

Hemangioma sinovial de rodilla en una paciente de 3 años

R. Ullot Font¹, P. Iftimie¹, S. Cepero Campà¹,
S. Pino Sorroche¹, V. Cusi Sánchez²

¹Servicio de COT. ²Servicio de Anatomía Patológica
Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

Correspondencia:

Rosendo Ullot Font
Servicio de COT. Hospital Sant Joan de Déu
Passeig Sant Joan de Déu, 2
08950 Esplugues (Barcelona)
Correo electrónico: rullot@hsjdbcn.org

El hemangioma sinovial es un tumor benigno, raro, que representa menos del 1% del total de casos de hemangiomas. Presentamos el caso clínico de una niña de 3 años con clínica de gonalgia inespecífica que se diagnosticó finalmente como hemangioma sinovial de rodilla. El estudio mediante ecografía y resonancia magnética nos da la impresión diagnóstica, siendo la visión artroscópica y la anatomía patológica las que nos confirman el diagnóstico de hemangioma sinovial de rodilla. Recalamos la importancia de la ecografía para el diagnóstico de la impronta condilar determinada por el hemangioma localizado. La resonancia magnética constituye la prueba diagnóstica de elección; el tratamiento es la resección artroscópica.

Palabras clave: Artroscopia rodilla. Hemangioma sinovial. Niño. RNM. Ecografía.

CASO CLÍNICO

Paciente de 3 años, sin antecedentes patológicos de interés excepto un dudoso traumatismo 3 meses antes, que en febrero de 2004 consulta por dolor en la rodilla izquierda y limitación de la movilidad.

La exploración física reveló tumefacción de la rodilla con un mínimo derrame articular, actitud en genuflexo de 30°, aumento discreto de calor local y atrofia cuadricepsal en el contexto de una rodilla estable. A la marcha apreciamos cojera a expensas del lado I. No presentaba fiebre, eritema ocular, aftas ni síntomas gastrointestinales.

Knee synovial hemangioma in a 3 years old patient.

Synovial hemangioma is a rare benign tumor, representing less than 1% of all hemangiomas. We report the clinical case of a 3 years old child with unspecific gonalgia which was later found to be due to a knee synovial hemangioma. The study with ultrasonography and magnetic resonance imaging (MRI) may allow an earlier diagnosis, but the arthroscopy and the pathologic study confirm the diagnostic of knee synovial hemangioma. We point out the importance of the ultrasonography exploration in defining condylar mark determined by the localized hemangioma. Magnetic resonance imaging represents the diagnostic procedure of choice because it allows an earlier diagnosis. The treatment is arthroscopic excision.

Key words: Knee arthroscopy. Synovial hemangioma. Children. MRI. Ultrasonography.



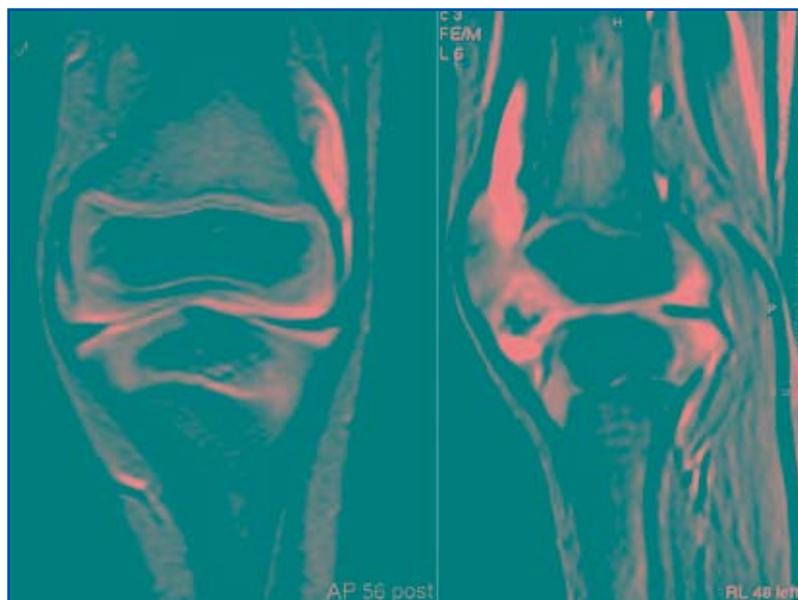
Figura 1. Radiografía (febrero, 2004). Aumento de partes blandas a nivel suprarrotuliano izquierdo.



Figura 2. Ecografía (mayo, 2004). Derrame articular. Solución de continuidad en el contorno óseo del cóndilo femoral interno (erosión ósea).

