

Noticias de Grupos de Trabajo SEOM



Una iniciativa de la SEOM para Residentes y Adjuntos Jóvenes

+mir pone en marcha su Banco de Imágenes en la web

Desde el Grupo +MIR se ha elaborado una plataforma en la que es posible encontrar diferentes recursos on-line con los que complementar la formación en Oncología tanto para médicos residentes y médicos adjuntos jóvenes socios de la SEOM.

Una de estas aplicaciones es el Banco de Imágenes, mediante el cual poder comunicar y disfrutar de esos casos que a menudo nos sorprenden y al mismo tiempo nos forman. Estas imágenes llamativas pero de perfil docente, se

podrán utilizar en las sesiones y exposiciones de los residentes y adjuntos citando la fuente tal y como se mostrará en cada imagen.

Uno de los casos publicados online será seleccionado trimestralmente para desarrollarlo y publicarlo en la sección de "Imagen en Oncología", de la revista Formación Médica Continuada (FMC). Este caso será premiado con 100 euros para el primer autor del mismo.

Bases de participación:

- El primer autor deberá ser Socio (o haber enviado toda la documentación necesaria para ser Socio) de SEOM y residente o adjunto joven (hasta cinco años tras finalización de la residencia).
- Máximo 3 autores por imagen.
- Se podrá remitir una o máximo dos imágenes por cada caso.
- Se podrá remitir como máximo un caso por mes como primer autor, no límite como co-autor.
- Las imágenes deberán ser originales (no publicadas previamente) y no podrán haber sido manipuladas. Se aceptan retoques para mejorar su calidad o eliminar datos de identificación del paciente.
- No debe poderse identificar al paciente mediante la imagen. En los casos que pueda no cumplirse este requisito, se precisará un consentimiento por escrito del paciente permitiendo su publicación.
- Previamente a su publicación la imagen será revisada por un comité editorial valorándose si se cumplen los criterios establecidos y que la calidad de la imagen y del texto sea adecuada. Habrá tres opciones tras el envío: Aceptación, Aceptación con cambios, Rechazo. En caso de no estar de acuerdo con la decisión del revisor se podrá apelar, siendo el caso revisado entonces por el Editor en Jefe que emitirá una decisión inapelable.
- Una vez publicado, se emitirá un documento certificando la publicación on-line que se mandará por e-mail a los autores para uso curricular.
- Se premiará un caso al trimestre con 100 euros y se publicará en la revista Formación Médica Continuada en Oncología.



Del mismo modo, las bases de participación para enviar imágenes al Banco pueden consultarse en <http://www.seom.org/blogs/masmir/galeria-de-fotos/bases-de-participacion-al-banco-de-imagenes/> Cualquier consulta al respecto o el envío de las imágenes para publicar en el Banco puede enviarse a bancoimagenes@seom.org

Proyecto Ganador del 3º Premio del II Concurso +mir de Casos Clínicos

Dra. Ana Belén Custodio Carretero, del Hospital Clínico Universitario San Carlos de Madrid

caso clínico

“Mujer con masa pélvica tras tratamiento radioterápico de neoplaxia de Cérvix”

Autores:

Ana B. Custodio Carretero, Jana Bobokova,
Antonio Calles Blanco, Andrea Irlés Quiles,
Aranzazu Manzano Fernández

Persona de contacto:

Ana Belén Custodio Carretero
Servicio de Oncología Médica
Hospital Clínico San Carlos. C/ Profesor Martín Lagos, s/n. C.P. 28040 Madrid

Supervisor:

Javier Sastre Valera.
Médico Adjunto del Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico San Carlos. Tutor de residentes.

