

## PRESENTACION DE RESIDENTES (PERI)

# Sarcoma sinovial de la rodilla

Dra. PAULA CARAVIAS\*

Paciente RL, 22 años de edad, sexo masculino, radicado fuera de Buenos Aires.

Antecedentes de la enfermedad actual: traumatismo de rodilla izquierda a los 16 años.

Consulta por primera vez a los 18 años, por dolor progresivo en la interlínea interna.

En 1992 es operado: aparente meniscectomía, limitación de la flexión. Se realiza tratamiento kinésico.

En 1994 comienza con tumoración interna de 4 cm, blanda y dolorosa. Se realiza resección tumoral. Recidiva temprana, progresando la limitación de la movilidad.

A fines de 1994 se realiza artroscopía diagnóstica. La biopsia informa "sinovitis vellosnodular pigmentada, asociada a rumor glómico" (9/1/95), siendo tratado posteriormente con deltisona oral por 4 meses.

En junio de 1995 se realiza sinovectomía (sinovial hipertrófica de abundante sangrado). La biopsia informa "sarcoma sinovial bifásico con componente epitelial tipo hemangiopericitoma".

En julio de 1995 la tomografía axial computada (TAC) de tórax fue normal. Es derivado a Buenos Aires.

El 25 de agosto de 1995 ingresa al Hospital Fernández.

Presenta rodilla edematizada, tumoración redondeada, visible y palpable, blanda, de aproximadamente 2x2 cm en relación con el portal interno de la artroscopía.

Se realiza nueva biopsia excisional.

El 12 de octubre de 1995 el Dr. Santini Araujo informa: "sarcoma sinovial monofásico con elevado índice mitótico, vimentina positivo, queratina positivo: sarcoma sinovial monofásico".

Clasificando el tumor según Enneking como IIB se propone la amputación del miembro y ante la

negativa del paciente es intervenido quirúrgicamente (19/2/1996). Se realiza resección en bloque de la articulación, con partes blandas y cicatrices anteriores en el mismo acto. Se efectúa una artrodesis con injerto de banco intercalar fémorotibial, estabilizado con un clavo endomedular pasante con doble cerrojo.

Radioterapia y quimioterapia postoperatorias.

Estudios realizados que se presentan: radiografías, centellografía, arteriografía, TAC de tórax, resonancia magnética (Figuras 1 y 2).

### Plan en discusión propuesto

- 1) Incidencia de lesiones tumorales postraumáticas en la rodilla.
- 2) Incidencia de indicaciones de cirugía artroscópica, con omisión de diagnóstico tumoral.
- 3) Diagnóstico final anatomopatológico.
- 4) Tratamiento realizado: resección.

## DISCUSIÓN

Moderador: Dr. HÉCTOR GALLARDO

**Presentadora:** El pronóstico para estos tumores es una recurrencia a los dos años de un 70% a un 80%, disminuyendo con la radioterapia un 30% más. Lo que queremos plantear con este caso es aprovechar las citas donde se rescatan las fallas en el diagnóstico, sucedidas en este caso. Por ejemplo el artículo de Jefferson, que diagnostica una sinovitis vellosnodular pigmentada, resultando ser un sarcoma sinovial; Bert, en 1982, que hace un diagnóstico de quiste meniscal, resultando ser un sarcoma sinovial, y Botvil, en 1981, que presentó tres casos con diagnóstico de quiste poplíteo de Backer y resultaron ser tres lesiones malignas, siendo uno de ellos un sarcoma sinovial.

Otro error que quisiéramos destacar es uno que

---

\* Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital "Juan A. Fernández", Buenos Aires.

**CUADRO 1  
DIAGNOSTICO  
DE CERTEZA**

<b>Biopsia</b>
• Por punción
• Incisional (> de 3 cm)
• Excisional (< de 3 cm)

**CUADRO 2  
ESTADIFICACION  
(Enneking)**

II B
G2 T2 MO

también está descripto en el artículo de Macklin, en el que habla de la biopsia artroscópica. Macklin dice que el lavado artroscópico (*shaving*) produce una alteración en la arquitectura celular, lo que daría falsos negativos; además el tamaño de las muestras resultó ser pequeño.

Otro ítem en cuanto a la artroscopía es que puede producir la diseminación de células malignas desde el exterior al interior de la articulación. Por eso cabe pensar si este sarcoma sinovial fue desde un inicio extraarticular y luego pasó a ser intraarticular o es un caso de los extremadamente raros como los descriptos intraarticulares.

