

# Vinyeta clínic-radiològica: Tarsàlgia de causa excepcional

Jesús Rodríguez Moreno

Laura López Vives

Resident de 3r any. Reumatologia

Hospital Universitari de Bellvitge

# Motiu de consulta

Home 31 anys derivat per tarsàlgia crònica



# Antecedents

- No al·lèrgies medicamentoses conegudes
- No hàbits tòxics
- Asma bronquial des de la infància
- Psoriasi invertida
- AF: mare artritis psoriàsica



Oct  
2002

- Tarsàlgia esquerra inflammatòria de 2 anys d'evolució
- Múltiples consultes a especialistes

## Exploració física

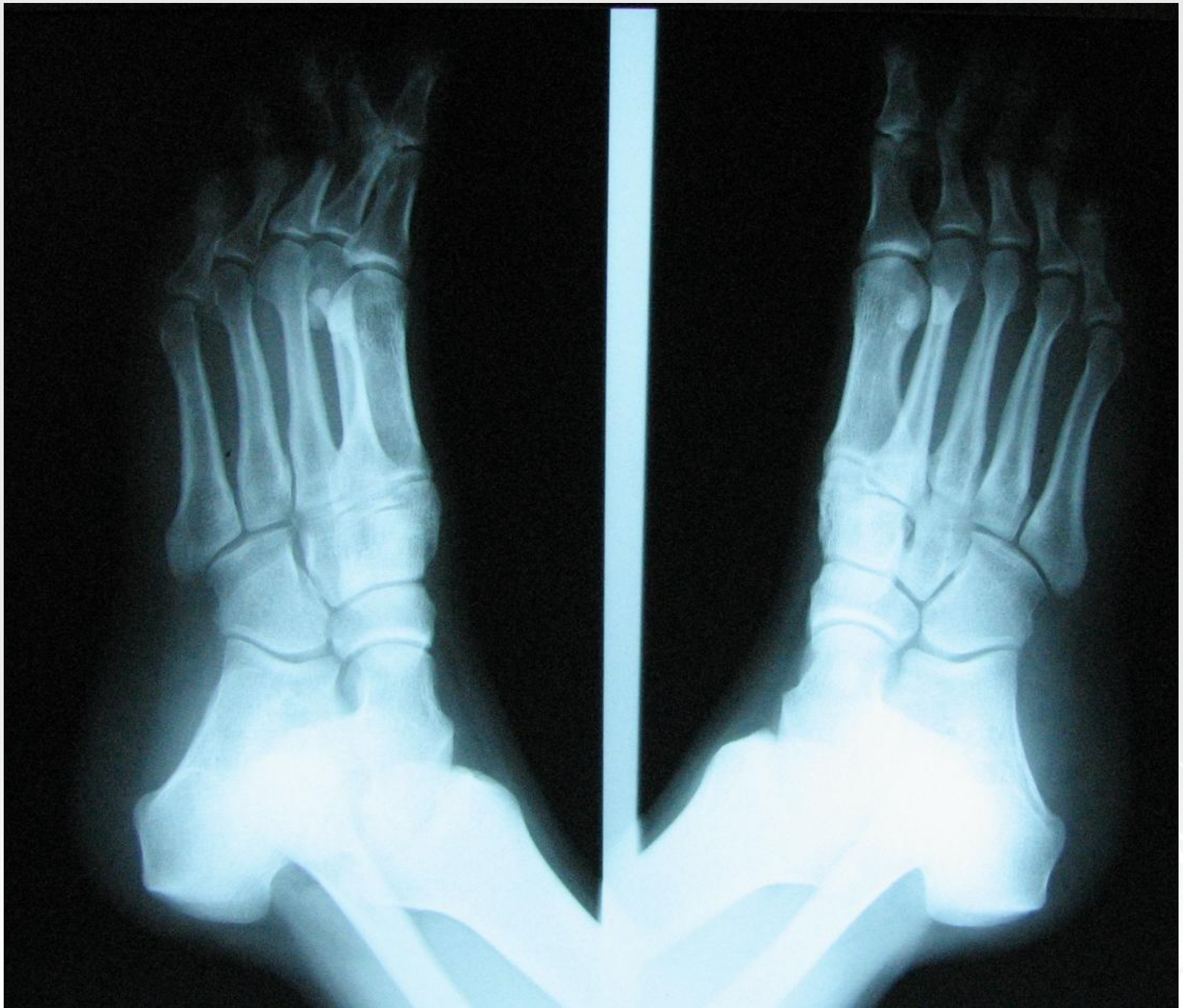
- Peu cavo
- Dolor a la pressió a cara plantar del 2n-3r metatarsians
- Poulloson esquerre positiu











Oct  
2002

- Orientació diagnòstica:
  - Possible neuroma de Morton
- Pla:
  - Ressonància magnètica
  - AINE



