

Sinovitis nodular localizada

Sinovitis vellosa nodular pigmentada

Dr. Eduardo Santini Araujo (*), Dra. Liliana Olvi (**), Dr. Rómulo Luis Cabrini (***)

SINOVITIS NODULAR LOCALIZADA

Sinonimia: Tumor de Células Gigantes, Sinovioma Benigno, Sinovioma Benigno Gigantocelular Xantomatoso, Xantoma, Granuloma Histiocitario Xantomatoso, Fibroxantoma, Fibrohistiocitoma.

Las numerosas denominaciones con las que ha sido referida esta lesión revelan las distintas interpretaciones con respecto a su origen. Descripta por primera vez por Chassaignac en 1852, fue Jaife y col. (1941) los que realizaron el aporte más significativo en cuanto a la comprensión de esta lesión y otras lesiones gigantocelulares de la sinovial de las articulaciones, vainas tendinosas y burdas. Estos últimos autores consideraron a todas estas distintas localizaciones como una unidad anatómica y ubicaron a la Sinovitis Nodular Localizada y a la Sinovitis Velloso Nodular Pigmentada como patologías pertenecientes a una familia común. "Hasta el presente, no ha sido mejorado este elegante concepto unificador" (Enzinger - Weiss, 1994). Es desaconsejable el término Sinovioma Benigno, que se presenta a confusión con el Sarcoma Sinovial.

En cuanto a la biología de la lesión, diversos autores han apoyado la hipótesis de considerar esta patología como un proceso reactivo (Jaffe 1941, Schajowicz 1981), mientras que otros la han considerado como procesos decididamente tumorales (Enzinger-Weiss 1994).

Desde 1986 a 1995 en el Laboratorio de Patología Ortopédica hemos reunido una serie de 34 casos (TABLA I), con un predominio en el sexo masculino (54%). Con respecto a su incidencia etaria

TABLA I
SINOVITIS NODULAR LOCALIZADA
I - 1986 VII - 1995
34 CASOS

	DECADAS	
MASCULINO: 54%	1º	0%
FEMENINO: 46%	2º	21%
LOCALIZACIONES	3º	34%
MANO 43%	4º	12%
PIE 32%	5º	6%
RODILLA 25%	6º	9%
	7º	15%
	8º	3%

puede ocurrir a cualquier edad, siendo más frecuente en nuestra serie (34% de los casos) en la tercera década. La Sinovitis Nodular Localizada tiene una franca predilección por localizaciones extraarticulares y vainas tendinosas, particularmente de los dedos de la mano (43%), más frecuentemente del lado dorsal, seguido por las localizaciones en pie (32%). Las sinovitis articulares son menos frecuentemente afectadas, siendo en nuestra serie la rodilla la localización preferencial (25%). Los nódulos extraarticulares especialmente en dedos pueden producir erosión por decúbito en el hueso subyacente, visible radiográficamente (Fig. 2 y 3).



Fig. 2: Radiografía frente y perfil en una tenosinovitis nodular localizada donde se ha producido penetración intraósea simulando un tumor maligno.

(*) (**) Laboratorio de Patología Ortopédica (Larrea 1231, 2º 5), 1117. Bs. As, Cap. Fed.

(***) Departamento de Radiología. Comisión Nacional de Energía Atómica. Patólogo Consultor.

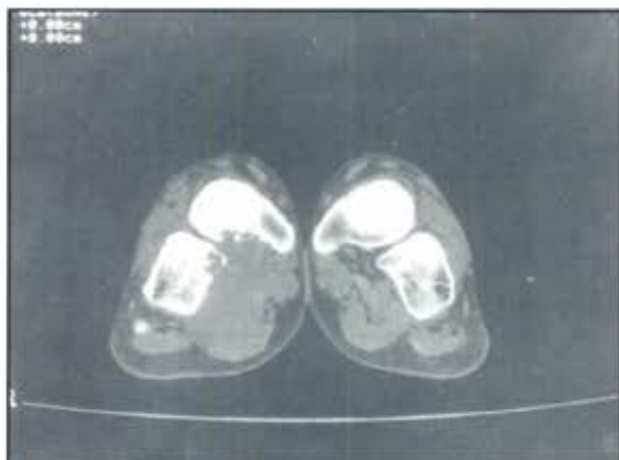


Fig. 3: Radiografía axial computada observándose en planta del pie derecho una tenosinovitis nodular localizada de gran tamaño que ha producido erosión por decúbito de las corticales subyacentes.

El síntoma más común es tumefacción y nódulo palpable, en las localizaciones extraarticulares (Fig. 1). En las localizaciones articulares (Fig. 4) es fre-



Fig 1: Radiografía de frente en una tenosinovitis nodular localizada sin observarse alteración ósea.

cuenta el bloqueo articular, acompañado de derrame, en forma similar a la ruptura meniscal.