La analítica objetivaba hemograma, bioquímica y pruebas de coagulación normales.

El estudio mediante radiología simple indicaba tumefacción de las partes blandas pero sin demostrar lesiones óseas (Figura 1). Posteriormente se realizó una ecografía de rodilla izquierda que objetivó derrame articular y solución de continuidad en el contorno óseo del cóndilo femoral interno (Figura 2). La resonancia magnética demostró áreas aisladas de engrosamiento sinovial con derrame articular y la presencia



Figuras 3 y 4. RMN (junio, 2004). Engrosamiento sinovial suprarrotuliano externo, efecto masa infrarrotuliano. Derrame articular.

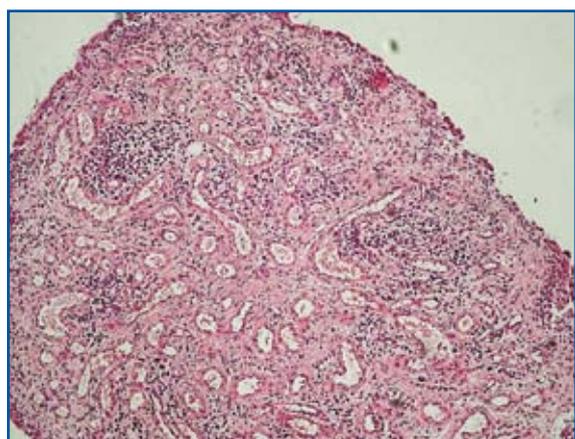


Figura 5. Anatomía patológica (septiembre, 2004). Presencia de numerosos vasos de calibre irregular, algunos grandes, ectásicos, de pared fina, y otros con pared fibromuscular.

pared fina, y otros con pared fibromuscular que demuestra sinovitis crónica compatible con hemangioma sinovial (Figura 5).

La evolución posterior de la paciente ha sido favorable desde el punto de vista clínico: dos años después de la intervención la paciente realiza un balance articular completo (Figuras 6 y 7) y, tal y como demuestra la resonancia magnética nuclear (RMN) de control practicada en noviembre de 2006, no presenta gonalgia, derrame articular ni otros signos de recidiva (Figura 8). Sigue vida normal, incluido el deporte. Tres años después, en noviembre de 2007, continúa asintomática.



Figuras 6 y 7. Balance articular rodilla izquierda completo (octubre, 2006).

DISCUSIÓN

Los hemangiomas sinoviales constituyen lesiones infrecuentes y de diagnóstico tardío en muchas ocasiones debido a la sintomatología inespecífica asociada⁽¹⁾. En la literatura especializada se registran unos 200 casos⁽²⁾ desde que Bouchut lo describiera en 1856⁽¹⁾. Pese a ello, es una entidad en la que debemos pensar ante



Figura 8. RNM (noviembre, 2006). Cambios de aspecto posquirúrgico en compartimiento grasa infrarrotuliano.

una tumoración articular del niño, una alteración que aparece preferentemente en pacientes jóvenes (antes de los 16 años en el 75% de los casos), con ligero predominio del sexo femenino en las series revisadas^(2,3). La rodilla es la articulación más frecuentemente afectada (60%), seguida del codo (30%), muñeca, mano y tobillo⁽⁴⁾.

Clínicamente se presenta dolor articular aislado (30%) o asociado a inflamación (30%), derrame articular, atrofia del músculo cuádriceps y limitación funcional^(4,5). Suelen seguir una evolución lenta que obliga a establecer diagnóstico diferencial con otros trastornos articulares de aparición más frecuente, como alteraciones meniscales (quistes, rupturas, etc.), ligamentosas, osteocondritis desecante, sinovitis vellonodular pigmentada y artritis crónica juvenil, entre otras.

El estudio mediante radiología simple suele ser normal, aunque en determinadas ocasiones se puede observar la presencia de flebolitos intralesionales, osteoporosis local o reacción perióstica^(5,6). Sin duda, la RMN es la prueba complementaria no invasiva de elección si sospechamos este tipo de lesión intraarticular, ya que determina con exactitud la extensión y el tamaño de la masa, así como lesiones condrales asociadas⁽³⁻⁷⁾, tal y como se demostró en nuestro caso. Pensamos que el estudio artroscópico precedido por la RMN es muy importante para el diagnóstico y tratamiento de estas lesiones.

