

## Artículo original

# Estudio descriptivo de las características epidemiológicas, patológicas y de tratamiento en pacientes tratados por Sarcoma en el Instituto Oncológico Nacional de Panamá desde 2004 al 2011.

Yassir Ruiz Guardia\*, Dra. Lois Victoria González\*.

**Palabras claves:**

sarcoma, neoplasia, subtipos histológicos.

**Keywords:**

sarcoma, neoplasia, histologic subtypes

*Instituto Oncológico Nacional.  
Panamá\**

*Correspondencia:  
Yassir Ruiz Guardia:  
yassirruiz@cwpanama.net*

**Resumen**

Dado que en Panamá no existen datos para caracterizar el comportamiento clínico y epidemiológico de los pacientes con diagnóstico de Sarcoma, se plantea este estudio para conocer al respecto. Se presenta una serie de 105 casos de sarcoma que tenían edad promedio de 49,5 años. El síntoma más frecuente fue la presencia de masa, cuyo diámetro promedio fue de 12.4 cms., mayormente localizado en compartimentos profundos. La estirpe histológica fue el liposarcoma. La mayor parte de los pacientes recibieron el tratamiento estándar de cirugía y radioterapia. 12.4% de los pacientes tuvieron recurrencia local y 16.1 % recurrencia a distancia. La localización más frecuente fue en miembros inferiores.

**Abstract**

Given that in Panama there is no data to characterize the clinical and epidemiological behavior of patients with Sarcoma diagnosis; there is this study to know in this respect. Presents a series of 105 cases of sarcoma that had average age of 49.5 years. The frequent month symptom was the presence of mass, whose average diameter was 12.4 cm. mostly located in deep bays. The histological lineage was liposarcoma. Most of the patients received the standard treatment of surgery and radiotherapy. 12.4% of patients had local recurrence and 16.1% distant recurrence. The most frequent location was in lower limbs.

Sarcoma es un grupo heterogéneo de neoplasias de origen mesenquimatoso que comprende el 1% de los tumores en adultos y 15% de los tumores en pacientes pediátricos. Un 80% de los sarcomas se originan en tejidos blandos y 20% de hueso. Existen más de 50 subtipos histológico y genéticamente distintos, lo que hace difícil entender su comportamiento y es motivo de la escasa literatura al respecto[1].

Actualmente no existen estudios ni reportes de la incidencia y otras características de los sarcomas diagnosticados y tratados. En el Registro Nacional del Cáncer del Ministerio de Salud de Panamá se registraron 47 casos de Tumores malignos de otros tejidos conjuntivos y de tejidos blandos[2].

En Estados Unidos, en el 2014, se estiman 12020

casos nuevos de tumores de tejidos blandos con 4740 muertes[3]. Es difícil establecer las cifras estadísticas a nivel mundial ya que la base de datos está organizada según sitio anatómico y no por histología[4].

El objetivo general de esta investigación es describir la frecuencia de casos de Sarcoma atendidos en el Instituto Oncológico Nacional desde el año 2004 al 2011, sus características generales e histológicas, los tratamientos recibidos y los eventos ocurridos a los pacientes durante su seguimiento.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se elaboró el protocolo de investigación que fue aprobado por la Subdirección de Docencia del Instituto

R M P

2014; Volumen 34: (39-42).

Oncológico Nacional, siendo aprobado por la misma. Se siguieron las recomendaciones de la Declaración de Helsinki: en la base de datos recopilada solo se anota el número de cédula y las iniciales con el objetivo de verificación futura de la información.

#### Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de sarcoma tratados en el Instituto Oncológico Nacional desde 2004 hasta 2011.
- Pacientes con revisión de biopsia que confirme presencia de Sarcoma.

#### Criterios de exclusión:

- Pacientes cuyo expediente no fue encontrado en la Sección de Archivos Médicos de la Institución.
- Pacientes con revisión de biopsia que descarte presencia de Sarcoma.
- Pacientes sin revisión de biopsia.

Los archivos digitales mostraron 341 casos con diagnóstico de Sarcoma y 56 casos con diagnóstico de Sarcomas Óseos.

Hubo dificultad en la recolección de los datos. Se revisaron 150 expedientes de los cuales se excluyeron 45 casos, 25 casos no presentaban diagnóstico de sarcoma, y en 20 casos no se contaba con la revisión histológica al momento de la evaluación. La fecha del último seguimiento registrado fue 31 de enero de 2013.