Palabras clave:

Osteosarcoma extraesquelético mesentérico,
sarcoma radioinducido, carcinoma escamoso de cérvix,
cisplatino, doxorubicina

Antecedentes oncológicos

Se trata de una mujer de 40 años de edad, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

Su historia oncológica comienza en octubre de 1996 cuando, a raíz de un cuadro de un mes de evolución de sangrado postcoital, es diagnosticada de un carcinoma escamoso de cérvix estadio IB1 de la FIGO. Es intervenida quirúrgicamente realizándose histerectomía radical, doble anexectomía y linfadenectomía pélvica. Posteriormente se administra tratamiento concomitante con cisplatino 40 mg/m²/semana y radioterapia externa debido a la invasión tumoral del 50% del espesor del estroma cervical. El tratamiento radioterápico consistió en la administración de 50.4 Gy en 28 fracciones de 1.8 Gy sobre un volumen que incluía parametrios, tercio superior de la vagina y ganglios linfáticos pélvicos. La tolerancia al tratamiento fue aceptable y la paciente realizó revisiones periódicas, la última en enero de 2007, sin evidencia de recidiva.

Anamnesis

Consulta en junio de 2007 por un cuadro de 3 días de evolución de dolor abdominal difuso de características cólicas e intensidad creciente, vómitos alimentarios y ausencia de deposición.

Refiere asimismo aumento progresivo del perímetro abdominal en los últimos 2 meses a expensas de una masa mal definida en hemiabdomen izquierdo de rápido crecimiento, dolor lumbar bilateral y pérdida no cuantificada de peso.

Exploración Física

La paciente se encuentra afebril y hemodinámicamente estable, presentando en el momento del ingreso un ECOG de 1. Se objetiva leve palidez mucocutánea y signos de deshidratación.

En la exploración abdominal destaca una gran masa de consistencia pétreo, dolorosa a la palpación, de límites imprecisos y aproximadamente 15x10 cm de diámetro máximo, que ocupa la práctica totalidad del hemiabdomen izquierdo. Los ruidos hidroaéreos están disminuidos de forma generalizada y presentan timbre metálico.

Se objetivan leves edemas pretibiales bilaterales sin otros hallazgos de interés en el resto de la exploración.

Pruebas complementarias

En las pruebas de laboratorio destaca una anemia normocítica normocrómica (hemoglobina 10.1 g/dl, hematocrito 28.5%), así como un deterioro leve de la función renal (creatinina 1.61 mg/dl) y un perfil compatible con desnutrición proteica severa (proteínas totales 5.8 g/dl, albúmina 2.9 g/dl, prealbúmina 9.8 g/dl). Llama la atención la alteración de la bioquímica hepática, destacando los siguientes valores: FA 3596 U/l, LDH 1357 U/l, GOT 62 U/l, GPT 68 U/l, GGT 72 U/l. En la determinación de marcadores tumorales se objetiva un CA 125 de 252.7 U/ml, sin otros datos significativos.

Se realiza una radiografía simple de abdomen, en la que se evidencia dilatación de asas de intestino delgado y niveles

hidroaéreos en la proyección en bipedestación compatibles con obstrucción intestinal.

En el TC de tórax-abdomen-pelvis con contraste se objetiva una gran masa de contorno irregular, parcialmente calcificada, que se extiende desde la región supravesical hasta epigastrio por debajo de las asas de intestino delgado, con dimensiones de 16x11x17 cm de diámetro, así como dos nódulos adyacentes al margen izquierdo de dicha masa de 2.4 y 1.9 cm. Cambios de histerectomía y doble anexectomía.

Se completa el estudio con una colonoscopia, en la que se evidencia compresión extrínseca del colon descendente por la masa descrita en el TC, sin evidencia de lesiones endoluminales.

