

SINOVIOSARCOMA DE TORNOZELO - QUARTA RECIDIVA

ANKLE'S SYNOVIOSARCOMA – FOURTH RELAPSE

Luiz Carlos Lopes¹, André Luis Giusti², Thaís Daltoé Inglez², Elean Lamar Raimundo²,
Gustavo Barbosa de Souza²

RESUMO

Esse relato apresenta o caso de uma paciente com quarta recidiva de sinoviosarcoma, um sarcoma de partes moles que possui estreita relação com bainhas tendinosas, bursas e cápsulas articulares. A paciente apresentou uma quarta recidiva, sendo necessária a realização da amputação de perna, visto que as cirurgias conservadoras já não aliviam o sofrimento da paciente. O principal objetivo deste relato de caso é apresentar um caso clássico de neoplasia rara, expondo a doença e fazer uma breve revisão da literatura e mostrar sua importância, visto que corresponde a apenas 5% das neoplasias de partes moles.

Palavras chaves: Sinoviosarcoma; sarcoma de partes moles; amputação; câncer

ABSTRACT

This report presents the case of a female patient with fourth synoviosarcoma recurrence, a sarcoma of soft tissues that have close relationship with tendon sheaths, bursas and articular capsule. The patient present her fourth recurrence, in which the performance of amputation was required, since the conservative surgeries no longer relieved the patient suffering. The main objective of this case report is to present a classic case of a rare cancer, exposing the disease, and to make a brief review of the literature to show its importance, since it corresponds to only five percent of the cancers of tissues parts.

Keywords: Synoviosarcoma; sarcoma of soft tissues; amputation; cancer

Rev HCPA 2010;30(2):163-165

Paciente do sexo feminino, 46 anos, relata que, há aproximadamente 8 anos, havia notado o aparecimento de um nódulo de cerca de 2 cm de diâmetro no tendão do calcâneo direito, indolor, sem sinais flogísticos, de consistência pétreo e aderido aos planos profundos. Após 1 ano do seu surgimento, foi realizada exérese do nódulo, sem intercorrências. A paciente desconhecia o resultado da análise histopatológica da tumoração, e não foi possível recuperar o laudo anátomo-patológico.

Há 2 anos surgiu nova tumoração no mesmo local, mas com características distintas: nódulo de 7 cm de diâmetro (em 1 ano e meio), pétreo, aderido aos planos profundos, doloroso e com flogose, associado a edema do pé direito, que dificultava a deambulação. Negava traumatismos na região.

Foi submetida a intervenção cirúrgica em agosto de 2006 (após 1 ano e meio) para a exérese da tumoração. No procedimento, foi observado grande acometimento de partes moles, com invasão local extensa do tumor, e realizada a ressecção extensa do mesmo com a transposição do tendão do músculo flexor longo do hálux para substituir o tendão calcâneo ressecado, visando à preservação da flexão plantar.

As análises anátomo-patológica e imunohistoquímica indicaram neoplasia maligna de células redondas, com freqüente arranjo alveolar (figuras 1 e 2), sugerindo sinoviosarcoma pouco diferenciado, com discreta necrose, alta celulari-

dade, moderada anaplasia nuclear e margens cirúrgicas livres.

Cinco meses após o ocorrido, houve o surgimento de nódulo palpável em região inguinal direita, de aproximadamente 2 cm de diâmetro, indolor, aderido a planos profundos, de consistência fibrosa, sem sinais flogísticos. Depois de 1 mês do surgimento do nódulo inguinal, apresentou novo nódulo em maléolo lateral direito, de 2 cm de diâmetro, doloroso, pétreo, não aderido a planos profundos e sem sinais flogísticos. Em maio de 2007 foi realizada a exérese do tumor e do linfonodo inguinal.

O diagnóstico histopatológico do linfonodo foi de neoplasia maligna de arranjo alveolar metastática, com múltiplos focos coalescentes e presença de invasão capsular, sem transposição da mesma. O nódulo da região do tendão calcâneo foi diagnosticado como uma neoplasia maligna de arranjo alveolar, com diversas figuras mitóticas e margem cirúrgica comprometida. Paciente em acompanhamento na Oncologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB) desde novembro de 2006. Na análise imunohistoquímica do tumor foi novamente confirmado o sinoviosarcoma (figuras 3 a 6).

