



Sarcoma sinovial monofásico y embarazo: Presentación de un caso y revisión de la bibliografía

Jesús Sánchez Contreras,* Judith Galindo López,**
Patricia Villanueva Ocampo,*** Laura Patricia Torres Torres****

RESUMEN

En el embarazo el cáncer tiene una incidencia de 0.07-0.1%. Los tipos más comunes de cáncer asociados con el embarazo son: cáncer de mama, endometrio y el cáncer cervicouterino. El sarcoma sinovial es una neoplasia bien definida que normalmente ocurre en extremidades de adolescentes y adultos jóvenes donde se muestra que tiene una relación con las articulaciones, especialmente la rodilla. La gestación no tiene ningún efecto sobre el comportamiento clínico de los sarcomas y no está indicada la terminación del embarazo donde se produzcan ambos a la vez a menos que persista un sarcoma de alto grado.

Palabras clave: *Sarcoma sinovial, cáncer, tumores blandos.*

ABSTRACT

Cancer in pregnancy has an incidence of 0.07-0.1%. The most common types of cancer associated with pregnancy are: breast cancer, endometrial and cervical cancer. Synovial sarcoma is a well-defined neoplasm that usually occurs in extremities of adolescents and young adults showing that has a relationship with the joints, especially the knee. Pregnancy has no effect on the clinical behavior of sarcomas and is not indicated termination of pregnancy where they occur both simultaneously unless there is still a high-grade sarcoma.

Key words: *Synovial sarcoma, cancer, soft tumors.*

INTRODUCCIÓN

El cáncer en el embarazo es un evento relativamente infrecuente, con una incidencia de 0.07-0.1%. En el caso de los sarcomas, la influencia en su presentación, promoción y desarrollo sigue siendo altamente controversial y poco clara, ya que no existe ningún dato que soporte que el embarazo por sí solo provoque efectos adversos en el curso de la enfermedad.¹

Los tipos de cáncer más comunes asociados a embarazo son: cáncer de mama, endometrio y el cáncer cervicouterino. Debido a su relativa rareza, el sarcoma y los tumores blandos de tejido óseo se presentan de manera muy esporádica durante el embarazo, sin que se conozca la incidencia exacta en la que aparecen.¹

El sarcoma sinovial es una neoplasia morfológicamente bien definida, que típicamente ocurre en extremidades de adolescentes y adultos jóvenes mostrando una especial re-

lación de vecindad con las articulaciones. Los casos de localización intraarticular son raros y suponen 10% del mismo. El caso que presentamos creemos que es interesante por la localización intraarticular poco frecuente y el patrón predominantemente monofásico de células fusiformes que mostraba en el estudio histológico, así como el hecho de cursar con un embarazo del 2o. trimestre y ruptura prematura de membranas.

OBJETIVO

Presentar un caso de sarcoma sinovial en el embarazo.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Dada la aparente existencia de una similitud microscópica con la sinovial normal, esta entidad fue denominada en 1927, por Smith con el término sinovioma, y en 1936, Knox sugirió el nombre de sarcoma sinovial, aunque nunca se ha demostrado totalmente su origen a partir de tejidos sinoviales preformados. Algunos estudios recientes proponen considerar más apropiadamente a esta neoplasia como un carcinosarcoma

* Jefe de la División de Ginecología y Obstetricia del Hospital Juárez de México.
** Residente de Ginecología y Obstetricia del Hospital Juárez de México 4o. Año.
*** Residente de Ginecología y Obstetricia del Hospital Juárez de México 2o. Año.
**** Residente de Ginecología y Obstetricia.