Tratamiento y evolución

Con el juicio clínico de obstrucción intestinal la paciente es intervenida quirúrgicamente el 26/06/2007. Se realiza laparotomía media suprainfraumbilical objetivándose una tumoración de aspecto sarcomatoso de 30x30 cm de diámetro, que infiltra íleon, epiplon mayor y se encuentra adherida a la pared abdominal anterior y a la vejiga. Se extirpa en bloque con íleon distal, así como los distintos nódulos tumorales satélites, y se procede a anastomosis ileocólica latero-lateral. La anatomía patológica tanto del tumor principal como de los nódulos satélites es compatible con OSTEOSARCOMA. En el estudio microscópico se observa un crecimiento neoplásico mesenquimal constituido por células fusiformes con marcas atípicas y extensa formación de osteoide reticular y hueso. Con Ki-67 el índice proliferativo es del 70%. Los márgenes de resección se encuentran libres de afectación tumoral y la citología del lavado peritoneal es negativa para malignidad. El postoperatorio transcurre sin incidencias.

Es valorada en la consulta de Oncología Médica en julio de 2007. Con el diagnóstico de osteosarcoma extraesquelético radioinducido de probable origen mesentérico inicia tratamiento

Figura 1: Masa pélvica parcialmente calcificada compatible con osteosarcoma de origen mesentérico



adyuvante con cisplatino 100 mg/m² día 1 y doxorubicina 25 mg/m²/día días 1-3 cada 21 días, con soporte de G-CSF durante 10 días, administrándose un total de 6 ciclos, el último en noviembre de 2007. Presenta como principales toxicidades emesis grado 1, mucositis grado 1, alopecia grado 3 y anemia grado 2 que precisa tratamiento con epoetina alfa y transfusión de varios concentrados de hematíes. Continúa revisiones periódicas, sin evidencia de recidiva en el TC de abdomen-pelvis realizado en diciembre de 2007.

Acude al Servicio de Urgencias en marzo de 2008 por cuadro de 15 días de evolución de dolor abdominal difuso, dolor lumbar bilateral y vómitos alimentarios intermitentes. En la exploración abdominal se evidencia nuevamente una gran masa de 20x15 cm de diámetro que ocupa todo el hemiabdomen izquierdo y se extiende al hemiabdomen derecho, de consistencia dura y dolorosa. Los ruidos hidroaéreos presentan intensidad disminuida y timbre metálico. La radiografía de abdomen es compatible con obstrucción intestinal. Ingresa en la planta de Oncología Médica iniciándose tratamiento conservador con dieta absoluta, nutrición parenteral, antieméticos, analgesia y enemas de limpieza. Se realiza un nuevo TC de tórax-abdomen-pelvis con contraste, en el que se objetiva una gran masa mesentérica, inframesocólica izquierda, polilobulada, heterogénea, con áreas hipocoicas en su interior que

produce importante efecto de masa con desplazamiento de órganos abdominales y presenta unos diámetros aproximados de 21x16 cm. Se identifican múltiples nódulos mesentéricos calcificados en probable relación con implantes secundarios de osteosarcoma, así como dilatación pielocalicial izquierda en relación con masa de 3.2x8.5 cm adyacente al uréter cerca del cruce con los vasos ilíacos como causa obstructiva. Ante estos hallazgos se coloca un catéter doble J en el uréter izquierdo y se valora el caso conjuntamente con el Servicio de Cirugía decidiéndose intervención quirúrgica paliativa con intención de reducir volumen tumoral y resolver el cuadro de obstrucción intestinal. Sin embargo, en la exploración quirúrgica se encuentra la cavidad abdominal completamente ocupada por la tumoración así como múltiples masas calcificadas adyacentes, por lo que se considera irreseccable. Se decide ofrecer a la paciente quimioterapia paliativa con ifosfamida 1.8 g/m²/día días 1-5 y etopósido 100 mg/m²/día días 1-5 cada 21 días con soporte de G-CSF, administrándose un único ciclo.

A pesar de ello la evolución clínica es desfavorable, produciéndose un rápido empeoramiento del estado general de la paciente, la cual presenta frecuentes episodios de agitación y mal control sintomático que hacen necesaria su sedación, falleciendo finalmente a los 10 meses del diagnóstico.

