la primera resección, presentaba una morfología polilobulada (Fig. 1 y 4). Se encontraba en contacto con la tibia proximal incluyendo completamente el tendón rotuliano en su porción medial-distal, y estaba adherido a la cápsula articular y a tejido sinovial medial y lateral así como a sendos retináculos. Se realizó exéresis (R0) en bloque de la tumoración junto con grasa de Hoffa, ligamento mucoso, parcialmente LLI/LLE, zona distal de retináculos y cápsula articular/sinovial anteromedial-lateral, musculatura proximal correspondiente a tibial anterior y sección de rama terminal nerviosa aferente e incluida en el tumor. Tras ello, quedaba un defecto remanente en cara anterior de rodilla de 15x18cm con exposición articular (Fig. 2, 3, 5).

Junto con Cirugía Plástica, se llevó a cabo una reconstrucción del aparato extensor mediante el uso de Fascia Latta, cubriéndose el defecto con un colgajo libre de Dorsal Ancho (LD) e injertos de piel libre (Fig. 6, 7).



Resultados

El paciente recibió radioterapia adyuvante, pero no fue candidato a quimioterapia por edad y comorbilidad. Al año de seguimiento, se encuentra en remisión clínica (local y a distancia). Clínicamente se objetiva una integración del colgajo del 100%, y presenta una extensión activa de hasta 45º y extensión pasiva completa.

Discusión y Conclusiones

- El estudio por RM y el diagnóstico anatomopatológico inicial de las tumoraciones de partes blandas son fundamentales para planificar una correcta cirugía de resección y diseñar, en caso de ser necesario, una estrategia de reconstrucción y/o cobertura.
- Revisando la bibliografía encontramos un amplio abanico de estrategias de reconstrucción de aparato extensor de rodilla; desde aloinjertos hasta autoinjertos de múltiples procedencias anatómicas. Pero a pesar de que las opciones son múltiples ninguna de ellas ha probado superioridad respecto a las otras, ya que las series son siempre cortas y no hemos encontrado estudios comparativos al respecto.
- En nuestro paciente, la reconstrucción del tendón rotuliano con Fascia Latta y colgajo libre de Dorsal Ancho, ha proporcionado una buena función y una cobertura adecuada para un defecto cutáneo de gran tamaño.

1.J. Imanishi, D. Grinsell, and P. F. M. Choong, "Bone-patellar tendon-bone allograft reconstruction for peri-patellar tendon sarcomas: case series," *SpringerPlus*, vol. 4, no. 1, article no. 740, pp. 1–7, 2015.
2.J. Pretell-Mazzini, M. D. Barton, S. A. Conway, and H. T. Temple, "Current concepts review—unplanned excision of soft-tissue sarcomas: current concepts for management and prognosis," *The Journal of Bone & Joint Surgery—American Volume*, vol. 97, no. 7, pp. 597–603, 2015.
3.H. Nakashima, M. Yoshida, and K. Miyamoto, "Anatomical reconstruction of the patellar tendon using the fascia lata attached to the iliac bone following resection for soft tissue sarcoma: A case report," *Upsala Journal of Medical Sciences*, vol. 117, no. 4, pp. 460–464, 2012.
4.Müller DA, Beltrami G, Scoccianti G, Cuomo P, Totti F, Capanna R. "Allograft Reconstruction of the Extensor Mechanism after Resection of Soft Tissue Sarcoma." *Adv Orthop*. 2018 May 22;2018:6275861