

SINOVITIS VELLONODULAR PIGMENTADA: UN TUMOR POCO FRECUENTE EN EL TOBILLO.

AUTORES

Cristina Villanueva Dolcet

Alberto Escrivà Lloret

Irina Capó Soliveres

ANAMNESIS

Mujer de 33 años, sin antecedentes clínicos relevantes.

Acude a consultas de traumatología por dolor progresivo en tobillo izquierdo de 1 año de evolución. Asocia episodios de claudicación por dolor en las caminatas prolongadas desde hace 3 meses. No antecedente traumático previo. No mejoría con infiltraciones de corticoides ni rehabilitación.

El dolor aumenta con la actividad y ha presentado algunos episodios de bloqueo articular. No refiere síntomas de inestabilidad ni cuadros similares en otras articulaciones.

EXAMEN FÍSICO

A la exploración del miembro inferior izquierdo observamos una extremidad bien alineada con aumento de volumen del tobillo en relación, sobre todo, al receso lateral. Receso medial no aumentado de tamaño (imagen 1).

Rango articular conservado. Dolor a la palpación de la región anterolateral de tobillo así como en cara anterior de la articulación tibiotalar.

Dolor a nivel de la cola del astrágalo y a la palpación del tendón tibial posterior.

Huella normal en podoscopio. Retropié neutro flexible.

Marcha normal.

Pulsos arteriales conservados. Sensibilidad L3-S2 sin alteraciones.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Se llevan a cabo radiografías anteroposterior y lateral en carga de tobillo siendo estas normales.
-

- Se realiza una resonancia magnética (imagen 2) apareciendo un engrosamiento de partes blandas periarticulares en el receso articular anterior de la tibioastragalina. Presenta una estructura sólida hipointensa y contorno bien definido, con algunos focos de susceptibilidad magnética atribuibles a restos de hemosiderina.

DIAGNÓSTICO

- Proliferación sinovial crónica del tipo sinovitis villonodular pigmentada de tobillo izquierdo.

TRATAMIENTO

Con el diagnóstico probable de sinovitis villonodular pigmentada focal se realiza una artroscopía programada de tobillo izquierdo (imagen 3).

En un primer tiempo se aborda el compartimento anterior con un abordaje anterolateral y anteromedial. Se evidencia abundante tejido parduzco hiperémico y mamelonado sobre sinovial anterior de predominio lateral. Exéresis con sinoviotomo hasta observar la articulación limpia sin restos de tejido sinovial anómalo. Resto normal.

En un segundo tiempo se aborda el compartimento posterior con portales posterolaterales y posteromediales. Se observa mismo tipo lesión pero en menos cantidad en receso posterolateral. Exéresis con sinoviotomo. Resto normal.

Se envían las muestras intraoperatorias a estudio anatomopatológico.

Se coloca férula suropédica.

EVOLUCIÓN

Tras un día de ingreso posquirúrgico se alta a la paciente recambiando la férula por una bota tipo Cam Walker, permitiendo un apoyo parcial asistido con muletas y se instruyen ejercicios de movilidad pasiva y activa de tobillo.

Tras 15 días postoperatorios el estudio anatómo-patológico confirma el diagnóstico de sospecha.

Respecto a la carga, a partir de la 4ª semana se retiran de forma gradual las muletas

hasta carga completa a la 5^o semana.

A la 8^o semana, la paciente presenta una movilidad completa de tobillo indolora. Se retira la Cam Walker y se incorpora de forma progresiva el calzado normal.

Se lleva a cabo una resonancia magnética a los 6 meses postoperatorios donde no se evidencia recidiva de la lesión (imagen 4).

La paciente actualmente se encuentra asintomática.

DISCUSIÓN

La sinovitis vellonodular pigmentada (SVNP) se define como una proliferación benigna del tejido sinovial que afecta principalmente a articulaciones pero también puede aparecer en bursas o vainas tendinosas (1)

La SVNP fue históricamente considerada un proceso derivado de una inflamación crónica y hemorragias inducidas por traumatismos repetitivos. Pero el avance en los estudios citogenéticos proporciona cada vez más pruebas para considerar que su origen es neoplásico, basándose en hallazgos de anomalías genéticas relacionadas principalmente con el gen de la citosina factor estimulante de colonias-1 (CSF-1) y el gen COL6A3 (2).

