

Sarcoma sinovial: uma condição rara como síndrome do túnel do tarso

Synovial sarcoma: an unusual presentation as tarsal tunnel syndrome

Jorge Mizusaki¹, Hélio Ishihara², Sérgio Damião Prata³, Sílvia Iovine Kobata⁴

Resumo

A síndrome do túnel do tarso é uma patologia rara, caracterizada pela presença de neuropatia compressiva no túnel do tarso. O diagnóstico é realizado com base na história do paciente e nos achados clínicos. A compressão do nervo tibial e seus ramos pode ser devido a fatores intrínsecos ou extrínsecos. A presença de massa na topografia do retináculo dos flexores, associada à síndrome do túnel do tarso, pode ser ocasionada mais frequentemente por tumor benigno ou por estruturas não tumorais comprimindo as estruturas nervosas da região. Este trabalho descreve um caso incomum de síndrome do túnel do tarso causada por sarcoma sinovial.

Descritores: Síndrome do túnel do tarso; Sarcoma sinovial; Sarcoma; Síndromes de compressão nervosa

Abstract

Tarsal tunnel syndrome is a rare pathology which is characterized by the presence of compressive neuropathy in the tarsal tunnel. The diagnosis is based on the patient's history and on the clinical findings. Pressure on the tibiae nerve and its terminal branches may be caused by intrinsic or extrinsic factors. The presence of a mass in association with tarsal tunnel syndrome may be frequently caused by a benign tumor or non-tumoral structures that compress the nervous structures of the area. This paper reports an uncommon case of this syndrome which was caused by synovial sarcoma.

Keywords: Tarsal tunnel syndrome; Sarcoma, synovial; Sarcoma; Nerve compression syndromes

Correspondência

Sílvia Iovine Kobata
Rua Mato Grosso, 755, apto. 704
CEP 30190-081 – Belo Horizonte/MG
E-mail: silviakobata@yahoo.com.br

Data de recebimento

11/01/09

Data de aceite

28/03/09

Setor de Medicina e Cirurgia do Pé da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

¹ Doutor, Médico do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

² Mestre, Chefe do Setor de Oncologia Ortopédica do Hospital Santa Marcelina – São Paulo (SP), Brasil.

³ Médico do Grupo de Medicina e Cirurgia do Pé do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

⁴ Residente do 4º Ano (2007) do setor de Medicina e Cirurgia do Pé, do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

A síndrome do túnel do tarso é uma neuropatia compressiva do nervo tibial ou de seus ramos, na passagem pelo retináculo flexor, que pode ser causada por fatores intrínsecos ou extrínsecos⁽¹⁻³⁾.

A etiologia é multifatorial podendo ser pós-traumática, inflamatória ou neoplásica, sendo que em mais de 50% dos pacientes a causa é identificada⁽⁴⁻⁵⁾.

As neoplasias malignas do pé e tornozelo são raramente encontradas como causa da síndrome do túnel do tarso e, frequentemente, o diagnóstico é realizado tardiamente⁽⁶⁾.

O sarcoma sinovial compreende 5 a 10% dos sarcomas de partes moles, sendo que 70% deles localizam-se nas extremidades inferiores. Ocorre geralmente em adultos jovens entre 20 e 40 anos de idade, apresentando crescimento lento. A maioria dos pacientes procura atendimento médico após longo período do início dos sintomas⁽⁷⁻⁹⁾. Os tipos histológicos, os tamanhos e a localização anatômica são os principais fatores prognósticos do sarcoma sinovial⁽¹⁰⁾.

