

RELATO DE CASO

SARCOMA SINOVIAL BIFÁSICO: UM RELATO DE CASO

BIPHASIC SYNOVIAL SARCOMA: A CASE REPORT

ANDRÉ MAROCCOLO DE SOUSA¹, ANA LUÍZA FLEURY LUCIANO², LUCAS GONÇALVES VENÂNCIO¹,
HENRI NAVES SIQUEIRA³, GABRIELLA SILVA GARCIA TAGAWA³, SEBASTIÃO ALVES PINTO⁴,
JUAREZ ANTÔNIO DE SOUSA¹

RESUMO

O sarcoma sinovial é uma neoplasia maligna que pode acometer pacientes de qualquer idade e qualquer região anatômica. É ocasionado pela translocação do gene SS18 do cromossomo 18 com o gene SSX do cromossomo X. O subtipo bifásico é caracterizado por áreas variáveis de células fusiformes e epitélio do tipo glandular. A apresentação clínica comum do sarcoma sinovial é de uma massa de crescimento lento e indolor que gera uma falsa impressão de benignidade. Além disso, os sintomas podem ser confundidos com outras condições inflamatórias, ou até mesmo não ser notado por um longo período. O presente relato de caso demonstrou um paciente de 33 anos, do sexo masculino que apresentou um tumor de partes moles em tornozelo direito, junto ao nervo tibial anterior. O diagnóstico de sarcoma sinovial bifásico foi firmado após a análise imuno-histoquímica.

PALAVRAS-CHAVE: SARCOMA SINOVIAL; TUMOR MALIGNO; TUMOR DE PARTES MOLES

ABSTRACT

Synovial sarcoma is a malignant neoplasm that can affect patients of any age and any anatomical region. It is caused by the translocation of the SS18 gene on chromosome 18 with the SSX gene on chromosome X. The biphasic subtype is characterized by variable areas of spindle cells and glandular-like epithelium. The common clinical presentation of synovial sarcoma is a slow-growing, painless mass that generates a false impression of benignity. Also, the symptoms can be confused with other inflammatory conditions, or even go unnoticed for a long period. The present case report showed a 33-year-old male patient who presented a soft tissue tumor in the right ankle, close to the anterior tibial nerve. The diagnosis of biphasic synovial sarcoma was made after immunohistochemical analysis.

KEYWORDS: SYNOVIAL SARCOMA; MALIGNANT TUMOR; SOFT TISSUE TUMOR

INTRODUÇÃO

O sarcoma sinovial é um tumor de tecidos moles translocação-associado que acomete em maioria pessoas entre 15 e 35 anos, mas pode ocorrer em pacientes de qualquer idade. Este tumor é encontrado principalmente em braços ou pernas, especialmente na coxa, fossa poplíteia e pés, porém pode ser encontrado em qualquer parte do corpo. É uma neoplasia mesenquimal maligna a qual não se sabe a origem ao certo. É ocasionado pela oncofusão envolvendo o gene SS18 no cromossomo 18 com o gene SSX no cromossomo X, frequentemente SSX1 e SSX2, e raramente SSX4.¹ O sarcoma sinovial pode ser classificado morfológicamente em três categorias principais: o tipo monofásico, que é composto predominantemente por fascículos de células fusiformes, o subtipo bifásico, que é caracterizado por áreas variáveis de células fusiformes e epitélio

do tipo glandular, e sarcoma sinovial mal diferenciado, o qual comumente inclui tecidos de pequenas células azuis e arredondadas.