- Informe RM: sense alteracions significatives
- Pla:
  - Gabapentina





- Analítica:
  - VSG: 3; PCR: 5,3
  - Hemograma i bioquímica
- Gammagrafia




2/ PLANTARES

09:22 398s 694Kc 128W

G.OSSIA

PRECOZ

99mTc-MDP



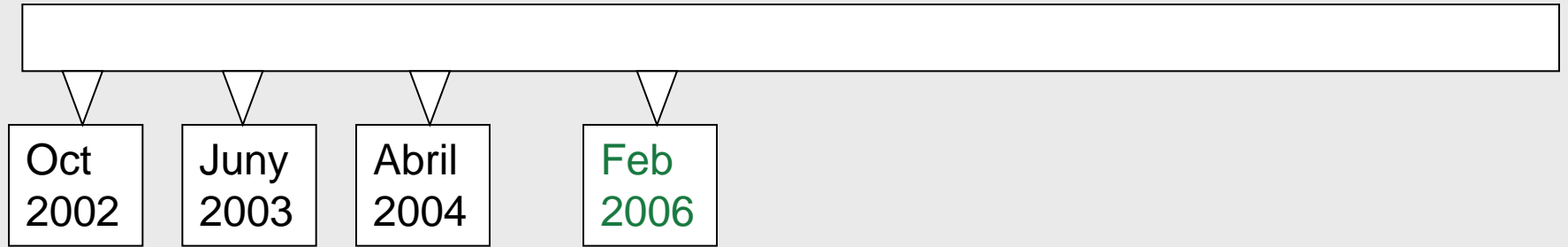
2/ PIES PLANTAR

11:27 606s 672Kc 128W

OSEA

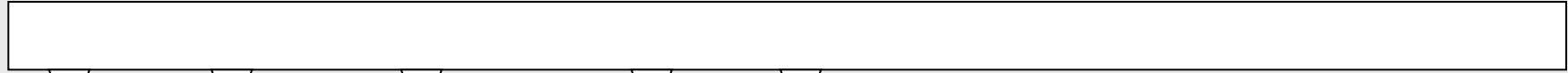
TARDIA

99mTc-MDP



- Persisteix tarsàlgia
- Dolor a la mobilització de Lisfranc +++ i limitació a. subastragalina
- Pla: nova RM
- Juny 2006: RM mútua: informada com a normal





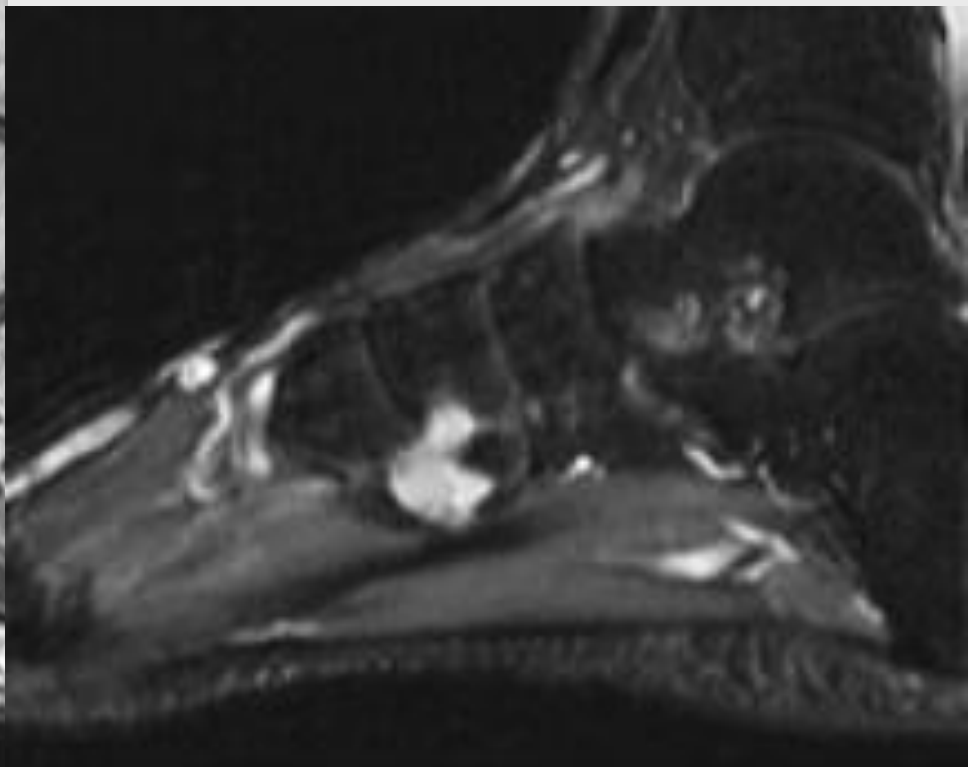
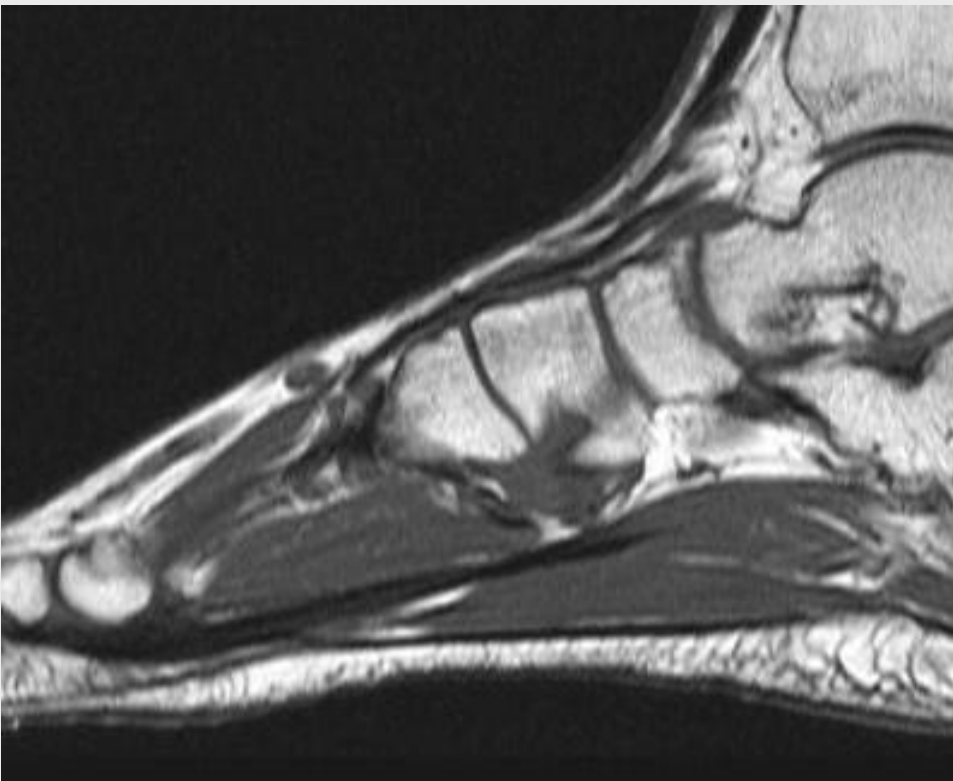
Oct  
2002

