

Sinovitis villonodular pigmentada. Informe de un caso

Dr. Rafael Vega Herrera,* Dr. Eduardo Carriedo Rico**

Hospital de Urgencias Traumatológicas IMSS. Ciudad de México

RESUMEN. Se presenta el caso de un paciente del sexo masculino de 26 años de edad cuyo cuadro clínico de 4 años de evolución, la presencia de tumoración difusa en la rodilla, cierta erosión del cóndilo y del platillo tibial mediales y una biopsia incisional no permitieron efectuar diagnóstico concluyente. Este se estableció una vez realizada la sinovectomía.

Palabras clave: sinovitis villonodular pigmentada, rodilla.

Paciente masculino de 26 años de edad, que tiene el antecedente de dolor crónico de rodilla derecha, de cuatro años de evolución, mismo que ha limitado sus actividades deportivas con disminución progresiva de la libertad de movimiento articular, aumento del volumen global de dicha articulación y tumefacción importante, refiere asimismo, la necesidad en varias ocasiones de artrocentesis en donde obtenían líquido sinovial de carácter inflamatorio exclusivamente.

Señala la formación de proceso tumoral a nivel del cóndilo medial del fémur con evolución de un año, sin afectación de su estado clínico ni alteraciones de los exámenes rutinarios de laboratorio, puesto que había sido valorado en Instituciones de Salud en donde se le realizó biopsia y estudios de líquido sinovial sin que llegaran a un diagnóstico preciso.

En nuestro servicio apreciamos un paciente en aceptables condiciones generales, con claudicación a la marcha a expensas de su segmento pélvico derecho con actitud de flexión de 20 grados de la rodilla, movilidad limitada por el aumento de volumen y tumefacción, presencia de dolor en flexión mayor de 60 grados. Notamos asimismo, que la tumoración afectaba en tercio distal del muslo principalmente en la bolsa subcuadrípital, hueso poplíteo, región infrapatelar y principalmente el cóndilo y platillo tibial medial.

SUMMARY. The case of a 26 year-old male patient who had a 4-year up-coming with mild swelling of the knee and radiological appearance of a sharp and mild destruction of femoral and tibial medial condyles in whom a biopsy failed to reveal a pigmented villonodular synovitis. Diagnosis was made once an open synovectomy was carried out.

Key words: pigmented villonodular synovitis, knee.

Los estudios de laboratorio sólo mostraron una anemia normocítica leve, con negatividad en el perfil reumático. Los estudios radiológicos mostraron una afectación del cóndilo femoral por erosión cortical importante, mismo que también afectaba el margen articular de la tibia en su platillo tibial, con disminución del espacio articular medial y osteopenia regional. Existía un incremento considerable de las partes blandas, siendo notable la presencia de pequeños quistes óseos a nivel subcondral.

El diagnóstico preoperatorio fue de tumoración de partes blandas probable sinovioma, descartar tuberculosis articular y tumor óseo de origen a determinar. Se programa una artroscopía diagnóstica en donde se obtuvo un líquido sinovial inflamatorio con abundantes grumos o pólipos de tejido fibroso blanquecino de aproximadamente 6 mm, apreciando en la bolsa subcuadrípital una afectación completa de la sinovial por inflamación crónica de aspecto polipoide hipertrofiado siendo prácticamente imposible realizar una sinovectomía por medio artroscópico en forma convincente y procediéndose a la sinovectomía mediante una incisión parapatelar medial y reseca el proceso tumoral de partes blandas de 4 x 8 cm que se encontró en el compartimento interno, que mostraba también aspecto granulomatoso, irregular y consistencia ahulada.

La descripción microscópica del tejido mostró fascículos de células fusiformes de aspecto fibroblástico, histiocitos y células gigantes multinucleadas de tipo Touton. Abundantes vasos capilares neoformados, nódulos hialinizados con infiltración de linfocitos y células plasmáticas.

La biopsia de hueso esponjoso con fibrosis e inflamación crónica focal e infiltración de linfocitos. No se encontraron restos de hemosiderina, con el diagnóstico final de sinovitis villonodular.

