

# Sarcoma sinovial plantar

González Navarro B, Rubio Morales M, Martín Grandes MR, Lizaur Utrilla A  
Hospital General Universitario de Elda

Representan un 5-10% de los sarcomas de partes blandas.

El 80% de los casos se diagnostican entre los 15 y los 40 años de edad.

Principalmente en extremidades inferiores

A pesar de su nombre, el sarcoma sinovial (SS) no surge a partir de tejido sinovial. Como con la mayoría de los sarcomas de partes blandas, se desconoce el tejido del que se origina el SS y tampoco están bien establecidos sus factores de riesgo; por lo tanto, no existe ninguna posibilidad de prevención.

# Caso clínico

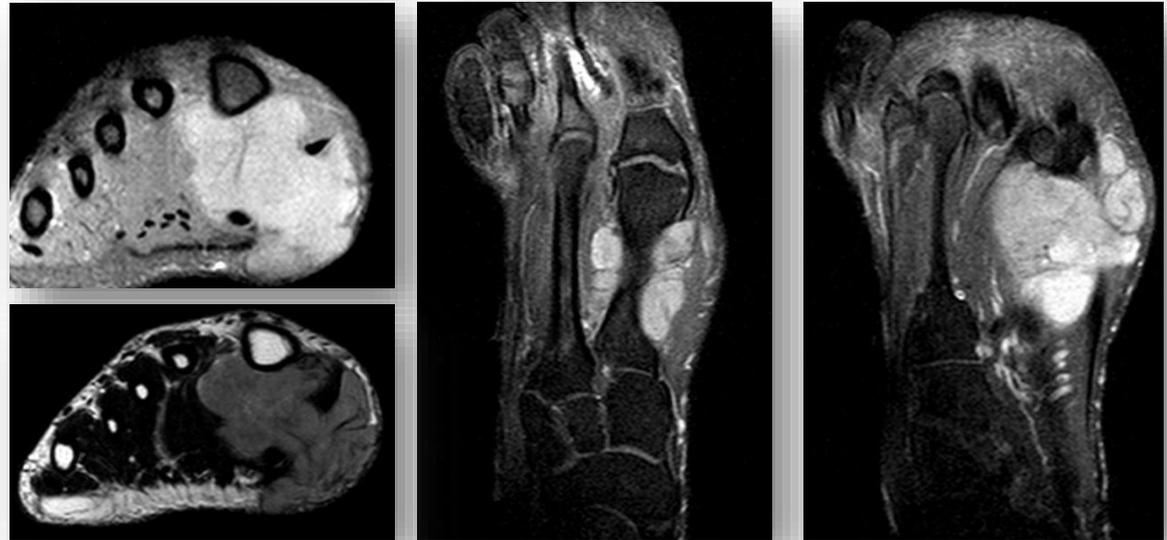
## Sarcoma sinovial plantar

González Navarro B, Rubio Morales M, Martín Grandes MR, Lizaur Utrilla A  
Hospital General Universitario de Elda

- ✓ Varón de 33 años sin antecedentes médicos de interés, que presenta una tumoración blanda en cara medial y plantar del hallux derecho de un año de evolución, dolorosa y de crecimiento progresivo.



RX: normal



*RMN: masa polilobulada de 52x40x50 hiperintensa en T2 e hipointensa en T1. Rodea sin infiltrar el músculo del abductor y flexor corto del hallux y tendones del flexor largo y abductor del hallux que mantienen su estructura. Los hallazgos son sugestivos de ganglión plantar*

# Tratamiento quirúrgico

## Sarcoma sinovial plantar

González Navarro B, Rubio Morales M, Martín Grandes MR, Lizaur Utrilla A  
Hospital General Universitario de Elda