Juny  
2003

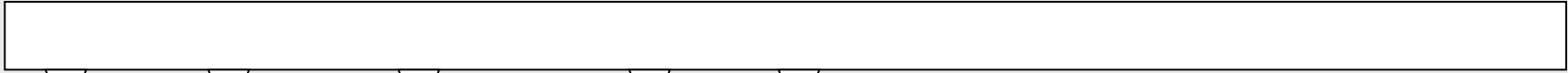
Abril  
2004

Feb  
2006

Set  
2006



Cortesia Dr. JA Narváez. Servei Radiologia HUB



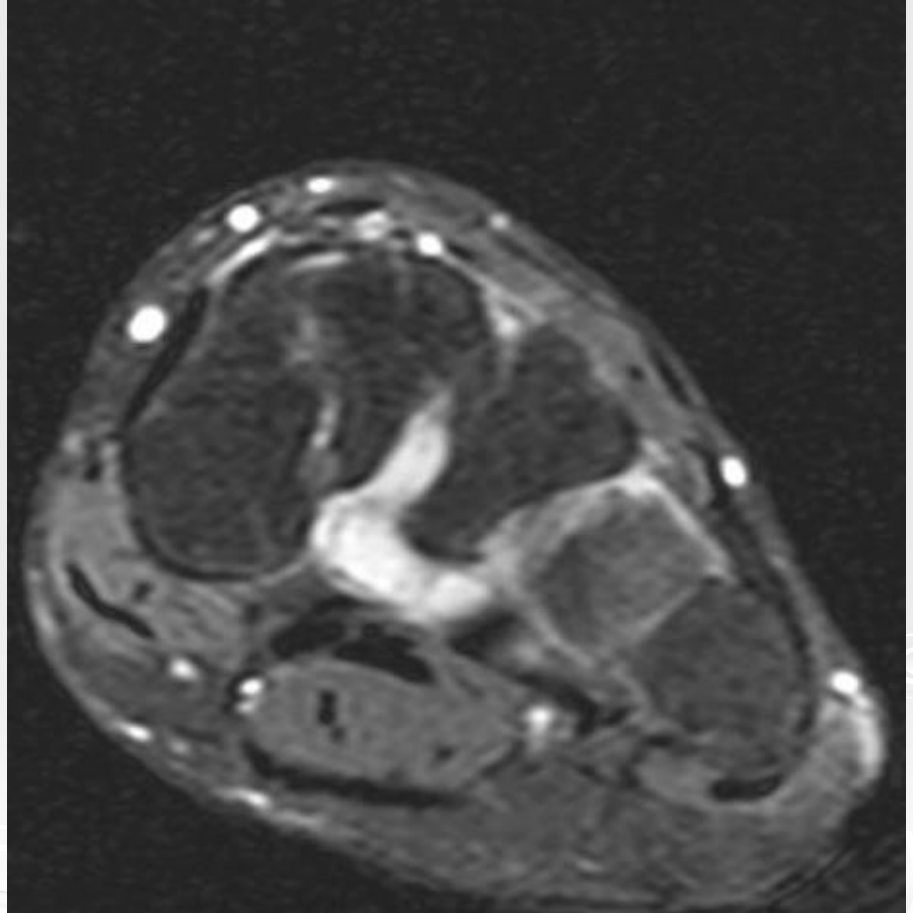
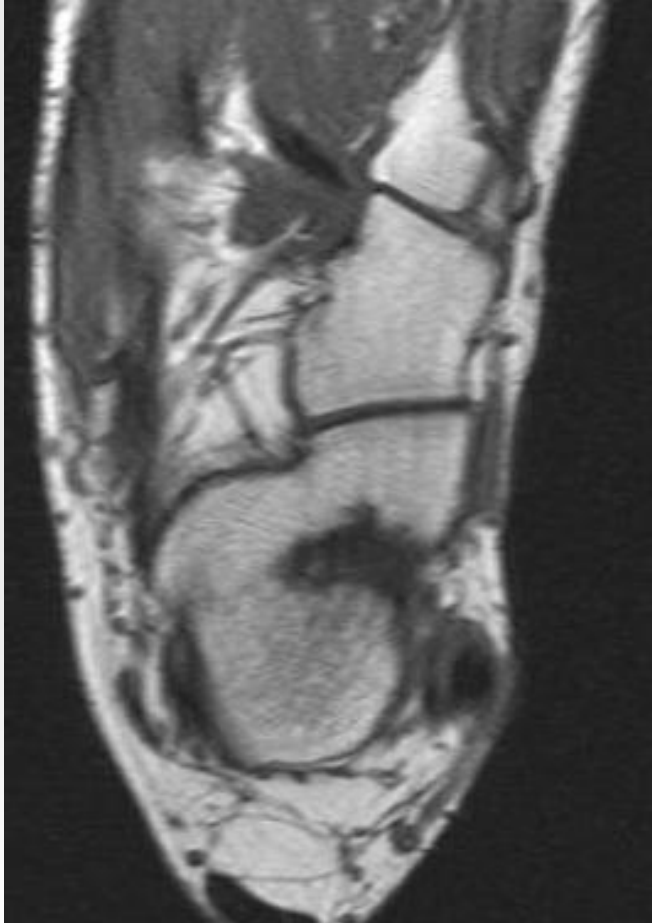
Oct  
2002