## RESULTADOS

Analizamos 105 casos: 47 hombres y 58 mujeres, la edad media fue de 48 años (1–88 años) y la promedio de 49.5 años. 90 (85.7%) pacientes contaban con Seguro Social. Diez pacientes tenían antecedentes de cáncer en el primer grado de consanguinidad, 1 paciente, en el segundo grado, 42 pacientes negaron antecedentes y 1 desconocía su presencia.

En 51 casos no se consignó esta variable. En 48 casos no se consignó presencia de factores de riesgo, 31 pacientes negaron los mismos, 10 reportaron consumo de tabaco, 1 de alcohol, 3 pacientes asociaron los síntomas a trauma previo, 4 pacientes reportaron tumoración de larga data, 1 paciente recibió radioterapia en el lugar de la tumoración y hubo 3 recurrencias.

Como estudio inicial en el hospital de origen, a 14 pacientes se les realizó Resonancia Magnética, 31 to-

Figura 1.

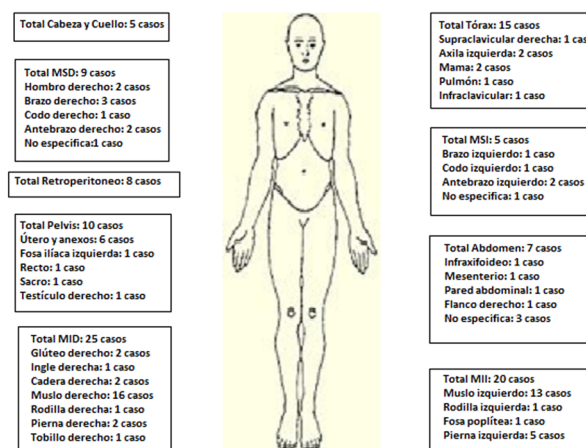
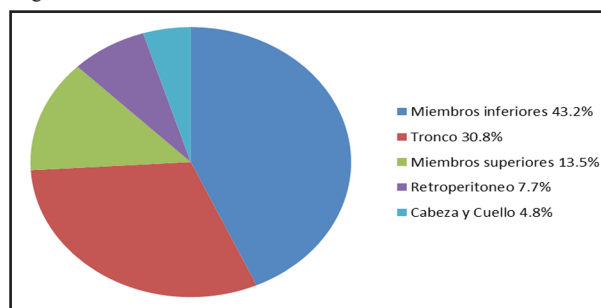


Figura 2.



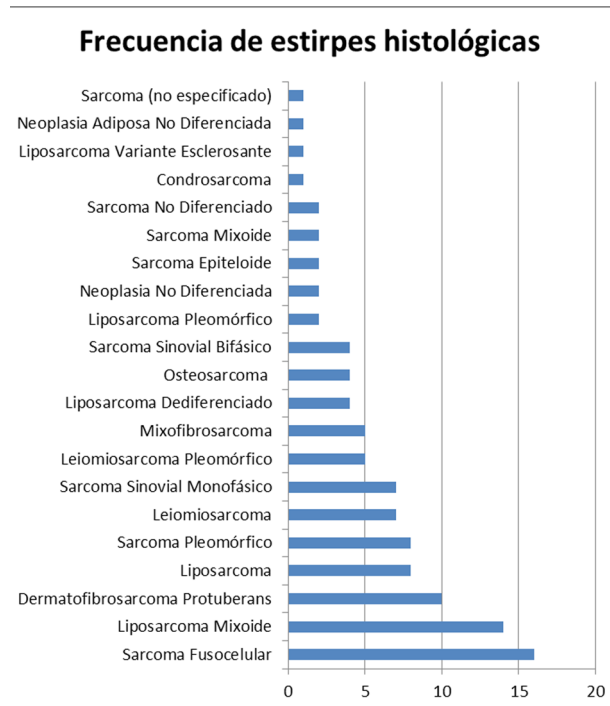
mografías, 5 ultrasonidos, 4 radiografías y 5 pacientes se realizaron medidas clínicas. Cinco pacientes no tuvieron evaluación inicial y en 38 casos no se indica

El síntoma más frecuente fue la presencia de masa en 74 casos, seguido por dolor en 16 casos, 2 casos asintomáticos y no se reportó síntoma cardinal en 9 casos. El tiempo medio de evolución fue de 12 meses (1 mes a 23 años) y el promedio fue de 25 meses.

La localización anatómica más frecuente fue miembros inferiores, seguido del tronco, miembros superiores, retro peritoneo y cabeza y cuello. Figuras 1 y 2.

