

Tumor de células gigantes pigmentadas de la sinovial en la rodilla

J. Ruiz del Pino⁽¹⁾, A. Espejo Baena⁽²⁾, J.M. Serrano Fernández⁽²⁾,
A. Figueroa Matas⁽²⁾, V. Morales Marcos⁽²⁾

⁽¹⁾Servicio de Urgencias, Área de COT.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga
⁽²⁾Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Correspondencia:
Joaquina Ruiz del Pino
c/ Alcalde Eduardo Carvajal 2. 2. °3 29014 Málaga

Se presenta un caso de una paciente con dolor y episodios de bloqueos en la rodilla; tras el estudio radiográfico y de RNM se le apreció, una tumoración intraarticular que fue extirpada mediante artroscopia. Tras el estudio histopatológico se llegó al diagnóstico de tumor de células gigantes pigmentadas de la sinovial.

Se realiza una revisión bibliográfica, describiendo los criterios radiográficos y el diagnóstico diferencial que debe plantearse ante una lesión de estas características.

Palabras claves: tumores, tumor de células gigantes de la sinovial, sinovitis villonodular pigmentada, tumores intraarticulares.

Synovial pigmented giant-cell tumour in the knee. We report the case of a female patient with pain and blockage episodes in the knee. The radiographic and MR imaging study disclosed an intraarticular tumour, which was arthroscopically removed. The histopathological study established the diagnosis of "synovial pigmented giant-cell tumour". A review of the literature is carried out describing the radiographic criteria and the differential diagnostic steps to be carried out when faced with such a lesion.

Key words: tumours, synovial giant-cell tumour, pigmented villo-nodular synovitis, intraarticular tumours.



E

l tumor de células de la vaina tendinosa, el tumor de células gigantes de la sinovial y la sinovitis villonodular pigmentada son distintos nombres de un grupo de desórdenes proliferativos poco frecuentes, localizándose en la sinovial que envuelve a las articulaciones y las vainas tendinosas, preferentemente en las tendones de los dedos y en la articulación de la rodilla^(1,5).

Son lesiones bien circunscritas, benignas, que afectan a una pequeña área de la sinovial y que su principal síntoma clínico es el dolor, aunque con frecuencia son asintomáticos.

CASO CLÍNICO

Mujer de 37 años que acude por dolor en rodilla de 2 meses de evolución, que comienza de forma repentina al levantarse, notando la rodilla inflamada, desde entonces tiene dolor a la movilización de rodilla y a la marcha, con episodios de bloqueos.

A la *exploración* presenta una alineación en valgo de 8°, ligero *recurvatum* y una movilidad completa. Se aprecia una tumoración blanda en la cara anterior de la interlínea externa, dolorosa a la presión.



Figura 1. Imagen del tumor en RNM (T₁).



Figura 2. Imagen del tumor en RNM (T₂).



Figura 3. Imagen artroscópica de tumor.



Figura 4. Pieza macroscópica tras la resección.

El estudio radiológico es normal; en la RNM se encuentra una clara ocupación de la grasa de Hoffa, hipointenso en T₁ y ligeramente brillante en T₂, que podía corresponder a un quiste artrosinovial (**Figuras 1 y 2**).

Se realizó artroscopia de rodilla, encontrándose un tumor blando, lobulado y pediculado a cara anterior del menisco externo (**Figuras 3**), procediéndose a la extirpación del mismo mediante artroscopia (**Figura 4**).

La pieza se envió a Anatomía Patológica para estudio. La tumoración tenía unas dimensiones de 4 x 3,5 x 2,5 cm, con morfología ovoide lobulada, coloración rojo-anaranjada. En el estudio con hematoxilina eosi-

na se apreciaba una proliferación de histiocitos, frecuentemente vacuolados con citoplasma espumoso, y ocasionales linfocitos. Distribuidas de forma aleatoria se observaban células gigantes multinucleadas. También existían discretos depósitos de hierro (**Figura 5**). El diagnóstico anatomopatológico fue de *Tumor benigno de células gigantes de vainas tendinosas*.

La evolución postoperatoria es favorable, siendo dada de alta de rehabilitación al mes y medio. A la revisión de los 6 meses, tras el tratamiento quirúrgico la paciente está asintomática.