Em janeiro de 2008, em consulta clínica na oncologia, foi observado o aparecimento de lesão nodular em região inguinal da coxa direita, aderidos aos planos profundos e dolorosos à palpação. Foi realizada ressonância magnética da lesão, que revelava massa de limites mal de-

1. Departamento de Cirurgia, Hospital Universitário de Brasília, Universidade de Brasília (UNB).

2. Curso de Medicina, Faculdade de Medicina, UNB.

Contato: André Luis Giusti. E-mail: giusti@aluno.unb.br (Brasília, DF, Brasil).

finidos com realce heterogêneo, de dimensões 5,6 x 3,6 x 3,8 cm no músculo gastrocnêmico lateral, com extensão para o subcutâneo e músculo sóleo. As alterações musculares e ósseas poderiam estar relacionadas à radioterapia a qual foi realizada nos meses de outubro e novembro, quando foram feitas 30 sessões de radioterapia prévia de cobalto, no Hospital de Base do Distrito Federal.

Em junho de 2008 foi realizada a amputação da perna direita. A peça estava com margens cirúrgicas livres, porém dois meses após a paciente retornou com sintomas relacionados à manifestação neoplásica no local da operação, foi realizado uma nova biopsia em que diagnosticou em conjunto com o sinoviosarcoma a presença de um melanoma. A paciente faleceu quatro meses após o diagnóstico.

DISCUSSÃO

O Sinoviosarcoma é uma neoplasia rara de origem mesenquimal, com crescimento lento e relação íntima com tendões, bainhas tendíneas, bursas e cápsulas articulares. Constitui cerca de 5% das neoplasias de partes moles (1).

Os sinoviosarcomas podem se apresentar em uma grande variedade de articulações, entre as mais comuns se destacam os joelhos, tornozelos e músculos (2), com predomínio das extremidades inferiores, com cerca de 75% de prevalência (3-5). A idade de predomínio é variável. São de tamanho significativo ao diagnóstico, sendo 85% maiores que 5 cm (9).

O Sinoviosarcoma é composto basicamente de três tipos: bifásico, com células epitelióides, o monofásico, com células fusiformes e a rara variante monofásica com células epitelióides. Alguns estudos mostram em 16% dos casos presença de metástases à distância em sua apresentação inicial (3) e cerca de 50% de metástases após o diagnóstico ou tratamento inici-

al, sendo o local mais comum o pulmão (3). Outros estudos de coorte demonstraram cerca de 60% de metástases à distância (4). No caso de linfonodos esse número dificilmente chega a 3%.

Os sarcomas sinoviais têm, em geral, uma translocação do cromossomo 18 para o X, t(X;18) (6). O diagnóstico é estritamente morfológico e pode-se fazer ou não correlação com sua translocação genética. O tratamento dos sinoviosarcomas é semelhante ao dos demais sarcomas de partes moles, sendo a cirurgia a principal ferramenta terapêutica. Devido à proximidade dos sinoviosarcomas das articulações, a possibilidade de se realizarem cirurgias conservadoras é menor do que nos outros sarcomas. São, em geral, fatores de mal prognóstico: envolvimento de margem cirúrgica, tumores pouco diferenciados, duração dos sintomas maior do que 1 ano, tamanho do tumor maior do que 5 cm, idade maior que 25 (2) ou 35 (4) anos, e maior que 40 anos quando o tumor for menor que 1cm (7), além de metástase, principalmente óssea. Em geral, a taxa de sobrevida varia de 50 a 80% em cinco anos, e cerca de 45% após 10 anos (8), dependendo da idade do paciente, tamanho do tumor e ressecabilidade (8).

CONCLUSÃO

Esse relato de caso teve por finalidade apresentar a história natural de uma doença bastante incomum, o sinoviosarcoma de tornozelo. Nos poucos relatos que existem na literatura, a amputação não trouxe benefícios (1,3-5). Entretanto, esse caso, além de apresentar uma doença rara, evidencia o benefício e o alívio do sofrimento da paciente com a amputação do membro, antes de haver metástase, que pudessem comprometer o prognóstico da paciente.



Figura 1



Figura 2

Figuras - 3 a 6: Imunohistoquímica (reações positivas) da 3ª recidiva, realizada dia 26/09/07 no HUB.

