

Sarcoma sinovial de origen amigdalár.

A propósito de um Caso

Synovial sarcoma of tonsillar origin.

Report of a Case

Vicente Pino Rivero • Juan Coma Aragón • Manuel Gil Calero • David Sánchez García •

Manuel Rodríguez Carmona • Federico del Castillo Beneyto

RESUMO

Dentro de los tumores malignos de la orofaringe los sarcomas representan una variante inusual. Presentamos el caso clínico de un varón de 44 años, sin antecedentes de interés, que refería dolor faríngeo y odinofagia de años de evolución. La exploración O.R.L. reveló la presencia, sobre la amígdala derecha, de una neoformación lisa cuyo estudio Anatómico Patológico (AP) tras amigdalectomía fue informado como Sarcoma Sinovial. Posteriormente el paciente fue sometido a Radioterapia, precisó ingreso hospitalario tras la misma y fue sometido a estrecha vigilancia con biopsia del lecho amigdalár (informada como negativa). Tras un seguimiento actual superior a 2 años y medio el tumor no ha recidivado ni presenta metástasis a distancia.

Palavras-chave: Sarcoma sinovial; amigdalectomía; radioterapia.

ABSTRACT

Sarcomas are a uncommon kind among the malignant tumors of oropharynx. We report the clinical case of a 44 years old male, without interesting antecedents, who related pharyngeal pain and odinophagia of several years evolution. The O.R.L. exploration revealed a smooth growth on the right tonsillar area with AP informed as Synovial Sarcoma after tonsillectomy. Then the patient was treated by Radiotherapy; he needed hospitalary admission because of it and required periodic controls with a biopsy of tonsillar hollow (informed as negative). After a follow-up more than 2 years and a half nowadays the neoplasm has not yet recurrence or metastasis at distance.

Keywords: Synovial sarcoma; tonsillectomy; radiotherapy.

INTRODUCCIÓN

Los tumores malignos de la orofaringe son, en un 90% ó más de los casos, carcinomas epidermoides o escamosos seguidos en frecuencia por los linfomas malignos y los carcinomas adenoides quísticos. Los sarcomas de esta localización son excepcionales. A nivel amigdalár existe un mayor porcentaje de carcinomas mal diferenciados que en otras localizaciones de la faringe.

Presentamos un caso de sarcoma sinovial de amígdala correspondiente a un paciente varón diagnosticado mediante estudio AP y tratado con radioterapia. Su estadio era T1 N0 M0 (I) y la clínica referida era dolor faríngeo y odinofagia de años de evolución. Los estudios de extensión efectuados fueron negativos y el seguimiento clínico actual se aproxima a los tres años con revisiones estrechas y periódicas normales.

Realizamos una revisión bibliográfica sobre esta patología cuyo tratamiento debe ser agresivo y precoz para intentar evitar las recidivas o metástasis que ensombrecerían más el pronóstico y la supervivencia.

DRES. VICENTE PINO RIVERO
Facultativo Especialista del Área de Otorrinolaringología

JUAN COMA ARAGÓN
Facultativo Especialista del Área de Otorrinolaringología

MANUEL GIL CALERO
Facultativo Especialista del Área de Otorrinolaringología

DAVID SÁNCHEZ GARCÍA
Facultativo Especialista del Área de Otorrinolaringología

MANUEL RODRÍGUEZ CARMONA
Facultativo Especialista del Área de Otorrinolaringología

FREDERICO DEL CASTILLO BENEYTO
Jefe del Servicio de ORL del H.C.A.

Instituição:
Hospital Campo Arañuelo

Correspondência:
Vicente Pino Rivero
Avda. Antonio Masa Nº 3, 5ºG
06005 Badajoz-Espanha
vicentepinorivero@terra.com

CASO CLÍNICO

Varón de 44 años de edad sin antecedentes personales ni familiares de interés controlado en nuestras Consultas Externas de O.R.L. desde hacía varios años por referir molestias inespecíficas a nivel faríngeo (lado derecho) junto con odinofagia. Exploraciones previas fueron rigurosamente normales. Últimamente y en una ocasión manifestaba haber presentado esputo hemoptoico. La clínica dolorosa no había desaparecido con analgésicos habituales (A.A.S, paracetamol y metamizol magnésico).

La exploración efectuada en 1999 mostraba una formación lisa menor de 3 cm situada a nivel del polo superior de la amígdala derecha. No adenopatías ni otras lesiones asociadas. Tras informar al paciente, se le propuso amigdalectomía derecha con estudio anatomopatológico de la pieza. Se practicaron las siguientes pruebas complementarias: 1) Analítica de Preoperatorio; 2) Rx de Tórax; 3) Gammagrafía Ósea y 4) TC cervical (Figura 1). Todas fueron informadas como normales o sin alteraciones significativas.

El resultado AP tras la amigdalectomía fue informado como Sarcoma sinovial, por lo que decidimos remitir al paciente al Servicio de Oncología para completar su tra-



Figura 1 | Imagen de TAC (corte axial) que fue informado como normal. El asterisco rojo indica el lugar teóricamente originario de la lesión (amígdala derecha).

