

Sinovitis villonodular pigmentada del tobillo. A propósito de un caso.

R. Arriaza, C. Sampedro, C. Baamonde

Instituto Gallego de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Deporte.
Hospital Santa Teresa, A Coruña.

Correspondencia:

Dr. Rafael Arriaza Loureda
Hospital Santa Teresa
c/ Peñarredonda, 4
15008 A Coruña

Se presenta un caso de sinovitis villonodular pigmentada localizada en el tobillo. El tratamiento artroscópico permitió la extirpación de la tumoración en bloque, ya que se trataba de una forma nodular, aunque de gran tamaño. Representa una excelente indicación para efectuar la artroscopia de la articulación del tobillo.

Palabras clave: Sinovitis villonodular pigmentada, tobillo, artroscopia.

Pigmented villonodular synovitis of the ankle. Report of a case. A case of pigmented villonodular synovitis with location in the ankle is reported. Arthroscopy permitted the *en bloc* removal of the tumour, which was of the nodular type but a large size. This condition represents an excellent indication for arthroscopy of the ankle joint.

Key words: Pigmented villonodular synovitis, ankle, arthroscopy.



La sinovitis villonodular pigmentada (SVNP), o tumor de células gigantes de las vainas tendinosas, es un proceso proliferativo benigno de la sinovial que puede aparecer en las articulaciones, las vainas tendinosas y las bursas. Se presenta de manera predominante en la rodilla, aunque la afectación del tobillo no es infrecuente, alcanzando el 25% en la serie de Ushijima y cols.⁽¹⁾

Aunque generalmente es un proceso benigno, puede producir una destrucción articular importante, y su diagnóstico suele retrasarse por la falta de una sintomatología florida desde el principio. A pesar de que el diagnóstico de certeza depende del estudio histopatológico, la combinación de los signos clínicos (tume-

facción con derrame articular hemático) con los métodos de imagen, que demostrarán la aparición de geodas, muchas veces en espejo y pinzamiento articular en las radiografías simples, así como una sinovitis nodular con áreas de baja intensidad de señal en T1 y T2, que corresponden a los nódulos pigmentados con hemosiderina en la RMN, pueden permitirnos alcanzar un elevado grado de sospecha diagnóstica preoperatoria⁽²⁾.

La cirugía artroscópica permite una evaluación amplia de la articulación afectada en prácticamente todas las localizaciones, así como una terapia curativa en un porcentaje elevado, tanto más satisfactoria cuanto más precoz haya sido la intervención^(3,4).



Figura 1. Imagen de RMN en T2, en la que es claramente visible el derrame articular, así como la proliferación sinovial desorganizada y con nódulos de baja señal, típicos de la SVNP, ocupando el receso anterior del tobillo.



Figura 2. Proliferación sinovial de aspecto pardo-amarillento, típico de la SVNP de cualquier articulación, vista desde el portal AE del tobillo.

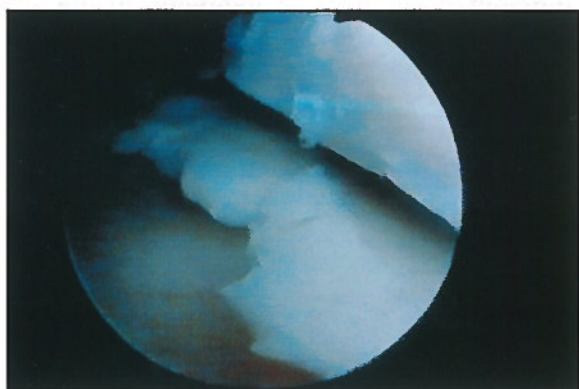


Figura 3. Zona de delaminación condral tras ser regularizada, mostrando el hueso subcondral expuesto bajo ella.

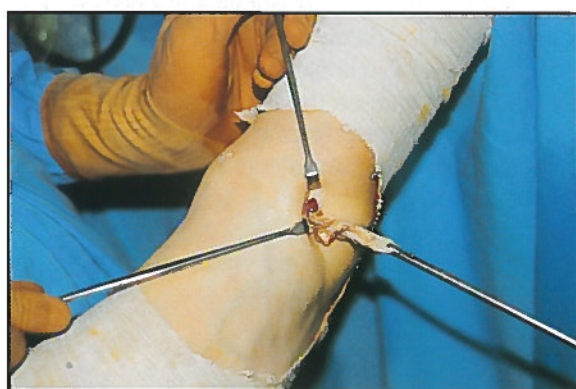


Figura 4. Extracción en bloque del nódulo sinovítico a través del portal artroscópico AE, ligeramente ampliado para permitir su salida.

