

Sarcoma sinovial:

A propósito de una observación

P. GAGO ROMON ¹, J. J. MATEOS OTERO ²,
y J. I. PERAL MARTÍNEZ ³

RESUMEN

Se presenta un caso de sarcoma sinovial y se comentan los aspectos más interesantes de este tumor y los problemas anatomopatológicos y evolutivos que plantea.

Descriptores: Sinovioma. Sarcoma sinovial.

SUMMARY

A case of sinovial sarcoma and its pathological and course is reported.
Key words: Sinovial sarcoma.

Introducción

El sarcoma sinovial es una forma poco frecuente de tumor maligno de origen mesenquimatoso. Se caracteriza por presentar un patrón histológico bifásico: Presencia de hendiduras revestidas de células semejantes a los sinoviocitos y estroma celular fusiforme sarcomatoso. Precisamente esta peculiaridad ha permitido interpretaciones muy variadas y múltiples denominaciones, tales como sarcomesotelioma sinovial, sarcoendotelioma sinovial, sinovioma maligno y recientemente adenosarcoma sinovial.

La revisión bibliográfica demuestra que, pese a su rareza, en modo alguno debe considerarse excepcional. BENNETT, de 1941 a 1945, estudia 32 casos observados en hospitales militares americanos (1). HAAGENSSEN-STOUT, en 1944, publican 9 casos personales y hacen una

profunda revisión del problema (6). MAC KENZIE (1966) comunica 66 casos (9), y CADMAN, en 1965, revisa una serie de 165 casos (2). En nuestro país, ALCÁNTARA y ESQUERDO (5), en una revisión de conjunto realizada en 1966 encuentran referencias bibliográficas sobre 577 casos. En nuestra experiencia se trata del primer caso observado sobre 7.000 biopsias realizadas en el período 1973-76.

Recientemente se han publicado casos en los que el estudio con microscopía electrónica ha permitido determinar las histogénesis de las células que originan dicha neoplasia (3, 4 y 7).

Aunque puede presentarse en la vecindad de cualquiera articulación el 95 por 100 de estos tumores asientan en extremidades con preferencia por las inferiores en proporción de 4 a 1. La rodilla es la zona de más frecuente localización, como es nuestro caso, pero no es excepcional su aparición en cuello y tronco. Un hecho muy a tener en cuenta es que la mayoría de los casos no tienen rela-

(1) Profesor adjunto de Patología Quirúrgica.

(2) Profesor adjunto de Anatomía Patológica.

(3) Profesor agregado de Anatomía Patológica.
Facultad de Medicina. Valladolid

ción directa con la luz de la cavidad sinovial de vecindad.

Uno de los problemas más debatidos del sarcoma sinovial, además de su histogénesis, lo constituye su terapéutica. La mayoría de los autores consideran que en fases precoces sería suficiente la extirpación local de la masa. Otros, sin embargo, asocian sistemáticamente, aun en fases precoces, radioterapia. En fases avanzadas es inevitable la amputación cuando se localiza en un miembro. Poco probable parece la utilización de quimioterapia en estas situaciones. Consideramos que, por mayoría, es aceptable una pauta terapéutica que implique la extirpación del tumor por zona de seguridad, aun a expensas de grandes resecciones, reservando las amputaciones para recidivas locales. Sería aconsejable extirpar adenopatías regionales si existieran (5 y 8).

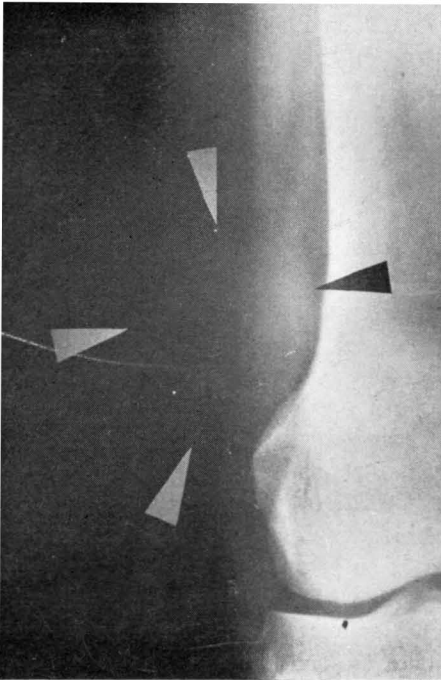


FIG. 1.

