

HOSPITAL GENERAL DOCENTE  
CAPITAN ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ.  
MORON

**Proceder ortopédico y manejo anestésico de fibrosarcoma de cara interna de muslo izquierdo.**

**Reporte de un caso.**

**Proceed with orthopedic and anesthetic management of fibrosarcoma of the inner left thigh.**

**Report of a case.**

Raúl Martín Pérez (1), Raisa Montero Álvarez (2), Liliams R. Pérez Zamora (2).

**RESUMEN**

El cáncer es una enfermedad causada por un crecimiento insidioso de células anormales. Por fortuna, logros recientes de terapéutica múltiple para el cáncer están aumentando netamente la supervivencia, y brindan una esperanza para el futuro control de esta enfermedad. Fibrosarcoma, entidad que nos ocupa, es frecuente en la raza negra, invasora localmente, pero no causa metástasis. La biopsia es esencial para establecer el diagnóstico. El tratamiento de elección para este tipo de sarcoma de partes blandas, es la extirpación quirúrgica adecuada, con el fin de erradicar la enfermedad. En este trabajo se presenta un caso de una mujer de 62 años de edad, de la raza negra, que ingresó en el Hospital General Provincial Docente Roberto Rodríguez Fernández con la variedad clínica de Fibrosarcoma de cara interna de muslo izquierdo. Se describen las características clínicas del paciente, los exámenes complementarios y se destaca el proceder ortopédico y manejo anestésico, mediante la técnica de peridural continua, para analgesia postoperatoria.

**Palabras clave:** FIBROSARCOMA, PERIDURAL CONTINUA.

1. Especialista de 1er Grado en Ortopedia y Traumatología.
2. Especialista de 1er Grado en Anestesiología y Reanimación

**INTRODUCCIÓN**

Los tejidos blandos constituyen casi la mitad del peso corporal; por lo tanto, representan el tejido más importante del cuerpo humano. Presentes en todos los órganos del cuerpo, y fundamentalmente en los destinados a sostén y locomoción. Consisten en tejidos conectivos, vasos linfáticos, músculo liso y estriado, grasa,

aponeurosis, estructuras sinoviales y retículoendotelio. Los sarcomas de tejidos blandos son neoplasias relativamente raras, que constituyen solamente el 1% de los tumores malignos. Estos sarcomas difieren mucho en cuanto a frecuencia y localización, y pueden clasificarse en varias categorías, con diferentes características histopatológicas (1-3).

Los fibrosarcomas ocupan el segundo lugar en orden de frecuencia entre los sarcomas de tejidos blandos, aunque parecen ser el tipo histológico más frecuente descubierto en los negros. Consisten en hiperplasia de tejidos conectivos que infiltran localmente, no producen metástasis, y tienden a recidivar si no se extirpan adecuadamente. Pueden observarse a cualquier edad y son circunscritas, pero no encapsuladas, y suelen provenir de aponeurosis. Se utiliza frecuentemente el término "fibromatosis agresiva" para definir mejor la celularidad intensa y el carácter agresivo local de la lesión. La extirpación quirúrgica adecuada es el tratamiento de elección (1, 4- 5).

Teniendo en cuenta la agresividad local del tumor con la posibilidad de compromiso vascular, deterioro de la hemodinamia, dificultad en la locomoción y la rara incidencia de las neoplasias de tejidos blandos, fuimos motivados en la presentación de un caso de fibromatosis de cara inferointerna del muslo

izquierdo, en una paciente de 62 años de la raza negra, que fue admitida por el servicio de ortopedia y traumatología del Hospital General Provincial Docente de Morón.

## **REPORTE DEL CASO**

Al cuerpo de guardia del servicio de ortopedia acude mujer negra, de 62 años, obesa, con soporte para el apoyo, con antecedentes de hipertensión arterial crónica compensada, con una gran tumoración de cara interna del muslo izquierdo y fatiga al andar, nos refiere comenzó con un pequeño aumento de volumen desde hace 6 meses atrás, que se fue intensificando, provocando dificultad para la marcha, dolor, aumento de la temperatura local y cambios de coloración en la piel (anexo 1 y 2).

Durante el examen físico:

Se palpa masa tumoral de consistencia dura, movable, no adherido a planos profundos, de aproximadamente 30 cm, doloroso a la palpación superficial y profunda. Ligera disminución de pulsos pedio y tibial posterior, mucosas húmedas e hipocoloreadas, tensión arterial sistólica 110 mm de Hg y diastólica 75 mm de Hg.

