

SARCOMA SINOVIAL EN HUECO POPLÍTEO. UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE.

De Vega Abreu, P; Gallo Ayala, J.M.; Martín Antúnez, J.

INTRODUCCIÓN

El sarcoma sinovial es un tumor maligno mesenquimatoso de alto grado, generalmente localizado cerca de las articulaciones. Se presenta frecuentemente en adultos jóvenes varones. Constituyen menos del 0,68% de los tumores malignos. Son tumores muy invasivos. Se desarrolla metástasis en el 30-60% de los casos.

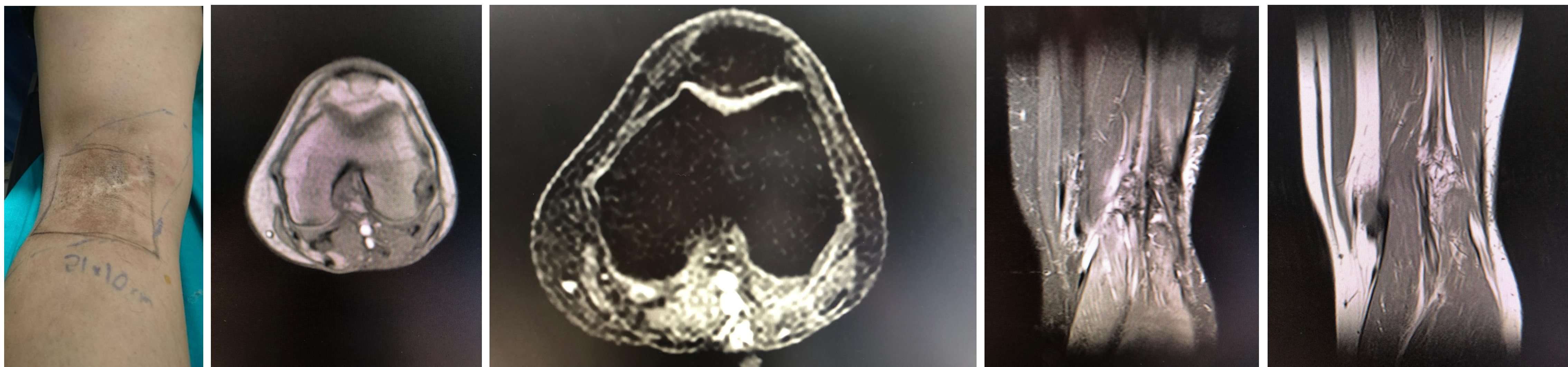
OBJETIVOS

Presentar nuestra experiencia con un caso clínico poco frecuente, su evolución y seguimiento.

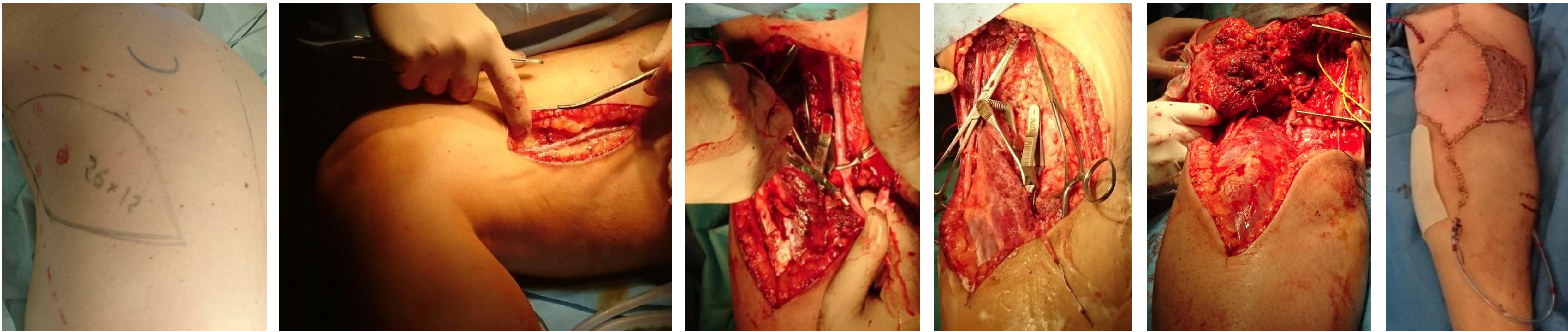
MATERIAL Y MÉTODOS

CASO CLÍNICO

Varón de 30 años de edad sin antecedentes de interés, que consulta en otro Centro en 2005 por presentar molestias en región proximal de hueso poplíteo, con parestesias en planta de pie ipsilateral, de predominio nocturno. Exploración: movilidad de rodilla y tobillo completa, parestesias en territorio del N.Tibial posterior, buen relleno vascular distal, no masas palpables. Se realiza RM con diagnóstico de quiste de Baker. Posteriormente se realiza biopsia escisional que informa de Sarcoma sinovial. Estudio de extensión negativo T2BNOM0. Tras el hallazgo anatomopatológico, se administra RT adyuvante, con buena evolución. En 2016 presenta recidiva local a nivel del Nervio Tibial posterior y se propone amputación del miembro.



Acude a nuestro Centro para segunda opinión. Tras ser valorado en Comité de Tumores musculoesqueléticos, se propone Quimioterapia y posterior reevaluación. Una vez completada la Quimioterapia, se decide intervención quirúrgica conjunta, considerándose la cirugía de salvamento de la extremidad afecta. Se planifica resección en bloque de hueso poplíteo izquierdo con márgenes oncológicos, y reconstrucción con By-pass vascular de arteria y vena poplíteas izquierdas con vena safena interna, injerto nervioso de Nervio Safeno a Tibial Posterior y colgajo libre microvascularizado de dorsal ancho. El informe anatomopatológico dictaminó que se trataba de Sarcoma Sinovial con márgenes de resección libres. No precisó tratamiento adyuvante.



RESULTADOS

Tras un año de seguimiento, el paciente realiza su actividad diaria con normalidad. Movilidad de rodilla completa, déficit del Tibial Posterior, dorsiflexión de tobillo completa, flexión plantar nula. Anestesia del territorio del nervio Tibial posterior con recuperación parcial a nivel plantar. Sin datos de recidiva tumoral.

CONCLUSIONES

Las lesiones tumorales de partes blandas pueden pasar inadvertidas y los síntomas asociados a menudo son infravalorados. Es importante realizar un diagnóstico diferencial con procesos benignos como bursitis o quistes ganglionares. El tratamiento debe ser multidisciplinar, con resección quirúrgica amplia y radioterapia auxiliar. El colgajo microvascularizado de dorsal ancho es una técnica segura, con bajo riesgo de necrosis y buenos resultados funcionales.