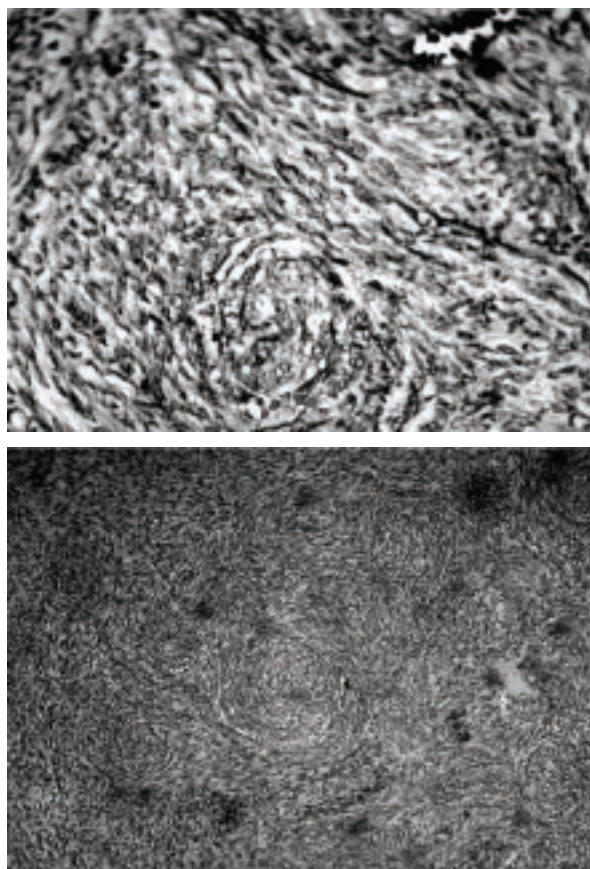


Figura 1. *Sarcoma sinovial monofásico.*

A pesar de su nombre estos tumores no se originan a partir del tejido sinovial, sino que proceden de células mesenquimales pluripotenciales situadas tanto cerca como lejos de las superficies articulares. Debido a esto; este tipo de tumor raramente aparece en membranas sinoviales, únicamente 10% afecta espacios articulares. Más a menudo se encuentra en la vecindad de grandes articulaciones y bolsas, dentro o cerca de los tendones y de las vainas tendinosas y en fascias aponeuróticas.

En 75 a 95% de las ocasiones el sarcoma sinovial se localiza en las extremidades, siendo más frecuente la afectación en las inferiores. Los sitios más comunes de origen son alrededor de la articulación de la cadera, rodilla, tobillo, hombro y muñecas. Además, puede aparecer en la pelvis, en cabeza y cuello, y en áreas desprovistas de tejido sinovial, como la pared abdominal.

CASO CLÍNICO

Paciente OFG femenino de 32 años de edad, originaria y residente del Estado de México, casada, escolaridad se-

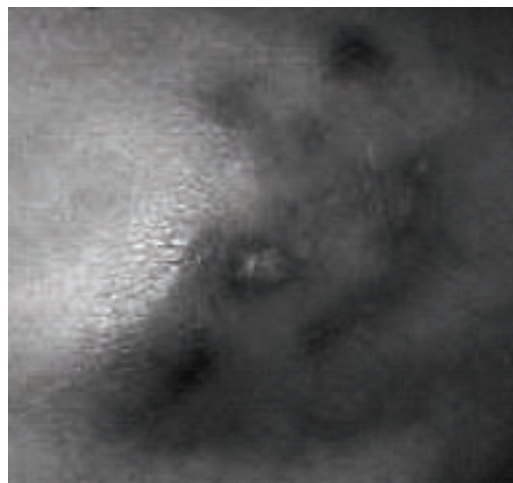


Figura 2. *Aspecto macroscópico del tumor en rodilla izquierda.*

cundaria, ocupación hogar, con antecedentes de hermana con patología renal no especificada, refiere como antecedente de importancia ser tratada por el Servicio de Ortopedia por tumor en rodilla izquierda de cuatro semanas, del cual se realiza toma de biopsia el día 8 de marzo 2007, refiere dolor y molestias articulares de un año de evolución de manera ocasional.

Resultado de la biopsia de tercio proximal de pierna izquierda: descripción microscópica, se observa neoplasia maligna de elementos fusocelulares que forman cordones, las células son pequeñas con citoplasma eosinófilo, los núcleos son alargados con cromatina granular. Se identifican mitosis atípicas. Por otro lado, se encuentran área de aspecto mixoide con vasos dilatados (Figuras 1 y 2). Resultado: Sarcoma sinovial monofásico.

Antecedentes ginecoobstétricos

Menarca los 12 años de edad, con ritmo de 28 x 2 días dismenorreica, con inicio de vida sexual: 16 años, refiere dispareunía, método de planificación familiar dispositivo se coloca hace un año seis meses y se retira el primer mes de embarazo, fecha de última regla: 28-09-06, fecha probable de parto: 15 junio 2007, gestas: 4, partos: 3, cesárea: 0, aborto: 0, refiere infección de vías urinarias a los dos meses de gestación tratamiento con ampicilina y cérvico vaginitis tratada y remitida, aplicación de toxoide tetánico en dos ocasiones, último DOC hace dos años negativo a cáncer, fecha de último parto hace 13 años.