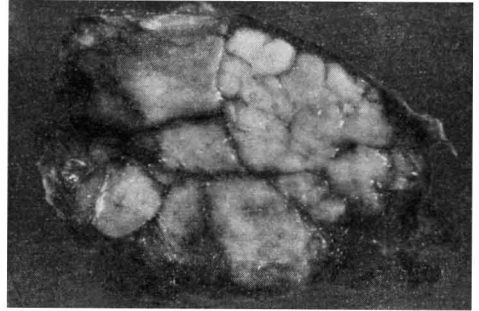


FIG. 2.

Caso clínico: Enferma J. G. C. de 31 años, casada, que consulta por que desde hace un año aproximadamente nota dolores en cara externa de tercio inferior de muslo derecho que aumentan de forma llamativa cuando sube escaleras. A los seis meses comprueba tumoración de crecimiento lento en la zona señalada. Actualmente está embarazada de seis meses y refiere encontrarse cansada.

No existen antecedentes de interés.

En la exploración apreciamos los siguientes datos de interés: Palidez. Embarazo de unos seis meses. Masa en cara externa de tercio inferior muslo derecho de 6 por 4 cm., consistencia semidura, de bordes bien delimitados, no adherida a planos superficiales pero sí a profundos, resaltando cuando se invita a la paciente a contraer el músculo cuádriceps. La piel que la recubre está surcada por varias venosidades, hay discreto aumento de la temperatura local y es sensible a la presión. No se observa anomalías en la articulación de la rodilla, ni existen adenopatías regionales.

Analíticamente 3.900.000 hematíes y 13-32 de V. S.

Radiológicamente (con protección de feto) imagen de mayor densidad sobre partes blandas de cara externa de muslo sin relación ni afectación ósea (fig. 1).

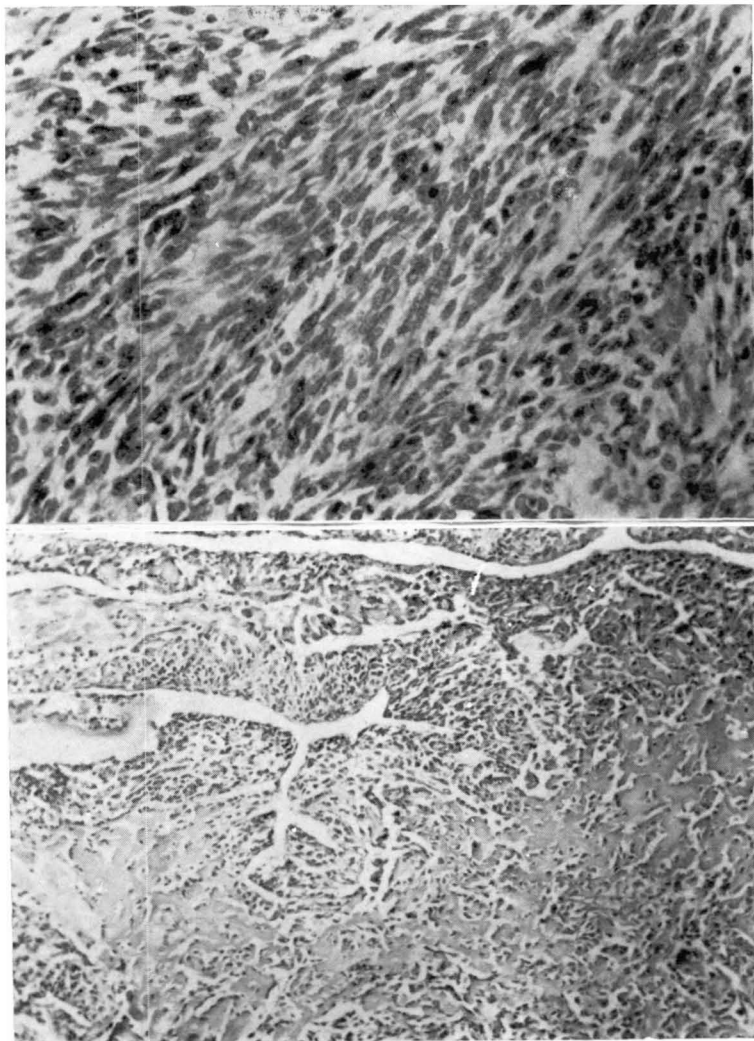
Aconsejamos extirpación quirúrgica que la paciente rehusa ante su situación decidiendo demorarla bajo control periódico.

