

SARCOMA SINOVIAL DE ESCAPULA. RECONSTRUCCIÓN CON ALOINJERTO: A PROPÓSITO DE UN CASO.



ROJAS MACHADO, ADALY¹; GARCIA LÓPEZ, ANTONIO¹; DAVÓ QUIÑONERO, VICENTE²; CAMPOS RODENAS, SIMÓN²; SEBASTIAN GIRALDO, PABLO²; MASERES GHILONI, PABLO²; MEDINA LÓPEZ, CARMEN².

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

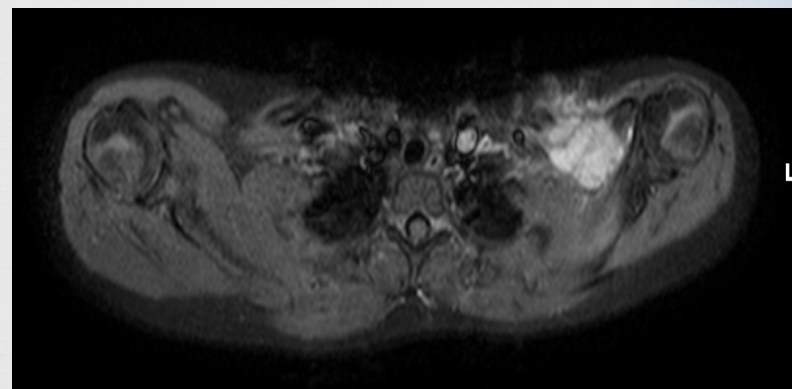
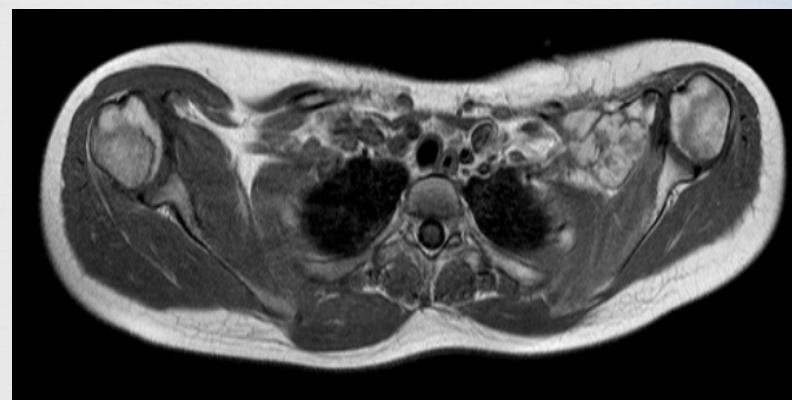


- ROJAS MACHADO, ADALY ¹; GARCIA LÓPEZ, ANTONIO ¹; DAVÓ QUIÑONERO, VICENTE²; CAMPOS RODENAS, SIMÓN²; SEBASTIAN GIRALDO, PABLO²; MASERES, PABLO²; MEDINA LÓPEZ, CARMEN².
- HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

INTRODUCCIÓN



El sarcoma sinovial (SS) representa uno de los tumores malignos más frecuentes de los tejidos blandos, sumando, aproximadamente, el 8% de todos ellos. El pico de incidencia está en la 3^a década (aproximadamente el 30% de los casos ocurren en pacientes de menos de veinte años), y los hombres se afectan con mayor frecuencia. La mayoría se presentan en las extremidades inferiores siendo la localización en escapula infrecuente.



- ROJAS MACHADO, ADALY¹; GARCIA LÓPEZ, ANTONIO¹; DAVÓ QUIÑONERO, VICENTE²; CAMPOS RODENAS, SIMÓN²; SEBASTIAN GIRALDO, PABLO²; MASERES, PABLO²; MEDINA LÓPEZ, CARMEN².
- HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 7 años sin antecedentes personales ni familiares que tras caída de bicicleta presenta asimetría de hombros, dolor persistente por lo cual se solicita RNM con tumoración sólida, vascularizada de 5x5 en articulación acromioclavicular con calcificaciones que se extirpa con el diagnostico de tumoracion intraneural benigna sin atipias ni signos de malignidad tras estudio anatomopatologico.