Apresentamos o caso de uma paciente portadora de sarcoma sinovial causador de síndrome do túnel do tarso.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 43 anos, apresentava queixa de dor em queimação no pé esquerdo, predominantemente na face medial do retopé há aproximadamente quatro anos. Há cinco meses, apresentou piora do quadro e aparecimento de abaulamento na região inframaleolar medial do tornozelo esquerdo. Notava-se, à inspeção, a presença do abaulamento na região inframaleolar do tornozelo esquerdo (Figura 1). À palpação, detectou-se a presença de massa localizada na região do retináculo flexor, de consistência fibroelástica aderida aos planos, com cerca de 5 cm de diâmetro, dolorosa à palpação, com sinal de Tinel positivo à percussão do trajeto do nervo tibial. A ressonância magnética foi de extrema importância, revelando um tumor localizado na região do retináculo flexor do tornozelo esquerdo, medindo 10,3 x 3,9 cm, englobando o feixe vasculonervoso e invadindo a parede medial do calcâneo (Figuras 2 e 3). O estudo eletro-neuromiográfico do membro inferior revelou alterações na velocidade de condução do nervo tibial.

A paciente foi submetida à biópsia “a céu aberto” seguindo os preceitos oncológicos, observando-se uma massa esbranquiçada e friável. O estudo anátomo-patológico revelou sarcoma sinovial de células pequenas, pouco diferenciado do monofásico (Figura 4). Analisando-se o envolvimento do feixe vasculonervoso e o tipo histológico do sarcoma, foi



Figura 1 - Presença de abaulamento da região inframaleolar medial na topografia do túnel do tarso.

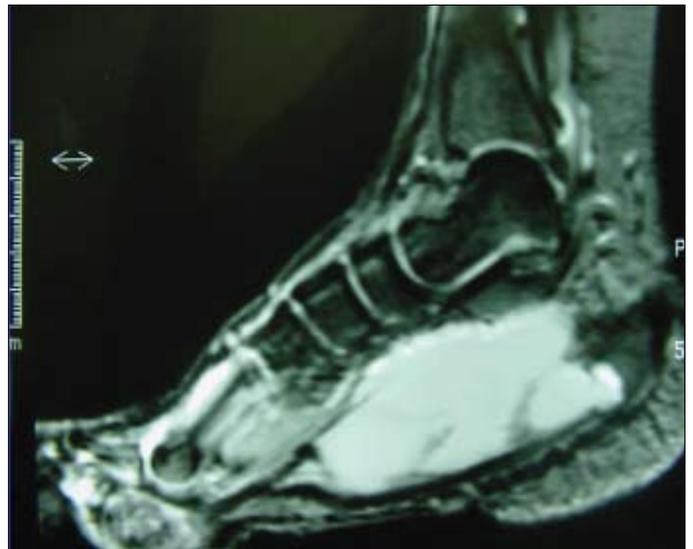


Figura 2 - Ressonância magnética ponderada em T2 mostrando massa volumosa com hipersinal na topografia do túnel do tarso.

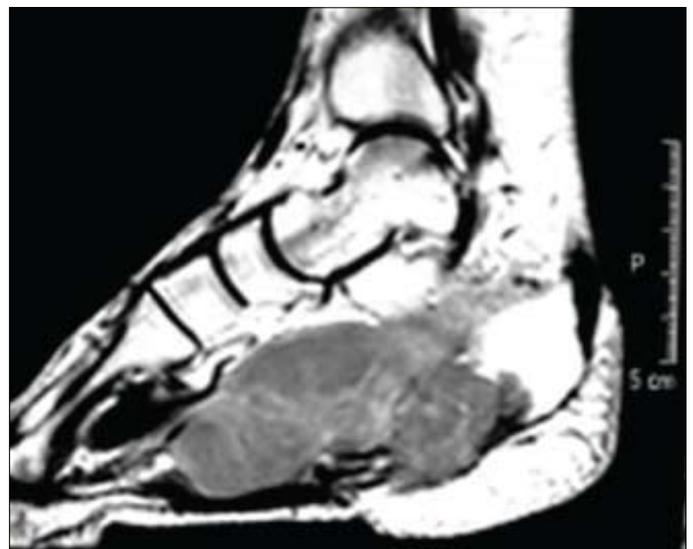


Figura 3 - Ressonância magnética ponderada em T1 demonstrando massa volumosa de baixo sinal ocupando o túnel do tarso.