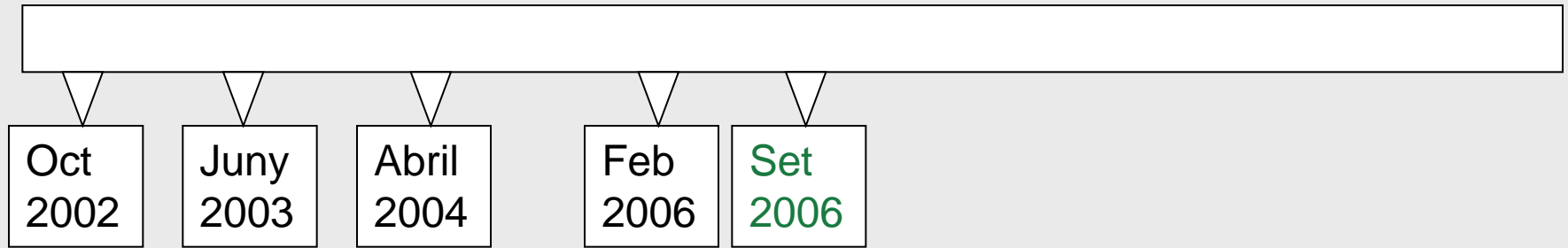
Juny  
2003

Abril  
2004

Feb  
2006

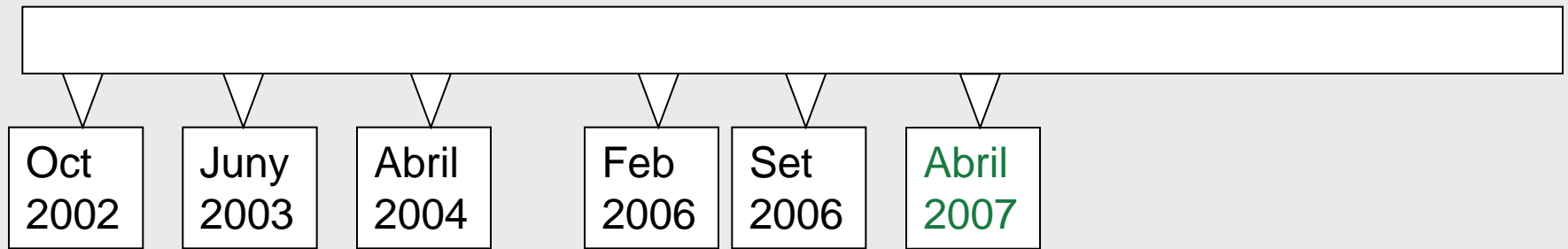
Set  
2006





- Resultat RM:
  - lesió d'aspecte quístic, situada per sota de la 2a i 3a cunyes, suggestiva de quist sinovial o ganglió d'aspecte benigne
- COT