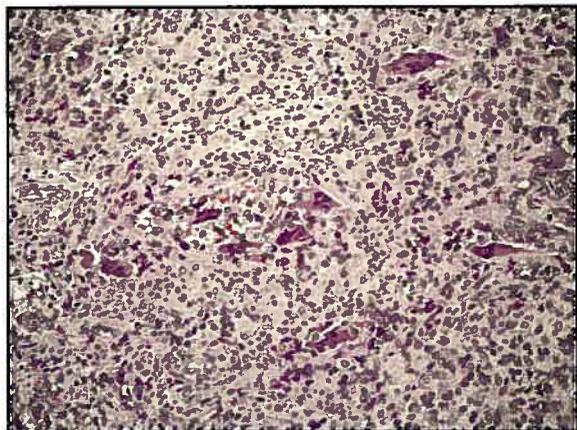


Figura 5. Imagen microscópica característica de tumor de células gigantes de vainas tendinosas (H&E, x200).

DISCUSIÓN

En los tumores blandos de rodilla, la clínica dependerá sobre todo de la localización del tumor, aunque predomina el dolor, los pacientes pueden presentar signos de trastornos mecánicos, como bloqueos etc., pudiendo simular patología meniscal⁽²⁾. Algunos autores aseguran que todos los pacientes tienen afectado el cartílago o el menisco⁽³⁾.

El diagnóstico se realiza mediante estudio radiográfico y se confirman histológicamente. **Radiográficamente** se puede observar como una masa densa de partes blandas, bien delimitada y a menudo próxima

a una erosión ósea. En nuestro caso, la radiografía era normal. La **RNM** es muy característica, en las imágenes potenciadas en T₁ y en T₂, la lesión muestra una intensidad de señal baja (como ocurrió en nuestro caso), igual o ligeramente mayor que la señal de músculo esquelético; esto es debido a la composición de tumor, los depósitos de hemosiderina en las células xantomasas y una abundante proliferación de colágeno que son las responsables de la baja intensidad de señal en las imágenes⁽⁵⁾.

La **histopatología** nos muestra un tumor firme, redondeado, oval o lobulado, y generalmente contenido en una cápsula fibrosa densa. El examen microscópico revela un tejido conectivo de colágeno con una gran variación en la proporción de la matriz frente a las células tumorales. Las células sinoviales son el componente básico del tumor, aunque las células gigantes son un hallazgo constante su número puede variar⁽⁵⁾.

El **diagnóstico diferencial radiográficamente** se debe de hacer con el *sarcoma sinovial* (el más destructivo y con mayor afectación de partes blandas), con el *tofo gotoso* (normalmente tiene calcificaciones visibles), con el *encondroma* (con una localización más céntrica y con frecuentes calcificaciones en la matriz) y con el *condroma periosteal* (calcificaciones siempre presentes).

Anatomopatológicamente, el diagnóstico diferencial se debe de hacer con el *sarcoma sinovial* (con células epiteloideas bien definidas) y el *osteosarcoma de partes blandas*⁽⁵⁾.

El **tratamiento** indicado es la resección quirúrgica simple⁽¹⁾, bien con artroscopia o artrotomía⁽²⁾, siendo más recomendada la artroscopia por las pequeñas cicatrices y la menor incidencia de infecciones y necrosis.⁽⁴⁾

BIBLIOGRAFÍA

- Martín RC, Osborne LD, Edward MJ, Wrighton W, McMaster. Giant cell tumor of tendón sheath tenosynovial giant cell tumor, and pigmented villonodular synovitis defining the presentation, surgical therapy and recurrence. *K. Oncol. Rep.* 2000 Mar-Apr; 7(2): 413-9.
- Nau T, Chiari C, Seitz H, Weixler G, Krenn M. Giant-cell tumor of the synovial membrane: localized nodular synovitis in the knee joint. *Arthroscopy.* 2000 Nov; 16(8): E 22.
- Perka C, Labs K, Zippel H, Buttgeit F. Localized pigmented villonodular synovitis of the knee joint: neoplasm or reactive granuloma? A review of 18 cases. *Rheumatology (oxford)* 2000. Feb; 39(2):172-8.
- Spahn G, Boussejot F, Schulz HJ, Bauer T. Arthroscopic resection of an extra-articular tenosynovial giant cell tumor from ankle region.
- Greenspan, Remage. Tumores y lesiones seudotumorales articulares. 401-403, Tumores del hueso y articulaciones. Ediciones Marban.