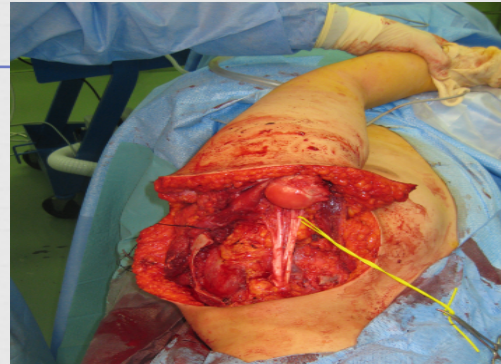
Tras varias recidivas, radioterapia, quimioterapia y 2 intervenciones quirurgicas previas es remitida a nuestro hospital por tumoración de rápido crecimiento, fusiforme de aspecto adiposo y con diagnostico anatomopatológico de **SARCOMA SINOVIAL DE ESCAPULA** con lesiones pseudonodulares milimétricas en ambos hemitórax.



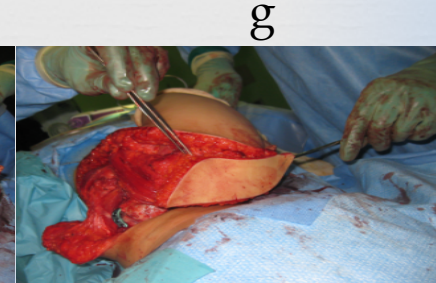
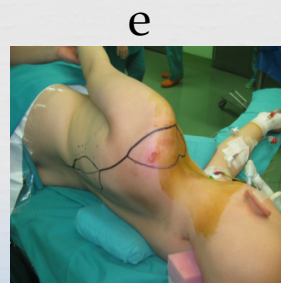
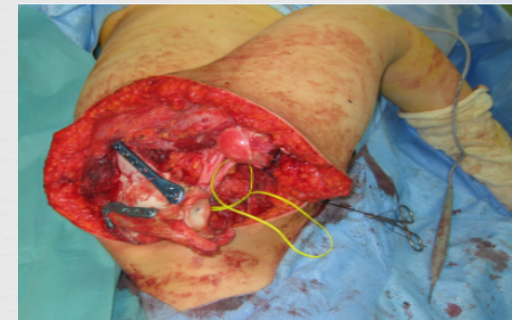
- ROJAS MACHADO, ADALY¹; GARCIA LÓPEZ, ANTONIO¹; DAVÓ QUIÑONERO, VICENTE²; CAMPOS RODENAS, SIMÓN²; SEBASTIAN GIRALDO, PABLO²; MASERES, PABLO²; MEDINA LÓPEZ, CARMEN².
- HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

RESULTADOS

Se realiza resección completa del tumor con márgenes de seguridad (a y b) precisando escapulectomía, cleidectomía y resección de ambos pectorales y trapecio.



Posteriormente se procedió a sustitución con aloinjerto masivo de escápula de banco de huesos y reconstrucción de articulación glenohumeral con malla sintética de polipropileno para suspender el húmero (c y d). En el mismo tiempo quirúrgico se procede a cobertura con colgajo de dorsal ancho (e, f, g)



Posteriormente es tratado con quimioterapia. En su evolución se observa una movilidad funcional del hombro sin signos de recidiva

- ROJAS MACHADO, ADALY ¹; GARCIA LÓPEZ, ANTONIO ¹; DAVÓ QUIÑONERO, VICENTE²; CAMPOS RODENAS, SIMÓN²; SEBASTIAN GIRALDO, PABLO²; MASERES, PABLO²; MEDINA LÓPEZ, CARMEN².
- HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

CONCLUSIONES

Se desconoce el tejido del que se origina el sarcoma sinovial y tampoco están bien establecidos sus factores de riesgo; por lo tanto, no existe ninguna posibilidad de prevención. En la literatura este tipo de tumores con quimioterapia, resección no mutilante (a) y radioterapia consigue una supervivencia del 70 - 80% de los casos.

La reconstrucción con aloinjerto de escapula masivo (b, c, d, e) ofrece una buena alternativa para restituir la funcionalidad en esta localización.