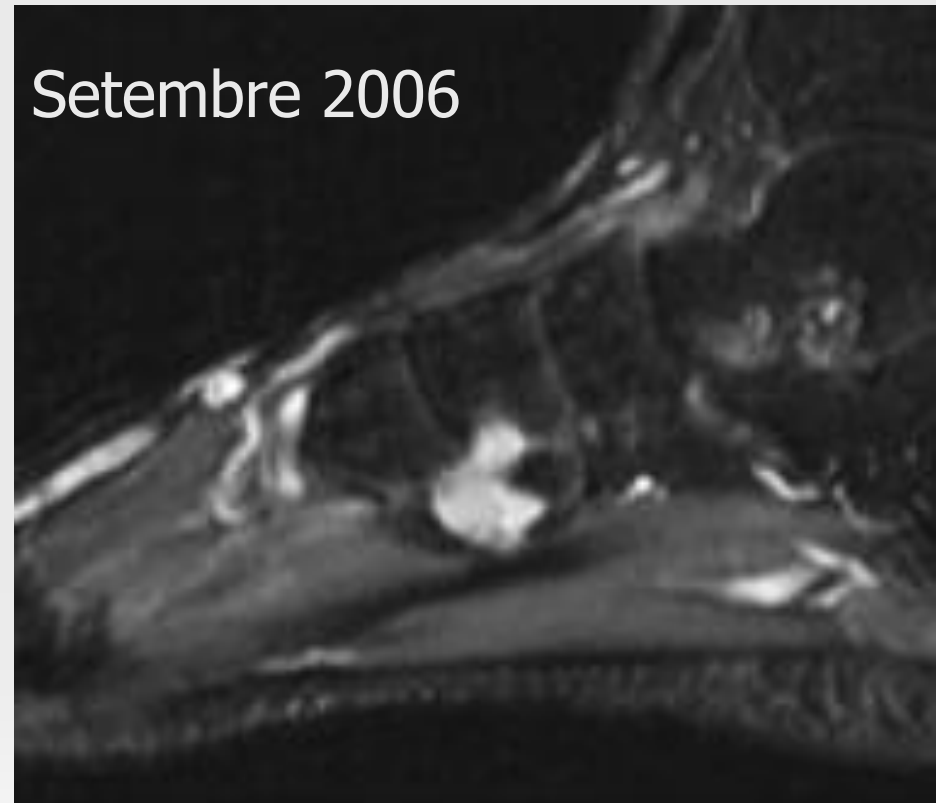




- Exèresi tumoració i biòpsia:
  - SARCOMA SINOVIAL
  - SYT: (translocació X;18)
- TAC toràctic: normal




# 2003-2006



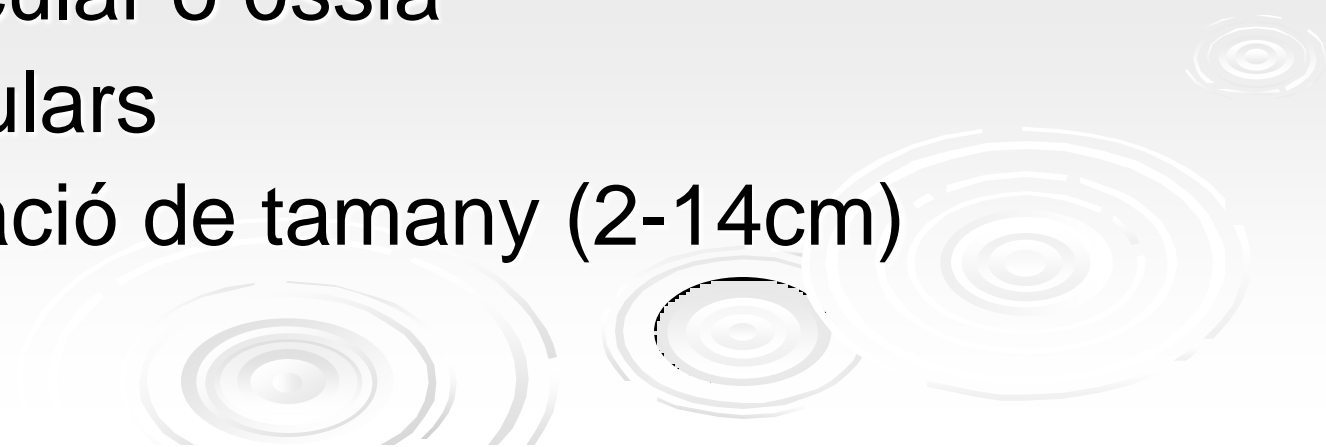
# Sarcoma sinovial



# Introducció

- Tumor maligne freqüent dels teixits tous (10%)
  - 15-35 anys
  - Més comú en homes (1,2:1)
  - 80-95% extremitats, 2/3 EEII
  - > 5 cm (85%)
- 

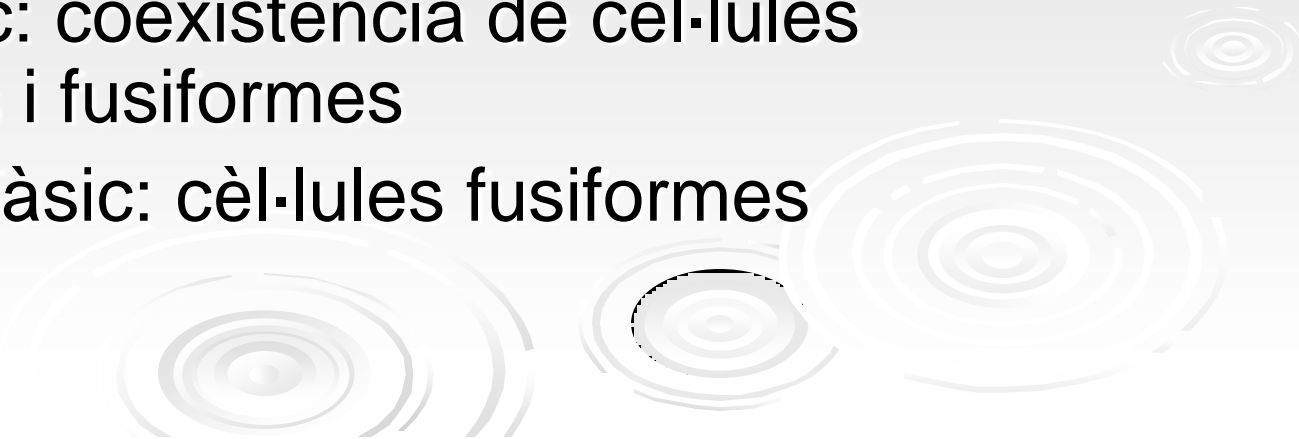
# Clínica

- Massa palpable de creixement lent en extremitats inferiors. Simula una lesió benigna
  - No dolorosa
  - Síntomes acompanyants estaran en funció de la localització i l'afectació neurovascular o òssia
  - Extraarticulares
  - Gran variació de tamany (2-14cm)
- 