* Médico adscrito al Servicio de Artroscopía.

** Director del Hospital de Urgencias Traumatológicas IMSS.

Dirección para correspondencia:
Dr. Rafael Vega Herrera. Torres Adalid No. 1305. Esq. Pestalozzi.
Col. Narvarte. México, D.F.



Figura 1.



Figura 2.

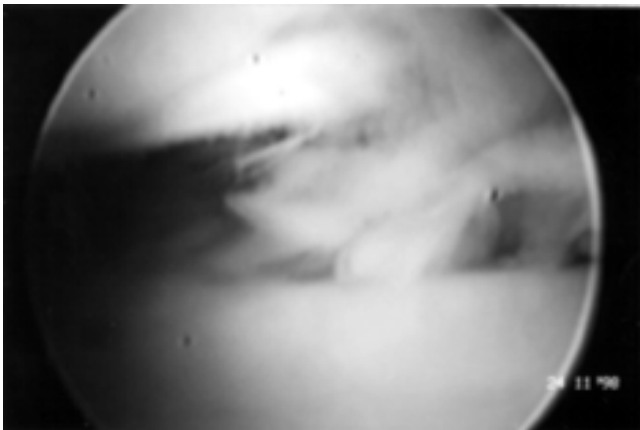


Figura 3.

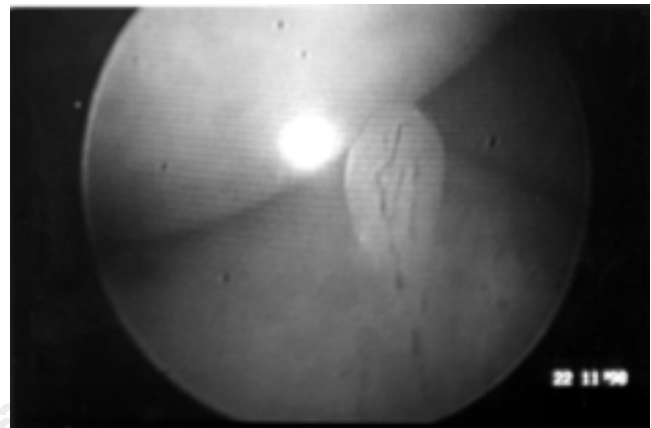


Figura 4.

Consideramos que la patología es rara, con afectación principal en la articulación de la rodilla y los adultos jóvenes son los que la padecen. Presenta problemas en su diagnóstico ya que generalmente se considera como una tumoración de partes blandas o tuberculosis, por la afectación articular, también se ha confundido con neoplasias óseas.

Esta entidad fue descrita por Caisaignac en 1852 en los tendones flexores de las manos, posteriormente Simon en 1865 describe la patología en la rodilla considerándolo en

un principio como sarcoma. Jaffe en 1941 describe una afección idiopática de origen inflamatorio caracterizada por una sinovial engrosada de diferente color que oscilaba del blanco amarillento, rojo o prácticamente achocolatado (dependiendo del pigmento de hemosiderina que contenga), con proliferaciones vellosas y formaciones sésiles o pediculadas han sido reportadas formas localizadas, difusas y mixematosas.

El diagnóstico de la lesión generalmente es cuando se interviene quirúrgicamente con los hallazgos de la sinovial hipertrofiada, engrosada, de diferente color y la formación de vellosidades pediculadas o nódulos y siempre se deberá tener presente la existencia de esta patología y su naturaleza benigna.

El tratamiento indicado es la resección de los nódulos en forma amplia, la sinovectomía total mediante artroscopía y en casos severos la artrotomía puede ser la única que garantice la escisión total de los márgenes patológicos. En casos de afectación severa de las superficies articulares está indicado, para complementar la sinovectomía quirúrgica, tratamiento con radioterapia o con medicina nuclear.

Se han descrito recidivas, pero éstas obedecen a una falta de resección total de los nódulos, de los bordes sinoviales o bien de un defecto técnico en su identificación por el abordaje quirúrgico inadecuado ya sea artroscópico o abierto.