En cuanto al tamaño del tumor el diámetro medio fue 10 cm (2–42.9 cm) y el promedio 12.4 cm. En 37 pacientes el tumor se localizaba en compartimientos superficiales y en 43 pacientes se localizaba en profundos, uno se encontraba en mediastino y otro en abdomen sin mayor especificación. No hay registro en 23 casos, En 21 casos se realizó resección tumoral completa y en 83 casos se realizó biopsia como procedimiento inicial. En 1 caso no se especificó procedimiento realizado. Ocho casos fueron derivados de hospitales privados, 38 casos

Figura 3: Frecuencia de estirpes histológicas.



de los hospitales del Seguro Social y 26 casos de hospitales del Ministerio de Salud. Solamente 3 casos fueron manejados inicialmente por un Cirujano Oncólogo.

### Histopatología

La figura No 3 muestra la frecuencia de las diferentes estirpes histológicas encontradas. De estos casos, se realizó confirmación con inmunohistoquímica en 23 casos inicialmente y se complementaron en otros 33 casos.

### Tratamiento

Luego de la confirmación histológica se realizó ampliación de márgenes en 18 casos, 20 amputaciones, 9 nuevas biopsias, 6 resecciones compartamentales, 22 resecciones tumorales. En 30 casos no se realizó cirugía adicional. En 62 casos, la decisión quirúrgica se realizó en el Instituto Oncológico Nacional.

El tiempo medio de duración de la radioterapia fue 42 días, la causa más frecuente de interrupción fue la espera del inicio de la segunda fase, la dosis media fue de 50 Gy en un número medio de fracciones de 25y la energía más utilizada fueron fotones de 6 MV. Solo se reportó 4 casos de radiodermitis. En 36 casos se reporta ausencia de toxicidad y en el resto de los casos no se indica presencia o ausencia de efectos colaterales. En 17

casos se administró quimioterapia, en 7 casos se reportó toxicidad a la quimioterapia.

### Resultados oncológicos

Se reportaron 13 casos (12.4%) con recurrencia local con tiempo medio de recurrencia de 27 meses (4 meses a 10 años); hubo 17 (16.1%) casos de recurrencia a distancia con tiempo medio de recurrencia a distancia de 32 meses (1 mes a 10 años).

En esta serie solo hay registrada una muerte debido a metástasis a los 38 meses de realizado el primer tratamiento. Hay 30 casos en se discontinuó el seguimiento por lo que no se puede realizar una estimación del tiempo de supervivencia.

## DISCUSIÓN

El número de expedientes revisados fue inferior a lo esperado, en base al porcentaje respecto a la cantidad de tumores malignos que se describe en la teoría. El tamaño medio fue mayor a 5 cm[8].

La extremidad inferior fue la localización más frecuente, similar a lo reportado en otros estudios[9]. En nuestra serie tenemos un menor porcentaje en sarcomas de retro peritoneo (en comparación a 10 a 20% en otras series)[10], igual que cabeza y cuello[11] y una mayor frecuencia en tronco[12] y en tórax los cuales son reportados como raros en otros estudios[13]. Solamente un paciente reportó presencia de tumoración en tejido radiado (0.95%) que es mayor a lo reportado: 0.03 a 0.2%[14].

Según la clasificación de Sarcomas de la Organización Mundial de la Salud[15], el grupo más frecuentes es el Lipomatoso, tal como se establece en los textos clásicos[7], seguidos del Fibrohistiocítico. Llama la atención la alta frecuencia de Dermatofibrosarcoma Protuberans en comparación con lo reportado en la literatura [16, 17]. La diferencia entre el tiempo medio y el tiempo promedio de evolución nos habla de una distribución no normal. Sin embargo, esta variable, el tamaño medio de las tumoraciones y los síntomas más frecuentes, presentan un patrón similar a lo descrito en otros estudios[18].

Los pacientes recibieron el estándar de tratamiento que consiste en cirugía y radioterapia (quimioterapia solo en casos seleccionados)[8].

El tiempo de recurrencia local (12.4%) es inferior al reportado en la literatura aproximadamente 30%. Lo mismo ocurre con el tiempo de recurrencia a distancia

(16.1%) que es menor al 1 40% reportado en otras series[12].

## CONCLUSIÓN

1- En cuanto a la frecuencia de casos según localización anatómica, el más frecuente fue en miembros inferiores.

2- El síntoma más frecuente fue la presencia de masa, la que se encontraba mayormente en compartimentos profundos.