Desde el punto de vista de la localización, suelen estar vinculadas a la cápsula articular de la rodilla y se clasifican en yuxtaarticulares, intraarticulares o mixtos, pudiendo presentarse en forma circunscrita o difusa. Nuestro caso se definió como intraarticular. Los hallazgos artroscópicos han sido diagnósticos para hemangioma sinovial. No se apreciaron lesiones a nivel de meniscos, ligamentos cruzados o cartílagos.

El diagnóstico definitivo se realiza mediante histología en la que se presentan mayoritariamente angiomas cavernosos (50%) o formas menos frecuentes como la capilar, telangiectásica o formas mixtas⁽²⁻⁴⁾. Algunas variedades no son consideradas procesos tumorales sino hamartomas⁽²⁾.

Con frecuencia se realiza arteriografía de forma preoperatoria para evaluar la extensión de la lesión, además de posibilitar la embolización de los vasos nutricios del tumor⁽²⁻⁵⁾.

El tratamiento precoz es importante para evitar la degeneración articular⁽⁵⁻⁸⁾. Los tratamientos aplicados en estas lesiones han variado notablemente a lo largo de los años. Algunos de los métodos utilizados incluyen, entre otros, la radioterapia, sinovectomía, resección en masa ya sea por vía artroscópica o abierta, embolizaciones y el uso de agentes esclerosantes^(4-6,9). La radioterapia parece reservada para aquellos casos en los que no es posible una resección quirúrgica o como método coadyuvante, asociado

a la sinovectomía completa, cuando se trata de formas difusas^(3,5-6).

La resección de la masa con sinovectomía parcial ha demostrado resultados excelentes, con bajo índice de recidivas^(2,8-10). Como detalle técnico, se recomienda siempre realizar una primera inspección de la lesión sin isquemia para apreciar con mayor exactitud su alcance^(2,4,7).

CONCLUSIONES

El hemangioma sinovial es una entidad poco frecuente, en la que debemos pensar ante una tumefacción articular del niño, especialmente si está localizada en la rodilla, para evitar en lo posible un diagnóstico tardío.

Consideramos que, ante un hemangioma sinovial de rodilla, el estudio diagnóstico lo realizamos con Rx, ecografía y RNM.

El diagnóstico diferencial con la sinovitis villonodular pigmentada en niños⁽¹¹⁾ es difícil incluso por visión artroscópica; será la histología la que nos confirmará el diagnóstico.

El tratamiento de elección será la resección del hemangioma por cirugía artroscópica.

El tratamiento esclerosante mediante Ethibloc también puede estar indicado en ciertos casos.

Estos tratamientos requieren un seguimiento a largo plazo, por el riesgo de recidiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bouchut, GE. Tumeur érectile de l'articulation du genou. *Gaz Hop* 1856; 29: 379.
2. Akgun I, Kesmezacar H, Ogut T, Dervisoglu S. Intra-articular hemangioma of the knee. *Arthroscopy* 2003; 19: E17.
3. Meislin RJ, Parisien JS. Arthroscopic excision of synovial hemangioma of the knee. *Arthroscopy* 1990; 6: 64-7.
4. Silit E, Mutlu H, Pekkafuli Z, Kizilkaya E, Basekim CC. Synovial hemangioma of the knee invading the femur. *Skeletal Radiol* 2002; 31: 612-4.
5. Durieux S, Brugieres P, Voisin MC, Goutallier D, Largepiet B, Chavalier J. Localized synovial hemangioma. *Arthritis Rheum* 1995; 38: 559-64.
6. Lenchik L, Poznaski A, Donaldson J, Sarwark J. Synovial hemangioma of the knee. *Skeletal Radiol* 1991; 20: 387-9.
7. Yercan HS, Okcu G, Erkan S. Synovial hemangiohamartomas of the knee joint. *Arch Orthop Trauma Surg* 2007; 127 (4): 281-5. Epub 2006 Apr 12.
8. Ramseier LE, Exner GU. Arthropathy of the knee joint caused by synovial hemangioma. *J Pediatr Orthop* 2004; 24 (1): 83-6.
9. Bertoni F, Pignatti G, Campanacci. Miscellaneous synovial lesions. *Curr Opin-Rheumatol* 1990; 2: 120-37.
10. Pelfort X, Puig L, Tey M, Domínguez E, Monllau JC. Hemangioma sinovial de rodilla. Exéresis artroscópica. *Cuadernos de Artroscopia* 2006; 13 (1): 30-3.
11. Ullot R, Montenegro J, Cepero S, Gelabert G, Medina M. Sinovitis villonodular pigmentaria de rodilla en niños. Revisión de 4 casos. *Cuadernos de Artroscopia* 2006; 13 (1): 20-9.