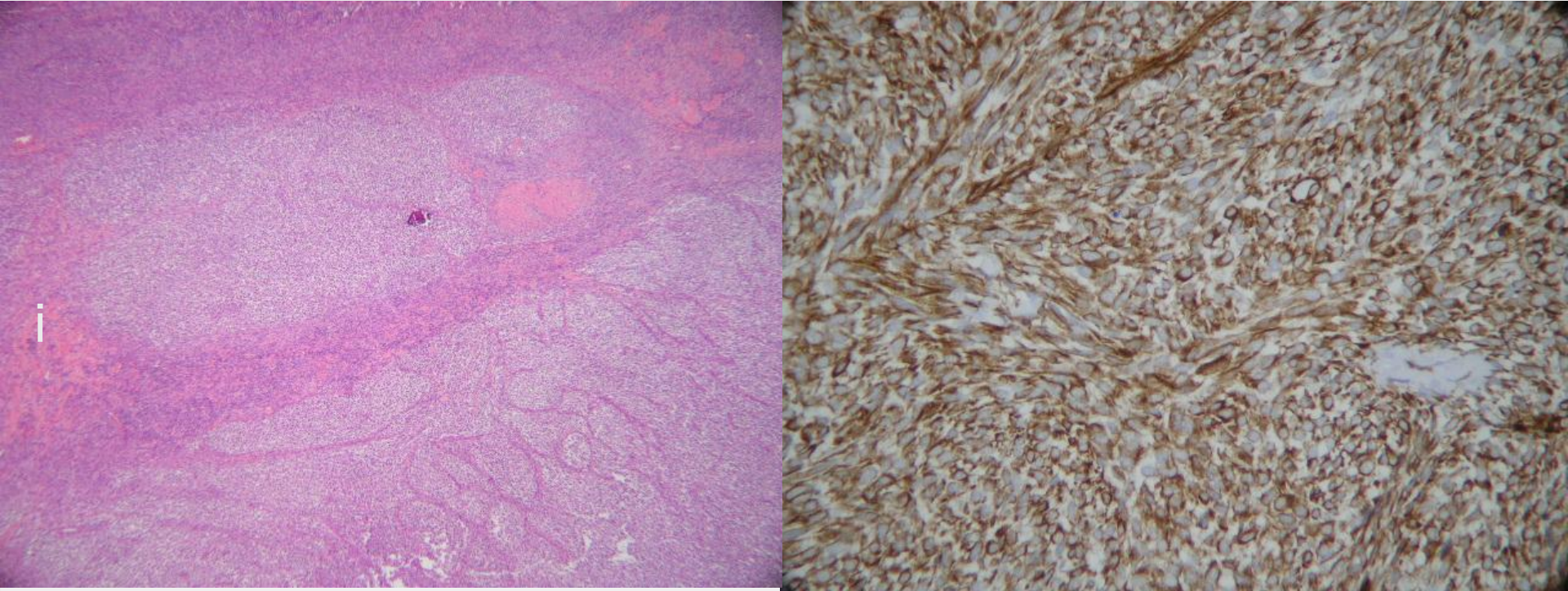


# Histologia

- S'originen del teixit mesenquimal
- Es componen de dos tipus de cèl·lules:
  - Fusiformes
  - Epitel·lials
- Es classifiquen en funció del seu aspecte morfològic com:
  - SS Bifàsic: coexistència de cèl·lules epitel·lials i fusiformes
  - SS Monofàsic: cèl·lules fusiformes



# Histologia



Cortesia Dr. JA Narváez. Servei Radiologia HUB

# Genètica

- Translocació cromosòmica característica, fonamental pel seu creixement cancerós
- Translocació específica t (X, 18):
  - Fusiona el gen SYT amb els gens SSX del cromosoma X
- Importància pronòstica de la tipificació del gen de fusió és incerta