Fig. 4: Resonancia Nuclear Magnética observándose una Sinovitis nodular localizada intraarticular posterior de la rodilla.

Macroscópicamente son masas lobuladas (Fig. 5) de un tamaño que oscila entre medio y cuatro centímetros. Las lesiones de mayor tamaño se encuentran en la articulación de la rodilla. En su superficie externa y su superficie de corte presentan un característico color gris blanquecino con áreas color ocre y amarillentas, dependiendo de la cantidad de lípidos y hemosiderina fagocitados.



Fig. 5: Fotografía macroscópica de una masa nodular firme, lobulada de la articulación de la rodilla. Su superficie contiene áreas blanquecinas alternando con otras amarillas y ocre.

Microscópicamente el nódulo es indistinguible de los nódulos de la Sinovitis Velloso Nodular Pigmentada. Las lesiones están parcialmente rodeadas por una cápsula fibrosa colageneizada. La proliferación frecuentemente puede permear esta cápsula y observarse nódulos aislados por fuera de la misma. El aspecto histológico depende de la proporción de células mononucleadas, células gigantes multinucleadas, células xantomizadas, fagocitosis de pigmento hemosiderínico y grados variables de colagenización. La mayoría de las lesiones están constituidas por conglomerados de células mononucleares de forma poligonal y aspecto histiocitoide, entremezclados con zonas menos celulares colageneizadas donde las células adoptan un aspecto fusiforme (Fig. 7). Es posible observar células gigantes multinucleadas formadas por la fusión de células mononucleadas, con una cantidad variable de núcleos. Las células xantomatosas, junto con la fagocitosis de hemosiderina, de figuras mitóticas. Pueden verse septos fibrosos hialinizados (Fig. 6) que en lesiones antiguas forman densas bandas que ocasionalmente han sido confundidas con trabéculas osteoides. En algunos casos, especialmente en lesiones intraarticulares de rodilla, en donde el

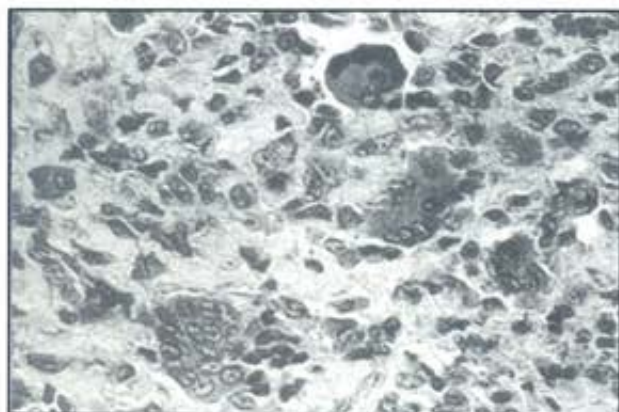


Fig. 7: Microfotografía a gran magnificación de una Sinovitis nodular localizada observándose elementos mononucleados de aspectos histiocitoides y células gigantes multinucleadas. (H - E x 400).

nódulo ha sido bloqueado y comprimido entre las superficies articulares, se puede observar grandes áreas de necrosis.

Como tratamiento la excisión en las lesiones extraarticulares es habitualmente curativa, siendo más difícil en aquellas localizadas en relación a una vaina tendinosa. En esta última localización existió recidiva en aproximadamente 10% de nuestros casos. No hemos observado transformación

maligna en recidivas, como tampoco metástasis. En caso de erosión de la cortical subyacente con penetración intraósea, está indicado el prolijo curetaje del hueso comprometido.

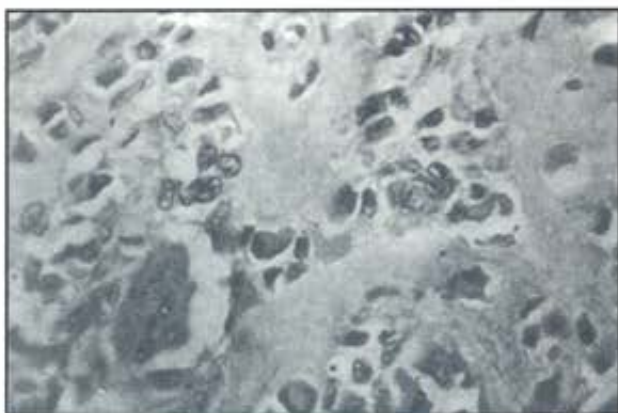


Fig. 6: Microfotografía en la que se observa células mononucleadas de aspecto poligonal y una célula mononucleada de aspecto poligonal y una célula gigante multinucleada separada por septos hialinos. (H-E x 400).

