



ESCAPULECTOMÍA TOTAL EN PACIENTE CON MIXOFIBROSARCOMA SUBESCAPULAR SIN ENFERMEDAD A DISTANCIA

Pablo Martín Vélez, M^a Ángeles Ayala Rodrigo, M^a Rosario Muñoz Ortus, David Solano Miranda, David González Martín, Pedro Cortés García.
Hospital Universitario de Canarias (HUC), La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España.

INTRODUCCIÓN

Los sarcomas de partes blandas son una enfermedad poco frecuente, con una incidencia de 2-3/100.000 casos nuevos al año. Globalmente comprenden menos del 1% de todos los tumores malignos y un 2% de la mortalidad por cáncer. La edad de máxima incidencia se sitúa en los 50 años. La supervivencia a los 5 años en Europa para los sarcomas de partes blandas no viscerales es del 60%. Nuestro objetivo es poner en valor la **cirugía ampliada con resección de barreras y conservación de miembro** en mixofibrosarcoma de localización subescapular.

CASO CLÍNICO

Presentación de un caso clínico de un paciente perteneciente al área de salud del Hospital Universitario de Canarias. Varón de 27 años, sin más antecedentes personales de interés, con diagnóstico de **mixofibrosarcoma subescapular derecho de 10 x 10 x 5,5 cm, sin enfermedad a distancia** en el estudio de extensión. Derivado a consulta hospitalaria de oncología con el diagnóstico de imagen de RMN en agosto de 2018. Tratado de forma multidisciplinar a través del comité de sarcomas, son realizadas las pruebas diagnósticas, estudio de extensión y biopsia, tratamiento neoadyuvante con quimioterapia y radioterapia y es finalmente operado en enero de 2019. Cuestionario de funcionalidad modificado MSTS que incluye seis parámetros: movilidad, dolor, estabilidad, deformidad, fuerza y actividad funcional.

RESULTADOS

Tras el tratamiento neoadyuvante y la ausencia de enfermedad a distancia se decide llevar a cabo el tratamiento quirúrgico. El sarcoma se encuentra en el espesor del músculo subescapular, en íntimo contacto con musculatura vecina y cortical escapular. Se realiza **exéresis ampliada de escápula completa (resección intraarticular de Tinkhoff-Linberg tipo III)**, supraespinoso, infraespinoso, redondo menor y como márgenes redondo mayor y serrato mayor. Suspensión de húmero a cuarto distal de clavícula a través de túnel óseo y uso de tendón tibial anterior de banco de huesos. Sin complicaciones perioperatorias ni postoperatorias, se obtienen márgenes quirúrgicos negativos (R0) en el estudio de anatomía patológica. Puntuación MSTS 3 meses postoperatoria de 15.

CONCLUSIONES

En vista del resultado, sugerimos ante sarcomas de partes blandas de localización subescapular sin enfermedad metastásica, la realización de escapulectomía total (resección intraarticular Tinkhoff-Linberg tipo III) con criterios oncológicos, tras neoadyuvancia con quimioterapia y radioterapia.

