

CASO ATÍPICO DE TUMORACIÓN POPLÍTEA: SARCOMA FIBROBLÁSTICO MIXOINFLAMATORIO

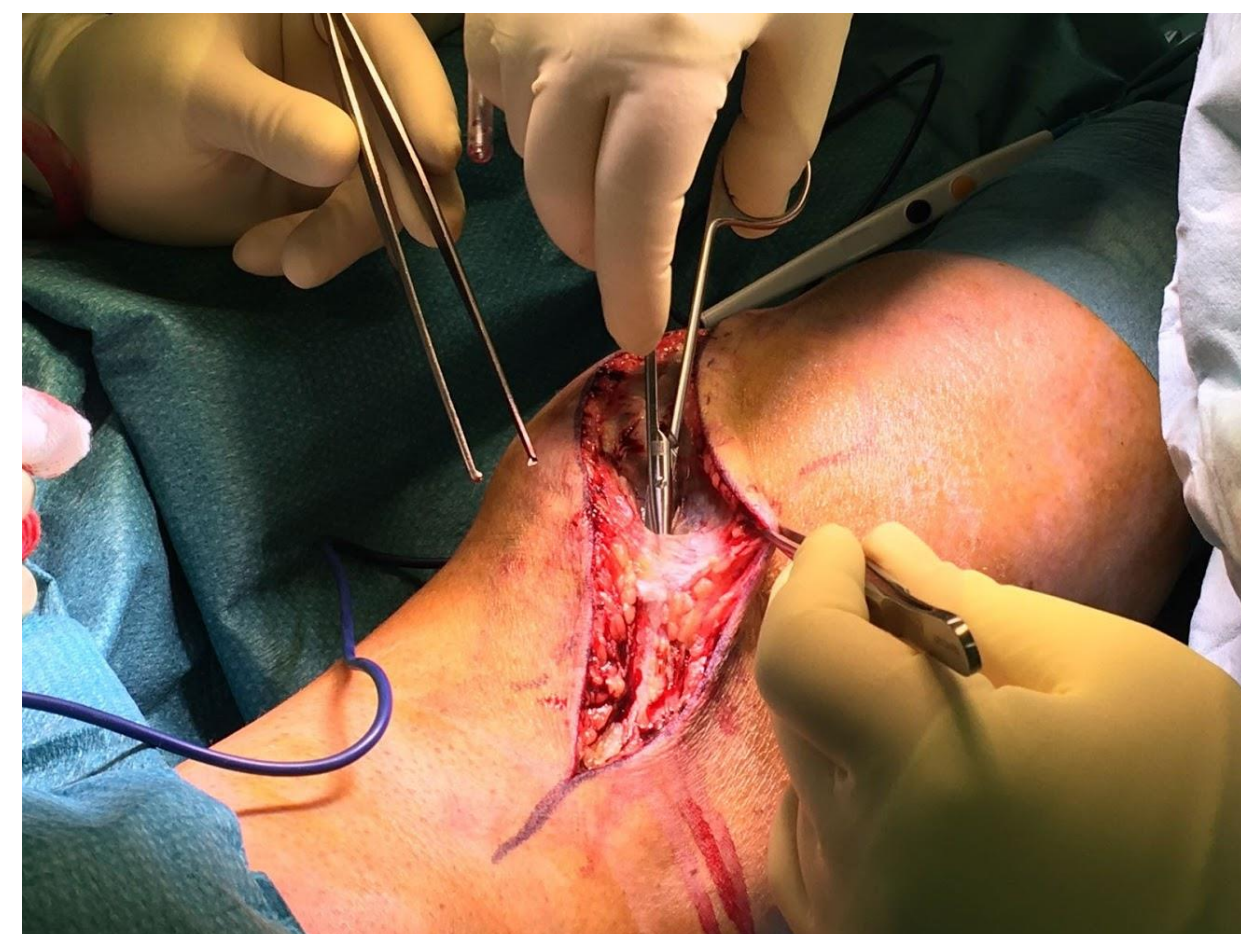
