



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín del Hospital Clínico**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de Ciencias Médicas**. Este tiene el propósito de evidenciar la evolución del contenido y poner a disposición de nuestra audiencia documentos académicos originales que han impulsado nuestra revista actual, sin embargo, no necesariamente representa a la línea editorial de la publicación hoy en día.

COMENTARIO

Los sarcomas de partes blandas son neoplasias que se caracterizan por :

1. Ser poco frecuentes, alrededor del 1 % de todas las neoplasias malignas.
2. Poseer una conducta biológica agresiva, en grado variable.
3. Ofrecer, con cierta frecuencia, problemas de diag - nóstico y de clasificación histológica. En muchos casos resulta indispensable complementar el estudio microscópico con la evolución clínica, esto es, llegar al diagnóstico anatomoclínico. De la dificultad diagnóstica citada, obviamente se originan problemas de manejo terapéutico.
4. Exhibir un alto porcentaje de recidivas locales o en la vecindad del punto de origen, aún después de procedimientos de exéresis amplias.
5. Dar precozmente metástasis a distancia (antes de cumplirse 2 años de postoperatorio).
6. Presentar una sobrevida global a 5 años alrededor del 50 %.

Suscribo la premisa expuesta por el autor "Todo tumor de partes blandas debe considerarse maligno mientras el estudio histopatológico no demuestre lo contrario". Por ello la toma de muestra para biopsias debe ser hecha, en lo posible, con criterio oncológico, es decir

seccionando tridimensionalmente en tejido sano. Dicha táctica tiene ventajas de orden diagnóstico y terapéutico. Sin negar el valor de la biopsia contemporánea, creo que la biopsia diferida ofrece mayor garantía de un diagnóstico más exacto, que permita la mejor elección de la terapéutica definitiva.

En tumores profundos, intraabdominales o retroperitoneales, la arteriografía selectiva y la tomografía axial computarizada, recientemente incorporada en nuestro medio, pueden ser de gran valor para diagnóstico topográfico de la neoplasia, de su extensión y de su vascularización.

Los resultados terapéuticos han mejorado en los últimos años con el enfoque multidisciplinario (cirugía, radioterapia, quimioterapia) : la radioterapia postoperatoria ha reducido en forma dramática las recidivas locales ; la infusión preoperatoria de Adriamycina por vía intraarterial produce una disminución del tamaño de los sarcomas de partes blandas, y los protocolos que incluyen la combinación de las tres disciplinas parecen ofrecer aún mejores resultados.

De esto se desprende claramente que estos pacientes deben ser manejados en Centros Oncológicos, que cuenten con un "team" multidisciplinario de especialistas y los recursos técnicos del caso, los cuales afortunadamente se están multiplicando e implementando cada vez más en distintos puntos del país. A estos Centros deben derivarse los pacientes portadores de estas neoplasias, para ofrecerles las mejores expectativas de sobrevida y/o curación.

Me ha parecido muy interesante la revisión bibliográfica del tema, en sus aspectos clínicos, patológicos y terapéuticos, realizada por el Dr. Nelson Béjar

Molina. En la literatura nacional recientemente apareció el trabajo del Dr. Luis Sepúlveda D. y cols. sobre "Tratamiento del sarcoma de partes blandas" (Cuadernos Chile<sup>nos</sup> de Cirugía 21 : 452-455, 1977), y está próximo a publicarse el trabajo de ingreso a la Sociedad de Cirujanos de Chile del Dr. Pedro P. Muñoz Schaffhauser, sobre "Tratamiento de sarcomas de partes blandas" (Revista Chilena de Cirugía), cuya lectura me permito recomendar.

Dr. LORENZO CUBILLOS O.  
Profesor de Cirugía