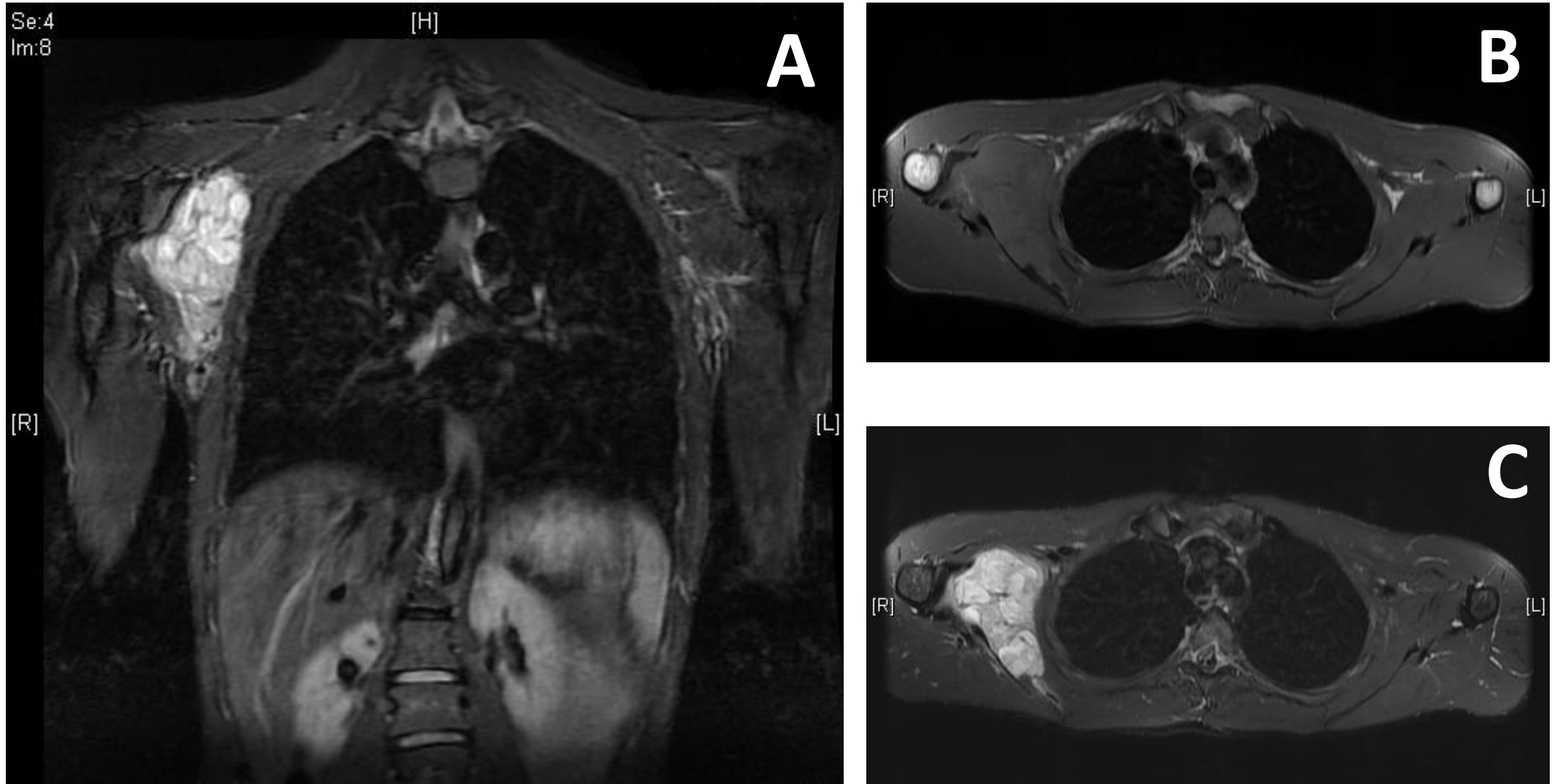


Figura 1. Imágenes de RMN, que objetivan tumoración que infiltra por completo al músculo subescapular, marcadamente hiperintenso en T2 e intenso realce en fase arterial tras la administración de gadolinio. **A:** corte coronal, tras administrar gadolinio. **B:** corte axial previo a la administración. **C:** corte axial tras la administración de gadolinio.



Figura 2. A: vista anterior del diseño del abordaje quirúrgico para la exéresis ampliada de escápula completa. **B:** vista de extensión posterior del mismo abordaje quirúrgico.