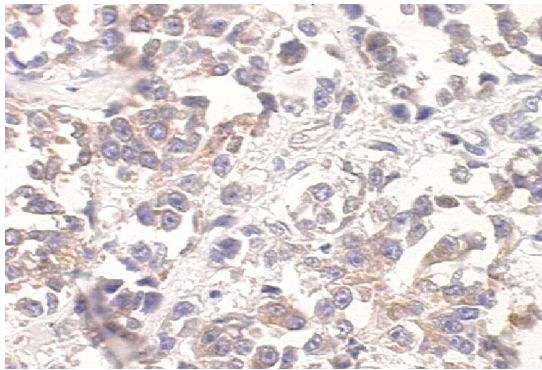


Figura 3 - Oncoproteína Bcl-2

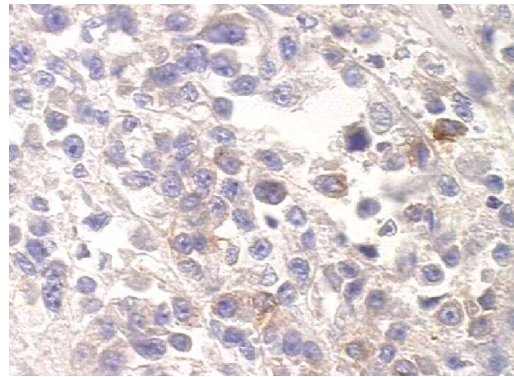


Figura 4 - Antígeno de Membrana Epitelial (EMA)

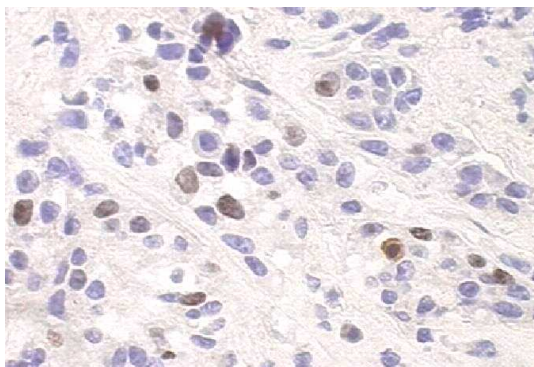


Figura 5 - Antígeno de proliferação celular

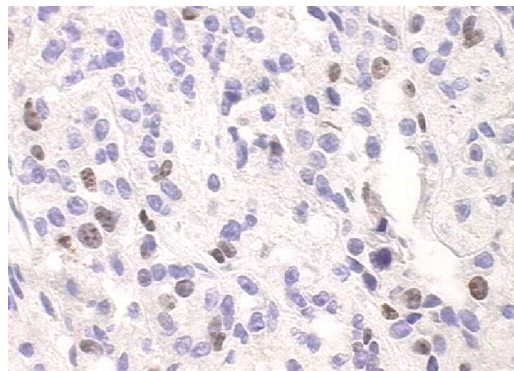


Figura 6 - Antígeno de proliferação celular

REFERÊNCIAS

1. Swapna S. Kartha; Jeffrey M. Bumpous, MD. Synovial Cell Sarcoma: Diagnosis, Treatment, and Outcomes. *Laryngoscope*, 112:1979–82, 2002
2. Nicolás Ferrer R, Reyna Gómez G, Rondón García OV. Sinoviosarcoma maligno. Presentación de 1 caso. *Rev Cub Ortop Traumat* 1999;13(1-2):108-11.
3. Arnold C. Paulino, MD. Synovial Sarcoma Prognostic Factors and Patterns of Failure. *Am J Clin Oncol*. 2004;27(2), April.
4. E. L. Spurrell, C. Fisher, J. M. Thomas & I. R. Judson. Prognostic factors in advanced synovial sarcoma: an analysis of 104 patients treated at the Royal Marsden Hospital. *Annals of Oncology* 16: 437–44, 2005 .
5. De Silva MV, Mahon AD, Reid, R. Prognostic Factors Associated With Local Recurrence, Metastases, and Tumor-Related Death in Patients With Synovial Sarcoma
6. Karen H. Albritton, MD and R. Lor Randall, MD. Prospects for Targeted Therapy of Synovial Sarcoma. *J Ped Hematol Oncol*. 2005;27(4), April
7. Michal Michal, MD, Julie C. Fanburg-Smith, MD, Jerzy Lasota, MD, John F. Fetsch, MD, Jack Lichy, MD, and Markku Miettinen, MD. Minute Synovial Sarcomas of the Hands and Feet A Clinicopathologic Study of 21 Tumors Less Than 1 cm. *Am J Surg Pathol*. 2006;30(6), June.
8. Rosa ACF, Machado MM, Grasso Filho LE, Albertotti F, Sato E, Figueiredo MAJ, Albertotti CJ, Giovanni, Sarcoma sinovial fibroso do pé – Relato de caso. *Rev Bras Radiol*. 2002;35(1):51–4.

Recebido: 02/08/2008

Aceito: 16/06/2010