

## Sarcoma sinovial

Dr. EDUARDO DE STEFANI \*

El sarcoma sinovial o sinovioma maligno es un tumor poco frecuente de las partes blandas. Aunque se observa en todas las edades, su incidencia experimenta un pico en la edad adulta joven con un promedio entre los 32 y 38 años (6,27). La mayoría de las series (3,11,27,37) muestra una preponderancia por el sexo masculino tipo 3:2. Se localiza casi exclusivamente en las partes blandas periarticulares de los miembros, principalmente de la rodilla.

*Histogénesis.*— Se ha demostrado fehacientemente, mediante el cultivo de tejidos (45) y la microscopía electrónica (34), que está constituido por células sinoviales que adoptan dos tipos morfológicos diferentes. A pesar de desarrollarse en la vecindad de las articulaciones y vainas tendinosas, el tumor generalmente se localiza por fuera de las mismas (27), creyéndose que la mayoría de los casos se originan a partir de recesos sinoviales y bolsas serosas. Pickren y col. (49) han sostenido la posibilidad de que algunos casos deriven de la diferenciación sinovial de elementos conjuntivos.

*Macroscopía.*— El sarcoma sinovial no posee rasgos macroscópicos patognomónicos. Generalmente aparece como una masa situada en la vecindad de una articulación o vaina tendinosa. Su tamaño varía entre 2 y 15 cm. (80), su forma es en general, groseramente redondeada y está rodeado por una pseudocápsula debida a la compresión de las estructuras conjuntivas adyacentes. Este rasgo puede inducir al cirujano poco experimentado a intentar la enucleación del tumor, procedimiento terapéutico que da lugar a la recidiva en casi todos los casos. En el corte la lesión muestra una superficie sólida, grisácea y ocasionalmente mucicoide. Pueden existir áreas pseudoquisticas y focos de calcificación que le confieren cierta

dureza. Ya se ha mencionado el hecho de que raramente invade la cavidad articular siendo también rara su extensión al hueso, que puede presentar modificaciones osteolíticas de tipo reactivo, no imputables a la invasión neoplásica.

*Aspectos histológicos.*— De manera característica, el sarcoma sinovial está constituido por dos tipos celulares (arquitectura bifásica) que deben estar presentes para poder realizar el diagnóstico positivo. Ambos tipos celulares se encuentran en cantidades variables.

El "elemento sinovial" es de aspecto epitelioide y de forma generalmente cúbica. Se dispone tapizando hendiduras (fig. 1) o formando pseudoacinos. En ocasiones puede formar acúmulos compactos o adoptar una disposición membraniforme (20) (fig. 2). El segundo elemento, que generalmente prepondera cuantitativamente, es fusocelular y ha sido denomi-

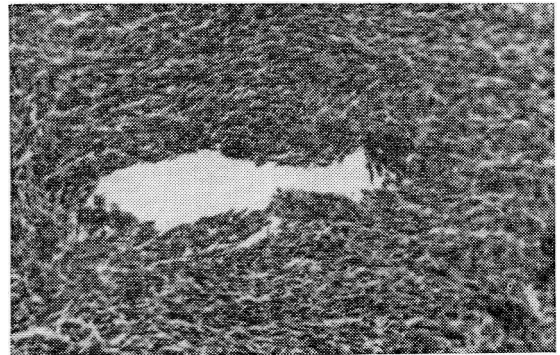


FIG. 1.— Hendidura tapizada por elementos sinoviales. Tumor de dorso de mano izquierda recidivado, en un hombre de 23 años con evolución preoperatoria de tres años. Diagnóstico original de quiste sinovial. Posteriormente presentó una nueva recidiva y metástasis en cuero cabelludo. Se realizó amputación de antebrazo y vaciamiento axilar.

\* Adjunto del Depto. de Anatomía Patológica, Hospital de Clínicas.

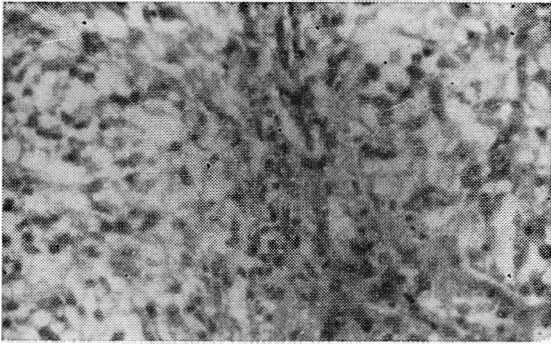


FIG. 2.—Zona de disposición membraniforme en la que los elementos adoptan un aspecto "epiteliode". Tumor de dorso del pie en una enferma de 40 años con evolución preoperatoria de un año y medio. Resección amplia del tumor y radioterapia postoperatoria. No metástasis.