CASO CLÍNICO

Presentamos un caso de SVNP localizada en el tobillo izquierdo de un varón de 23 años. El paciente relacionaba sus molestias con una entorsión del tobillo sufrida, aproximadamente, diez meses antes. Durante ese período de tiempo, las molestias y la sensación de tumefacción le impidieron mantener su actividad deportiva habitual, habiendo sido tratado con AINEs, reposo y fisioterapia sin mejoría.

A la exploración, se apreciaba una tumefacción comparativa en la cara anterior del tobillo, con sensibilidad a la palpación, sobre todo, en cara anteroexterna. El tobillo era estable y sin dolor sobre el recorrido de los tendones peroneos ni del tibial posterior. El estudio radiológico simple era anodino, por lo que se solicitó una eco-

grafía del tobillo, que demostró la existencia de una masa de aspecto no homogéneo que ocupaba la cara anterior del tobillo.

La RMN mostró con claridad la presencia de derrame articular, así como una masa en el receso anterior del la articulación, irregular, y con nódulos de baja intensidad de señal en T1 y T2, por presencia de hemosiderina, compatible con la existencia de una SVNP, así como una lesión osteocondral en la parte externa de la cúpula astragalina (Figura 1).

Se procedió entonces a realizar una artroscopia del tobillo, a través de las vías AE y AI. En la intervención se confirmó la presencia de una tumoración bien delimitada, de color pardo y amarillo, alojada en la cámara anterior del tobillo y dependiente de la sinovial, con el aspecto típico de una sinovitis nodular (Figura 2).

Asimismo, se confirmó la presencia de una zona de delaminación condral (Figura 3) en la porción más distal de la parte interna de la cúpula astragalina, que se regularizó.

Tras efectuar la liberación de la tumoración, fue posible extraerla en bloque a través de la vía AE, ligeramente ampliada (Figura 4). El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de sospecha de sinovitis villonodular pigmentada.

DISCUSIÓN

La relativa rareza de la SVNP es una de las razones por las que su diagnóstico suele retrasarse y efectuarse de manera intraoperatoria si el aspecto pardo de la sinovial es típico, o por la anatomía patológica postoperatoriamente. Este hecho es todavía más frecuente si la SVNP no asienta en su localización típica, la rodilla, en la que suele ser habitual obtener una muestra del líquido intraarticular dentro del estudio preoperatorio que, en el caso de ser hemático y de no existir un antecedente traumático evidente, orienta el diagnóstico hacia la SVNP.

En el caso que presentamos, la historia clínica se veía oscurecida por el antecedente traumático que refería el paciente, sin relación con la aparición de la enfermedad⁽¹⁾. No obstante, la apariencia de la lesión en la ecografía indicaba una proliferación sinovial no compatible con las imágenes habituales de un síndrome de atrapamiento capsular anterior, y aunque la imagen no es específica de la SVNP, sí que puede apuntar una elevada sospecha diagnóstica⁽⁵⁾, sobre todo si se combina con la imagen de la RMN⁽²⁾.

Consideramos que la artroscopia es la siguiente exploración ante la sospecha de una patología de origen sinovial en el tobillo puesto que, como ocurrió en este caso, permite evaluar las posibles lesiones asociadas y el grado de deterioro articular al mismo tiempo que se extirpa la sinovial afectada, especialmente si la enfermedad es nodular y permanece confinada al compartimento anterior. En el caso que presentamos, la evolución del paciente ha sido muy satisfactoria, desapareciendo por completo la sintomatología previa a pesar, incluso, de la lesión condral que presentaba.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ushijima, M.; Hashimoto, H.; Tsuneyoshi, M.; Enjoji, M.: Pigmented villonodular synovitis. A clinicopathologic study of 52 cases. *Acta Pathol Jpn*, 1986; 36 (3): 317-326.
2. Flipo, R.M.; Chastanet, P.; Duquesnoy, B.: Imaging of pigmented villonodular synovitis. *Presse Med*, 1993; 22 (12): 591-594.
3. Ogilvie-Harris, D.J.; Mc Lean, J.; Zarnett, M.E.: Pigmented villonodular synovitis of the knee. The results of total arthroscopic synovectomy, partial, arthroscopic synovectomy and arthroscopic local excision. *J Bone Joint Surg (Am)*, 1992; 74 (1): 119-123.
4. Borton, D.C.; Peereboom, J.; Saxby, T.S.: Pigmented villonodular synovitis in the first metatarsophalangeal joint: arthroscopic treatment of an unusual condition. *Foot Ankle Int*, 1997; 18 (8): 504-505.
5. Yang, P.Y.; Wang, C.L.; Wu, C.T.; Wang, T.G.; Hsieh, F.J.: Sonography of pigmented villonodular synovitis in the ankle joint. *J Clin Ultrasound*, 1998; 26 (3): 166-170.