

Varón de 63 años con dolor y tumefacción retrocalcánea derecha

N. Gómez-Rodríguez^a, A. Pintado-García^b, J. Ibáñez-Ruán^a y M. González-Pérez^a

^aServicio de Reumatología. Hospital POVISA. Vigo. Pontevedra. España.

^bServicio de Cirugía Ortopédica-Traumatología. Hospital POVISA. Vigo. Pontevedra. España.

Caso clínico

Varón de 63 años con antecedentes de hipertensión arterial y cirugía por varices en las extremidades inferiores, que consultó por dolor y tumefacción retrocalcánea derecha. Los síntomas se habían iniciado insidiosamente 3 meses antes, mejoraban de forma parcial con antiinflamatorios no esteroideos, aunque dificultaban la deambulación y, sobre todo, subir escaleras o pendientes. Negaba dolor nocturno o en reposo, no había presentado traumatismos locales ni reconocía el uso de calzado que pudiera haber provocado lesión local.

En la exploración destacaba, inmediatamente por delante de la inserción calcánea del tendón de Aquiles derecho, la presencia de una tumoración de consistencia elástica, dolorosa a la presión y con la flexoextensión del tobillo. No se apreciaba engrosamiento ni se desencadenaba dolor a la palpación del propio tendón de Aquiles ni de la bolsa retrocalcánea. La exploración del resto del aparato locomotor fue anodina. Con el diagnóstico clínico de bursitis retrocalcánea, se le prescribió reposo relativo, una talonera de silicona y se le administró diclofenaco (50 mg/vía oral/8 h). Los siguientes parámetros de laboratorio fueron normales o negativos: hemograma, velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C reactiva (PCR), glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, Ca, P, fosfatasa alcalina, creatinincinasa, colesterol total, triglicéridos, transaminasas, gammaglutamiltranspeptidasa, proteinograma, factor reumatoide (látex), análisis de orina y estudio de coagulación. La radiografía de tórax fue normal. Las radiografías del pie derecho mostraron una tenue calcificación por delante de la inserción calcánea del tendón de Aquiles (fig. 1). La ecografía evidenciaba una tumoración sólida hipocogénica, con un área hiperecogénica periférica de 8 x 6 mm compatible con calcificación, que ocupaba el interior de la bolsa retrocalcánea (fig. 2). Por la refractarie-



Figura 1. Radiografía lateral del retropie derecho en la que se aprecia una tenue calcificación en el área correspondiente a la bolsa retrocalcánea, sin erosiones óseas ni proliferación perióstica.

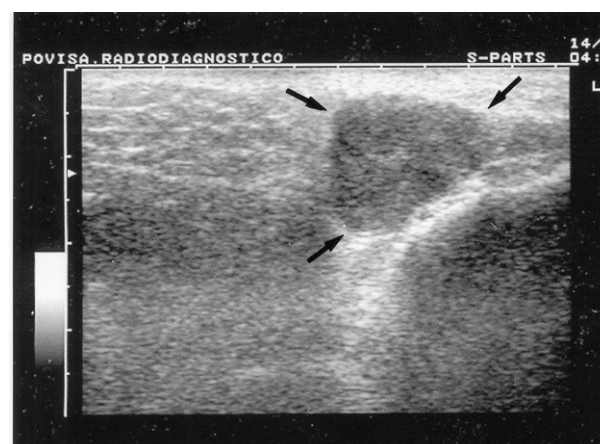


Figura 2. Imagen ecográfica sagital de la lesión en la que se aprecian sus límites bien definidos (flechas) y un contenido hipocogénico, con áreas hiperecogénicas que corresponden a calcificaciones.

Correspondencia: Dr. N. Gómez-Rodríguez.
Unidad de Reumatología. Clínica POVISA.
Colón, 28, 1.º. 36201 Vigo. Pontevedra. España.
Correo electrónico: ngomez@povisa.es

Manuscrito recibido el 18-3-2005 y aceptado el 30-5-2005.



Figura 3. Imagen sagital de resonancia magnética, ponderada en T2, realizada 1 mes después de la burssectomía retrocalcánea, en la que se aprecia una recidiva del sarcoma sinovial (puntas de flecha).

dad al tratamiento médico, 6 meses después de iniciados los síntomas, se procedió a su exéresis quirúrgica, y se comprobó que el interior de ésta estaba ocupado por un tejido homogéneo de color amarillento cuyo tamaño era de 3 × 2 cm, y que la superficie externa de la bolsa no presentaba adherencias. Tres días después, el estudio anatomopatológico reveló el diagnóstico.