Esta entidad tiene una incidencia de 1,8 casos por un millón de habitantes /año y en el 80% de las ocasiones se trata de un proceso monoarticular que afecta a la rodilla. La localización en el tobillo corresponde solo a un 2,5% del total de casos (1).

Se puede clasificar la SVNP como focal/difusa y como intrarticular/extrarticular.

La apariencia clínica de la SVNP varía según la ubicación y forma. Lo más común es un cuadro de dolor crónico de tobillo de temporalidad variable, asociado a edema con derrames articulares y sin antecedentes de traumatismo, cirugías o esguinces.

En cuanto a las pruebas complementarias (3), los hallazgos radiográficos pueden ser inespecífico en las primeras etapas y progresar a erosiones y quistes yuxtaarticulares/subcondrales en fases avanzadas. En las formas localizadas, debido a la presión sobre el tejido óseo que ejerce la masa tumoral, en ocasiones, se aprecian pérdidas marginales de densidad ósea. El TC nos aporta información adicional sobre dicha afectación ósea.

A nivel ecográfico, normalmente, aparece un derrame articular inespecífico junto un engrosamiento hipoecoico de la membrana sinovial con alta vascularización en las imágenes Doppler.

Pero, la principal herramienta diagnóstica de la SVNP (por su excelente sensibilidad) es la resonancia magnética, cuyos hallazgos son confirmados posteriormente mediante una biopsia quirúrgica. En las secuencias T1 y T2 la masa aparece hipointensa al músculo mientras que en la secuencia STIR predomina la hiperintensidad.

La SVNP es uno de los pocos procesos de tejidos blandos que tiene una apariencia patognomónica en la resonancia magnética, el denominado blooming artefact o artefacto de susceptibilidad. Se da en la secuencia eco gradiente (GRE) en la que se revela una intensidad de señal desproporcionadamente más baja en las regiones donde se deposita hemosiderina.

El diagnóstico diferencial de esta entidad se debe realizar con la artropatía hemofílica, condromatosis sinovial, hemangioma sinovial, sarcoma sinovial, artropatía amiloidea y la lipomatosis sinovial.

Histológicamente la SVNP se caracteriza por presentar células mononucleares pequeñas redondas o en forma de huso tipo histiocitos y linfocitos, células gigantes con acción osteoclástica, células espumosas normalmente periféricas y depósitos de hemosiderina.

Respecto al tratamiento de la SVNP de tobillo (4), excepcionalmente, podría considerarse la vigilancia clínica en caso de paciente sin dolor, ni síntomas mecánicos ni signos de rápida progresión en la resonancia magnética.

Pero, independientemente de la articulación en cuestión, el tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica de todo el tejido patológico generando la menor alteración posible en los tejidos sanos. La tasa de éxito es inversamente proporcional a la cantidad de tejido sinovial afecto, por lo tanto, es necesario su detección y diagnóstico precoz para un tratamiento óptimo.

Debido a la menor cantidad de partes blandas del tobillo respecto a la rodilla y la capacidad de la artroscopia para acceder fácilmente a toda la articulación, el manejo artroscópico de SVNP focal intrarticular de tobillo permite conseguir nuestro objetivo quirúrgico en la mayoría de los casos.

Las lesiones más extensas, que pasan a ser extrarticulares requieren sinovectomías más amplias, en las que se suelen combinar técnicas abiertas y artroscópicas.

El riesgo principal de la SVNP es la recurrencia (5), con una tasa del 11-40% en algunas series.

El factor predictivo más importante en términos de riesgo de recurrencia parece ser la existencia de una forma difusa de la enfermedad.

Esto nos lleva a pensar en la necesidad de terapias adyuvantes en estas formas difusas. Sin embargo, no existen consensos actuales respecto a esta adyuvancia.

La literatura reporta que el tratamiento adyuvante más utilizado es la radioterapia. Otras opciones posibles son la radiosinoviortesis o los tratamientos biológicos como el imatinib.

IMÁGENES



Imagen 1. Hallazgos clínicos preoperatorios. Aumento de volumen en región lateral de tobillo.