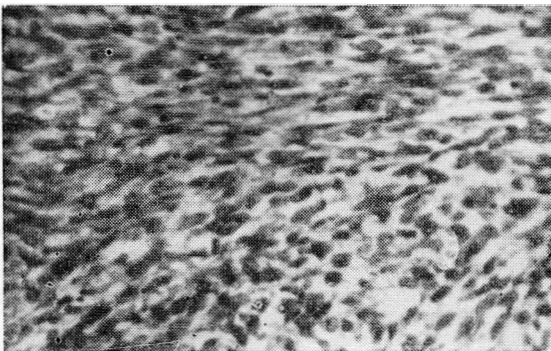


FIG. 3.—Zona de aspecto fibrosarcomatoso perteneciente a la metástasis dérmica del tumor de la fig. 1.

nado "elemento fibrosarcomatoso". Se dispone en fascículos entrelazados (fig. 3) y cada célula está rodeada de reticulina, lo que permite la diferenciación con los elementos sinoviales que carecen de dicha armazón.

Enzinger (19) divide una serie de 75 sarcomas sinoviales en tres tipos histológicos: pseudoglandular, fibrosarcomatoso y endotelioide, encontrándose en el último, una sobrevida netamente menor a los 5 años. En los 4 casos del Hospital de Clínicas revisados por el autor, la arquitectura bifásica fue constante, pero en todos existía un gran predominio del componente "fibrosarcomatoso". Las formaciones pseudoglandulares se observaron en un solo caso, siendo mucho más frecuente encontrar a los elementos sinoviales revistiendo hendiduras o en disposición membraniforme.

**Diagnóstico diferencial microscópico.**—Se plantea esencialmente con el adenocarcinoma metastásico en partes blandas, el fibrosarcoma y el hemangioendotelioide. Para descartarlos es necesario constatar la existencia del típico patrón bifásico, lo que en ocasiones requiere el examen de numerosos cortes del tumor. Otras lesiones que ocasionalmente pueden confundirse con el sarcoma sinovial son el melanoma amelanótico, el hemangiopericitoma y el rhabdomyosarcoma alveolar (80).

**Historia natural.**—El sarcoma sinovial es un tumor de crecimiento moderado, aumentando 4 cm. de tamaño entre los 6 y 12 meses (49). Existe un intervalo considerable entre el momento en que el paciente nota el neoplasma por primera vez y el momento de la consulta. Esta demora puede ser imputable a la falta de dolor. Se extiende localmente a favor de los planos de clivaje y da metástasis por vía hematógena y linfática. Las metástasis hematógenas se localizan fundamentalmente en pulmones y pleura. Pickren y col. (49) han destacado la frecuencia de las metástasis pleurales, explicándolas por la homología que existe entre los elementos sinoviales y los mesoteliales (metástasis homohistiotropas).

Las metástasis ganglionares merecen una consideración especial. Se localizan en los ganglios regionales y son relativamente frecuentes en la serie de Ariel y Pack (6) (19 % de los casos). Esto impone la necesidad de incluir el vaciamiento ganglionar regional en el plan terapéutico. El pronóstico es sombrío, independientemente de la modalidad de tratamiento empleado, aunque existe acuerdo en que debn realizarse procedimientos quirúrgicos radicales para controlar la evolución del tumor.

## RESUMEN

El sarcoma sinovial es un tumor poco frecuente de partes blandas periarticulares de los miembros. Está formado por células sinoviales que adoptan dos tipos distintos. El elemento sinovial de aspecto epiteliode tapizando hendiduras, formando pseudoacinos o con disposición membraniforme y en acúmulos compactos. El elemento fibromatoso con células fusiformes dispuestas en fascículos. Es un tumor de crecimiento relativamente lento dando metástasis por vía hemática y con bastante frecuencia colonizando los ganglios regionales, hecho a tener en cuenta para la conducta quirúrgica.

## RÉSUMÉ

Le sarcome synovial est une tumeur peu fréquente des parties molles péri-articulaires des membres. Il est formé par des cellules synoviales de deux types différents. L'élément synovial d'aspect épithélioïde tapisant des fentes, formant des pseudo-acini, ou à forme membraneuse en accumulation compacte. L'élément fibromateux avec cellules fusiformes disposées en fascicules. Il s'agit d'une tumeur de croissance relativement lente avec métastase par voie hématique et qui assez fréquemment colonise les ganglions régionaux, ce dont il faut tenir compte dans la conduite chirurgicale.

## SUMMARY

Synovial sarcoma is a rare tumor of periarticular soft parts of limbs. It is formed by synovial cells which adopt two different types; a synovial element of epithelioid aspect covering inlets, forming pseudo-acinus or simulating a membrane, in compact arrangement; and a fibromatous element with fusiform cells arranged in fascicles. Growth of tumor is relatively slow, metastasis is produced through the blood system, and very often infiltrating regional ganglia; this is a fact to be born in mind in surgery.