

Resección quirúrgica de oligometástasis de un sarcoma sinovial monofásico en pulmón

Surgical resection of oligometastasis of a monophasic synovial sarcoma in the lung

José Manuel Mier Odriozola,* Luis Raúl Lemus Mercado,† Raúl A Cuevas Bustos,§
Gerardo Gómez Nieto,¶ Manuel Atocha,|| Marcos Jafif,§ Óscar Cervantes§

Citar como: Mier OJM, Lemus MLR, Cuevas BRA, Gómez NG, Atocha M, Jafif M et al. Resección quirúrgica de oligometástasis de un sarcoma sinovial monofásico en pulmón. Acta Med GA. 2023; 21 (1): 73-75. <https://dx.doi.org/10.35366/109027>

Resumen

El sarcoma sinovial es poco frecuente y agresivo. Se compone de células del estroma mesenquimal con cierto grado de diferenciación epitelial; constituye de 10-15% de todos los sarcomas de tejidos blandos. Dentro de los sarcomas sinoviales, 50% metastatizan. En enfermedad no resecable, la supervivencia a cinco años se encuentra entre 40 y 60%. Presentamos un caso de oligometastasis de un sarcoma sinovial monofásico recurrente. Se realizó la resección quirúrgica, reforzando el impacto de la sobrevida en el estadio IV de la enfermedad. Los resultados anatomopatológicos mostraron que éste se generó a partir del sarcoma sinovial primario ya conocido.

Palabras clave: sarcoma sinovial, sarcoma monofásico, oligometastasis, resección de metástasis, metástasis recurrente, metástasis pulmonar.

Abstract

Synovial sarcoma is a rare, aggressive neoplasm resulting from mesenchymal stroma comprised of spindle cells with some epithelial differentiation. This condition accounts for 5%–10% of all soft-tissue sarcomas. Among synovial sarcomas, 50% metastasize. For patients with unresectable disease at diagnosis (Stage-IV), 5-year survival rates of 40% and 60% have been reported. We present a case of recurrent monophasic synovial sarcoma oligometastatic in which surgical resection was performed, reinforcing its impact on increased survival in Stage IV disease. Anatomopathological results based on immunohistochemistry indicate that this case arose from a previously known primary synovial sarcoma.

Keywords: synovial sarcoma, monophasic sarcoma, oligometastasis, resection of metastases, recurrent metastases, pulmonary metastases.

INTRODUCCIÓN

El sarcoma sinovial (SS) es una neoplasia de tejidos blandos bien diferenciada, que representa de 5-10% de todos los sarcomas de tejidos blandos.¹ Las alteraciones citogenéticas más comunes, observadas en más de 90% de los SS, involucran el gen SSX en el *locus* 11.2 del cromosoma X, y el gen SYT en el *locus* 11.2 del cromosoma 18. Más de 90%

de los SS se localizan en las extremidades, con predominio en las extremidades pélvicas. Sólo 10% tienen una localización no ósea. Clínicamente en las extremidades, esta condición se manifiesta como una lesión multinodular, bien delimitada, no blanda y dolorosa al tacto. Más de 50% de los SS metastatizan siendo el pulmón el órgano que con mayor frecuencia se ve afectado. Histológicamente, estos sarcomas pueden ser de tipo monofásico o bifásico y por

* Cirujano de Tórax. Director del Instituto de Cirugía Torácica Mínimamente Invasiva.

† Cirujano General. Instituto de Cirugía Torácica Mínimamente Invasiva.

§ Médico residente de Cirugía General.

¶ Médico anestesiólogo. Instituto de Cirugía Torácica Mínimamente Invasiva.

|| Médico residente de Radiología e Imagen.

Hospital Angeles Lomas.

Correspondencia:

Luis Raúl Lemus Mercado

Correo electrónico: dr.luis.lemus@gmail.com

Aceptado: 20-04-2022.

www.medigraphic.com/actamedica



lo regular presentan mala diferenciación celular. No existe evidencia de que algún tipo sea más agresivo que otro.² Presentamos un caso de resección quirúrgica oligometástasis de un SS monofásico en pulmón.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de una mujer de 30 años, sin enfermedades crónicas, con historia de SS en la extremidad pélvica izquierda. Su enfermedad inicia cinco años previos a nuestro contacto con el caso al notar incremento de volumen y dolor en la región plantar del pie izquierdo.

En el abordaje inicial de dicha lesión se obtiene tomografía de la extremidad, que muestra una lesión tumoral en la región plantar del pie izquierdo, dependiente de tejidos blandos, sin apreciarse involucro ganglionar locorregional. Se le realiza una resección conservadora de pie, en la cual se reseca la tumoración en su totalidad, junto con un margen libre de enfermedad de tejido muscular proximal. Posterior a la resección quirúrgica de dicha lesión, el resultado anatomopatológico indica que se trata de un tumor dependiente de tejido muscular, que no muestra características de malignidad y se da por terminado el tratamiento.