**Moderador:** Creemos que éste es un caso muy interesante. Ustedes saben que desde hace algunos años los tumores de partes blandas tienen un incremento en su incidencia, lo que nos plantea dificultades desde todo punto de vista. O sea, en el diagnóstico, tratamiento y en el seguimiento, que es lo único que nos puede aportar resultados en cuanto a la terapéutica que nosotros vamos a emplear.

Creo que lo que importa aquí en este ejercicio es poder discutir con los jóvenes residentes algunos puntos que fueron planteados por ellos mismos.

Los que hicieron la presentación mostraron un plan de discusión y en primer lugar está la incidencia de lesiones tumorales postraumáticas, las indicaciones de la cirugía artroscópica con omisión de

diagnóstico tumoral, el diagnóstico anatomopatológico y el tratamiento que se puede realizar.

Yo creo que sería interesante comenzar con la misma gente del Hospital Fernández, como para que nos aclaren cómo fue su criterio en conjunto para el estudio diagnóstico artroscópico de la lesión que tuvieron.

**Presentadora:** El estudio artroscópico no lo realizamos en nuestro hospital, sino que fue hecho en el interior del país, y coincidimos con la bibliografía en que es escasa la toma de la biopsia por punción que hacer la misma por vía artroscópica. Son muestras escasas de 3 mm aproximadamente.

**Moderador:** Preguntaría entonces a quien tenga experiencia artroscópica si puede explicar la dificultad que plantea el diagnóstico artroscópico de los tumores.

**Dr. Ivan Ayerza:** La artroscopía es un buen método de diagnóstico, indiscutiblemente, cuando uno está buscando algo que está dentro de la articulación de la rodilla. Se puede hacer una toma, no con el *shaver*, sino con una pinza sacabocado, y obtener una excelente muestra sin producir alteraciones. O sea, que no creo que la artroscopía sea un mal método de diagnóstico.

Lo que sucede es que puede ser usada en forma equivocada, pasando por alto un diagnóstico más grave que esté en la vecindad de la articulación. Pudo haber sido una lesión maligna que estuviera en las inserciones tendinosas, en la parte posterior o anterior de la articulación, y que fuera llevada en forma

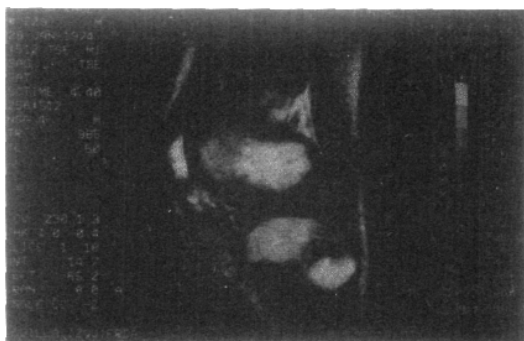


Fig. 1. Imagen de resonancia magnética (TI) donde se observa nódulo prerrotuliano y en el hueso poplíteo.

**CUADRO 3  
ESTRATEGIA TERAPÉUTICA**

<b>A. Cirugía radical</b>	Aislada Amputación	→Extirpar tumor y compartimiento
<b>B. Cirugía combinada</b>	→(Tratamiento adyuvante)	→Extirpar tumor con margen sano

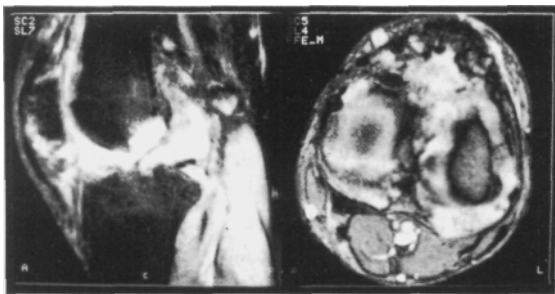


Fig. 2. Imagen de resonancia magnética (T2) donde se delimita mejor el tumor y se evidencia compromiso óseo.

accidental al interior de la misma, siendo in-seminada intraarticularmente, ya sea por un procedimiento quirúrgico o por una biopsia mal realizada, por una meniscectomía, a lo mejor inútilmente efectuada.

Aquí hay tres actos quirúrgicos que pudieron complicar el panorama y que no esclarecieron el diagnóstico: la artroscopía es uno más de esos actos quirúrgicos. A veces se piensa que la artroscopía es la solución de todo pero creo que puede ser un elemento de complicación como pudo haber pasado en este caso.

**Dr. Fernando Silberman:** Quiero responder a la pregunta del moderador desde otro punto de vista respecto de las dificultades diagnósticas que tiene este tipo de tumor.