Exámenes complementarios positivos:

Hb 70 g/L

Eritrosedimentación 128 mm *Rx de partes blandas:*

Se constata aumento de volumen de cara infero-interna del muslo izquierdo. *Ultrasonido:*

Tumoración de aproximadamente 30 cm, sin líquidos en su interior.

## **DISCUSIÓN**

Ante este cuadro clínico se diagnostica por el servicio de ortopedia y traumatología fibrosarcoma avanzado de cara inferointerna del muslo izquierdo, con peligro inminente de compresión vascular severa, aspecto este que coincide con lo descrito en la literatura revisada (1). Por lo que se decide su ingreso en sala de ortopedia, para su estudio, compensación clínica y su posterior intervención quirúrgica.

Se discute en conjunto con el colectivo de ortopedia y anestesiología, se decide transfundir con 1000 ml de glóbulos y se repite Hb postransfusional (90 g/L) previo traslado a la Unidad Quirúrgica, por la necesidad inmediata de exéresis y biopsia del tumor, bajo anestesia combinada, general y peridural continua, mediante la técnica de inserción de catéter, facilitando así la analgesia postoperatoria. En consulta preoperatoria se le explicó a la paciente la técnica a realizar, las ventajas que le ofrecía el método y las posibles complicaciones, para obtener su conformidad, y se realizó examen físico exhaustivo de la anatomía de la columna vertebral específicamente de la región dorso-lumbar, para descartar anomalías que pueden interferir en el proceder.

Una vez en la Unidad Quirúrgica y previo chequeo de sus signos vitales, se canalizó vena periférica y como medicación preanestésica se empleó Diazepán 10mg y atropina 0.5mg y se mantuvo hidratación con solución salina a razón de 10ml x kg de peso.

Se procedió a la técnica de inserción del catéter por vía peridural, para lograr la analgesia trans y postoperatoria (6), colocándose a la paciente en decúbito lateral con ambas rodillas flexionadas sobre el abdomen y flexión de la cabeza y hombros hacia las rodillas (posición de navaja Sevillana) se procedió a la toilette y desinfección de la región dorsolumbar y colocación de paños estériles. Localizado el espacio desde L3-L5, escogimos el de mayor amplitud y fácil accesibilidad, una vez realizado el habón anestésico e infiltración de tejidos profundos procedemos a insertar el trocar de punción peridural (Touhy) (7). Una vez detectado el espacio por signo de pérdida de la resistencia se instiló 2ml de solución salina para distenderlo y una dosis de prueba de 3ml de Lidocaína al 1.5 %, se esperaron 5 minutos y se procedió a implantar el catéter peridural introduciéndolo 3 cm en sentido caudal y se realizó fijación con cinta adhesiva.

Luego se trasladó el paciente al salón quirúrgico donde se procedió a la aplicación de la anestesia, empleando el método general orotraqueal En la inducción se utilizó Propofol 200 mg; Succinil colina 100 mg como relajante de acción rápida para inducción, previa administración de una dosis media de

pavulón a 0.08 mg/kg. Se entuba y ventila mecánicamente. Manteniendo el O<sub>2</sub>, N<sub>2</sub>O y Fentanil a 5 mcg/kg y Pavulón como relajante, durante el transoperatorio.

Una vez concluida la inducción anestésica, y previa profilaxis antibiótica con Cefazolina 2 gramos, se dio inicio al proceder quirúrgico de exéresis y biopsia del tumor, mediante técnica de incisión en tajada de melón, decolando por planos, localizando el mismo en tejido celular subcutáneo, infiltrando fascia muscular, respetando músculo (anexo 3). Se observó neoformaciones vasculares abundantes, sin compromiso de paquete vasculonervioso. Resecado completamente el tumor pudo constatar macroscópicamente una tumoración dura, de aspecto friable, de color blanco rojizo, sin líquidos en su interior, que fue enviado para su estudio histopatológico (anexo 4). Luego de efectuada una correcta exploración del área comprometida, se suturo por planos, hasta piel, previa colocación de drenaje y finalmente vendaje compresivo, concluyendo la intervención quirúrgica de forma satisfactoria, con antibióticoterapia de mantenimiento (penicilina cristalina 1 millón EV cada 6 horas, por tres días y Penicilina rapilenta 1 millón IM cada 12 horas, por cuatro días, hasta completar el ciclo de 7 días de tratamiento).

