



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/2535 - Tengo un bulto en el codo

G. Lucía Ramos^a, R. Alonso Iglesias^b, Á.F. Viola Candela^c, C. Sánchez Peinador^c, M. Robles Torres^a, E. de Dios Rodríguez^d, J.I. Berrocoso Sánchez^d, J.I. Delgado Redondo^d, L. Vannay^e y C.M. Becerro Muñoz^f

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel Armijo Moreno. Salamanca. ^bResidente de 4^o año. Centro de Salud Miguel Armijo Moreno. Salamanca. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamedilla. Salamanca. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamedilla. Salamanca. ^eMédico Residente de 2^o año. Centro de Salud Miguel Armijo Moreno. Salamanca. ^fMédico Adjunto-Tutora de Residentes. Centro de Salud Miguel Armijo Moreno. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 27 años de edad que consulta por dolor a nivel de codo derecho de aproximadamente dos meses de evolución, sin antecedente traumático, y que no ha cedido con tratamiento sintomático con AINEs y reposo. Desde hace un mes ha notado cierto grado de deformidad e impotencia funcional a dicho nivel y desde hace una semana, sensación de hormigueo en el primer dedo de la mano derecha. No antecedentes personales de interés.

Exploración y pruebas complementarias: Deformidad y tumoración dura, adherida a planos profundos en epitroclea derecha. Limitación importante para la extensión completa. No limitación a la abducción ni a la prono-supinación. Exploración neurovascular distal conservada. Ecografía de partes blandas: tumoración de aspecto sólido, con morfología fusiforme, de 4,8 × 2,5 × 5,5 cm. Centrada en área epitrocLEAR. Debe descartarse sarcoma de partes blandas. Se recomienda RM previa a biopsia. RM codo derecho: imagen de 5,1 × 3 × 5,1 cm en sus diámetros transversal, anteroposterior y cráneo caudal respectivamente localizada en cara anterior del 1/3 distal del brazo, heterogénea en todas las secuencias, con zonas sólidas y líquidas sugerentes de necrosis. Los hallazgos sugieren proceso neofornativo, agresivo desde el punto de vista radiológico. Biopsia: compatible con sarcoma sinovial.

Juicio clínico: Sarcoma sinovial.

Diagnóstico diferencial: Tumoraciones benignas (lipoma, osteoma); Hematomas; Otras tumoraciones malignas (histiocitoma fibroso maligno, tumor de células pequeñas, etc.).

Comentario final: El pronóstico de los pacientes con sarcoma sinovial se relaciona con la posibilidad de extirparlo por completo, el tamaño del tumor, y la invasión local. Los pacientes con tumores pequeños que se pueden eliminar completamente en el momento del diagnóstico tienen un pronóstico excelente. Para los tumores mayores de 5 cm, el riesgo de desarrollar metástasis a distancia es mayor. Debido a que el tumor crece lentamente, los síntomas pueden estar presentes durante largo tiempo antes de que se haga el diagnóstico, lo que puede retrasarlo. De ahí la

importancia del diagnóstico precoz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clark MA, Fisher C, Judson I, Meirion TJ. *Engl J Med*. 2005;353:701-11.
2. Albritton KH, Randall RL: Prospects for targeted therapy of synovial sarcoma. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2005;27:219-22.
3. Bergh P, Meis-Kindblom JM, Gherlinzoni F, et al. Synovial sarcoma: identification of low and high risk groups. *Cancer*. 1999;85:2596-607.
4. Brecht IB, Ferrari A, Int-Veen C, et al. Grossly-resected synovial sarcoma treated by the German and Italian pediatric soft tissue sarcoma cooperative group: discussion on the role of adjuvant therapies. *Pediatr Blood Cancer*, in press.