

SARCOMA SINOVIAL BIFÁSICO: CARACTERÍSTICAS POR IMÁGENES

AUTORES: MONTENEGRO, SONIA ITATI – RAMOS PACHECO, JULIETA ILEANA.

SERVICIO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES - HIGA DR. OSCAR ALENDE – MAR DEL PLATA – BS. AS. - ARGENTINA

LOS AUTORES NO PRESENTAN CONFLICTOS DE INTERESES.

PRESENTACIÓN DEL CASO

- Mujer de 21 años derivada a la guardia por tumoración dura y dolorosa de muslo derecho de un mes de evolución.
 - Dificultad en la marcha.
 - Niega otros síntomas.
-
- ✓ Se realizó ecografía de partes blandas por guardia
 - ✓ Se completó estudio de TC con contraste EV
 - ✓ Se valoró extensión por RM
 - ✓ Se remitió material a de biopsia a anatomía patológica con tipificación con marcadores tumorales.
 - ✓ Se llevó a cabo resección quirúrgica con posterior desarticulación de MMII derecho, requirió internación en UTI.
 - ✓ Llevó a cabo quimioterapia neoadyuvante.
-
- ✓ *RESULTADO DE BIOPSIA: Los cortes histológicos muestran una proliferación neoplásica bifásica constituida por dos componentes, uno de células fusiformes con núcleos monomorfos hipercrómicos y otro de aspecto epitelial conformando estructuras pseudoglandulares.*
Se observa positividad fuerte y heterogénea para citoqueratina AE1/AE3, citoqueratina 7 y EMA en el sector epitelial y menos intenso en el área fusiforme. Las células también presentan tinción positiva tenue para Bcl2 y son negativas para CD99. Los hallazgos histológicos y el perfil inmunohistoquímico son compatibles con un sarcoma sinovial bifásico.

HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS

En partes blandas de raíz de muslo derecho



- **ECOGRAFIA**

Masa hipoeoica, **heterogénea**, bordes definidos y lobulados, con **captación de doppler color**.



- **TOMOGRAFÍA**

Masa de **densidad similar a los tejidos blandos**, heterogénea. Permite diferenciar calcificaciones. Realce **variable al contraste**.



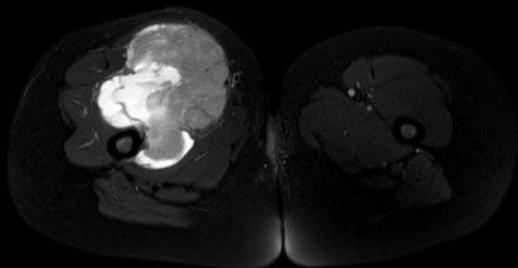
- **RESONANCIA MAGNETICA**

Define compromiso tumoral – método de elección.

T1: iso/ligeramente hiperintenso respecto al músculo.

T2: hiperintenso

Realce variable al gadolinio (difuso, heterogéneo o periférico)



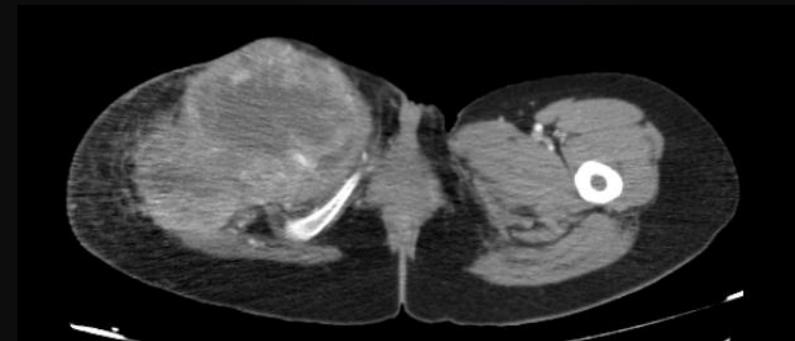
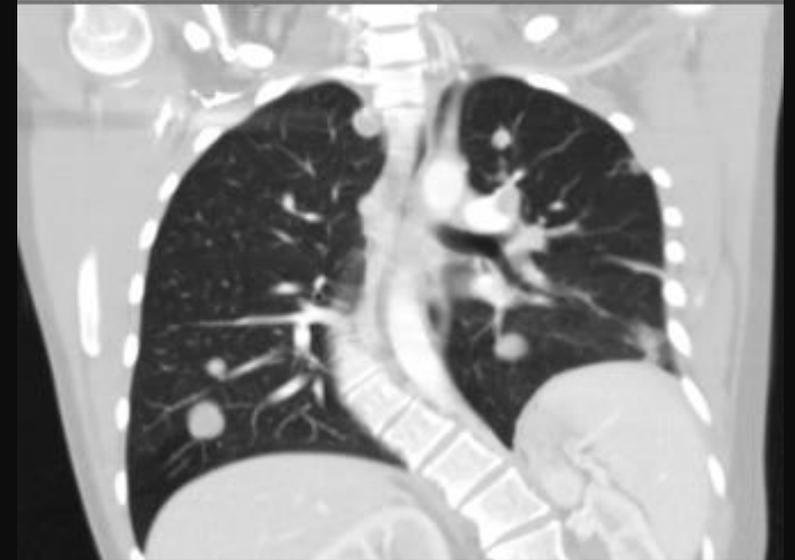
No se logran diferenciar con Rx al menos que presenten calcificaciones en su interior.