En el postoperatorio inmediato y bajo ventilación espontánea se evaluó la aparición del dolor por la escala ordinal de Keele (0-4) 0=no dolor, 1=dolor ligero, 2=dolor moderado, 3=dolor severo y 4=dolor insoportable. Cuando el paciente llegó a 2 se realizó evaluación de signos vitales. Luego se administró primera dosis de Fentanil a 2 mcg/kg de peso diluidos en 10 ml de SSF a través del catéter. La administración de Fentanil fue fraccionada según la escala por un período de 72 horas, tiempo que se retiró el catéter (8-11). La toma de signos vitales se repitieron nuevamente a la hora de administrado el fármaco.

En el postoperatorio mediato valoramos la evolución clínica donde apreciamos hemodinamia estable y total recuperación de pulsos pedio y tibial posterior.

Por su evolución satisfactoria y luego de retirado el catéter de peridural, sin previas complicaciones, tanto por el proceder quirúrgico como anestésico se decide dar alta al tercer día, con seguimiento por consulta externa durante un período de tres meses.

\*El departamento de Anatomía Patológica concluyó Fibrosarcoma de cara inferointerna del muslo izquierdo.

## **ABSTRACT**

Cancer is a disease caused by incident growth of abnormal cells. Fortunately, recent achievements of multiple therapy for cancer is increasing the survival and offer a hope for the future control of this disease. Fibrosarcoma, is more frequent in balck race, locally invasive, but doesn't cause metastasis. The biopsy is essential to establish the diagnosis, the elective treatment to this type of sarcoma of soft parts, is the appropriate surgical extirpation, with the purpose of eradicate the disease. In this paper it is presented a case of a 62 years old woman, black race that was admitted in General Hospital "Dr Roberto Rodriguez Fernandez" with the clinic variety of fibrosarcoma of infero-internal face of left thigh. There are described clinical characteristics of the patient, the complementary exams and it's highlighted the orthopaedic behaviour and anaesthetic management, through continuos peridural technique, for postoperated analgesia.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. David C, Sabiston JR. Inmunología de las enfermedades neoplásicas; melanomas; sarcomas de tejidos blandos. En: David C. Sabiston JR. Tratado de Patología Quirúrgica. La Habana: Edición Revolucionaria;1999. p. 582-589.
2. Dejean O, Ardí M, Stromboni A, Lortat J, Benoit J. Condrosarcoma cervical: A case report. European J Orthop Surg Traumatol. 2005; 8: 37-39.
3. Pant R, Moreau P, Ilyas I, Paramasivan ON, Younge D. Pelvis limb-salvage surgery for malignant tumors. International Orthopaedics. [página en Internet] 2001 [citado 20 Dic. 2006] [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: <http://www.emedicine.com/orthoped>.

4. Bos J. Foot tumors: diagnosis and treatment. J Am Acad Orthop Surg. 2002; 10: 259-270.
5. Sim D. Soft tissue tumors: diagnosis, evaluation, and management. J Am Acad Orthop Surg. 2002; 2:202-211.
6. Esposito J, Gadrat F, Bourdallé C, Sztark F. Impact d'une action d'évaluation et d'informatoires sur la prise en charge de la douleur postopératoire en chirurgie orthopédique. Douleur et Analgésie. [página en Internet] 2005 [citado 15 Ene 2007]. [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <http://www.emedicine.com/orthoped>.
7. Collins VI. Anestesiología. 2 ed. La Habana: Editorial Científico Técnica.
8. Herrera Pontón J, Téllez Rodríguez. A. Epidural catheters implantation for long period of time. Rev Colombiana Anestesiol. 1989; 16(4):149-152.
9. Roussel JR, Heindel L. Effects of intrathecal fentanyl on duration of bupivacaine spinal blockade for outpatient knee arthroscopy. AANA J. 1999; 67(4):337-43.
10. Arakawa M, Hoka S. Consideration of the optimal epidural fentanyl doses in abdominal surgery. Anest 1998; 10(6): 551-556.
11. Coe A, Sarginson R, Russel GM. Pain following thoracotomy, a randomized, double-blind comparison of lumbar vs thoracic epidural fentanyl. Anesthesia. 1999; 46(7): 918-921.

## ANEXO



Fig.1 Vista lateral de la tumoración en cara del muslo izquierdo.



Fig.2 Vista anterior de la tumoración. infero interna muslo izquierdo



Fig.3 Exéresis del tumor.



Fig.4 Vista macroscópica del fibrosarcoma