O diagnóstico do sarcoma sinovial bifásico é baseado na combinação de achados, incluindo sua morfologia característica, perfil imuno-histoquímico e identificação do mecanismo da translocação.² Em estágios iniciais, sarcomas sinoviais pequenos podem causar sinais e sintomas insignificantes. À medida que o tumor cresce, o paciente pode notar uma massa ou inchaço da região afetada. Em alguns casos o tumor pode limitar a amplitude de movimento ou causar dormência e/ou dor caso pressione nervos próximos. A apresentação clínica comum é uma massa de crescimento lento e indolor que gera uma falsa impressão de benignidade.³ Em alguns casos os sintomas de um sarcoma sinovial podem ser confundidos com ou-

1. UFG
2. PUC-GO
3. Maternidade Aristina Cândida
4. INGOH

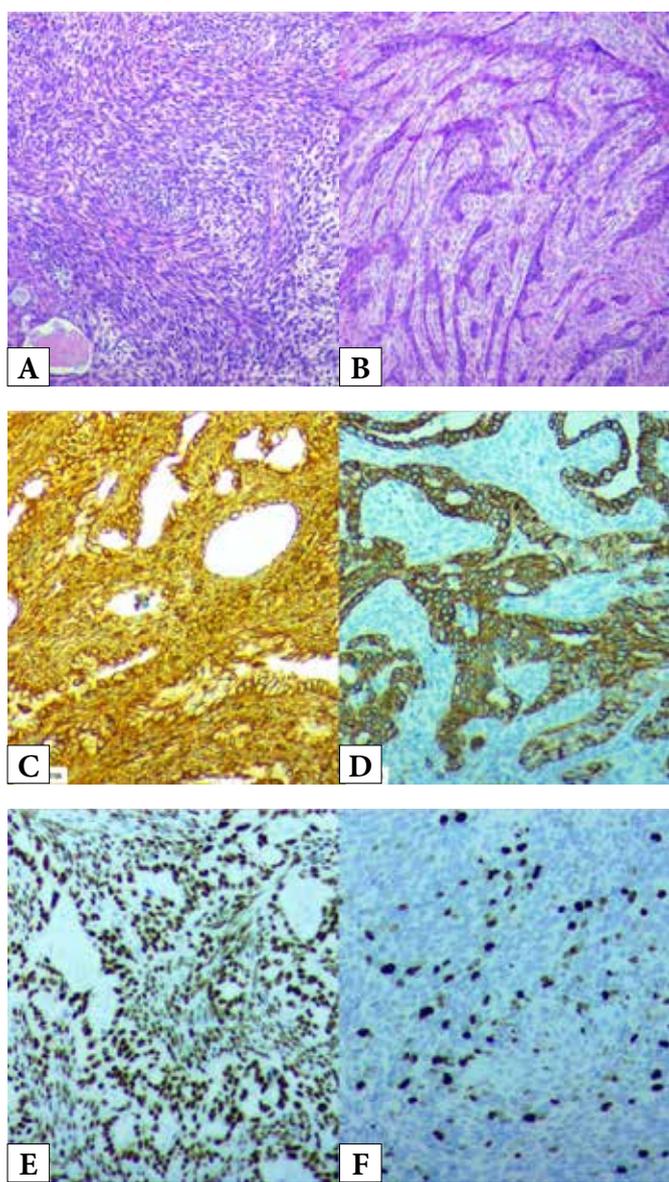
ENDEREÇO

ANDRÉ MAROCCOLO DE SOUSA
Praça Universitária, 1440 Setor Leste Universitário
Goiânia Goiás
E-mail: andremarocolos@gmail.com

tras condições inflamatórias, como bursite ou sinovite, ou pode permanecer sem ser notada por um grande período. Radiografias simples podem apresentar pequenas calcificações dentro da massa. O sarcoma sinovial deve ser suspeitado na presença de sinais e sintomas característicos. Testes complementares podem ser necessários para determinar o diagnóstico correto e prognóstico.^{4,5}

RELATO DE CASO

Paciente CFA, 33 anos, sexo masculino apresentou tumor de partes moles em tornozelo direito junto ao nervo tibial anterior. A princípio foi formulada a hipótese diagnóstica de Schwannoma. Após realizar a análise imuno-histoquímica foi diagnosticado o sarcoma sinovial bifásico (Figuras A, B, C, D, E e F).



