

Sarcoma Sinovial Monofásico Paravertebral Lombar em Paciente Adulta: Relato de Caso

Bruno Amaral Santos ^{1,*}, Beatriz Segatto de Oliveira ¹, Paulo Eduardo Hernandes Antunes ¹, João Guilherme Carvalho de Oliveira Santos ¹, Eloy Theodoro José do Prado ¹, Felipe Hammoud de Menezes ¹, Ellen Diniz de Menezes ²

¹ Departamento de Radiologia, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu, São Paulo, Brasil.

² Departamento de Patologia, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu, SP, Brasil.

* Correspondência: bruno.asantos1@gmail.com.

Citação: Santos BA, Oliveira BS, Antunes PEH, Santos JGCO, Prado ETJ, Menezes FH, Menezes ED. Sarcoma Sinovial Monofásico Paravertebral Lombar em Paciente Adulta: Relato de Caso. Brazilian Journal of Case Reports. 2026 Jan-Dec;06(1):131.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2026.6.1.bjcr131>

Recebido: 22 Outubro 2025

Aceito: 9 Novembro 2025

Publicado: 11 Novembro 2025

Resumo: O sarcoma sinovial é um tumor maligno raro de partes moles, responsável por cerca de 8–10% dos sarcomas, frequentemente diagnosticado em adultos jovens. Apresenta-se mais comumente em membros inferiores, sendo incomum sua localização paravertebral. Relatamos o caso de paciente feminina, 46 anos, com tumoração lombar direita de crescimento progressivo, inicialmente considerada benigna. A ressonância magnética demonstrou lesão sólida paravertebral direita, com sinais de agressividade. A biópsia confirmou sarcoma sinovial monofásico, grau 2 (OMS, 2022), com índice mitótico de 5 mitoses por 10 campos de grande aumento, sem necrose. O estadiamento foi T2N0M0, estágio IIIA. A paciente foi submetida à ressecção ampla da massa em musculatura paravertebral lombar, com margens livres. Encontra-se em seguimento clínico-oncológico, com indicação de avaliação para quimioterapia adjuvante. Este relato destaca a importância do diagnóstico diferencial em tumores paravertebrais e reforça o papel do manejo multidisciplinar no tratamento do sarcoma sinovial.

Palavras-chave: Sarcoma sinovial; Tumores de partes moles; Oncologia; Relato de caso.

1. Introdução

O sarcoma sinovial é uma neoplasia maligna de origem mesenquimal, caracterizada pela translocação cromossômica t(X;18)(p11;q11), resultando na fusão dos genes SS18 e SSX [1]. Apesar do nome, não se origina necessariamente da sinóvia, podendo ocorrer em múltiplas localizações. Representa cerca de 8–10% dos sarcomas de partes moles, com maior incidência em adolescentes e adultos jovens [2]. A maioria dos casos ocorre em membros inferiores, principalmente na região de joelho e coxa. A localização paravertebral é rara e geralmente associada a atraso diagnóstico, dada a apresentação inespecífica e a semelhança com lesões benignas (lipoma, neurofibroma e outros tumores das partes moles). Localizações incomuns, como retroperitônio e paravertebral, são raras e associadas a maior dificuldade diagnóstica.

Clinicamente, caracteriza-se por massa dolorosa de crescimento progressivo, frequentemente confundida com lesões benignas. O prognóstico do sarcoma sinovial depende de fatores como tamanho tumoral, profundidade, localização axial, margem cirúrgica e grau histológico. O tratamento padrão é a ressecção com margens amplas, frequentemente acompanhada por radioterapia. A quimioterapia adjuvante (baseada em doxorubicina/ifosfamida) pode ser considerada em casos de alto risco. Neste trabalho,



Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

relatamos um caso incomum de sarcoma sinovial monofásico paravertebral lombar em paciente adulta, discutimos os desafios diagnósticos e terapêuticos, e revisamos a literatura para enfatizar princípios de manejo.

2. Relato de Caso

2.1 Dados clínicos e história

Paciente feminina, 46 anos, previamente hígida, apresentou tumoração em região lombar direita, de crescimento progressivo por aproximadamente oito meses, associada a dor local e sensação de pressão. Ao exame físico, observou-se massa firme, dolorosa à palpação, localizada em musculatura paravertebral direita, medindo cerca de $4,0 \times 4,0 \times 2,5$ cm. Exames laboratoriais e restante do exame físico não demonstraram nenhuma alteração significativa.