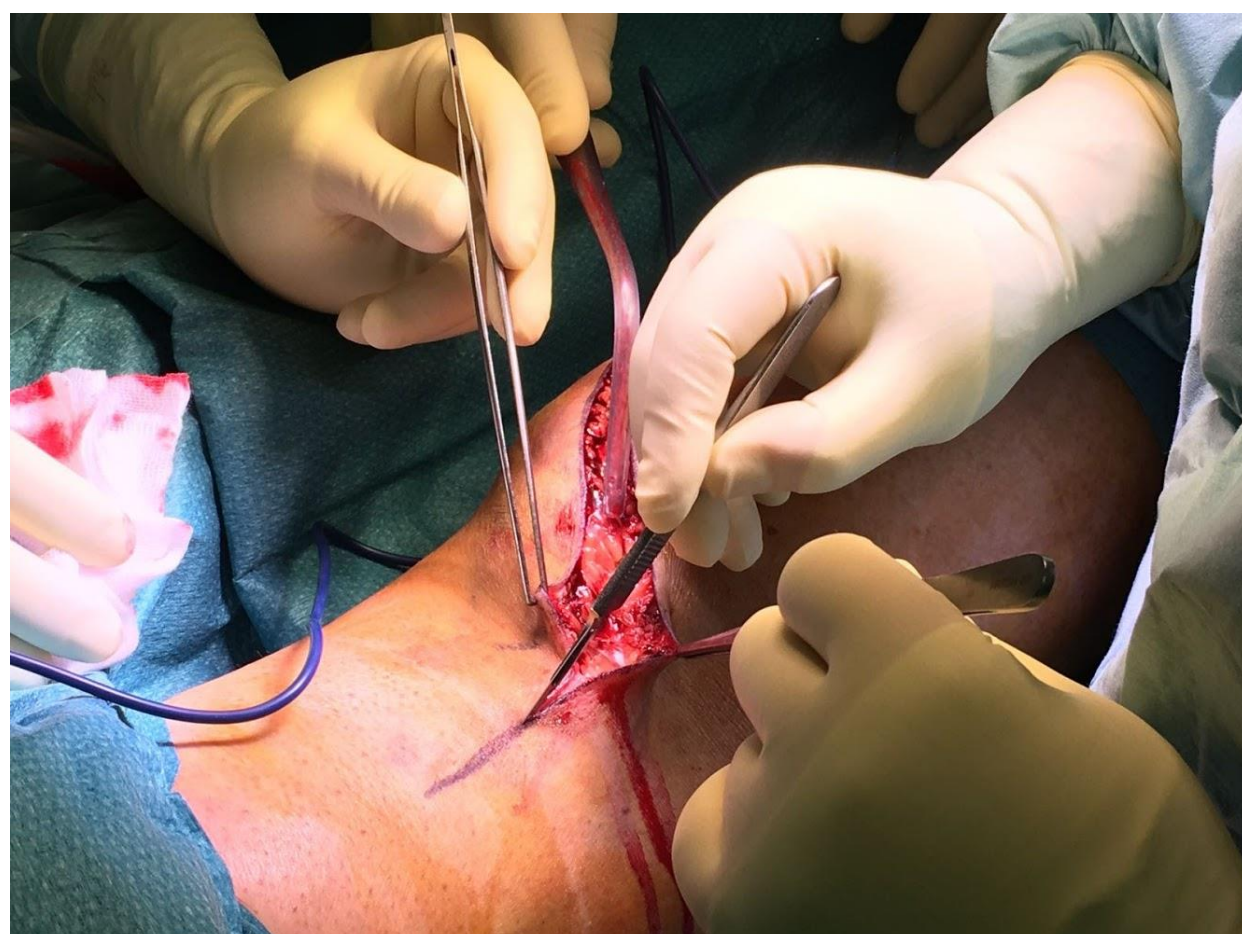
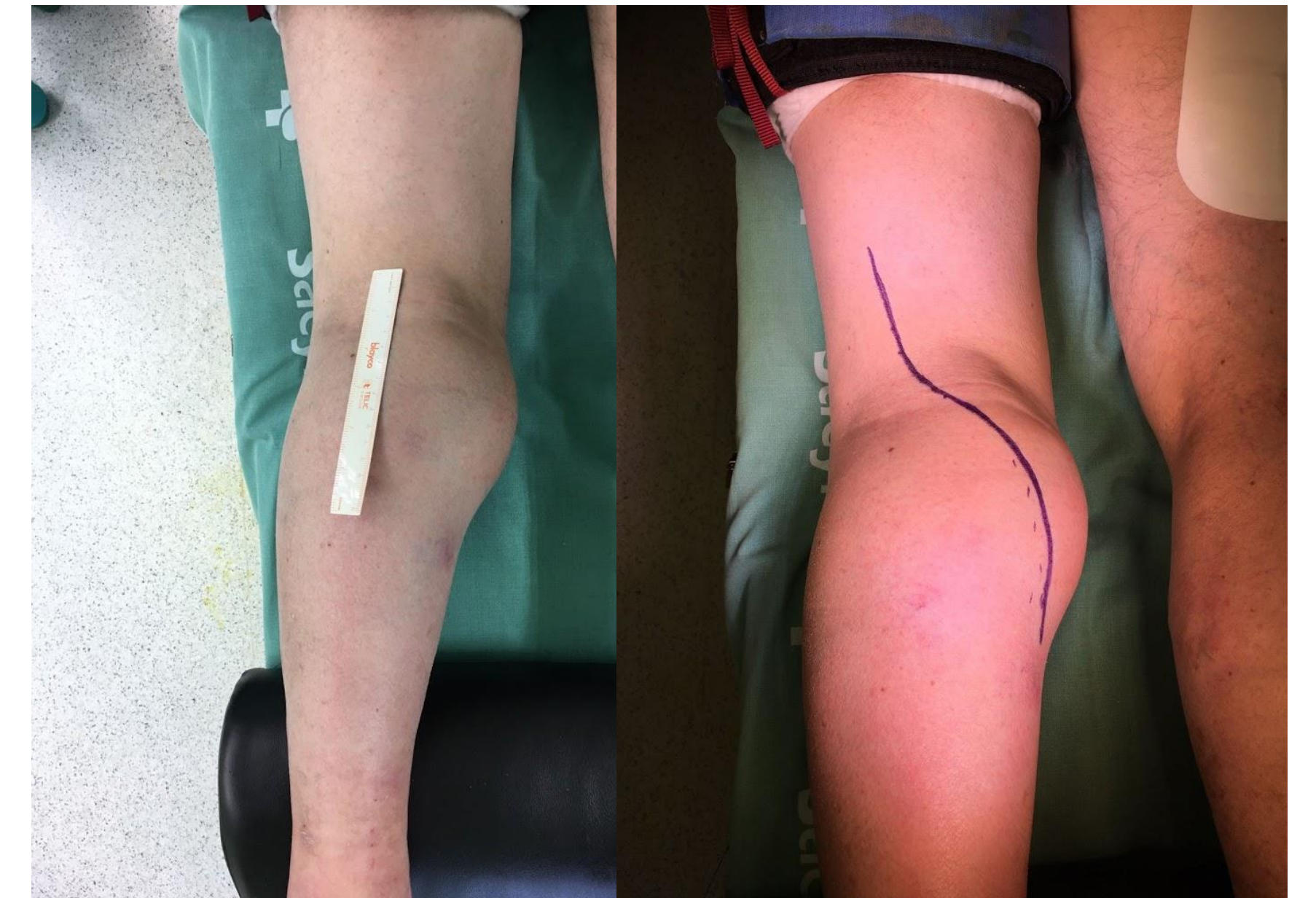
AUTORES: Juan José Morales Viaji, Alberto Delgado González, María Inmaculada Mora Fernández, María Elena López Díez, José Gregorio Arteaga Hernández, Jorge Cunchillos Pascual