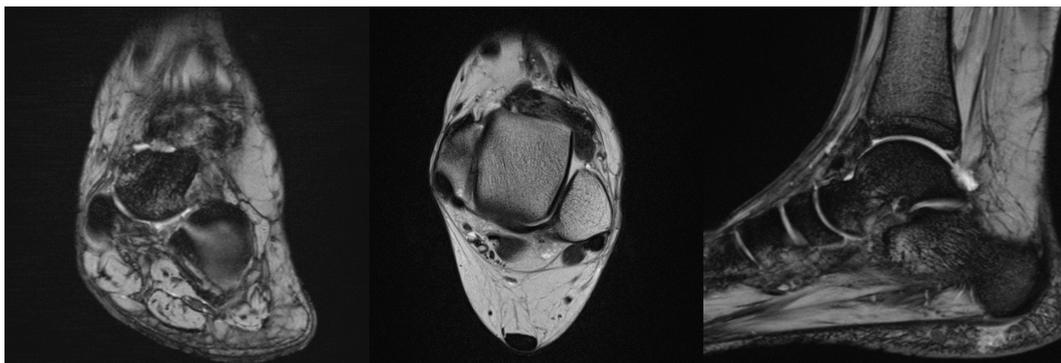


Imagen 2. RM tobillo izquierdo. La imagen coronal T2 (imagen izquierda) muestra masa hipointensa con focos más hipointensos correspondientes al depósito de hemosiderina. En imágenes T2 GRE estos depósitos son más visible (blooming artefact).



Imagen 3. Hallazgos artroscópicos. 1º y 2º imagen de compartimento anterior: tumoración parduzca mamelonada sobre sinovial anterior en receso lateral. 3º imagen compartimento posterior: tejido parduzco hiperémico en menor cantidad.

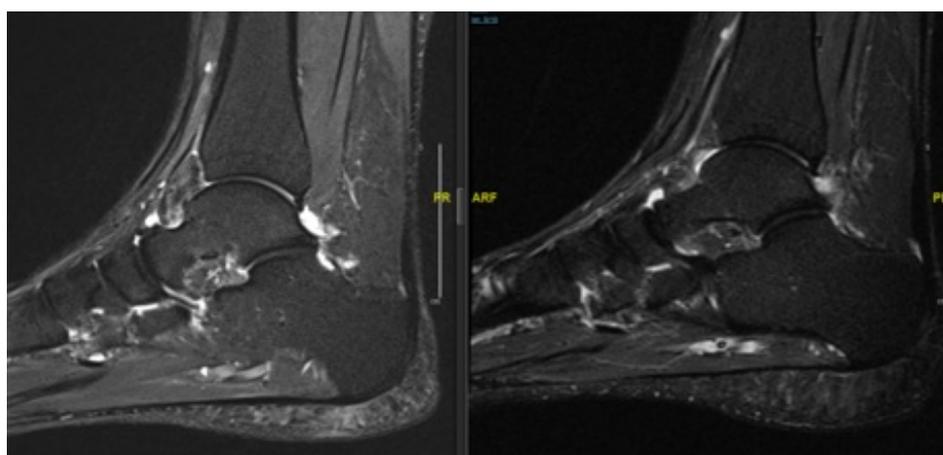


Imagen 4. Comparativa de resonancia magnética preoperatoria (izquierda) con postoperatoria a los 6 meses (derecha). No se evidencia recidivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stephen RS, Brandon BS, Lackman R, Kim TW, Mulcahey MK. Pigmented Villonodular Synovitis: a comprehensive review and proposed treatment algorithm. JBJS reviews 2016;4(7):e3.
2. West RB, Rubin BP, Miller MA, Subramanian S, Kaygusuz G, Montgomery K. A landscape effect in tenosynovial giant-cell tumor from activation of CSF1 expression by a translocation in a minority of tumor cells. PNAS 2006; 103 (3): 690–695.
3. Horger M, Vogel M, Schmit M, Wehrmann M. Imaging in pigmented villonodular synovitis. Rofo 2007; 179:97-9.
4. Sweeney KR, Slone HS, Labib SA. Arthroscopy in the treatment of pigmented villonodular synovitis of the ankle and subtalar joints: a technique guide and case series. Current Orthopaedic Practice 2017; 28(5):1
5. Cattelana M, Bonnometa F, Bierryb G, Di Marcoa A, Brinkerta D, Adama P, et al. Villonodular synovitis of the ankle. Analysis of the risk of recurrence. Orthop Traumatol Surg Res 2016; 102(5): 639-644.