SINOVITIS VELLOSA NODULAR PIGMENTADA

Menos frecuente que la forma localizada, comprendió en nuestra serie un total de 23 lesiones (TABLA II), con un notorio predominio en el sexo masculino (65% de los casos). La segunda (43%) y tercera (38%) décadas fueron las de mayor incidencia. La articulación más frecuentemente comprometida fue la rodilla (69%), seguida por el tobillo (18%), la cadera (9%) y el pie (4%). Están descritos casos extraarticulares en bursas, más frecuentemente poplíteas (1 caso en nuestra serie).

TABLA II
SINOVITIS VELLOSA NODULAR
PIGMENTADA

1- 1986 VII - 1995
23 CASOS

MASCULINO: 65%		
FEMENINO: 35%		
	DECADAS	
LOCALIZACIONES	1º	0%
RODILLA 69%	2º	43%
TOBILLO 18%	3º	38%
CADERA 9%	4º	19%
PIE 4%		

Los principales síntomas son dolor, tumefacción, limitación y bloqueo intermitente de la articulación.

Muchas veces se acompaña de hemartrosis. Estos signos y síntomas son lentamente progresivos.

Las lesiones solamente pueden observarse en la radiografía cuando producen erosiones y penetraciones en uno o ambos extremos articulares, dando la imagen de áreas pseudoquísticas (Fig. 9 a y b). La Resonancia Nuclear Magnética identifica con mayor precisión la proliferación.



Fig. 9 (a) : Radiografía de cadera afectada por una sinovitis vellosa nodular pigmentada. Las lesiones osteolíticas multiloculadas en ambos extremos articulares muestran la penetración intraósea de la lesión en cuello femoral y acetábulo.

Macroscópicamente (Fig. 8) la sinovial muestra extensas áreas de color ocre con típico aspecto vellosito, alternado con áreas del mismo color pero lisas y nódulos lobulados de similar aspecto al de las formas solitarias.

Microscópicamente la forma nodular es similar a las lesiones de la Sinovitis Nodular Localizada, observándose las vellocidades cubiertas por un sinoviotelio hiperplásico o hipertrófico con fagocitosis de hemosiderina. A nivel subsinoviotelial existen numerosas células mononucleadas de aspecto monocitoide, fagocitosis de lípidos y

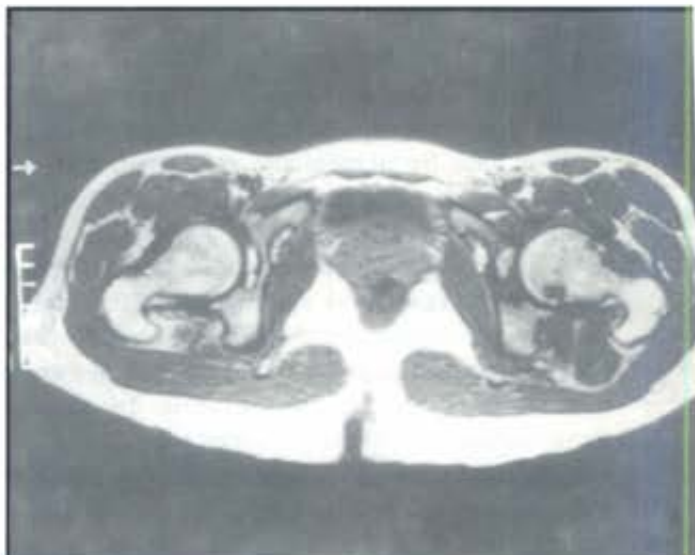


Fig. 9 (b): Tomografía Axial Computada de la misma paciente.



Fig. 8: Fotografía de una Sinovitis Velloso Pigmentada de la articulación de la rodilla. Se observa el característico aspecto vellosito de color pardo oscuro junto a numerosos nódulos de diferente tamaño de color blanquecino con áreas amarillentas y amarionadas.

hemosiderina junto a un número variable de células gigantes multinucleadas y elementos linfoplasmacitarios (Fig. 10 y 11).

La causa de la Sinovitis Velloso Nodular Pigmentada, al igual que la Sinovitis Nodular Localizada, es desconocida. Algunos autores las han considerado como neoplasias y recientes estudios citogenéticos, en un caso, indicaron una anomalía clonal (Trisomía 7), (Ray, 1991). La mayoría de los patólogos las interpretan como proliferaciones reactivas. Como en prácticamente la mayoría de las enfermedades de causa incierta, se ha sugerido también una patogénesis autoinmune

(Bhawan, 1980). Las hemorragias post-traumáticas han sido postuladas como una causa posible. Roy y Ghadially (1969) causaron hemartrosis crónicas experimentalmente por inyección de sangre fresca dentro de las articulaciones de perros y conejos, produciendo cambios que recuerdan la Sinovitis Velloso Nodular Pigmentada.