DISCUSION DEL CASO

- ▶ El sarcoma sinovial es el cuarto tipo más común de sarcoma de tejido blando y representa del 2,5% al 10,5% de todas las neoplasias malignas primarias de tejido blando en todo el mundo.
- ▶ El sarcoma sinovial afecta con mayor frecuencia a las extremidades (80% a 95% de los casos), particularmente a la rodilla en la fosa poplítea, de adolescentes y adultos jóvenes (15 a 40 años de edad). A pesar de su nombre, la lesión no suele surgir en una ubicación intraarticular, sino que suele ocurrir cerca de las articulaciones.
- ▶ El sarcoma sinovial es una entidad patológica distintiva que, a pesar de su nombre, no surge del sinovio, ya que muestra una diferenciación epitelial y mesenquimatosa dual.
- ▶ Los subtipos histológicos incluyen monofásico, bifásico y pobremente diferenciado; la aberración citogenética de la translocación t(X;18) es muy específica del sarcoma sinovial. El diagnóstico se establece por anatomía patológica.
- ▶ Aunque las características radiográficas de estos tumores no son patognomónicas, los hallazgos de una masa de partes blandas, particularmente si están calcificadas (30 %), cerca de una articulación de un paciente joven, pero no en ella, son muy sugestivos del diagnóstico.
- ▶ Dos características asociadas con el sarcoma sinovial que pueden conducir a un diagnóstico inicial erróneo de un proceso indolente benigno son el crecimiento lento (tiempo promedio hasta el diagnóstico, 2 a 4 años) y el tamaño pequeño (< 5 cm en la presentación inicial); además, estas lesiones pueden mostrar márgenes bien definidos y una apariencia homogénea en las imágenes transversales.
- ▶ En los casos tratados con un régimen de quimioterapia o quimio-radioterapia neoadyuvante, puede observarse progresión, estabilidad o, con mayor frecuencia, respuesta. Los principales cambios relacionados con la respuesta son, por encima de la disminución de tamaño, la disminución de las áreas de captación y la encapsulación del tumor (formación de una cápsula fibrosa).

CONCLUSIÓN

- ▶ SE SOSPECHA CON RASTREO ECOGRAFICO PRINCIPALMENTE EN EL TERRITORIO DE LAS **GRANDES ARTICULACIONES**: PATRON SOLIDO HETEROGENEO CON DOPPLER POSITIVO.
- ▶ EN **PACIENTES JOVENES**
- ▶ SE PUEDE HACER TAC CON CONTRASTE EV PERO REFUERZA POCO. MAS EN PERIFERIA.
- ▶ **SE COMPLETA CON RMN COMO METODO DE ELECCION.**
- ▶ LA DIFERENCIA DE TEJIDOS ORIENTA SI ES MONOFASICO O BIFASICO
- ▶ **SI ES BIFASICO ES DE COMPONENTE EPITELIAL Y MESENQUIMAL**
- ▶ **EL DIAGNOSTICO ES ANATOMOPATOLÓGICO.**
- ▶ SE EVALUA LA EXTENSION Y COMPROMISO VASCULAR Y OSEO A FIN DE UNA PROBABLE CIRUGIA DE RESECCION.
- ▶ PRESENTA ALTA RECIDIVA LOCAL Y A PESAR DE LA NEOADYUVANCIA GENERA ALTA TASA DE METASTASIS PRINCIPALMETE PULMONARES.



Paciente a los 22 meses posterior a QT: metástasis pulmonares y recidiva local del tumor.

BIBLIOGRAFÍA

- ▶ Imaging of Synovial Sarcoma with Radiologic-Pathologic Correlation Mark D. Murphey, Michael S. Gibson, Bryan T. Jennings, Ana M. Crespo-Rodríguez, Julie Fanburg-Smith, Donald A. Gajewski. 2006.
- ▶ Sarcoma sinovial. Hallazgos radiológicos. J. Molina Zuluaga, G. M. Santandreu Rositano, M. Baldoma España, J. Llauger Rosello, J. Palmer Sancho, M. Gómez-Chiari; Barcelona/ES. 2012.