Intervención quirúrgica: (28-VI-76). Incisión en cara externa de tercio inferior de muslo derecho comprobando masa nodular de aspecto blanquecino, con abundantes venosidades en su proximidad, fácilmente enucleable en todos sus contornos excepto en la porción que la fija a vasto externo y fascia

lata donde es preciso reseca con bisturí eléctrico una porción de ambos. No se comprueba relación con los componentes articulares. La impresión quirúrgica de dicha tumoración es poco tranquilizadora pero el buen clivaje de la misma nos inclina a pensar que la simple extirpación sería aceptable aún en el caso de malignidad.

Estudiada la pieza estos son los hallazgos anatomopatológicos: Masa de 9 por 7 por 4 centímetros de forma nodular, superficie irregular, con consistencia elástica y circunscrita por una cápsula fibroconectiva en sus dos

terceras partes. Al corte presenta múltiples nódulos de distinto tamaño, de coloración blanco-grisácea y con numerosas áreas de hemorragia y necrosis (fig. 2). Microscópicamente demuestra tratarse de un tumor de aspecto abigarrado con distintos patrones morfológicos. Se observa la presencia de pseudocápsula constituida por tejido conectivo fibroso que limita la tumoración de los tejidos limítrofes y solamente en una pequeña zona existía invasión del tejido neoplásico a tejido muscular estriado. La mayor parte de ella consta de células pleomórficas de aspecto fu-



Figs. 3 y 4.

socelular semejantes a fibroblastos con número muy elevado de mitosis y atipias evidentes. Junto a estas y en menor cantidad, existen áreas celulares en forma de hendiduras tapizadas por células cuboideas de aspecto epiteloide originando estructuras pseudoglandulares. Dichas hendiduras están rellenas de material PAS positivo, resistente a la diastasa, y que se interpreta como mucopolisacáridos segregados por las células pseudoepiteliales. Con menor frecuencia pueden verse áreas constituidas por células de aspecto fusocelular envueltas en material osteoide. No se observan calcificaciones (figs. 3 y 4).

Diagnóstico anatomopatológico: Sarcoma sinovial bifásico.

Confirmado éste procedemos a realizar amplio estudio analítico y radiográfico sin comprobar imágenes sospechosas o datos anormales excepto V. S. discretamente elevada.

La evolución postoperatoria fue absolutamente normal y en la actualidad tiene una normal función de la rodilla, desarrolla sus quehaceres con notable mejoría, no tiene dolor ni existen signos de recidiva local.

Comentarios

Se informa de un sarcoma sinovial, no diagnosticado clínicamente, que si bien no planteó problemas diagnósticos anatomo-patológicos, sí los motivó desde el punto de vista terapéutico. Consideramos que, dadas las características de este tumor, (grado de malignidad y evolutividad), la exéresis ha sido tranquilizadora, pero no descartamos la posibilidad

de recidiva local a distancia. Por lo que se desprende de la literatura que hemos consultado, parece poco probable que otras técnicas quirúrgicas (resecciones ampliadas, amputaciones), radio y quimioterápicas consigan resultados más favorables que la simple exéresis.

BIBLIOGRAFÍA

1. BENNETT, G. A. (1947): Malignant neoplasm originating in synovial tissues (synoviata); a study of thirty-two specimens registered at the Army Institute of Pathology during the war-time period 1941-45. *J. Bone Joint Surg.*, 29, 259.
2. CADMAN, N. L.; SOELE, E. M., y KELLY, J. P. (1965): Synovial sarcoma: An analysis of 134 tumors. *Cancer*, 18, 613.
3. FERNÁNDEZ, B. B., y HERNÁNDEZ, F. U. (1976): Poorly differentiated synovial sarcoma. M. E. *Arch. Pathol. Lab. Med.*, 221, vol. 100.
4. GABBIANI, G.; KAYE, G. I., y LATTES, R. (1971): Synovial sarcoma: Electron microscopy study of a typical case. *Cancer*, 28, 1.031-1.039.
5. GOMAR, F. (1973): *Patología Quirúrgica Osteoarticular*. Ed. Saber. Valencia, 506-509.
6. HAAGENSSEN, C. D., y STOUT, A. P. (1944): Synovial sarcoma. *Ann. Surg.*, 120, 826.
7. KUBO, T. (1974): A note on fine structure of synovial sarcoma. *Acta. Pathol. Jap.*, 24, 163-168.
8. LICHTENSTEIN, L. (1975): *Bone Tumors*. Ed. Mosby Co., 441-449.
9. MAC KENZIE, D. H. (1966): Synovial sarcoma: A review of 58 cases. *Cancer*, 19, 169.