### Biopsia excisional

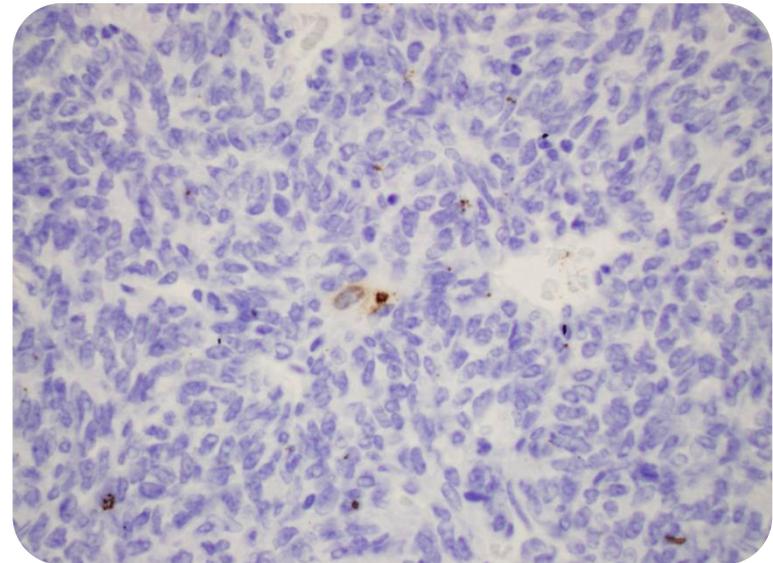
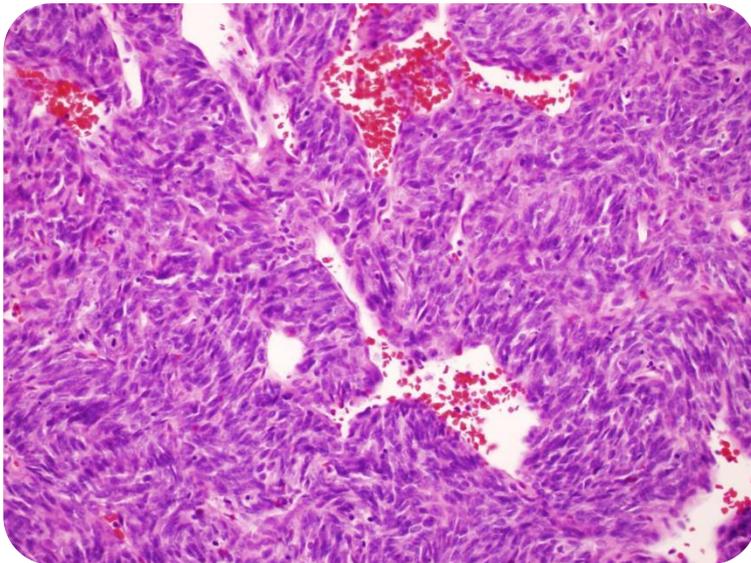
Macroscopia: tejido graso, no capsulado y con patrón infiltrativo



# Diagnóstico

## Sarcoma sinovial plantar

González Navarro B, Rubio Morales M, Martín Grandes MR, Lizaur Utrilla A  
Hospital General Universitario de Elda



✓ Histología: **Sarcoma sinovial bifásico con áreas poco diferenciadas de alto grado histológico.**

✓ El tratamiento es completado en Unidad de Tumores de referencia

# Conclusiones

## Sarcoma sinovial plantar

González Navarro B, Rubio Morales M, Martín Grandes MR, Lizaur Utrilla A  
Hospital General Universitario de Elda

- ▶ En la última clasificación de la OMS sobre tumores óseos y de partes blandas, el SS está clasificado entre los **tumores malignos de diferenciación incierta**, sin correspondencia con algún tejido normal (OMS 2002)
- ▶ Los SS pobremente diferenciados son **más agresivos**, crecen rápidamente, carecen de pseudo-cápsula, sus márgenes son infiltrantes, y pueden mostrar hemorragia y necrosis.
- ▶ La presentación clínica más frecuente es una masa de lento crecimiento en los tejidos blandos de las extremidades inferiores, especialmente alrededor de la rodilla y el tobillo. **El tumor está a menudo cerca de un tendón.**
- ▶ En el caso de una masa grande y profunda, la **biopsia** debe ser siempre el procedimiento quirúrgico inicial, a fin de evitar la cirugía inadecuada.
- ▶ El **pronóstico** se relaciona con la posibilidad de extirparlo por completo, el tamaño del tumor, y la invasión local. Para los tumores mayores de 5 cm, el riesgo de desarrollar metástasis a distancia es mayor, empeorando el pronóstico.