Quiero traer la referencia anecdótica de dos casos que tuve, con muy poco tiempo de aparición entre ellos, cuyo diagnóstico fue realizado por el Dr. F. Schajowicz, en los cuales reconoció haberse equivocado.

En uno resultó ser una sinovitis nodular y se había diagnosticado un sarcoma sinovial. Se le hizo la extirpación, hablando previamente con la familia por el pésimo pronóstico que tenía, y por indicación del Dr. Schajowicz hicimos un vaciamiento ganglionar inguinal profundo. Un detalle que recuerdo: la presentadora no hizo referencia en el tipo de cirugía conservadora y recuerdo que está indicado, cuando uno hace la cirugía conservadora, hacer el vaciamiento ganglionar satélite. Fue un error diagnóstico con el material hecho por excisión quirúrgica.

El otro caso fue exactamente diagnosticado al revés del anterior.

Quiere decir que frente a las dificultades diagnósticas, que el Dr. Gallardo podrá decir si esto ha sido perfeccionado, pero nada menos que el Dr. Schajowicz se equivocó y lo aceptó. Por supuesto,

al primer enfermo "le salvamos la vida", quedó como que se le operó de un sarcoma sinovial y no lo era. Es decir que frente a estas dificultades diagnósticas es posible que la artroscopía, de la que nadie duda es un método excelente, puede todavía aumentar las dificultades.

Simplemente quería hacer esta referencia desde el punto de vista histológico.

**Moderador:** Dado que uno de los puntos a discutir es el aspecto anatomopatológico, yo dejaría para después lo que el Dr. Silberman ha planteado. Pero sí me gustaría saber, entre los colegas de Rosario, cuál es la experiencia que poseen en el aspecto artroscópico en las lesiones tumorales.

**Doctor de Rosario:** No hay experiencia al respecto.

**Moderador:** ¿En Córdoba tienen experiencia artroscópica? Esta pregunta para mí es importante, porque ustedes saben, obviamente, está demás que les diga la actual aplicación de la artroscopía, la que se practica ampliamente, por lo que me parece importante saber qué dificultades se plantean actualmente con esta técnica.

**Doctor de Córdoba:** No hay experiencia al respecto.

**Moderador:** Bueno, para continuar, aquí se plantea el diagnóstico anatomopatológico, pero obviamente entre los presentadores no hay un anatomopatólogo. Yo aprovecharía, excluyéndome por ser el moderador, la presencia del Dr. Santini Araujo, y le pediría una síntesis de las técnicas o métodos con los que se puede hacer el diagnóstico.

**Dr. Eduardo Santini Araujo:** Fundamentalmente sigue siendo de importancia el sarcoma sinovial maligno, tumor extraarticular; si de entrada éste es de ubicación intraarticular, es realmente una rareza y entra dentro del 5% de todos los sarcomas sino-viales (considerado así por la mayoría de las publicaciones).

La hemotoxilinaeosina es el elemento más importante en el diagnóstico, fundamentalmente en este tipo de diagnóstico diferencial con otros sarcomas fusocelulares, el schwannoma, el fibrosarcoma, etc. Existen algunos elementos en los últimos años que han sido el fenotipo, el perfil inmunohistoquímico, el que ha sido uno de los pocos sarcomas que tiene queratinas positivas, fundamentalmente en el sector epitelioides y fusocelular, además de vimentina positiva en el sector fusocelular.

Puede ser un elemento de ayuda realmente importante en los últimos diez años.

**Moderador:** Un poco contestando lo que ha planteado el Dr. F. Silberman, y no en disculpa, sino que los problemas que se plantearon en el diagnóstico de los casos que relató, es que ustedes ven que la morfología con técnicas de rutina tiene limitaciones. Esto ha ido avanzando con técnicas especiales, mucho más con inmunomarcación, y finalmente tenemos el espectro completo con la microscopía electrónica.

Pero para mí lo importante para ustedes, es en primer lugar establecer la metodología diagnóstica, en segundo lugar es el tratamiento.

¿Cómo tratarían, consultando a Mendoza, por ejemplo, este caso con diagnóstico de sarcoma sinovial y con las perspectiva de un tumor agresivo que compromete la vida?

**Dr. Félix Bocco (Mendoza):** Yo creo que no hay mucha diferencia entre lo que han planteado los residentes presentadores; posiblemente uno hubiera insistido más en la amputación, por mayor seguridad, pero la actitud que tuvieron ellos ante la negativa es una buena opción.