Un año después, la paciente presenta dolor y aumento de volumen nuevamente en la extremidad pélvica izquierda, adyacente al sitio de la lesión previa. Se realiza una tomografía que muestra una nueva lesión tumoral de tejidos blandos así como adenopatías mediastinales e inguinales

ipsilaterales. Le es practicada una resección amplia de la nueva lesión, con márgenes libres, incluyendo un fragmento del hueso calcáneo izquierdo y se reporta el diagnóstico de sarcoma sinovial. Se le inicia quimiorradioterapia adyuvante. A partir de este momento se desconoce el protocolo de seguimiento. A los tres años de esta última resección, se realiza una tomografía por emisión de positrones (PET-CT), identificándose dos nódulos hipermetabólicos en pleura y pulmón. Se le practica por parte del grupo quirúrgico previo, una biopsia por *trucut* de los nódulos y se realiza el diagnóstico de metástasis pulmonares de un SS mal diferenciado.

A partir de este momento acude con nuestro equipo quirúrgico. Le es solicitada una resonancia magnética de tórax, observándose una lesión en el lóbulo inferior del pulmón izquierdo, de aproximadamente 10 × 15 cm y, otra lesión dependiente del lóbulo inferior derecho, de aproximadamente 15 × 15 cm (*Figura 1*).

Dado que la paciente es joven, se presenta en buenas condiciones generales, sin comorbilidades y sin lesiones evidentes en otro sitio anatómico, se decide realizar la resección de las pulmonares mediante toracotomía bilateral. En el transoperatorio se identifican: una lesión sólida y de consistencia dura, de bordes irregulares, rodeada de parénquima pulmonar circundante, de 12 × 15 cm en el lóbulo inferior del pulmón izquierdo, adherida a pericardio y a la llingula. Se realiza una resección amplia de la lesión con pericardiectomía parcial, se reconstruye pericardio con malla de politetrafluoroetileno expandido (ePTFE) y se confirma de manera transoperatoria el diagnóstico de SS monofásico metastásico. Adicionalmente, se identifica la segunda tumoración derecha de 15 × 15 cm, dependiente de pulmón, adherida al hemidiafragma derecho. Se realiza resección amplia de la lesión incluyendo resección parcial del hemidiafragma, con posterior reconstrucción con ePTFE.

El reporte de histopatología mostró segmentos de tejido pulmonar con infiltración de SS monofásico y áreas de necrosis multifocal. Se observó invasión vascular. Se reportaron libres en todos los márgenes de la resección. La inmunohistoquímica fue compatible con metástasis de un SS monofásico: inmunopositividad de TLE-1, CD56 y bcl-2; negativo para CKAE1/AE3, EMA, y CD34.



Figura 1: Las flechas muestran las dos tumoraciones intratorácicas y sus principales relaciones anatómicas.

CONCLUSIONES

Dado que los SS son una entidad no muy común, son poco sospechados en la práctica clínica. La falta de un análisis histopatológico detallado y de un estudio inmunohistoquímico desde un inicio pueden derivar en un tratamiento quirúrgico inicial deficiente. La resección quirúrgica inicial debe ser extensa y complementarse con quimiorradioterapia

adecuada.³ En este caso en particular, a pesar del estadio avanzado, la accesibilidad de las metástasis, la edad de la paciente y la ausencia de comorbilidades influyeron en la decisión de una resección amplia y agresiva que pudiera impactar en la calidad de vida, y posiblemente en los años de sobrevida.^{4,5}

REFERENCIAS

1. Vlenterie M, Ho VK, Kaal SE, Vlenterie R, Haas R, van der Graaf WT. Age as an independent prognostic factor for survival of localised synovial sarcoma patients. *Br J Cancer*. 2015; 113 (11): 1602-1606.
2. Krieg AH, Hefti F, Speth BM, Jundt G, Guillou L, Exner UG et al. Synovial sarcomas usually metastasize after > 5 years: a multicenter retrospective analysis with minimum follow-up of 10 years for survivors. *Ann Oncol*. 2011; 22 (2): 458-467.
3. Tsukioka T, Inoue K, Iwata T, Mizuguchi S, Morita R, Suehiro S. Resected case of synovial sarcoma in the pleural cavity. *Jpn J Thorac Cardiovasc Surg*. 2006; 54 (6): 263-266.
4. Nishiyama N, Iwata T, Izumi N, Tsukioka T, Nagano K, Suehiro S. Aggressive repeat surgery for a recurrent synovial sarcoma in the pleura. *Ann Thorac Cardiovasc Surg*. 2009; 15 (1): 46-49.
5. Wada N, Matsuyama N, Kodama T, Ueno H, Kishida H, Sasaki S. Lung metastasis with a 12 years disease free interval from the first surgery of synovial sarcoma; report of a case. *Kyobu Geka*. 2004; 57 (2): 155-158.