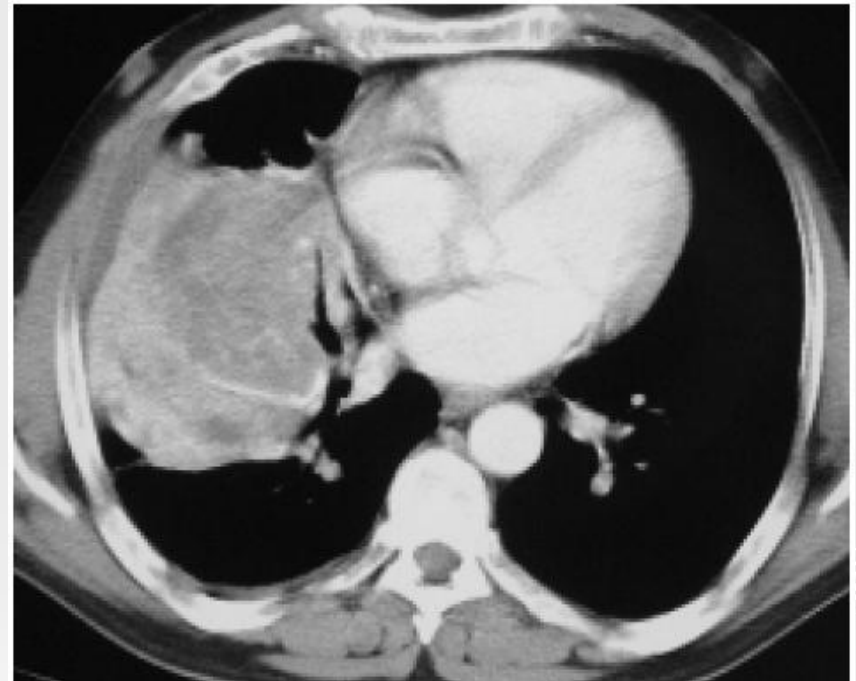
# Diagnòstic

- Radiografia:
  - massa de teixit tou ben definida o lobulada
  - 1/3 calcificacions puntejades (perifèria de la lesió)
  - erosions superficials, reaccions periòstiques i osteoporosi



# Diagnòstic

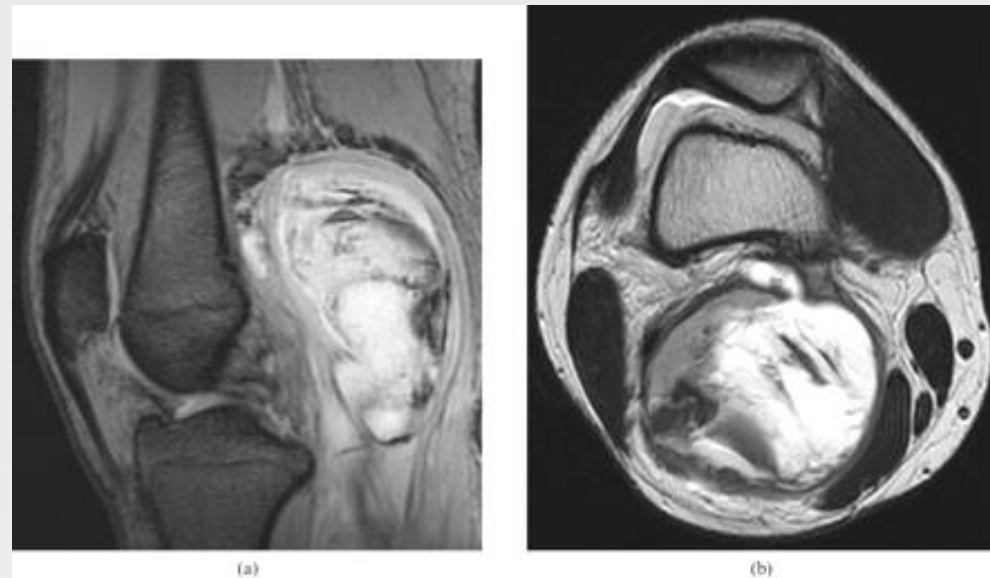
- TAC:
  - calcificacions i canvis locals ossis
  - de primera elecció en busca de metàstasis pulmonars





# Diagnòstic

- RM:
  - Detecció i estadiatge dels tumors de parts toves
  - Lesions ben definides
  - Septes interns
  - Augment de senyal a T1 i T2
  - Triple senyal



# Diagnòstic

- Biòpsia:
  - Tincions convencionals
  - Immunohistoquímica
  - Citogenètica



# Pronòstic

- Localització
- Tamany del tumor < 5 cm
- Edat del pacient
- Es tracta d'un sarcoma d'alt grau: invasió local i tendència a metastasi (especialment als pulmons):
  - En el moment del diagnòstic, < 10% dels casos
  - Disseminació metastàsica posterior, 25-50% dels casos
- Supervivència als 5 anys 24-64%



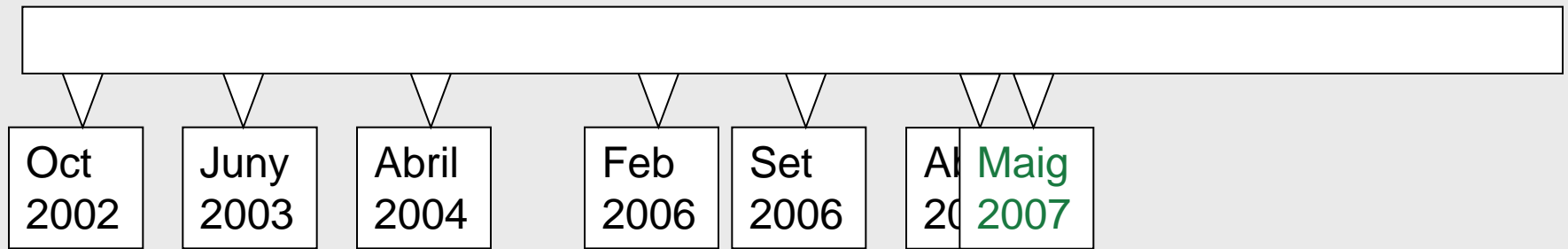
# Tractament

- Cirurgia: ressecció àmplia amb marges negatius o l'amputació
- Radioteràpia:
  - després d'una ressecció incompleta
  - escissió àmplia en tumors de gran tamany
- Quimioteràpia:
  - moderada quimiosensibilitat (aprox 50% resposta a ifosfamida i dexorrubicina)
  - adjuvant per casos d'alt risc (tumor de gran tamany)