2.2 Exames de imagem

A ressonância magnética de coluna lombar evidenciou formação expansiva sólida em musculatura paravertebral direita, medindo $4,7 \times 5,1 \times 4,2$ cm. Embora a suspeita clínica inicial fosse de lesão benigna (dado o crescimento lento inicial), os achados da RM demonstraram sinais claros de agressividade que afastaram essa hipótese. A lesão apresentava características incompatíveis com tumores benignos comuns (como lipoma), notadamente o sinal intermediário em T1 (Figura 3), marcada heterogeneidade de sinal em T2 com áreas de hipersinal (Figura 1) e o padrão de "triplo sinal" (Figura 2), além de impregnação intensa e quase homogênea pelo contraste (Figura 4), indicando alta celularidade e neoangiogênese. A tomografia computadorizada de tórax não evidenciou metástases.

Figura 1. Imagem sagital ponderada em STIR demonstra formação expansiva na musculatura paravertebral direita com hipersinal, indicando aumento da celularidade e edema perilesional.

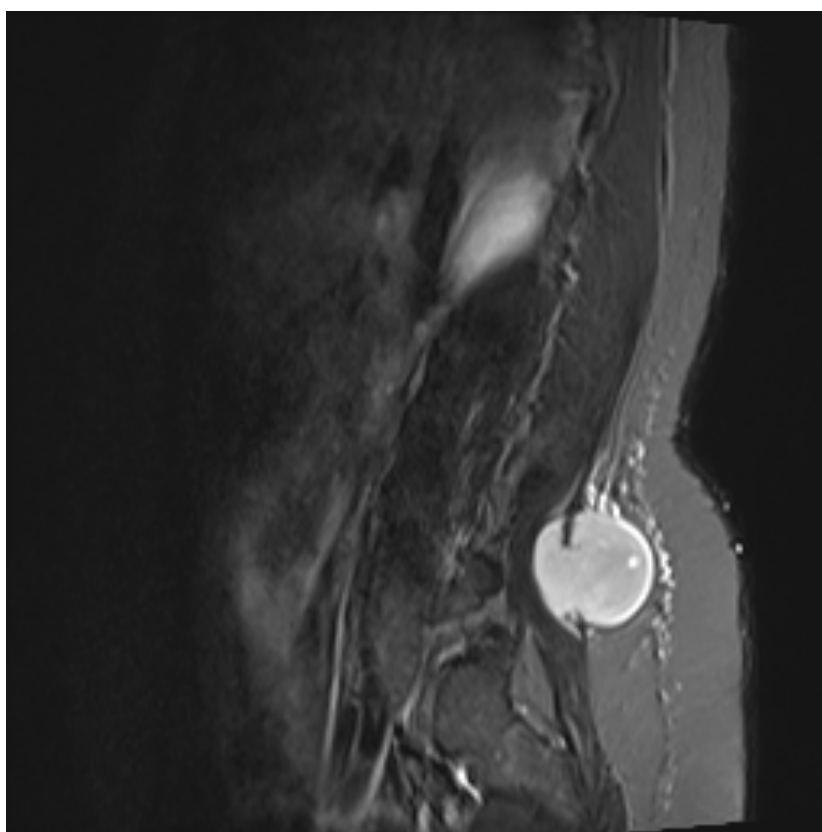


Figura 2. Imagem sagital ponderada em T2 revela o “triplo sinal”, caracterizado pela presença concomitante de áreas de hipossinal, isossinal e hipersinal, um padrão considerado característico de tumores sarcomatosos agressivos.

