

## IMÁGENES

## Tumoración de años de evolución en rodilla

## Knee tumour of many years onset

Catarina Couceiro Rodríguez<sup>a</sup>, Chelo Naya Cendón<sup>b,\*</sup> y Rosario Timiraos Carrasco<sup>c</sup><sup>a</sup> Medicina Familiar y Comunitaria, Área Sanitaria A Coruña, A Coruña, España<sup>b</sup> Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud O Portádego, Culleredo, La Coruña, España<sup>c</sup> Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Acea de Ama, Culleredo, La Coruña, España

Recibido el 1 de mayo de 2019; aceptado el 7 de mayo de 2019

Presentamos el caso de un paciente de 45 años sin antecedentes de interés que hace un año notó un bulto a nivel de la cara interna de la rodilla izquierda, y hace 2 meses nota que aumenta de tamaño y molesta al roce. A la exploración se observa una tumoración en la cara interna de la rodilla izquierda (fig. 1) y se palpa un nódulo elongado de consistencia dura, no doloroso ni móvil. Se realiza ecografía en el centro de salud (fig. 2) y observamos una lesión elongada de bordes polilobulados y estructura heterogénea, fundamentalmente hipoecogénica, de 4,4 cm de longitud, con leve vascularización periférica. La lesión se extiende a lo largo del tejido celular subcutáneo de la cara interna de la rodilla izquierda.

Ante este hallazgo remitimos al paciente a cirugía general para biopsia de la lesión. La anatomía patológica muestra una alteración mesenquimal compatible con leiomioma. Para completar el estudio se realizan otras pruebas complementarias, radiografía de tórax, TC tóraco-abdominal y PET/TC. La radiografía de tórax muestra varias lesiones nodulares pulmonares de 1-2 cm, posiblemente metastásicas. El TC tóraco-abdominal confirma la existencia de múltiples nódulos pulmonares bilaterales, compatibles con metástasis. El PET/TC identifica un hipermetabolismo en región axilar derecha en relación con adenopatías.



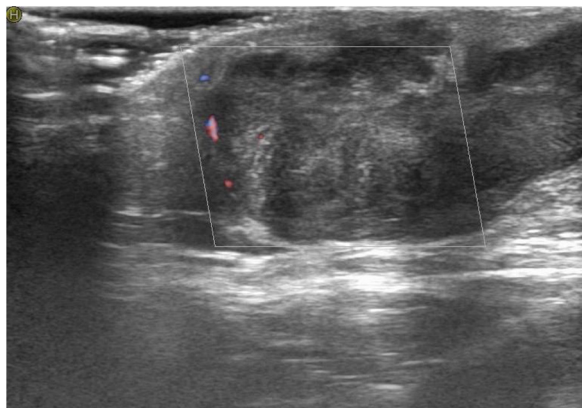
**Figura 1** Tumoración en cara interna de la rodilla izquierda: A la palpación se aprecia un nódulo elongado de consistencia dura, no doloroso ni móvil.

Se establece el diagnóstico definitivo de leiomioma MII estadio pT2NxM1.

El paciente ingresa en traumatología para intervención quirúrgica programada, procediéndose a resección en bloque del tumor. La anatomía patológica confirma leiomioma convencional subcutáneo de 7,5 × 3,5 cm que afecta márgenes de resección profundo y lateral. Tras la intervención se inicia tratamiento con olaratumab en 1.ª línea en combinación con doxorubicina.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [Chelo.naya.cendon@sergas.es](mailto:Chelo.naya.cendon@sergas.es) (C. Naya Cendón).



**Figura 2** La ecografía muestra una lesión elongada de bordes polilobulados y estructura heterogénea, fundamentalmente hipocogénica, de 4,4 cm de longitud, con leve vascularización periférica. La lesión se extiende a lo largo del tejido celular subcutáneo.

Los sarcomas son un grupo de tumores heterogéneos malignos poco comunes que surgen del tejido mesenquimal. La histopatología suele ser amplia, ya que las células mesenquimales embrionarias de las que surgen tienen la capacidad de madurar en músculo estriado, músculo liso, tejido adiposo y fibroso, hueso y cartílago.

Los leiomiomas se caracterizan por la diferenciación del músculo liso a cualquier nivel, incluido el retroperitoneo. A diferencia de los tumores superficiales y profundos, los leiomiomas cutáneos suelen tener un curso más indolente y más probabilidad de metástasis<sup>1,2</sup>.

Se ha identificado varios factores predisponentes como predisposición genética (neurofibromatosis tipo I), retinoblastoma, exposición a radioterapia o quimioterapia, irritación crónica o linfedema.

Lo más común es la presencia de una masa indolora que aumenta gradualmente de tamaño. Algunas veces pueden causar dolor o síntomas asociados por compresión, como

parestias o edema en una extremidad. En raras ocasiones pueden causar síntomas constitucionales como fiebre o pérdida de peso. Pueden localizarse a cualquier nivel, pero la mayoría se encuentran en las extremidades. La velocidad de crecimiento depende de la agresividad de la lesión.

La presencia de enfermedad metastásica a distancia en el momento del diagnóstico inicial es poco común, aunque es más frecuente en sarcomas grandes y profundos de alto grado.

El examen histológico es esencial para el diagnóstico y la planificación del tratamiento<sup>3,4</sup>. Los objetivos del tratamiento son minimizar la recurrencia local, la morbilidad perioperatoria y la mortalidad, así como maximizar la función y la supervivencia a largo plazo. Para lograr estos objetivos, se recomienda la radioterapia combinada con la resección quirúrgica amplia para la mayoría de los pacientes con tumor de alto grado. La recurrencia tras tratamiento puede presentarse tanto en forma de recidiva local como de enfermedad metastásica. En general un 25% de los pacientes desarrollan enfermedad metastásica a distancia después del tratamiento exitoso del tumor primario; la incidencia aumenta a un 40-50% con tumores > 5 cm de tamaño, profundos en la fascia y grado intermedio o alto<sup>1-4</sup>.

## Bibliografía

1. García del Muro X, Martín J, Maurel J, Cubedo R, Bagué S, de Álava E, et al., en representación del Grupo Español de Investigación en Sarcomas (GEIS). Guía de práctica clínica en los sarcomas de partes blandas. *Med Clin (Barc)*. 2011;136:408.e1-18.
2. Berzal Cantalejo MF, Herranz Torrubiano AM, Cuenca González C. Tumoración de partes blandas: el temible sarcoma. *Semergen*. 2016;42:126-8.
3. Rodríguez Lomba E, Molina López I, Parra Blanco V, Suárez Fernández R, Pulido Pérez A. Leiomioma cutáneo: características clínicas, histopatológicas y correlación pronóstica en 12 pacientes. *Actas Dermosifiliogr*. 2018;109:140-7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2017.08.005>.
4. Llombart B. Leiomioma cutáneo: la importancia de la localización histológica. *Actas Dermosifiliogr*. 2018;109:98.