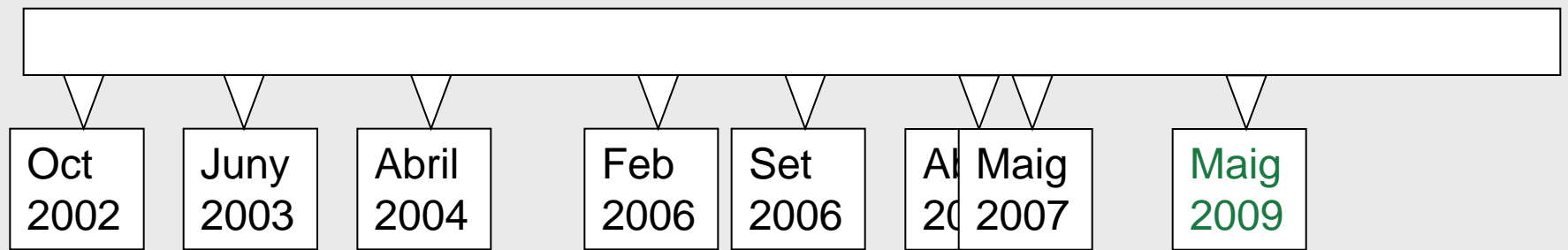
# Control

- RM postractament: recurrència local
- Rx de tòrax i TAC: metàstasis pulmonars

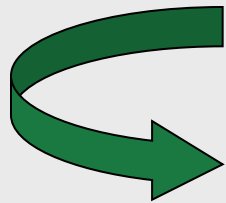




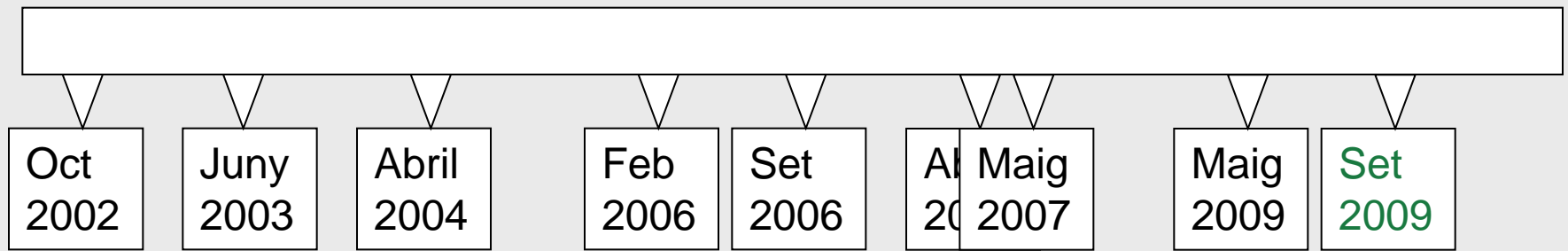
- RM peu postquirúrgica:
  - Canvis postquirúrgics amb col·lecció líquida (seroma, sero/hematoma) a regió plantar del tars esquerre
  - Àrea de realçament de 5 mm entre 2a i 3a cunya que suggereixen restes tumorals
- Es proposa amputació. Sol·licita segona opinió:
  - Clínica de Navarra: ampliació marges + braquiteràpia + radioteràpia (finalitza al setembre)



- RM: nova recidiva tumoral → PAAF: citologia maligna

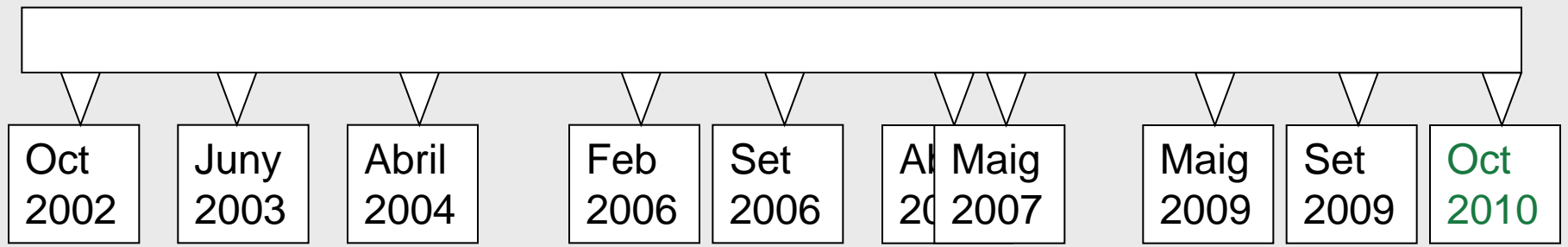


- Inducció melfalan-TNF $\alpha$
- Ressecció recidiva amb reconstrucció autoinjert tricortical cresta iliaca dreta: SS monofàsic
- Quimioteràpia amb ifosfamida + adriamicina (6 cicles)



- Ingrés al Servei de Pneumologia per TEP bilateral massiu + TVP safena interna esquerra






A data d'avui: en remissió



# “Take-home message”

- Tumor maligne freqüent dels teixits tous
  - Simula una lesió benigna
    - Evolució subaguda/crònica
    - Lesions ben definides a la RM
  - Pacients joves
  - Extremitats inferiors
  - Metàstasis pulmonars
  - RM prova d'elecció
  - Ressecció àmplia +/- Radioteràpia
- 

Moltes gràcies!

