

PRESENTACION DE CASOS

Sinoviosarcoma de la columna lumbar. Informe de un caso

TOMAS RÜDT, SEBASTIAN CHAROSKY, MATIAS H. GALANTE, JUAN P. BERNASCONI, PEDRO A. COLL, PABLO M. SIRNA, ROBERTO G. ZIZUELA, MARÍA C. PEDEMONTE, EDUARDO SOSA Y GUSTAVO RAMÍREZ

Instituto Dupuytren, Buenos Aires.

Paciente de sexo masculino, de 63 años de edad, que concurrió a la consulta derivado por un cuadro de lumbalgia sin compromiso neurológico de 5 meses de evolución y que no responde al tratamiento conservador. En la primera consulta, presentaba un cuadro de lumbocuralgia izquierda, con signos de irritación radicular, pero sin déficit neurológico.

El paciente trae estudios realizados en su primer centro de atención:

Radiografías:

- Imágenes osteolíticas con límites difusos en arcos posteriores de T12 y L1.

- Imágenes de tumefacción de partes blandas en dorso de región correspondiente a la charnela lumbosacra. Resonancia magnética:

- Masa infiltrante que se extendía desde el arco posterior de T12 hasta L2, con compromiso del plano intrarraquídeo, aunque extradural, hasta el tejido celular subcutáneo. (Fig.)

Anatomía patológica: Biopsia por punción. Diagnóstico: *sinoviosarcoma*.

Ante la duda del diagnóstico obtenido y para completar los estudios de estadificación, se decide solicitar una centellografía corporal total con Tc99.

En la consulta siguiente, el paciente concurre en silla de ruedas, con paresia franca de miembro inferior izquierdo. Se decide la internación para tratamiento quirúrgico. El tumor se estadifica como Enneking IIb; Weinstein ABCD 11 a 2.^{1,11}

Se planifica una embolización selectiva de los pedículos vasculares del tumor que se realiza sin inconvenientes; se programa la cirugía a las 48 horas.

Luego de 10 días de internación, el estado neurológico del paciente había empeorado; en el momento de la cirugía, tenía una plejía completa del miembro inferior izquierdo, pérdida de control de esfínteres y paresia del miembro inferior derecho.

Se practicó una resección en bloque del tumor desde la piel hasta el plano óseo, abarcando un área desde T12 hasta L2. Se realizaron laminectomías de T12, L1 y L2 junto con laminotomía de L3. Se instrumentó con tornillos pediculares desde T12 hasta L3. Un cirujano plástico realizó un cierre con un colgajo rotatorio de la piel del flanco.

La pieza enviada a anatomía patológica constaba de una losange de piel de 18 x 8 cm y una masa de tejido subyacente de 18 x 8 x 5 cm. El informe anatomopatológico macroscópico reveló pieza sin margen de tejido sano en uno de sus laterales y en profundidad. En la microscopia, se detectaron fragmentos de piel que mostraron hipodermis, celular subcutáneo y músculo subyacente, infiltrados por una proliferación fusocelular que constituían haces entrelazados muy vascularizados, con sectores de congestión, necrosis, hemorragias y otros cavitados tapizados por elementos epitelioides. Además, se observaron fragmentos óseos parcialmente infiltrados por una proliferación de similares características. El diagnóstico de *sinoviosarcoma de tipo bifásico* fue confirmado mediante este informe.

En el posoperatorio, el paciente evolucionó sin complicaciones y con mejoría progresiva del estado neurológico. En la primera semana posoperatoria, estaba en condiciones de sedestación. En la segunda semana, había recuperado el control de esfínteres. A los 15 días, era capaz de caminar asistido por bastones canadienses, y al mes, caminaba sin asistencia.

En la última consulta de control, a los 6 meses de posoperatorio, el paciente no muestra signos de recidiva local ni de metástasis. En la actualidad, recibe tratamiento oncológico.

Discusión

Los sarcomas provenientes de tejido sinovial fueron descritos, por primera vez, por Gustav, en 1865; sin embargo, el término sarcoma sinovial es utilizado por Sabrazes y cols, recién en 1934.^{4,6} Estos tumores representan sólo el 5-10% de los sarcomas de partes blandas,²⁴ y su localización en la columna vertebral es sumamente infrecuente.^{2,3,8,12}

El sarcoma sinovial, también llamado sinoviotelioma,⁷ recibe el nombre por su localización anatómica

Recibido el 1-3-2001. Aceptado luego de la evaluación el 22-5-2001.