3- La estirpe histológica más frecuentemente hallada fue el liposarcoma.

4- El tratamiento estándar de cirugía y radioterapia se aplicó a la gran mayoría de pacientes.

## REFERENCIAS

- [1] Lewin J, Puri A, Quek R, Ngan R, Alcasabas AP, Wood D, Thomas D. Management of sarcoma in the Asia-Pacific region: resource-stratified guidelines. *Lancet Oncol* 2013; 14: e562.
- [2] República de Panamá Ministerio de Salud Registro Nacional del Cáncer. Principales causas de tumores malignos en la República de Panamá, año 2009. Visto el 28.1.14 en: <http://190.34.154.93/rncp/sites/all/files/BOLETIN%20PUBLICADO-%20TUMORES%20OFICIALES%202009.pdf>.
- [3] Siegel R, Ma J, Zou Z, Jemal A. Cancer statistics 2014. *CA Cancer J Clin* 2014; 64: 9.
- [4] Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 11. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Visto el 03.04.14 en: <http://globocan.iarc.fr>.
- [5] Gottschalk A, Ganjoo K, Schupak K, Locke T. Tumors of bone and soft tissue. Chapter 59 then: Hoppe R, Phillips T, Roach M. Leibel and Phillips Textbook of Radiation Oncology. Third edition. Elsevier Saunders Philadelphia, 2010.
- [6] Benjamin R, Pisters P, Helman L, Bramwell V, Rubin B, O'Sullivan B. Sarcomas of soft tissue. Chapter 97 then: Abelloff M, Armitage J, Niederhuber J, Kastan M, McKenna W. Abelloff's Clinical Oncology. Fourth edition. Churchill Livingstone Elsevier. Philadelphia, 2008.
- [7] Ray M, McGinn C. Soft tissue sarcoma (excluding retroperitoneum). Chapter 8 then: Halperin E, Perez C, Brady L. Perez and Brady's Principles and Practice of Radiation Oncology. Fifth edition. Lippincott, Williams & Wilkins, 2008.
- [8] Blay JY, Le Cesne A. Adjuvant chemotherapy in localized soft tissue sarcomas: still not proven. *Oncologist*. 2009; 14:1013.
- [9] Colleran G1, Madewell J, Foran P, Shelly M, O'Sullivan PJ. Imaging of soft tissue and osseous sarcomas of the extremities. *Semin Ultrasound CT MR*. 2011; 32: 442.
- [10] Kumarasamy NA, Gayer G. Retroperitoneal sarcomas. *Semin Ultrasound CT MR* 2011; 32: 422.
- [11] O'Neill JP, Bilsky MH, Kraus D. Head and neck sarcomas: epidemiology, pathology, and management. *Neurosurg Clin N Am*. 2013; 24: 67.
- [12] Cutts S, Andrea F, Piana R, Haywood R. The management of soft tissue sarcomas. *Surgeon*. 2012; 10: 25.
- [13] Foran P, Colleran G, Madewell J, O'Sullivan PJ. Imaging of thoracic sarcomas of the chest wall, pleura, and lung. Imaging of thoracic sarcomas of the chest wall, pleura, and lung. *Semin Ultrasound CT MR*. 2011; 32: 365.
- [14] Thariat J, Italiano A, Collin F, Iannessi A, Marcy PY, Lacout A, Birtwisle-Peyrottes I, Thyss A, Lagrange JL. Not all sarcomas developed in irradiated tissue are necessarily radiation-induced-spectrum of disease and treatment characteristics. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2012; 83:393.
- [15] WHO classification of soft tissue tumors. Visto el 25.4.14 en <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/pat-gen/bb5/bb5-classifsofttissue.pdf>
- [16] Castle KO, Guadagnolo BA, Tsai CJ, Fie BW, Zagars GK. Dermatofibrosarcoma protuberans: long-term outcomes of 53 patients treated with conservative surgery and radiation therapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2013; 86: 585.
- [17] Stamatakis M, Fyllos A, Siafogianni A, Ntzeros K, Tasiopoulou G, Rozis M, Kontzoglou K. Dermatofibrosarcoma protuberans: a rare entity and review of the literature. *J BUON*. 2014; 19:34.
- [18] Ilaslan H, Schils J, Nageotte W, Lietman SA, Sundaram M. Clinical presentation and imaging of bone and soft-tissue sarcomas. *Cleve Clin J Med*. 2010; 77 Suppl 1:S2.