Ahora lo que les preguntaría a los patólogos, ya que no tenemos mucha experiencia en sarcomas sinoviales, es saber qué tanto ayudan la radioterapia y la quimioterapia como adyuvantes en el control de la enfermedad.

**Moderador:** Respecto de la radioterapia, en primer lugar es una de las terapéuticas que más se ha empleado después de la cirugía. Este es un tumor que es esencialmente de tratamiento quirúrgico, la radioterapia con cierto éxito ha requerido dosis muy elevadas. Y dosis que han pasado de las 8.000 a las 10.000 rads, lo que es terrible y significa que inevitablemente el sector afectado tiene que ser resecaado con un criterio oncológico o directamente amputado, porque los tejidos van a estar totalmente necróticos.

Lo que sí plantea bastante expectativa en la actualidad es la quimioterapia coadyuvante, con la cual no hay mucha experiencia, ni trabajos que presenten una casuística significativa. Pero sí la quimioterapia fundamentalmente para la focodiseminación.

Pero nos interesa saber si algún residente nos pudiera plantear, mediante el plan terapéutico planteado por los presentadores, qué elegirían en cada caso y cuáles serían los parámetros a tener en cuenta

para decidir mayor o menor cirugía en estos tumores. ¿Tendrían en cuenta la edad, el sexo, la localización, el tamaño o el tipo histológico?

**Presentadora:** En cuanto al pronóstico del sarcoma sinovial hay artículos que refieren que el mismo es más favorable si se presenta en pacientes con menos de 15 años; si en las radiografías aparecen las típicas calcificaciones; si se presenta más distal el sector afectado, etc.

En cuando a la estrategia terapéutica, Enneking lo establece de acuerdo con el grado histológico de malignidad y si se ha salido del compartimiento muscular o no. En el caso que haya metástasis a distancia se realizan tratamientos adyuvantes, quimioterapia o radioterapia.

**Moderador:** Por ejemplo, si una lesión es de menos de 5 cm, ¿ustedes que harían?

**Presentadora:** Haríamos una cirugía radical, extirpando el tumor y el compartimiento, siendo una resección marginal.

**Moderador:** O sea harían una resección con criterio oncológico, limitado a todo el compartimiento o con un cierto margen, en centímetros, por fuera de los límites visibles del tumor.

**Presentadora:** Lo de los márgenes es relativo. Se retiraría todo el compartimiento que involucra al tumor.

**Moderador:** ¿Es el mismo criterio el que usarían en uno de menos de 5 cm que con uno de más de 10 cm de diámetro?

**Presentadora:** Si está todo dentro de un mismo compartimiento considero que es lo mismo que tenga menos de 5 cm o más de 10 cm de diámetro.

**Dr. Fernando Silberman:** Yo creo que lo que se está discutiendo es muy importante y deseo expresar lo que yo siento para que se aclare si estoy equivocado. Creo que es Enneking quien afirma que es el tipo celular al que no se le da importancia y si al tamaño del tumor.

Cuando el tumor es chico, entre 5-10 cm, hoy día se determina cirugía conservadora, ya que las estadísticas muestran que las amputaciones tienen igual o peor pronóstico que ésta, dependiendo que no haya metástasis, realizado tratamiento quimio y radioterápico como neoadyuvante.

Si el tumor es mayor de 10 cm, entonces en una forma desesperada o radical quedaría la amputación.

Quiero recordar que el concepto que se tenía años atrás era que el sarcoma sinovial era altísimamente maligno; con el paso de los años este concepto ha ido cambiando, y con el agregado de la radioterapia, quimioterapia y cirugía precoz, el pronóstico demostró que la sobrevida no es estadísticamente tan mala como se pensaba.

**Moderador:** Bueno, dado el tiempo transcurrido, debemos redondear el tema para terminar.

Deseo recordar algo y es que, como ustedes saben, la UICC ha establecido en un libro-atlas, el TNM,

donde da una serie de grados, en especial para los sarcomas de partes blandas, los sarcomas sinoviales en especial, siendo un elemento sumamente útil para decidir el tratamiento, en especial para el cirujano.

Pero hay tres elementos que deben ser tenidos en cuenta, los que han sido definidos hace bastante, donde se estableció el tamaño de la lesión, el grado de malignidad (importa mucho: de los tres más importantes en orden de malignidad: monofásica fusocelular, la epitelioides y la poco diferenciada) y por último la localización.

Pero en la cirugía se tiende al salvataje del miembro aun cuando estén comprometidos sectores importantes.