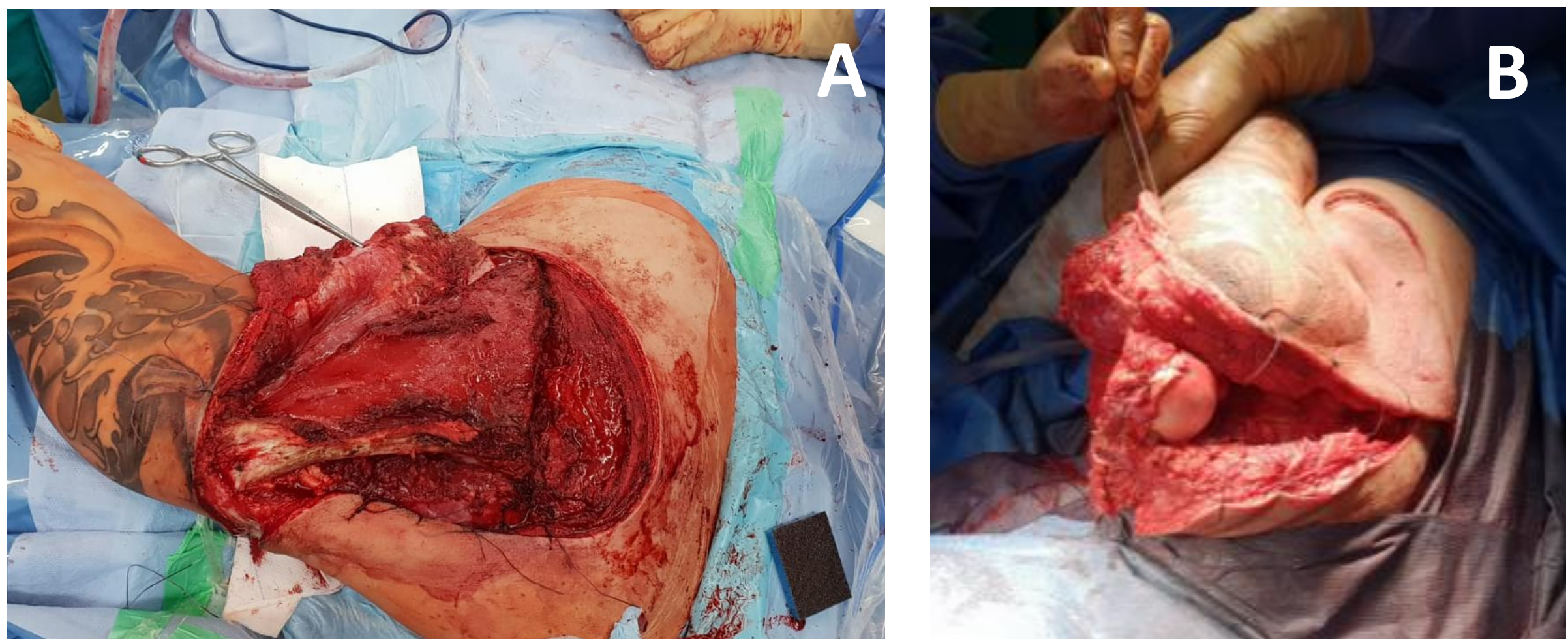


Figura 3. Imágenes intraoperatorias **A:** se observa la espina de la escápula, músculos infraespinoso y supraespinoso, paso previo a la resección tumoral **B:** realizada la tenosuspensión mediante tunelización del tendón tibial anterior de banco de huesos a través de húmero proximal y cuarto distal de clavícula.

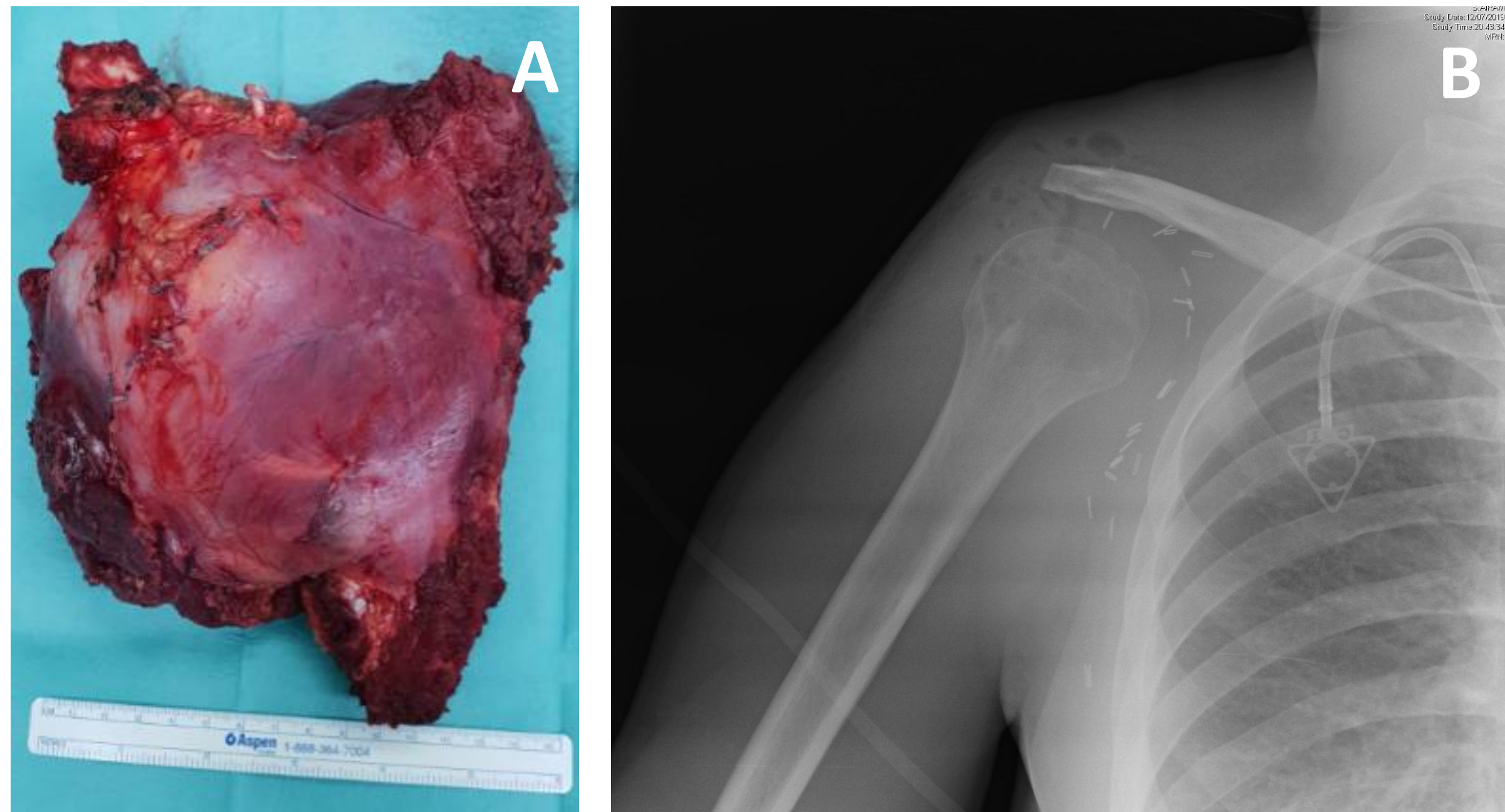


Figura 4. A: Imagen postoperatoria de la pieza tumoral entera de 10 x 10 x 5,5 cm de diámetros CC, ML y AP. **B:** Radiografía postoperatoria, realizada con el hombro en cabestrillo, en la que se visualiza la competencia de la tenosuspensión realizada.