Diagnóstico

Sarcoma sinovial bifásico.

Evolución

El paciente fue remitido al servicio de oncología, donde le realizaron tomografía computarizada (TC) toracoabdominal y gammagrafía ósea con Tc 99m, sin que hubiese evidencia de metástasis. Cuatro semanas después de la intervención, el paciente presentó un nódulo doloroso inmediatamente por encima de la cicatriz quirúrgica. Con el diagnóstico de recidiva tumoral y, tras realizar una resonancia magnética (RM) de la pierna derecha

para delimitar su extensión (fig. 3), se inició la aplicación combinada de quimioterapia y radioterapia. En la actualidad, transcurridos 4 años desde el diagnóstico, el paciente presenta una radiodermatitis en la región aquilea y fibrosis periaquilea que le obliga a cojear; sin embargo, no hay evidencia de recidiva local ni de metástasis.

Comentario

Los sarcomas sinoviales suponen un 5-10% de los sarcomas de partes blandas y su incidencia estimada es de 2-3 casos/100.000 habitantes/año. Se han descrito a cualquier edad, sin predilección por sexos, pero más del 80% de los casos se diagnostican entre los 15 y los 40 años^{1,2}. Se le presupone un origen mesenquimal, pues la afectación primaria de articulaciones, bolsas serosas o vainas de tendones es excepcional, y se ha descrito en localizaciones donde normalmente no hay sinovial, como órbita, lengua, paladar blando, retroperitoneo o vulva^{1,3,4}. Su denominación está basada en los hallazgos histológicos, con 2 tipos de células, unas poligonales de estirpe epitelial que secretan ácido hialurónico dentro de cavidades microscópicas pseudoglandulares, y otras fusiformes similares a los fibroblastos subsinoviales. No obstante, el reconocimiento anatomopatológico de esta neoplasia no es fácil cuando hay un marcado predominio de uno de los componentes celulares (sarcoma sinovial monofásico). Recientes estudios han demostrado que más del 90% de los sarcomas sinoviales presentan una alteración citogenética característica que implica a los genes *SSX*, locus p11,2 del cromosoma X y al gen *SYT*, locus q11,2 del cromosoma 18, los cuales presentan una translocación y fusión, t(X,18)(p11,2; q11,2)⁵⁻⁷. Los sarcomas sinoviales tienen predilección por las extremidades, sobre todo por las inferiores. Concretamente, en el pie, suponen cerca del 6% del total de tumores de partes blandas y pueden confundirse, entre otros procesos, con bursitis, sinovitis, fibromatosis o fascitis plantar⁸. En efecto, las manifestaciones clínicas más frecuentes son dolor y tumefacción local, sin afectación vascular, adenopatías regionales o síntomas sistémicos, lo que unido al bajo índice de sospecha por parte del cirujano ortopédico o del reumatólogo, favorecen el retraso del diagnóstico, y las demoras superiores a 1 año no son raras⁸. En nuestro paciente, el hallazgo anatomopatológico constituyó una sorpresa, tanto por la edad como por la localización de tumor dentro de una bolsa sinovial. En la mitad de los casos, las radiografías simples se interpretan como normales, el 30% muestran calcificaciones irregulares, habitualmente localizadas en la periferia y menos del 20% presentan signos de invasión del tejido óseo². La TC y la RM son las técnicas de diagnóstico por la imagen que proporcionan mayor información acerca de la extensión del tumor. En las imágenes ponderadas en T1, los sarcomas sinoviales presentan una