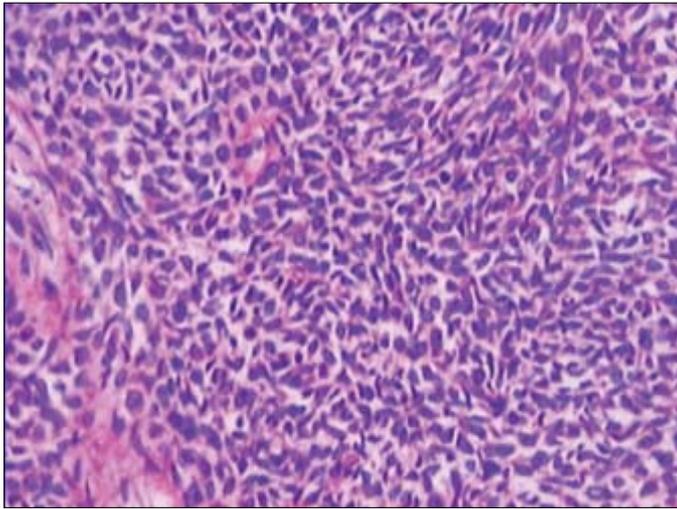


Figura 4 - Estudo anatomopatológico demonstrando a presença de estroma sarcomatoso do sarcoma sinovial de células pequenas.

indicada a amputação do pé da paciente que foi, posteriormente, encaminhada para tratamento quimioterápico.

DISCUSSÃO

O diagnóstico da síndrome do túnel do tarso depende basicamente da análise de três critérios: descrição da dor em queimação ou formigamento na região plantar do pé; sinal de Tinnel positivo na região do túnel do tarso e alterações no estudo eletroneuromiográfico, indicando neuropatia do nervo tibial ou de seus ramos.

A síndrome do túnel do tarso é análoga da síndrome do túnel do carpo, sendo que o nervo tibial é que sofre constrição sob o retináculo flexor. As origens da constrição no túnel tarsiano podem ser: fragmentos ósseos derivados de fraturas, tenossinovite, presença de linfonodos de uma bainha tendinosa adjacente, varicosidades e tumores.

O sarcoma sinovial é o sarcoma mais frequentemente encontrado no pé e tornozelo (45 a 56% dos tumores malignos do pé e tornozelo), embora corresponda a apenas 5 a 10% de todos os sarcomas de partes moles.

O diagnóstico definitivo do sarcoma sinovial fundamenta-se em exames de imagem e achado histológico. Nos exames de imagem, observa-se, em 40% dos casos, presença de calcificações no tumor. Varela-Duran et al., em uma amostra com 32 portadores de sarcoma sinovial, observaram a presença de calcificações intratumorais em 26 pacientes⁽¹¹⁾.

Histologicamente, segundo a maioria dos autores, dois tipos fundamentais de sarcoma sinovial podem ser identificados: bifásico e monofásico. O tipo bifásico é caracterizado por estruturas epitelioides formando cordões sólidos rodeados por células cilíndricas ou cuboides, com secreção

pseudomucóide. No tipo histológico monofásico, as formações epitelioides são raras ou ausentes, com presença de células fusiformes com espaços irregulares e preenchidos por líquido seroso ou mucóide. O sarcoma sinovial comporta-se de forma imprevisível e variável. O prognóstico segundo a estrutura histológica (monofásico ou bifásico) é controverso, sendo que a maioria dos autores relata uma evolução mais favorável do tipo bifásico. As taxas de sobrevivência em cinco anos publicadas variam de 25 a 51%, independentemente do tipo histológico.

Em seu estudo, Varela-Duran et al. encontraram uma considerável diferença da taxa de sobrevivência em cinco anos entre os tipos histológicos: 26% para o tipo monofásico e 59% para o tipo bifásico⁽¹¹⁾.

O estudo de Hadju et al., com 126 pacientes, demonstrou que o tamanho e a localização anatômica são importantes fatores prognósticos além do tipo histológico⁽¹²⁾.

Quanto ao tamanho, Scully et al. observaram que pacientes com sarcomas sinoviais menores que 5 cm apresentavam taxa de sobrevivência de 79% em cinco anos, enquanto aqueles maiores que 5 cm apresentavam sobrevivência de 33% em cinco anos.

