

Fibrosarcoma tras radiodermatitis crónica profesional de larga evolución

Sarcoma Caused By Long-time Occupational Cronic Radiodermatitis

^aF. Martínez Ubieto, ^bM.M.Fraj Valle, ^aJ. Lagos Lizan, ^aM.D. Arribas Del Amo,
^aE. Córdoba Díaz de Laspra, ^aM. Albiac Andreu, ^aA. Cay Diarte

^aServicios de Cirugía General y Digestiva y ^cAnatomía Patológica
Hospital de Alcañiz. Alcañiz. Teruel. España.

^bMedicina de familia. Atención primaria. Área 2. Zaragoza. España.

Correspondencia:

F. Martínez Ubieto

General Sueiro 37, 7ºE · 50008 Zaragoza · España

e-mail: fmubieto@wanadoo.es

La aparición de sarcomas tras radioterapia como tratamiento de otra neoplasia es un hecho bien conocido. También está descrito sobre radiodermatitis crónica en extremidades. Habitualmente se trata de tumores de extirpe epitelial del tipo de carcinomas epidermoides.

Sin embargo, es un hecho excepcional que sobre una radiodermatitis crónica aparezca un tumor de extirpe sarcomatosa tal y como se define al fibrohistiocitoma maligno, que fue el diagnóstico de nuestro caso. Este dato junto con el hecho que la radiodermatitis fuera de origen profesional en un médico jubilado que durante muchos años trabajó con aparatos de radioscopía sin la adecuada protección hacen ciertamente excepcional esta aportación.

Caso clínico

Paciente de 74 años de edad, médico especialista jubilado, visto en consulta por presentar lesiones de radiodermatitis crónica de muchos años de evolución y condicionadas por su actividad profesional, ya que durante muchos años utilizó radioscopias continuadas sin la protección adecuada. En las últimas semanas ha objetivado que a nivel del segundo dedo de la mano izquierda le aparece un tejido exuberante similar a un tejidos de granulación, fácilmente sanguínteo y que tras una sesión de electrocoagulación diatérmica volvió a recidivar.

El paciente no presentaba otros antecedentes de interés y la exploración muestra lesiones importantes de radiodermatitis en ambas manos con deformación importante de las falanges distales de todos los dedos y una lesión granulomatosa en segundo dedo de la mano izquierda (Figura 1). Ante la recidiva de dicha lesión se tomó una muestra para estudio microscópico que informó de neoplasia maligna de alto grado compatible con sarcoma pleomórfico (fibrohistiocitoma maligno).

La pruebas de extensión con analítica general y marcadores, Rx de tórax y TC cérvicoabdominal no mostraron datos de diseminación. Por ello se decidió practicar amputación del segundo dedo de la mano izquierda, sin que surgiera ninguna complicación. El estudio microscópico mostró una neoformación constituida por células de estirpe mesodérmica, marcadamente pleomórficas, a veces multinucleadas y ocasionalmente con grandes nucleolos, de patrón de crecimiento difuso que infiltraba ampliamente la dermis, tejidos blandos y alcanza epidermis ulcerándola extensamente y periostio de falange distal. El índice mitótico era elevado (15/10CGA) siendo muchas de las mitosis atípicas. Había extensas áreas de necrosis y hemorragia, no observándose imágenes inequívocas de invasión vascular. La piel adyacente mostraba hiperplasia pseudoepitelomatosa y lesiones tipo queratosis actínica. Las técnicas de inmunohistoquímica mostraron positividad de las células tumorales sólo para vimentina, siendo negativas para marcadores epiteliales, musculares, neurales-melánicos y vasculares. El diagnóstico fue de histiocitoma fibroso maligno pleomorfo. Los márgenes infiltrantes con invasión evidente de tejidos blandos y periostio y la necrosis tumoral extensa, no apoyaron el diagnóstico de fibroxantoma atípico ya que éstas características hacen que el tumor sea potencialmente capaz de metastatizar (Figura 2).

Consultado el Servicio de Oncología no indicó ningún tratamiento adyuvante, controlándose desde la intervención y estando libre de recidivas locales y generales a los dos años de la cirugía.

Comentario

Los sarcomas de partes blandas son neoplasias malignas originadas a partir de tejido conectivo, adiposo, muscular, sanguíneo o linfático, formando un grupo de tumores hetero-



Figura 1. Detalle macroscópico de la lesión.

géneo en cuanto a histología, localización y comportamiento clínico. Son tumores raros ya que representan menos del 1% de todos los tumores malignos en adultos. Se puede presentar a cualquier edad, por igual entre ambos sexos y sin predilección de razas[1].