señal intermedia, similar o algo hipointensa respecto al músculo y con frecuencia con áreas de hiperseñal correspondientes a hemorragias intratumorales. En las secuencias ponderadas en T2, la señal es heterogénea y refleja la alternancia de necrosis, hemorragias, áreas sólidas y quísticas⁹. Como la vascularización de esta neoplasia es variable, la angiografía tiene escasa utilidad para el diagnóstico, aunque puede ser de ayuda para delimitar la relación con los vasos regionales. En la gammagrafía ósea en 3 fases con metilendifosfonato-Tc 99m suele observarse hipercaptación local del trazador en la fase II y, eventualmente, también en la fase III cuando existen calcificaciones intratumorales. En áreas accesibles, la ecografía, por su alta rentabilidad y bajo coste, es la modalidad de imagen de primera elección cuando se sospecha un proceso de partes blandas¹⁰. El tejido sólido de la bolsa retrocalcánea en el paciente descrito se interpretó erróneamente como proliferación sinovial en el contexto de una sinovitis crónica. El tratamiento de los sarcomas sinoviales se basa en la combinación de cirugía radical y radioterapia. La quimioterapia se utiliza cuando no es posible la resección completa del tumor o existen metástasis. Asimismo, suele administrarse ante factores de mal pronóstico, como un tamaño > 5 cm, elevada actividad mitótica, invasión vascular o una escasa diferenciación celular^{4,11-13}, a lo que cabe añadir, aunque en menor grado, la edad superior a los 40 años y las recurrencias locales¹². Los sarcomas sinoviales en las regiones distales de las extremidades suelen diagnosticarse antes y poseen menor tamaño que los ubicados en regiones proximales o en el tronco. Desgraciadamente, casi la tercera parte de los sarcomas sinoviales presentan recurrencias locales¹² y el 10% de los enfermos fallecen en el primer año tras el diagnóstico a causa de las metástasis, en especial las pulmonares^{2,13}. A los 5 años, la supervivencia media es del orden del 60%.

El caso aquí presentado debe hacernos reflexionar acerca de la necesidad de evaluar cuidadosamente cualquier tumoración sólida de partes blandas en las extremidades, y considerar la posibilidad de una neoplasia maligna, incluso cuando su expresividad clínica sea escasa⁸.

Bibliografía

1. Enzinger FM, Weiss SW. Synovial sarcoma. En: *Soft tissue tumors*. 3rd ed. St. Louis: Mosby-Year Book, Inc., 1995. p. 757-86.
2. Rosenberg AE, Schiller AL. Tumors involving joints. En: Kelley WN, Harris ED Jr, Ruddy S, Sledge CB, editors. *Textbook of Rheumatology*. Filadelfia: WB Saunders Co.; 1997. p. 1593-617.
3. Weiss SW, Goldblum J. Malignant soft tissue tumors of uncertain type. En: Weiss SW, Goldblum JR, editors. *Enzinger and Weiss's soft tissue tumors*. St. Louis: Mosby; 2001. p. 1483-571.
4. Ferrari A, Gronchi A, Casanova M, Meazza C, Gandola L, Collini P, et al. Synovial sarcoma: a retrospective analysis of 271 patients of all ages treated at a single institution. *Cancer*. 2004;101:627-34.
5. Kawai A, Woodruff J, Healey JH, Brennan MF, Antonescu CR, Ladanyi M. SYT-SSX fusion as a determinant of morphology and prognosis in synovial sarcoma. *N Engl J Med*. 1998;338:153-60.
6. Namba Y, Kawai A, Naito N, Morimoto Y, Hanakawa S, Inoue H. Intra-articular synovial sarcoma confirmed by SYT-SSX fusion transcript. *Clin Orthop*. 2002;395:221-6.
7. Coindre JM, Pelmus M, Hostein I, Lussan C, Bui BN, Guillou L. Should molecular testing be required for diagnosing synovial sarcoma? *Cancer*. 2003;98:2700-7.
8. Scully SP, Temple HT, Harrelson JM. Synovial sarcoma of the foot and ankle. *Clin Orthop*. 1992;364:220-6.
9. Jones BC, Sundaram M, Kransdorf MJ. Synovial sarcoma: MR imaging findings in 34 patients. *AJR Am J Roentgenol*. 1993;161:827-30.
10. Naredo E, Usón J, Cabero F, Cruz A, Crespo M. Un año de experiencia con ecografía en la práctica reumatológica. *Rev Esp Reumatol*. 2001;28:62-70.
11. Skytting BT, Bauer HCF. Diagnosis, treatment and prognosis of patients with synovial sarcoma. The Scandinavian Sarcoma Group experience. *Acta Orthop Scand*. 1999;70 Suppl 285:47-9.
12. Bergh P, Meis-Kindblom JM, Gherlinzoni F, Berlin Ö, Bacchini P, Bertoni F, et al. Synovial sarcoma. Identification of low and high risk groups. *Cancer*. 1999;85:2596-607.
13. Skytting B, Meis-Kindblom JM, Larsson O, Virolainen M, Perfekt R, Åkerman M, et al. Synovial sarcoma. Identification of favourable and unfavourable histologic types. A Scandinavian Sarcoma Group study of 104 cases. *Acta Orthop Scand*. 1999;70:543-54.