Discusión

El osteosarcoma radioinducido es una complicación rara del tratamiento radioterápico que suele desarrollarse tras dosis superiores a 30 Gy y con un período de latencia medio de 10 años. Representa el 3-5% de todos los osteosarcomas y el riesgo estimado de aparición es de 0.01-0.03% de los pacientes irradiados¹. Su desarrollo también se ve influenciado por otros factores como la presencia de mutaciones en los genes supresores de tumores p53 y retinoblastoma, debido a que en estos pacientes se ve potenciada la capacidad de las radiaciones ionizantes de inducir sarcomas².

Los osteosarcomas radioinducidos suelen presentarse como masas dolorosas en áreas sometidas a radiación y se localizan con mayor frecuencia en los huesos de la columna, pelvis, caderas y hombros. Las localizaciones extraesqueléticas son extremadamente infrecuentes. El diagnóstico de estos tumores se basa en los

siguientes criterios: desarrollo de una neoplasia en un área previamente irradiada, periodo de latencia prolongado tras la radioterapia e histología diferente a la del tumor inicial. El tratamiento es similar al del osteosarcoma clásico, pero su pronóstico es peor, presentando una alta tasa de recaídas locales y en ocasiones metástasis a distancia, siendo el pulmón la localización metastásica más frecuente.

Por otra parte, los osteosarcomas extraesqueléticos representan aproximadamente el 4% de todos los osteosarcomas y se caracterizan por originarse en tejidos blandos sin afectación del hueso o del periostio, presentar un patrón sarcomatoide uniforme y producir matriz osteoide y/o cartilaginosa. A diferencia de los osteosarcomas esqueléticos suelen afectar a individuos por encima de los 30 años siendo rara su aparición en las dos primeras décadas de la vida. Las extremidades

inferiores constituyen la localización más frecuente, seguida de las extremidades superiores, el retroperitoneo y el mediastino³. Los osteosarcomas originados en el mesenterio, como es el caso que nos ocupa, son extremadamente raros⁴.

La extirpación quirúrgica radical constituye la base del tratamiento siendo controvertido el papel de la qui-

mioterapia y radioterapia adyuvante. El tamaño tumoral superior a los 5 cm se considera el factor pronóstico adverso más importante. La respuesta al tratamiento quimioterápico basado en doxorubicina o ifosfamida en la enfermedad avanzada es mucho menos favorable que en los osteosarcomas esqueléticos, presentando, por lo tanto, un pronóstico más sombrío, con una tasa de supervivencia a los 5 años inferior al 25%⁵.

Diagnósticos

Los principales diagnósticos de la paciente del caso clínico que nos ocupa son:

1. Exitus letalis.
2. Osteosarcoma extraesquelético radioinducido de probable origen mesentérico.
3. Progresión tumoral.
4. Obstrucción intestinal.
5. Uropatía obstructiva izquierda.

Bibliografía

1. Watanabe T, Fuse T, Umezumi M, Yamamoto M, Demura K, Niwa Y. Radiation-induced osteosarcoma 16 years after surgery and radiation for glioma. Case report. *Neurol Med Chir* 2004; 44: 29-32.
2. Maes P, Brichard B, Vermeylen C, Cornu G, Ninane J. Primary and secondary osteosarcoma of the face: a rare childhood malignancy. *Med Pediatr Oncol* 1998; 30: 170-74.
3. Lee KH, Joo JK, Kim DY, Choi C, Lee JH. Mesenteric extraskeletal osteosarcoma with telangiectatic features: a case report. *BMC Cancer* 2007; 7:82.
4. Choudur HN, Munk PL, Nielson TO, Ryan AG. Primary mesenteric extraskeletal osteosarcoma in the pelvic cavity. *Skeletal Radiol* 2005; 34:649-652.
5. Ahmad SA, Patel SR, Ballo MT, et al. Extrasosseous osteosarcoma: response to treatment and long-term outcome. *J Clin Oncol* 2002; 20: 521-527.