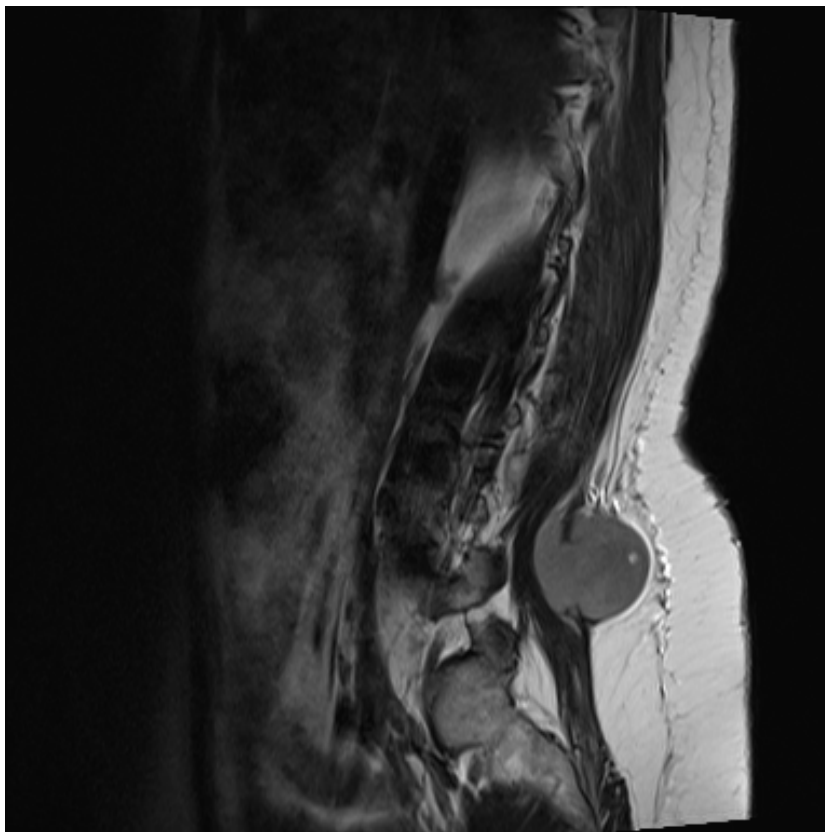


Figura 3. Imagem axial ponderada em T1 sem contraste mostra lesão com sinal intermediário, mais elevado que o da musculatura adjacente.



Figura 4. Imagem axial ponderada em T1 após a administração de contraste evidencia impregnação quase homogênea da lesão, denotando atividade tumoral significativa e um discreto edema periférico.



2.3 Biópsia e Estadiamento

A biópsia incisional confirmou sarcoma sinovial, subtipo monofásico, grau 2 (OMS, 2022), com índice mitótico de 5/10 campos de grande aumento, ausência de necrose e de invasão angiolinfática. A imuno-histoquímica mostrou positividade para EMA, vimentina e BCL2, negativa para S100 e desmina. O estadiamento clínico foi T2N0M0, estágio IIIA.

2.4 Tratamento e Evolução

A paciente foi submetida à ressecção ampla do tumor, com incisão longitudinal 16,0cm e dissecação profunda até a musculatura paravertebral lombar, obtendo-se margens livres. O pós-operatório imediato transcorreu sem intercorrências. A radioterapia adjuvante foi discutida em reunião multidisciplinar, mas optou-se por não a indicar inicialmente, dada a obtenção de margens amplas (R0) e os riscos de toxicidade medular devido à localização paravertebral. Atualmente, encontra-se em seguimento com oncologia clínica, com indicação de avaliação para quimioterapia adjuvante, justificada pela combinação dos fatores de risco de tamanho tumoral (T2) e localização axial.

3. Discussão

O sarcoma sinovial apresenta-se geralmente em membros, mas localizações incomuns, como a região paravertebral, tornam o diagnóstico mais desafiador [3, 4]. A apresentação inicial inespecífica pode atrasar a investigação, como observado no presente caso, inicialmente considerado benigno clinicamente. A translocação t(X;18)(p11;q11) é o evento molecular mais específico e comum no sarcoma sinovial, resultando na fusão dos genes SS18 e SSX (mais frequentemente SSX1 ou SSX2). [1] A presença desse rearranjo

confirmaria o diagnóstico com maior precisão, sendo recomendada quando disponível. No presente caso, o teste molecular para a translocação t(X;18) não estava disponível em nossa instituição, representando uma limitação diagnóstica. Contudo, o diagnóstico de sarcoma sinovial monofásico foi fortemente suportado pelo painel imuno-histoquímico (EMA+, BCL2+, vimentina+, S100- e desmina-), em concordância com os achados morfológicos, excluindo os principais diagnósticos diferenciais de tumores fusocelulares.

O subtipo monofásico é composto predominantemente por células fusiformes e pode ser confundido com outros sarcomas fusocelulares (ex: fibrossarcoma, leiomiossarcoma, tumor fibroso solitário). A imuno-histoquímica ajuda: positividade para EMA e BCL2, citoceratinas focais, e expressão de TLE1 (quando testada) são sugestivas de sarcoma sinovial; negatividade para S100 e desmina favorece exclusão de neoplasias nervosas ou musculares [5]. O grau histológico (mitoses, necrose) tem valor prognóstico; por exemplo índices mitóticos elevados, necrose extensa e alterações morfológicas pleomórficas indicam pior comportamento. Neste caso, havia 5 mitoses/10 campos sem necrose, o que sugere agressividade moderada.