A: Coloração por HE. B: Coloração por HE. C: Coloração por Vimentina. D: Coloração por CK8/18. E: Coloração por TLE-1. F: Coloração por Ki-67.

DISCUSSÃO

Sabe-se que no caso em questão, suspeitou-se de Schwannoma na apresentação da história da doença atual. Esse tumor possui caráter benigno, crescimento encapsulado, lento e geralmente solitário. No entanto, os achados histopatológicos corroboraram para a definição do diagnóstico de sarcoma sinovial bifásico. No presente caso, a faixa etária do paciente de 33 anos coincide com a prevalência dessa comorbidade, já que afeta indivíduos de meia idade prioritariamente². Além disso, trata-se de um tumor prevalente em extremidades do corpo, sendo que no relato em questão o tumor estava localizado em partes moles do tornozelo direito. É importante ressaltar que essa neoplasia possui origem indeterminada¹.

Do ponto de vista histológico, essa neoplasia pode se apresentar de dois tipos: monofásica e bifásica. Essa classificação se baseia na presença ou ausência de diferenciação glandular epitelial próximo a células tumorais fusiformes¹. O sarcoma bifásico, presente no caso relatado, apresenta essa coexistência de células epiteliais e fusiformes. No entanto, o sarcoma monofásico por apresentar padrão de crescimento semelhante a outros tumores pode demonstrar maior dificuldade no diagnóstico histopatológico.

Classicamente, o padrão imuno-histoquímico desse sarcoma demonstra positividade para Vimentina, antígeno membrana epitelial e citoqueratina. Além disso, apresenta geralmente negatividade para a proteína S100⁵. Além dessa análise, também pode ser empregado a análise citogenética do tumor. Em cerca de 90% dos casos de sarcoma sinovial, a clássica translocação $t(x;18)(p11; q11)$ pode ser identificada. Ela envolve o gene SYT do cromossomo 18q11 e dois genes, SSX1 e SSX2 do cromossomo Xq11⁵.

Neste relato, os achados imuno-histoquímicos foram suficientes para caracterizar o diagnóstico, já que se apresenta como o subtipo bifásico o qual apresenta menor dificuldade de aceitação.

CONCLUSÃO

O sarcoma sinovial é um tumor maligno de partes moles que pode acometer pacientes de qualquer idade em qualquer parte do corpo. O diagnóstico é baseado na combinação de achados, incluindo sua morfologia característica, perfil imuno-histoquímico e identificação do mecanismo da translocação. No presente relato de caso foi apresentado um paciente do sexo masculino de 33 anos com um tumor de partes moles em tornozelo direito junto ao nervo tibial anterior. A princípio, suspeitava-se de um tumor do tipo de Schwannoma. Entretanto, após a análise imuno-histoquímica foi realizado o diagnóstico de sarcoma sinovial bifásico.

REFERÊNCIAS

1. El Beaino M, Jupiter DC, Assi T, Rassy E, Lazar AJ, Araujo DM, et al. Diagnostic Value of TLE1 in Synovial Sarcoma: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sarcoma*. 2020;2020.
2. Faur CI, Pop DL, Awwad AA, Zamfir CL, Folescu R, Gurgus D, et al. Synovial sarcoma of the extremities: A literature review. *Appl Sci*. 2021;11(16).

3. Gazendam AM, Popovic S, Munir S, Parasu N, Wilson D, Ghert M. Synovial Sarcoma: A Clinical Review. 2021;1909–20.
4. Ohzeki M, Fujita SI, Miyazaki H, Morita H, Kanki S, Ozawa H, et al. A Patient with primary pericardial synovial sarcoma who presented with cardiac tamponade: A case report and review of the literature. *Intern Med.* 2014;53(6):595–601.
5. Li P, Laskin W, Wang WL, Demicco EG, Panse G. Primary superficial synovial sarcoma: clinical and histopathological characteristics in eight cases with molecular confirmation. *J Cutan Pathol.* 2021;48(2):263–8.