El tratamiento preconizado consiste en la excisión completa de la lesión que a veces es difícil o imposible de realizar.

La transformación maligna parece ser excepcional.

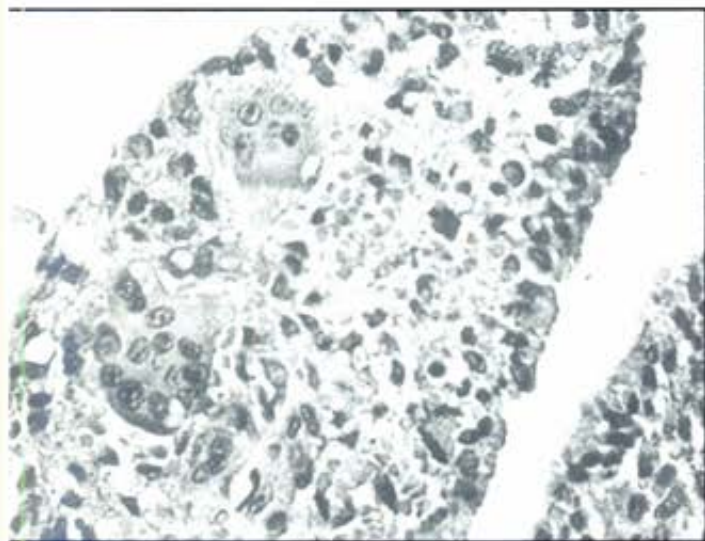


Fig. 10: Microfotografía que muestra a gran magnificación una vellosidad revestida por sinoviotelio hipertrófico observándose en el subsinoviotelio elementos gigantocelulares multinucleados (H - E x 400).

BIBLIOGRAFIA

1. Bhawan J, Joris, Cohen N, Majno C, (1980). Microcirculatory change in posttraumatic pigmented villonodular synovitis. Arch. Pathol. Lab. Med. 104 : 328-32.

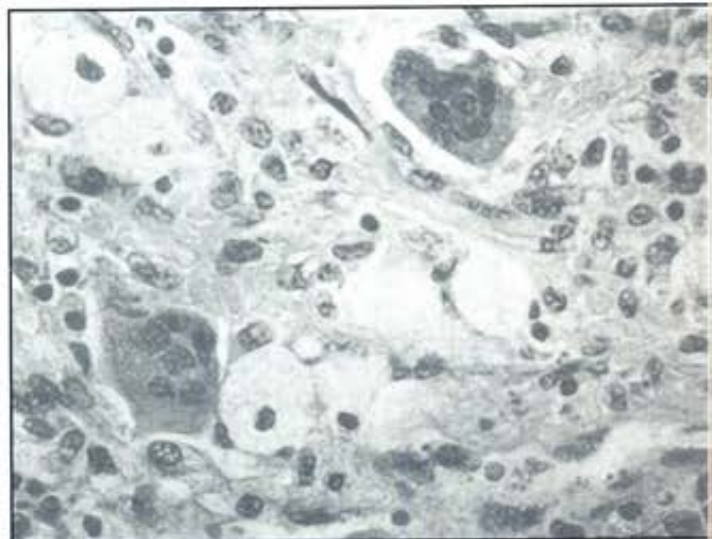


Fig. 11: Microfotografía a gran magnificación de uno de los nódulos en el que se observa elementos mononucleados, células xantomatizadas y células gigantes multinucleadas (H - E x 400)

2. Chassaignac CME (1852) Cancer de la gain des tendons. Gaz. Hosp. Civ. Milit. 47: 185.

3. Enzinger FM, Wiss SW (1994). Soft tissue tumors. Mosby, St. Louis.

4. Jaffe HL, Lichtenstein L, Sutro CJ (1941). Pigmented villonodular synovitis, bursitis and tenos and tenosynovitis: a discussion of synovial and bursal equivalents of the tenosynovial lesions commonly denoted as xanthoma, xanthogranuloma, giant cell tumor, or myeloplaxoma of the tendon sheath, some consideration of the tendon sheath itself. Arch. Pathol. 31 : 731.

5. Ray RA, Morton CC, Lipinski KK, Corson JM, Fletcher JA (1991). Cytogenetic evidence of clonality in a case of pigmented villonodular synovitis. Cancer, 67: 121 - 5.

6. Roy S, Ghadially FN (1969). Synovial membrane in experimentally produce chronic haemartrosis. Am Rheum. Dis. 28: 402: 402 - 14.

7. Shajowicz F, (1981). Tumors and tumorlike lesions of bone and joint. Springerer - Verlag, Heidelberg.