INTRODUCCIÓN

El Sarcoma fibroblástico mixoinflamatorio (MIFS) es una lesión mesenquimal rara en tejido celular subcutáneo, de predominio distal en extremidades y adultos, puede confundirse con procesos inflamatorios o infecciosos, linfoma Hodgkin y diversos sarcomas. Tasas recidivas 20%–70% y metastásicas <2%.

MATERIAL/MÉTODO

Varón 64 años con tumoración dura 10 cm, de crecimiento rápido zona poplítea izquierda con congestión distal. Sospecha de Sarcoma vs quiste gigante Baker. El TC objetiva tumoración quística degenerada (sinoviosarcoma), descarta quiste de Baker pero recomienda RMN que describe lesión proliferativa intraquística (sinovitis villonodular pigmentaria o sinoviosarcoma), recomendando biopsia ecoguiada. La PAAF y BAG obtiene material quístico sin células malignas. Dada la alta sospecha, se realiza nueva BAG, obteniendo nuevamente material quístico pero sin poder descartar sarcoma de bajo grado.



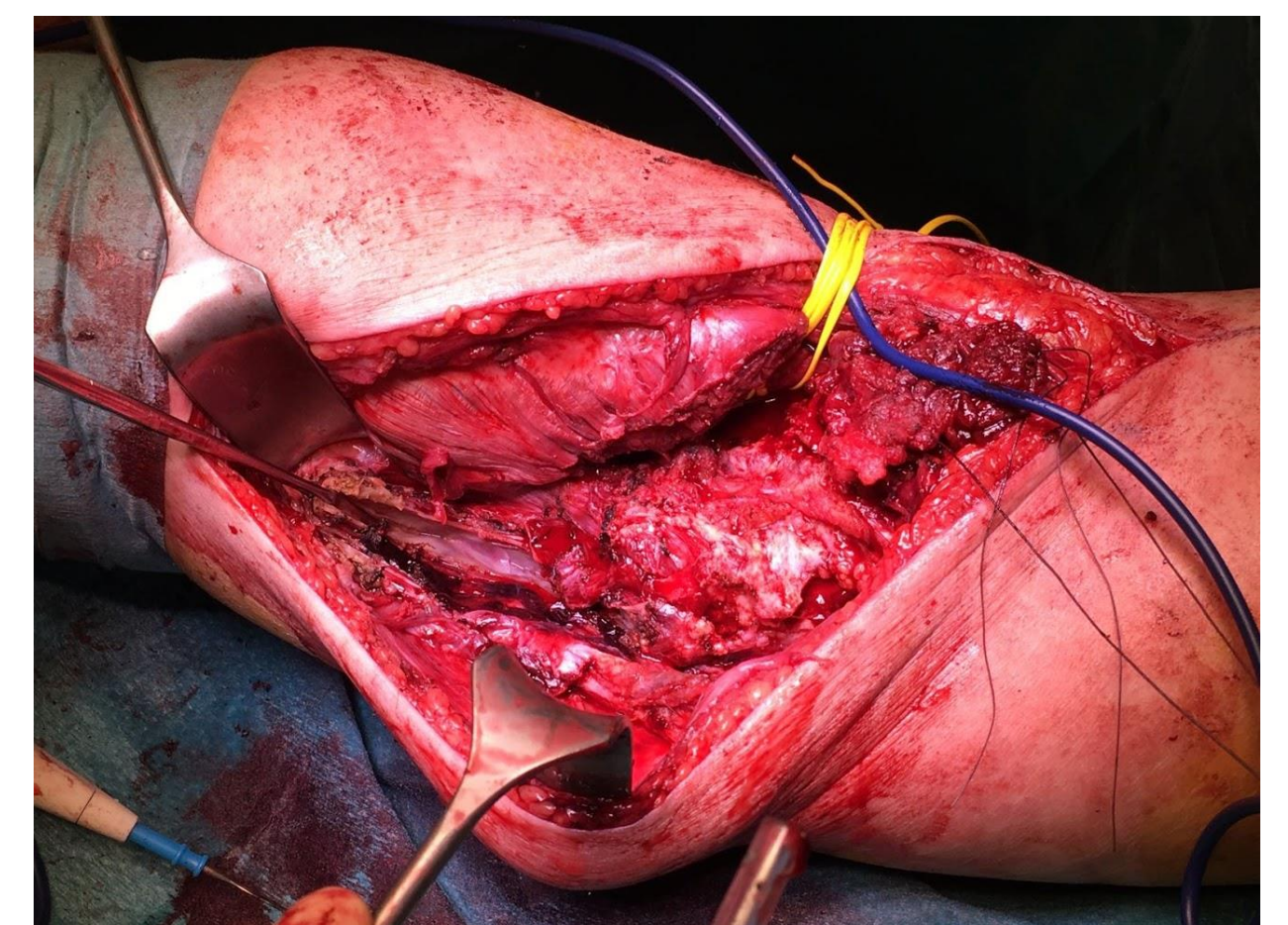
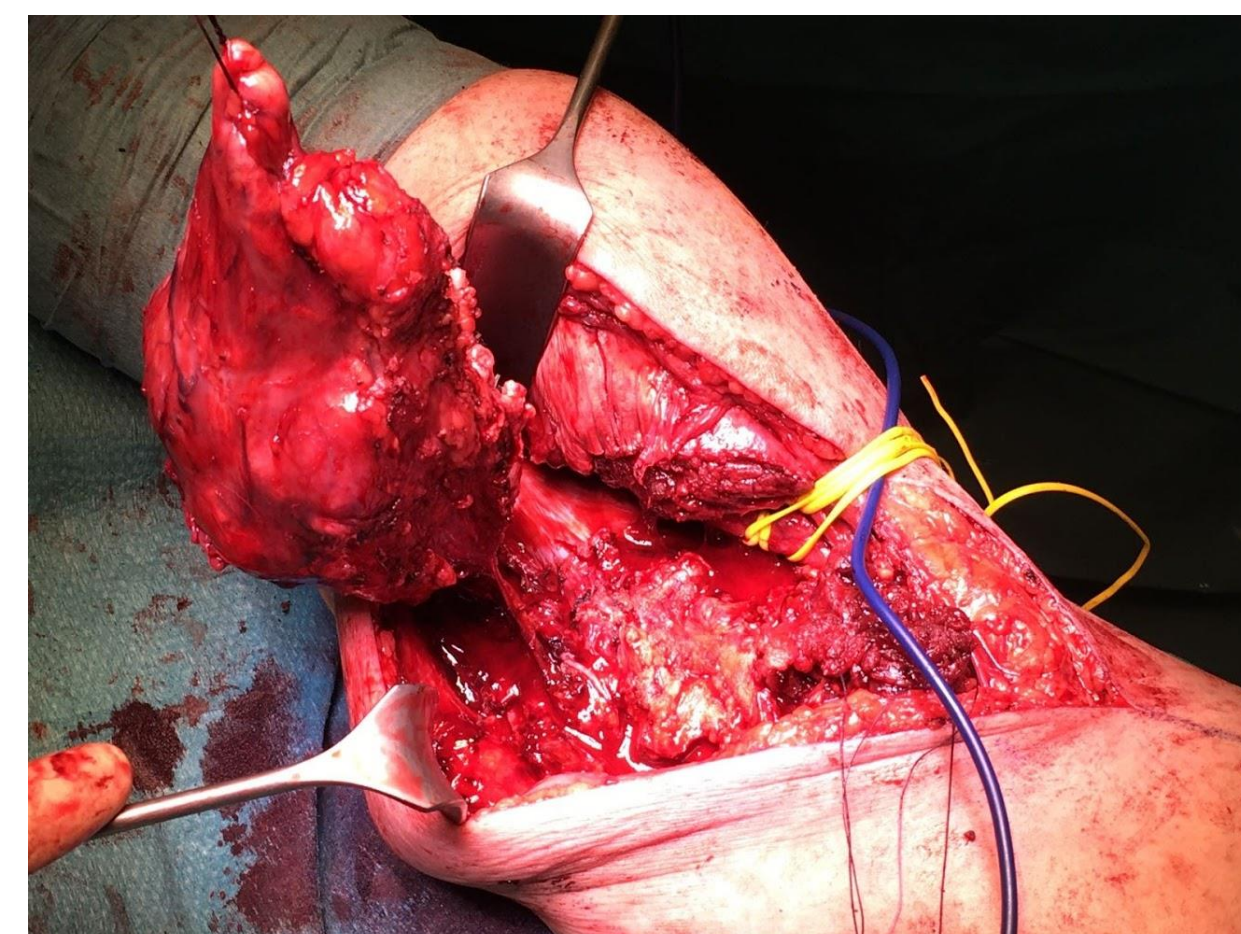
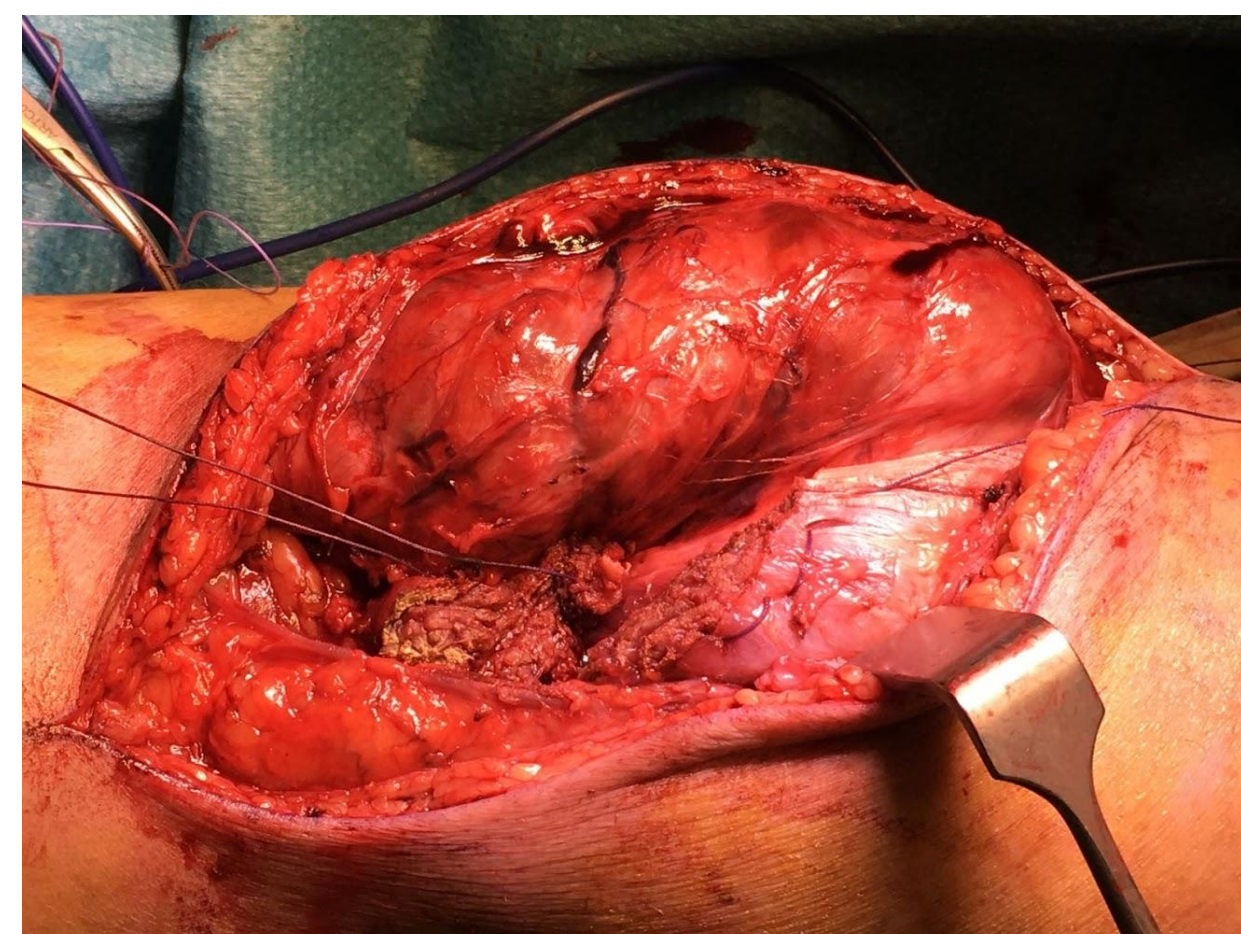
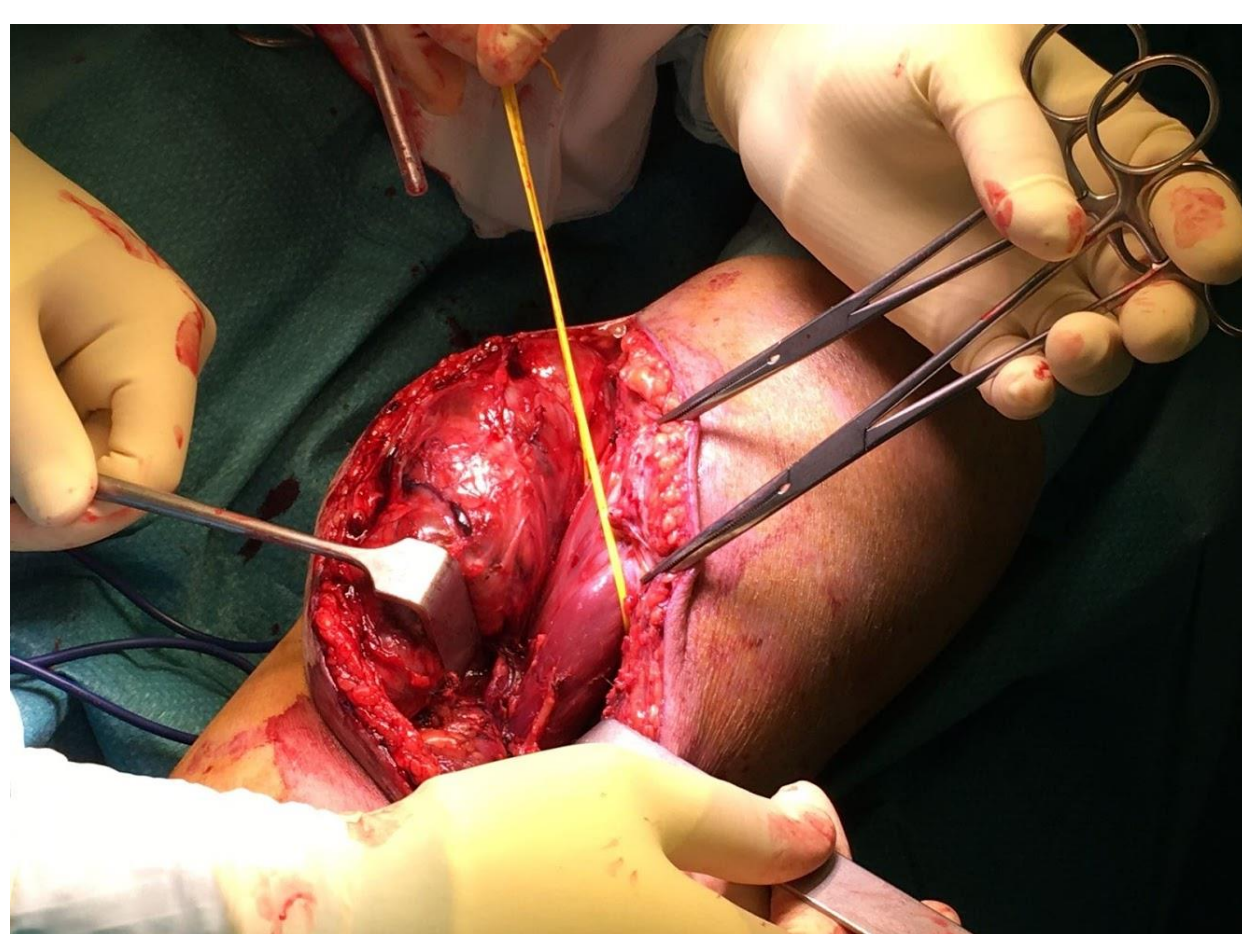
RESULTADOS