Correspondencia:

Dr. TOMAS RÜDT
Servicio de Ortopedia y Traumatología
Instituto Dupuytren
Av. Belgrano 3402
(1210) Buenos Aires
Argentina

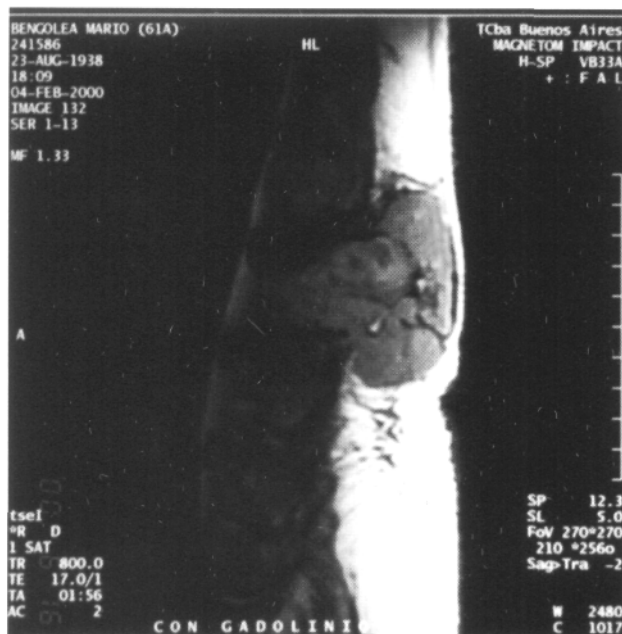


Figura. Resonancia magnética que muestra una masa infiltrante desde el arco posterior de T12 a L2 con compromiso del plano intrarraquídeo, aunque extradural, y que se extiende hasta el tejido celular subcutáneo.

ca y su semejanza histológica con la membrana sinovial. Sin embargo, su origen estaría en una célula mesenquimática primitiva indiferenciada y no en el tejido sinovial.^{5,7,12} Predomina en adultos de sexo masculino, de en-

tre 20 y 50 años, aunque el espectro etario es amplio. En el 83% de los casos, se localiza en las extremidades, el 66-73% corresponde a los miembros inferiores. Sólo el 5% de estos tumores se localiza en tronco y cuello.^{2-5,7,12} Los síntomas iniciales característicos son tumor y dolor. Es de crecimiento lento con carácter infiltrativo local. En la mayoría de las series consultadas, la duración promedio de los síntomas hasta el diagnóstico es de 18 a 24 meses.^{2,4,6,9,10} Las metástasis son frecuentes y el 80% se producen en pulmón, seguidas de ganglios linfáticos y hueso en orden decreciente de frecuencia. El tiempo promedio de supervivencia desde la detección de metástasis es de 10 meses.^{2,4,6,12} La supervivencia promedio a los 5 años oscila entre el 43%⁴ y el 38%.¹²

En nuestro paciente, la indicación quirúrgica fue el déficit neurológico progresivo. A pesar de que los márgenes obtenidos en la cirugía no fueron suficientes, se logró el objetivo de liberación y descompresión del cono medular. Creemos que se deben optimizar las medidas diagnósticas y disminuir al máximo los tiempos de la burocracia de nuestro sistema de salud para poder brindar a estos pacientes soluciones que, en algunos casos, pueden aumentar significativamente su esperanza de vida. Aunque el pronóstico final de un paciente con esta patología sea inevitable, creemos fundamental otorgar una calidad de vida digna el mayor tiempo posible.

Reconocimiento

Se agradece la colaboración del doctor Gallardo en el estudio anatomopatológico.

Referencias bibliográficas

1. Boriani, S; Weinstein, JN, y Biagini, R: Spine update. Primary bone tumors of the spine. *Spine*, 22 (9): 1036-1044, 1997.
2. Cadman, N, y cols.: Synovial sarcoma. An analysis of 134 cases. *Cancer*, 18: 613-627, 1965.
3. Gualtieri, I, y Calderoni, P: Sarcoma sinoviale a localizzazione paravertebrale. *Chir Organi Mov*, 68 (3): 383-386, 1982.
4. Henderson, SA; Davis, R, y Nixon, JR: Synovial sarcoma: a clinicopathological review. *Int Orthop*, 15 (3): 251-255, 1991.
5. Hiraga, H, y cols.: Histological and molecular evidence of synovial sarcoma of bone. *J Bone Jt Surg (Am)*, 81 (4): 558-563, 1999.
6. Ryan, J; Baker, LH, y Benjamín, RS: The natural history of metastatic synovial sarcoma. *Clin Orthop*, 164: 257-260, 1982.
7. Schajowicz, F: *Tumores y lesiones seudotumorales de huesos y articulaciones*. Buenos Aires: Panamericana; 1991.
8. Signorini, G, y cols.: Synovial sarcoma of the thoracic spine. *Spine*, 11 (6): 629-631, 1986.
9. Skytting, BT; Baver, HC, y Larsson, O: Diagnosis, treatment and prognosis of patients with synovial sarcoma. *Acta Orthop Scand*, 285 (70): 47.49, 1999.
10. Van de Sadt, J, y cols.: Synoviosarcome. Présentation d'un cas et revue de la littérature. *Rev Chir Orthop*, 70: 643-648, 1984.
11. Weinstein, J, y McLain, RF: Primary tumor of the spine. *Spine*, 12 (9): 843-851, 1987.
12. Wright, P, y cols.: Synovial sarcoma. *J Bone Jt Surg (Am)*, 64 (1): 112-122, 1982.