Estudos apontam taxas de sobrevida em 5 anos entre 60% e 70%, mas fatores como tamanho tumoral >5 cm, profundidade e localização axial estão associados a pior prognóstico [8]. É crucial notar que a localização axial (como a paravertebral) é um fator prognóstico negativo independente, conferindo maior risco de recidiva local e metástases a distância quando comparada a lesões de extremidade de mesmo grau e tamanho [3, 4]. A combinação do tamanho T2 (≥5 cm) com a localização axial, como na paciente relatada, situa o caso em um subgrupo de maior risco prognóstico, justificando uma vigilância rigorosa e a consideração de terapia sistêmica adjuvante. O presente caso ilustra a importância do diagnóstico precoce e da abordagem multidisciplinar no manejo desses tumores raros.

A ressecção cirúrgica com margens livres é o pilar do tratamento curativo. Quando possível, é desejável manter margens amplas, incluindo fáscia ou tecido adjacente, para minimizar recidiva local. A ressecção em região paravertebral é complexa pela proximidade a estruturas neurais e ósseas. No acompanhamento pós-operatório do sarcoma sinovial, técnicas avançadas de ressonância magnética, como a difusão (DWI) e a perfusão dinâmica com contraste (DCE-MRI), têm papel crescente na detecção precoce de recidivas. A difusão auxilia na identificação de áreas de alta celularidade, enquanto a perfusão avalia a neoangiogênese tumoral, distinguindo tecido viável de alterações cicatriciais. Padrões de realce rápido e washout precoce na DCE e valores reduzidos de ADC na DWI sugerem atividade tumoral residual ou recidiva, contribuindo para decisões terapêuticas mais precisas. Embora estas técnicas avançadas de RM não tenham sido utilizadas na avaliação diagnóstica inicial deste caso, elas são fundamentais no seguimento pós-operatório para a detecção precoce de recidiva, distinguindo-a de alterações cicatriciais.

A radioterapia adjuvante é frequentemente empregada para reduzir recidiva local, especialmente quando margens são estreitas ou existe risco residual. [6] Em locais axiais, pode haver limitações radioterápicas relacionadas à tolerância medular. No caso descrito, apesar da localização axial, a obtenção de margens R0 permitiu à equipe multidisciplinar optar por postergar a RT, evitando-se a morbidade neurológica potencial, sendo a radioterapia reservada para uma eventual recidiva local. A quimioterapia adjuvante, típica com doxorrubicina e ifosfamida, é considerada em casos de alto risco (tumor >5 cm, alto grau, margens positivas ou metástases ocultas). [7] A evidência de benefício absoluto permanece controversa, mas algumas séries indicam melhora em sobrevida livre de doença em pacientes selecionados. A indicação de avaliação quimioterápica para a paciente, apesar do Grau 2 e margens livres, baseou-se justamente na presença combinada de dois fatores de alto risco: tamanho tumoral T2 (≥5 cm) e localização axial, que aumentam o risco de metástases subclínicas.

4. Conclusões

O sarcoma sinovial, embora raro, deve ser considerado no diagnóstico diferencial de massas paravertebrais em adultos. A confirmação diagnóstica exige análise histopatológica e molecular, e o tratamento adequado envolve ressecção ampla associada a terapias adjuvantes em casos selecionados. Relatos de casos como este são relevantes para destacar as peculiaridades clínicas e reforçar a importância da abordagem multidisciplinar no cuidado oncológico.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: O paciente forneceu consentimento informado por escrito para participação, e o estudo foi conduzido de acordo com as diretrizes éticas da Declaração de Helsinki. Todos os dados foram anonimizados para proteger a privacidade do paciente.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Nenhum.

Referência

1. Thway K, Fisher C. Synovial sarcoma: defining features and diagnostic evolution. *Ann Diagn Pathol*. 2020;49:151634.
2. Sultan I, et al. Synovial sarcoma in children, adolescents, and young adults: a report from the SEER database. *Cancer*. 2021;127(11):1920–1931.
3. Vlenterie M, et al. Clinical outcome of synovial sarcoma in adult patients: a multicenter study. *J Clin Oncol*. 2022;40(5):482–491.
4. Palmerini E, et al. Synovial sarcoma: prognostic factors and survival in a series of 271 patients. *Clin Sarcoma Res*. 2024;14:7.
5. Kosemehmetoglu K, et al. SS18::SSX fusion-specific diagnosis of synovial sarcoma: a systematic review. *Histopathology*. 2023;82(2):167–178.
6. Ferrari A, et al. Management of synovial sarcoma: state of the art and perspectives. *Cancer Treat Rev*. 2023;117:102557.
7. Eilber FC, et al. The role of chemotherapy in synovial sarcoma. *Clin Orthop Relat Res*. 2021;479(2):285–293.
8. Desai IME, et al. Survival of patients with synovial sarcoma: a population-based study. *Eur J Cancer*. 2020;132:132–139.