Tras exposición en el comité de tumores, se decide exéresis marginal por vía posterior sin isquemia aunque se preparó por la proximidad vascular, se realiza disección por planos, sección de la inserción lateral del gemelo y extirpación de la masa con apertura accidental de la cavidad quística. Se envía para estudio anatomopatológico.

El diagnóstico anatomopatológico concluyó MIFS (10' 5 x 9' 5cm), con infiltración adiposa circundante y focal de músculo estriado con Ki67 de 25%, sin evidencia de invasión vascular y un margen quirúrgico a 2mm.

Reevaluación en el comité tras resultados de AP, se decide completar con estudio de extensión. Con todo el estudio realizado se clasifica T2N0M0, con buena diferenciación y Estadio I.

La ampliación implicaría la amputación dada la cercanía neurovascular. Con el diagnóstico definitivo de AP, se decide radioterapia adyuvante en lecho (33 sesiones, dosis total 66 Gy) con intención radical.

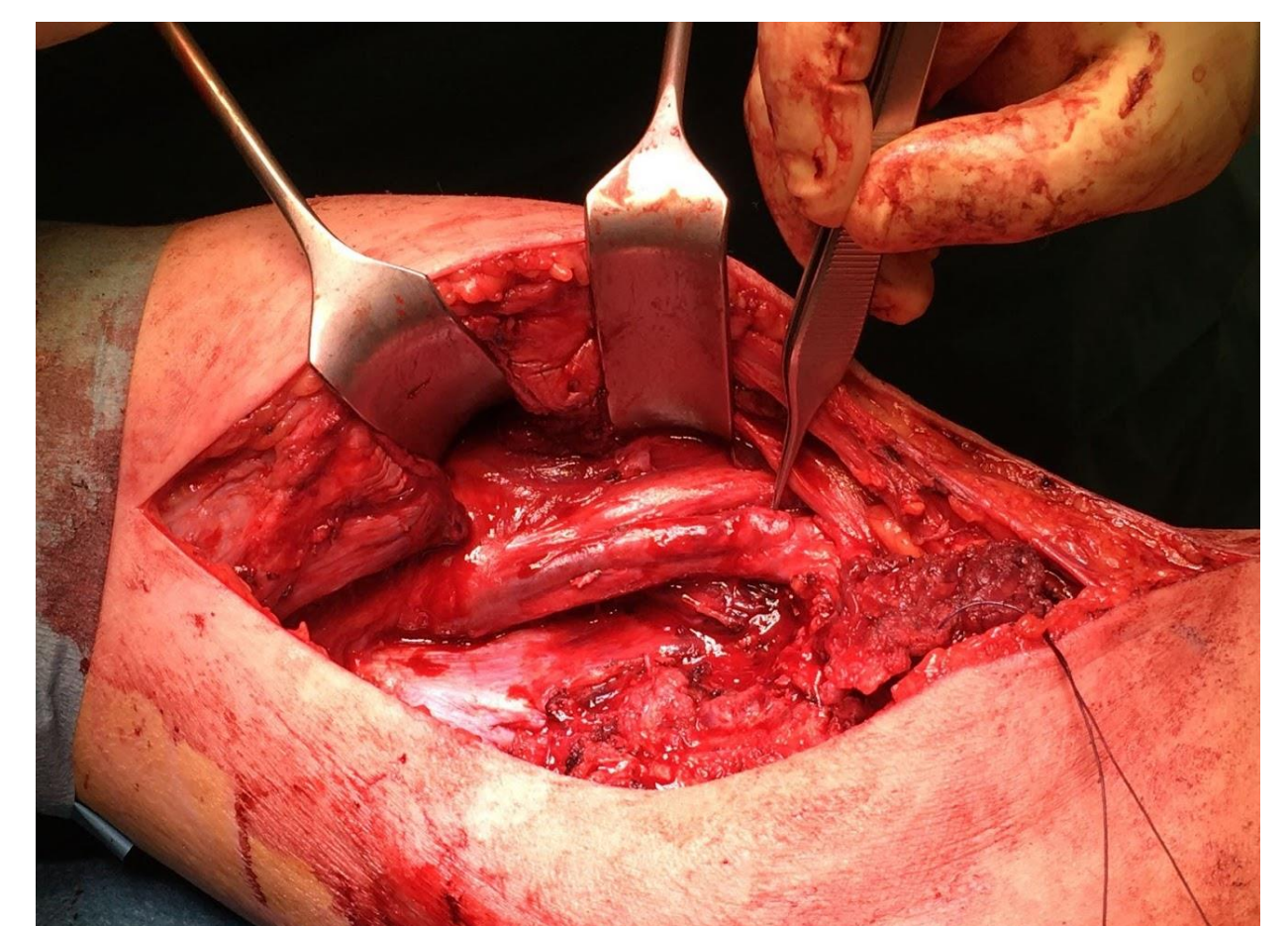


DISCUSIÓN

El MIFS tiene zonas muy heterogéneas, las pruebas complementarias pueden darnos resultados diversos, sin poder concretar o incluso retrasarnos el diagnóstico, teniendo dificultades iniciales para descartar ciertas entidades benignas.

Es muy importante mantener una alta sospecha, debido a la existencia de entidades como este sarcoma con zonas quísticas y sólidas que pueden retrasar el diagnóstico o incluso errarlo y provocar que nuestra planificación quirúrgica no se ajuste a nuestro paciente.

De ahí, la importancia del comité de tumores para discutir casos complejos o con dificultades para el diagnóstico y la protocolización de las actuaciones.



55 CONGRESO
secot