O tratamento do sarcoma sinovial é primariamente cirúrgico⁽¹³⁻¹⁴⁾. Em muitos casos, as lesões se apresentam no estágio 2B e requerem amplas margens cirúrgicas para controle local da doença. Devido a considerações anatômicas e à incapacidade de se manterem a sensibilidade e o pé plantigrado, em alguns ou grande parte dos casos, há necessidade de amputação para melhor função do membro inferior, promovendo a possibilidade de deambulação mais adequada do paciente.

Pitcher, em 1994, relatou em seus estudos a diminuição da incidência de metástases com a amputação primária, ainda que ela seja inevitável em tumores volumosos com invasão de estruturas nobres⁽¹⁵⁾.

Apesar do controle local da doença, o sarcoma sinovial pode causar metástases em meses a anos depois do início do tratamento. Recidivas foram observadas em um grupo de pacientes depois de oito anos do início do tratamento. O sarcoma sinovial pode levar a metástases ou recidivas locais em aproximadamente 80% dos casos; daí a importância do seu melhor entendimento e da escolha do tratamento adequado^(6-7,10).

Pode-se concluir, com este relato de caso, que o diagnóstico precoce da síndrome do túnel do tarso é importante, assim como a identificação etiológica das massas no túnel do tarso, pois, sendo estabelecido o tratamento adequado, há possibilidade de uma maior chance de sobrevivência aos pacientes portadores de tumores no pé e proporciona-se melhor função para a marcha desses pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Kenzora JE, Lenet MD, Sherman M. Synovial cyst of the ankle joint as a cause of tarsal tunnel syndrome. *Foot Ankle*. 1982;3(3):181-3.
2. Sammarco GJ, Chang L. Outcome of surgical treatment of tarsal tunnel syndrome. *Foot Ankle Int*. 2003;24(2):125-31.
3. Takakura Y, Kitada C, Sugimoto K, Tanaka Y, Tamai S. Tarsal tunnel syndrome. *J Bone Joint Surg*. 1991;73(1):125-8.
4. Cimino WR. Tarsal tunnel syndrome: review of the literature. *Foot Ankle*. 1990;11(1):47-52.
5. Lau JTC, Daniels TR. Tarsal tunnel syndrome: a review of the literature. *Foot Ankle Int*. 1999;20(3):201-9.
6. Scully SP, Temple HT, Harrelson JM. Synovial sarcoma of the foot and ankle. *Clin Orthop Rel Res*. 1999;(364):220-6.
7. Bos GD, Esther RJ, Woll TS. Foot tumors: diagnosis and treatment. *J Am Acad Orthop Surg*. 2002;10(4):259-70.
8. Fisher C. Synovial sarcoma. *Ann Diagn Pathol*. 1998;2(6):401-21.
9. Miettinen M, Virtanen I. Synovial sarcoma: a misnomer. *Am J Pathol*. 1984;117(1):18-25.
10. Zeytoonjian T, Mankin HJ, Gebhardt MC, Hornicek FJ. Distal lower extremity sarcomas: frequency of occurrence and patient survival rate. *Foot Ankle Int*. 2004;25(5):325-30.
11. Varela-Duran J, Enzinger FM. Calcifying synovial sarcoma. *Cancer*. 1982;50(2):345-52.
12. Hajdu SI, Shiu MH, Fortner JG. Tendosynovial sarcoma: a clinicopathological study of 136 cases. *Cancer*. 1997;39(3):1201-17.
13. Chou LB, Malawer MM. Analysis of surgical treatment of 33 foot and ankle tumors. *Foot Ankle Int*. 1994;15(4):175-81.
14. Chou LB, Malawer MM. Synovial sarcoma presenting as posterior tibial tendon dysfunction: a report of two cases and review of the literature. *Foot Ankle Int*. 2004;25(11):810-4.
15. Pitcher ME, Fish S, Thomas JM. Management of soft tissue sarcoma. *Br J Surg*. 1994;81(8):1136-9.