Los sarcomas aparecidos como segundo tumor en pacientes a quienes se trató con radioterapia son bien conocidos. Las lesiones malignas iniciales más frecuentes son tumores de mama, sistema linfático, tumores malignos de cabeza y cuello y lesiones neoplásicas ginecológicas. El riesgo se incrementa a partir de dosis de 60-70 Gy, siendo una complicación tardía, con periodo de latencia variable entre 3 y 45 años. El tipo histológico más habitual es el fibrohistiocitoma maligno (alrededor del 20-25% de todos los casos). Aparece entre la quinta y séptima década con predominio en extremidades, seguido por el osteosarcoma, liposarcoma, leiomiosarcoma y rhabdomiosarcoma[1, 2].

Sin embargo, también se han descrito casos excepcionales como los tres descritos sobre 2049 pacientes que se trataron con radioterapia hasta 1968 por lesión ulcerosa gástrica con objeto de disminuir la secreción péptica ácida[3].

En casos de radiodermitis crónicas profesionales que afectan fundamentalmente las manos, las lesiones que suelen aparecer con neoplasias de extirpe epitelial. La aparición de sarcomas tales como el fibrohistiocitoma maligno

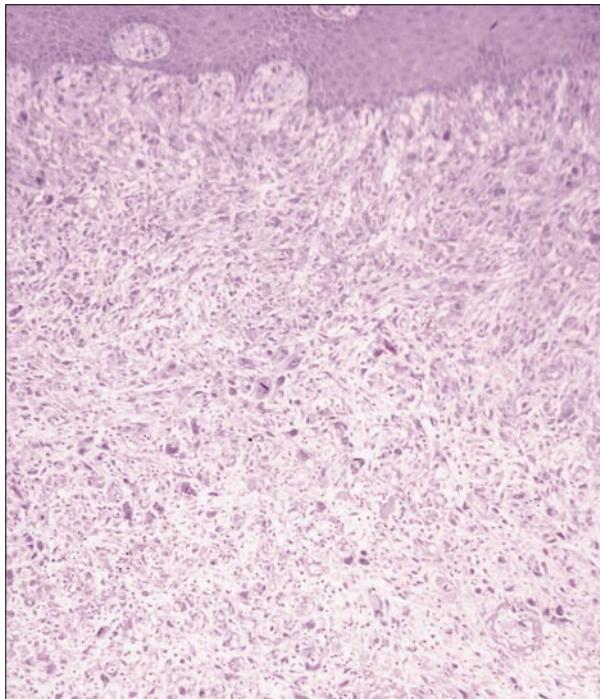


Figura 2. Fibrohistiocitoma maligno pleomorfo.

o el tipo fibroxantoma atípico que asienta en piel y de mejor pronóstico es muy infrecuente.

El tratamiento de este tipo de tumores es principalmente quirúrgico, aunque la radioterapia y la quimioterapia cuentan con indicación en el seno de terapias combinadas. Son tumores relativamente radiorresistentes, requiriendo dosis altas para conseguir respuesta, por encima de 65 Gy. En cuanto a la quimioterapia sólo se han mostrado eficaces la adriamicina, la dacarbacina y la ifosfamida 6. Con un tratamiento adecuado, la supervivencia alcanza el 50% a los cinco años, siendo hasta del 70% en los sarcomas localizados en extremidades, mientras que no supera el 30% en los localizados en retroperitoneo[4].

Los factores pronósticos más importantes son la presencia de metástasis en el momento del diagnóstico, tamaño y grado histológico del tumor y la radicalidad de la cirugía[4, 5, 6].

Bibliografía

1. Brenan MF, Casper ES, Harrison LB. Soft-tissue sarcomas. En: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *Cancer: principles and practice of oncology*. Philadelphia: Lippincott, 1997; 1738-1788.
2. Sheppard DG, Libshitz HI: Post-radiation sarcomas: A review of the clinical and imaging features in 63 cases. *Clin Radiol*, 2001; 56: 22-29.
3. Lieber MR, Winans CS, Griem ML, Moossa R, Elner VM, Franklin WA: Sarcomas arising after radiotherapy for peptic ulcer disease. *Dig Dis Sci* 1985, 30:593-9.
4. Brady MS, Gaynor JJ, Brennan MF: Radiation-associated sarcoma of bone and soft tissue. *Arch Surg* 1992, 127:1379-85.
5. Patel SR: Radiation-induced sarcoma. *Curr Treat Options Oncol*. 2000, 1:258-61.
6. Zamora P, Espinosa E, de Castro J. Factores pronóstico en los sarcomas de partes blandas. En: González Barón M, et al, eds. *Factores pronósticos en oncología*. Madrid: Interamericana-Mc Graw Hill, 1995; 269-286.