Inicia su padecimiento al referir salida de líquido transvaginal claro, por lo que es enviada a urgencias donde se corrobora ruptura realizándose cristalografía, la cual es positiva, se ingresa para vigilancia estrecha, iniciando in-



ductores de madurez pulmonar y antibiótico, sin trabajo de parto. Se realiza ultrasonido que nos arroja datos de oligohidramnios severo, además de datos clínicos y por laboratorio de corioamniotitis, por lo que se decide realizar cesárea corporal sin complicaciones, reportando producto único de 28 semanas líquido amniótico escaso no fétido, cavidad uterina no hipertérmica.

La paciente con una evolución satisfactoria se encuentra en buenas condiciones generales a la exploración física sin datos patológicos.

Posterior a la resolución de embarazo se decide por parte del Servicio de Oncología amputación de miembro pélvico izquierdo.

DISCUSIÓN

El sarcoma sinovial constituye de 6-10% de todos los sarcomas de partes blandas.²⁻⁶ Los hombres se afectan más frecuentemente que las mujeres con porcentajes de 2:1 o 3:2.³ Los casos reportados en la literatura que se acompañan de embarazo son raros.³⁻⁵

El sarcoma sinovial es más frecuente en adolescentes y adultos jóvenes entre 15 y 35 años.³⁻⁵ Predominan en las extremidades, donde habitualmente se presentan en la vecindad de las grandes articulaciones, especialmente la rodilla; hallándose en relación con los tendones, vainas tendinosas y bolsas serosas.⁴ Son raros dentro de cavidades articulares constituyendo menos de 10% de todos los casos.^{3,4}

La edad corresponde a adulta relativamente joven, 32 años, se ha señalado que en presentaciones a edades avanzadas ocurren cambios histológicos y citológicos correspondientes a un tumor pobremente diferenciado, y que también a estas edades las localizaciones son más inusuales.

Los sarcomas de tejido blando y huesos merecen consideración especial cuando se presentan en mujeres embarazadas. El tratamiento médico se ve fuertemente influenciado por el tipo y sitio de localización del tumor primario, su crecimiento y los síntomas asociados, además de la necesidad de tratar a la mujer embarazada con toxicidad mínima sobre el producto.¹

En los sarcomas de partes blandas con frecuencia se retrasan la exploración radiológica y quimioterapia hasta después del parto. La resonancia magnética puede ser una opción útil durante el embarazo.⁷

En tumores primarios localizados en las extremidades se tratan mediante extirpación quirúrgica, habitualmente sin tener en cuenta el embarazo, con cirugía conservadora, limitada a resección con márgenes amplios más radioterapia después del parto, la supervivencia a los cinco años alcanza un rango de 65%.^{7,8}

Se debe realizar una resección con márgenes de seguridad, a menudo incluyendo los tejidos adyacentes, como la musculatura peri tumoral.

En caso de tener una paciente embarazada en quien se necesite tratamiento con radioterapia y ésta no pueda ser retrasada después del nacimiento la radioterapia debe asegurar el control máximo de la tumoración y al mismo tiempo reducir la dosis para el producto de tal manera que se alcance un nivel de riesgo aceptable, brindándole una mayor oportunidad de desarrollo normal.⁹

Generalmente los sarcomas tienen una evolución prolongada, pudiendo desarrollar metástasis en algunos pacientes hasta 20 años después de la terapia inicial. La media de supervivencia es aproximadamente de cinco a seis años, siendo posibles largos periodos de supervivencia, incluso con la existencia de metástasis.¹⁰

Aunque la mayoría de las metástasis son por vía sanguínea, de 10 a 20% de los pacientes tiene metástasis linfáticas.⁴ Las metástasis pulmonares ocurren generalmente en los dos primeros años tras el diagnóstico del primario.³

Una mujer con un sarcoma de alto grado durante el primer trimestre del embarazo debería considerarse en serio la posibilidad de un aborto en caso de que el tratamiento óptimo además de la cirugía, fuese la quimioterapia. En caso de que el sarcoma de alto grado fuese diagnosticado en el tercer trimestre, parece que sería razonable una inducción temprana del parto.⁷

El pronóstico del sarcoma sinovial viene determinado por una serie de factores, y rara vez constituyen un problema en el embarazo: histológicamente, los sarcomas sinoviales calcificantes tienen mejor pronóstico que el resto; según su diámetro mayor y la extensión, los tumores menores de 5 cm y que no invaden estructuras adyacentes tienen un mejor pronóstico.