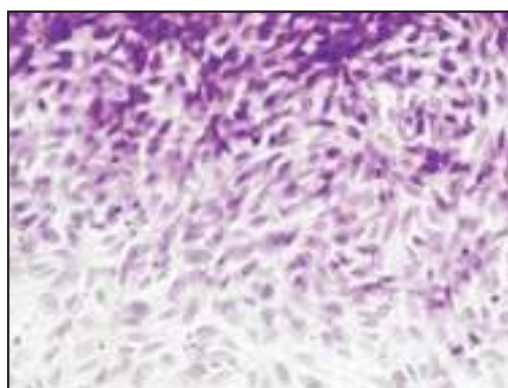


Figura 1 | Resultado AP informado como sarcoma sinovial amigdalár.

tamiento (Figura 2). Fue sometido a Radioterapia (cobalto) presentando poco después disfagia y odinofagia secundarias a la misma. En controles posteriores de O.R.L. descubrimos una lesión en lecho amigdalár derecho que fue extirpada y enviada nuevamente para estudio AP e informada como no tumoral. A mediados del 2000 procedimos a ingreso del paciente por presentar un cuadro agudo de disfagia a sólidos y líquidos junto con voz engolada que precisó tratamiento con corticoides hasta su resolución. La exploración O.R.L. entonces fue rigurosamente normal.

Los controles posteriores y revisiones en nuestras consultas han sido normales sin haber constatado hasta la fecha actual imagen de recidiva o metástasis. No obstante, este tipo de sarcomas requieren vigilancia estrecha tanto a nivel local como general. La Tabla I resume las principales características clínicas, terapéutica administrada y evolución del paciente.

PAC	SEXO	EDAD	CLIN	LOCAL	TTO	EVOL
DJG	V	44	Dolor Faríngeo Odinofagia	Amígdala derecha	Cirugía + RT	Edema PostRT No REC (>2 años)

Tabla 1 | Resumen del caso Clínico. PAC: Iniciales del Paciente ; CLIN: Clínica; LOCAL: Localización; TTO: Tratamiento; EVOL: Evolución; RT: Radioterapia y REC: Recidiva

DISCUSIÓN

Los tumores malignos de la orofaringe son mayoritariamente epidermoides (>90%) y suelen presentarse en varones con hábito tabáquico y alcohólico importante en la 6ª-7ª décadas de la vida. En orden de frecuencia le siguen los linfomas malignos y los carcinomas adenoides quísticos⁽¹⁾. Los sarcomas son neoplasias excepcionales en esta localización, de mal pronóstico, con predilección por el sexo masculino desde la 3ª a la 5ª décadas de la vida⁽²⁾.

Estudios retrospectivos sobre cánceres a nivel amigdalár como el del Hospital Universitario San Carlos señalan una supervivencia global a los 5 años del 33% con pronóstico tanto más sombrío cuanto mayor sea el estadio tumoral⁽³⁾. Recientemente también existen estudios como el de Pourel⁽⁴⁾ y col. basados en la calidad de vida a largo plazo de los pacientes con tumores orofaríngeos. No cabe duda que sea cual sea el tipo histológico es fundamental un diagnóstico y tratamiento precoces para intentar mejorar ambos parámetros.

Existen pocos casos comunicados de sarcomas sinoviales del área ORL^(5,6,7,8). La clínica inicial puede ser ano-

dina; es por ello necesaria una exploración meticulosa y una estrecha vigilancia periódica. Nuestro paciente llevaba tiempo controlado en consultas pero no apareció lesión visible hasta años después. Tampoco debutó con adenopatías o metástasis a distancia que son relativamente frecuentes en este tipo de tumores. Se impone un estudio de extensión siendo útiles la radiología, gammagrafía y la TC para este propósito. El diagnóstico de confirmación siempre es anatomopatológico y creemos, en nuestro caso, preferible enviar la amígdala completa que una biopsia de la misma. La mayoría de los autores coinciden en señalar que, siempre que sea posible, la cirugía completa junto con la radioterapia es el tratamiento a seguir en los sarcomas sinoviales ^(2,9,10).

Hasta la fecha nuestro paciente continúa vivo y libre de enfermedad. No se debe bajar la guardia y proceder a biopsiar cualquier lesión sospechosa que pueda aparecer de nuevo. La clínica de disfagia y odinofagia posterior a la cobaltoterapia obligó a descartar primero una recidiva o metástasis tumoral, hecho que ensombrecería el pronóstico vital si se hubiera constatado.

AGRADECIMIENTOS

A mis compañeros actuales del Hospital Perpetuo Socorro de Badajoz y del Hospital Campo Arañuelo de Navalmoral de la Mata (Cáceres).

Bibliografía

1. Abelló P, Trasera J. Otorrinolaringología. Cap 97: Tumores malignos de la orofaringe. Ed. Doyma. Barcelona 1992. Pag 455-59
2. Mitcherling JJ, Collins EM, Tomich CE, et al. Synovial sarcoma of the neck: Report of a case. *J Oral Surg* 1976; 34 : 64-9
3. González Gimeno MJ, Pérez Carretero M, Poch Broto J. Retrospective study of cancer in the tonsillar area. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1997; 48 : 461-6
4. Pourel N, Peiffert D, Lartigau E, et al. Quality of life in long-term survivors of oropharynx carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2002; 54 : 742
5. Herrero Laso JL, Varela Durán J. Oropharyngeal synovial sarcoma. Report of one case. *An Otorrinolaringol Ibero Am.* 1998; 25 : 353-9
6. Onerci M, Sarioglu T, et col. Synovial sarcoma in the neck. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 1993 ; 27 : 79-84
7. Schondorf J, Seeliger H. Synovial sarcoma of the neck. *HNO* 1977; 25 : 99-101
8. Mitcherling JJ, Collins EM, et col. Synovial sarcoma of the neck: Report of case. *J Oral Surg.* 1976; 34 : 64-9
9. Vitsyn BA, Tsiv'ian IaL, et al. Results of treatment in patients with synovial sarcoma. *Khirurgiia.* 1978; 91-4
10. Sun A, Tang Y, Wang G. Synovial sarcoma in the head and neck with 3 case reports. *Lin Chuang Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi.* 1997; 11 : 502-4