Por el contrario, los tumores mayores de 5 cm, la actividad mitótica superior a 10 mitosis por 10 campos de gran aumento, la existencia tanto de necrosis como de áreas pobremente diferenciadas, especialmente si estas suponen más de 20% de la tumoración, la presencia de células rabdoideas, un escaso número de mastocitos, un alto grado de atipia nuclear y aneuploidia se han asociado a peor pronóstico.⁷⁻¹⁰

En este caso se espera un mejor pronóstico, debido a la localización distal del tumor, un tamaño inferior a 5 cm y una actividad mitótica inferior a 10 mitosis por 10 campos de gran aumento, una prolongada duración de los síntomas antes del diagnóstico (presumiblemente debido a que el tumor sea biológicamente menos agresivo).



CONCLUSIONES

El sarcoma es un tumor raro, afecta principalmente adultos jóvenes en mayor porcentaje a hombres que a mujeres. En este caso se muestra un comportamiento favorable a pesar de que el sarcoma sinovial de partes blandas es de alto grado de malignidad, su actividad mitótica es relativamente baja, no es habitual la tinción que presenta su patrón morfológico monofásico, sin embargo muestra pequeño tamaño, con crecimiento lento. La cirugía como tratamiento único no es recomendada en estos casos, debe asociarse a radioterapia o quimioterapia.

La gestación no tiene ningún efecto sobre el comportamiento clínico de los sarcomas, y no está indicada la terminación del embarazo donde se produzcan ambos a la vez a menos que persista un sarcoma de alto grado. Se recomienda iniciar el tratamiento al concluir el embarazo en caso de diagnóstico en el último trimestre de gestación. En nuestro reporte la causa de interrupción fue por corioamnionitis secundaria a ruptura prematura de membranas de larga evolución. Se desconoce la evolución de la paciente. En la literatura consultada no se a encontrando ningún caso reportado de sarcoma sinovial monofásico en rodilla y embarazo.

REFERENCIAS

1. Orlandi E, Zonca G, Pinoli E, et al. Postoperative radiotherapy for synovial sarcoma of the head and neck during pregnancy: clinical and technical management and fetal dose estimates. *Tumori* 2007; 93: 45-52.
2. Schajowicz F. Tumores y lesiones seudotumorales de huesos y articulaciones. *Tumores y lesiones seudotumorales de la membrana sinovial*. Buenos Aires: Panamericana; 1989, p. 521-68.
3. Madewell JE, Sweet DE. Tumors and tumor-like lesions in or about joints. In: Resnick D (ed.). *Bone and joint imaging*. Philadelphia: Saunders; 1996, p. 1064-75.
4. Stoller DW, Johnston JO, Steinkirchner TM. Bone and soft-tissue tumors. In: Stoller DW (ed.). *Magnetic resonance imaging in orthopaedics & sports medicine*. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997, p. 1231-339.
5. Tsumiyoshi M. Synovial sarcoma: a clinicopathologic and ultrastructural study of 42 cases. *Acta Pathol* 1983; 33: 23-7.
6. Enzinger FM, Weiss SW. *Soft Tissue Tumors*. 2nd. Ed. St. Louis-Toronto-London: Mosby Company; 1988.
7. DiSaia PJ, Creasman WT. *Clinical Gynecologic Oncology sarcomas and pregnancy* 1998; 1: 465-6.
8. Zagars GK, Ballo MT, Pisters PW, et al. Prognostic factors for patients with localized soft -tissue sarcoma treated with conservation surgery and radiation therapy: an analysis of 225 patients. *Cancer* 1997; 10: 2530-43.
9. Ofer Merimsky and Axel Le Cesne. *Soft Tissue end Bone Sarcoma in Association with Pregnancy*. *Acta Oncológica* 2007; 37(7): 721-7.
10. Ulmer C, Kettelhack C, Tunn PU, et al. Synovial sarcoma of the extremities. Results of surgical and multimodal therapy. *Chirurg* 1974; 4: 370-4.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Jesús Sánchez Contreras
 Jefe de la División de Ginecología y Obstetricia
 del Hospital Juárez de México.
 Tel.: (Lada 55) 5747-7560, Consultorio: 5583-0468,
 Cel.: 55 5405-7842
 Fax: 5597.2014
 Correo electrónico: dejesuss@prodigy.net.mx