

Hospital Militar Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja"
Camagüey

INCIDENCIA HOSPITALARIA DE LA SINOVITIS VELLOSA NODULAR

Dr. Mario Gutiérrez Blanco,¹ Dr. Rodolfo Rodríguez Cardoso,² Dr. Ramón Padilla de la Cruz² y Dra. Melva Piñero González³

RESUMEN

Se realizó un estudio clínico-quirúrgico descriptivo, retrospectivo en 8 pacientes con sinovitis vellosa nodular pigmentada en el Hospital "Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja" durante los últimos 10 años (1991-2000). Se demostró la localización de esta afección fundamentalmente en la articulación de la rodilla en pacientes del sexo masculino, menores de 25 años. El tratamiento de elección y definitivo fue quirúrgico con sinovectomía total, pues solo 1 paciente requirió tratamiento con radioterapia después de operado. Predominó la forma difusa sobre la localizada, lo que fue diagnosticado por anatomía patológica. Hubo 2 pacientes con recidivas por no poder realizarle una sinovectomía total de más amplio abordaje y por el difícil acceso a la región posterior de la rodilla, lo que concuerda con la bibliografía revisada.

DeCS: SINOVITIS PIGMENTADA VELLONODULAR/cirugía; SINOVITIS PIGMENTADA VELLONODULAR/patología; ARTICULACION DE LA RODILLA/patología; MEDICINA MILITAR.

La sinovitis vellosa nodular pigmentada (SVNP) es una neoformación idiopática de la membrana sinovial, también nombrada xantoma sinovial, predomina en adultos jóvenes en las edades comprendidas entre 20 a 40 años, mayormente en los varones y se localiza fundamentalmente en las rodillas.

Los síntomas presentan un comienzo gradual, desde un dolor discreto a modera-

do, intermitente, asociado con cojera, rigidez, bloqueo, limitación de los movimientos en extensión y a veces sensación de pesadez. Además se caracteriza por una tumefacción de partes blandas que aumentan de tamaño a toda la articulación y provoca peloteo rotuliano.

Al examen del líquido sinovial en el laboratorio se observa espeso, pardo anaranjado

¹ Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología. Instructor.

² Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología.

³ Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Instructora.

(patognomónico), con grandes cantidades de colesterol.

Las radiografías simples son negativas, solo muestran burbujas en la artrografía.

La artroscopia demuestra el cuadro patológico altamente característico de la sinovitis vellosa nodular.

En la anatomía patológica la articulación va a estar distendida por una masa de color chocolate con nódulos pequeños y voluminosos, blandos y duros, sobre una base de tejidos conjuntivos fibrosos que muestra características de goma, de color grisáceo y amarillo pálido; existen 2 formas: la localizada que se observa una pequeña tumoración palpable como un ratón articular y otra forma difusa que toma toda la sinovial.

En la patogénesis se plantean 3 teorías:

- Teoría traumática.
- Proceso neoplásico benigno.
- Teoría de la inflamación.

Esta última es la más aceptada desde el año 1951 por los histólogos que observaron células estromales hiperplásicas con cualidades fagocíticas, colágeno abundante e hialinización.

Teniendo en cuenta la edad, sexo y localización de esta enfermedad, así como el grado de limitación que provoca y su posible incidencia en poblaciones militares se decidió realizar el presente estudio.

MÉTODOS

Se realizó un estudio clínico-quirúrgico, descriptivo, retrospectivo de los pacientes tratados en el Hospital Militar “Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja” de Camagüey, en el Servicio de Ortopedia, con

el diagnóstico de SVNP, mediante la revisión de historias clínicas, informes de Anatomía Patológica y entrevistas a todos los pacientes.

El universo estuvo compuesto por los pacientes que se les realizó sinovectomía y se obtuvo el diagnóstico de SVNP durante los últimos 10 años (1991-2000).

Se revisó la bibliografía por Internet para la actualización de conocimientos y comprobar el tratamiento que se realiza en el mundo.

Se confeccionó una encuesta con las variables siguientes: edad, sexo, localización de la lesión, tipo, exámenes complementarios realizados, tratamientos utilizados y complicaciones.

Los resultados se clasificaron en:

- *Bueno*: no secuelas, no recidivas.
- *Regular*: algunas secuelas, no recidivas.
- *Malo*: si hubo recidivas.

RESULTADOS

Se prestó atención a una población joven, militar y de áreas de salud vecinas. Puede apreciarse que en la tabla 1 predominó la edad de 15 a 20 años con 5 pacientes y de 26 a 40 años con 3 pacientes.

Las complicaciones observadas en esta casuística fueron la hipotrofia muscular en 5 pacientes para el 50 %, la limitación de

TABLA 1. Relación de edad de los pacientes operados

Edad (años)	No. de pacientes	%
15-20	5	62,5
26-40	3	37,5
40	0	0
Total	8	100

Fuente: Encuestas.

los movimientos de flexo-extensión para el 33,3 % y 2 recidivas para el 20 % (tabla 2).

En la tabla 3 se clasifican los resultados de buenos en 5 pacientes para el 62,5 %, regular 1 paciente que tuvo algunas secuelas y 2 pacientes que presentaron recidivas valorados de malos.

TABLA 2. *Complicaciones posoperatorias*

Complicaciones	No. de pacientes	%
Hipotrofia muscular	5	50
Limitación a los movimientos de flexo-extensión	3	33,3
Recidivas	2	20
Total	10	100

Fuente: Encuesta.

TABLA 3. *Resultado del tratamiento quirúrgico (sinovectomía)*

Clasificación	No. de pacientes	%
Bueno	5	62,5
Regular	1	12,5
Malo	2	25
Total	8	100

Fuente: Encuesta.

DISCUSIÓN

En nuestra serie de 8 pacientes con el diagnóstico SVNP, la edad que predominó fue entre los 15 a 25 años para el 62,5 % (tabla 1) y todos del sexo masculino. Lo que se corresponde plenamente con la bibliografía revisada,¹⁻³ ya que los adultos jóvenes se exponen más a traumatismos frecuentes en el deporte, en el trabajo y actividades militares sobre todo en la articulación sacro-iliacas, en vértebras, intraóseas, etc.⁴⁻⁷ Todos los pacientes fueron tratados quirúrgicamente con sinovectomía total y solo a uno fue necesario realizarle además

tratamiento de radioterapia, esto representa el 12,5 % ya que estaba erosionado el cóndilo femoral y se sospechaban signos de malignidad por un tumor de células gigantes, o de forma preventiva.^{5,8-16}

En los exámenes complementarios que se realizaron durante este estudio se observó que la hemoglobina fue normal en todos los pacientes, la eritrosedimentación acelerada, pero no centenaria en 2 pacientes, para el 25 %. En 3 radiografías simples observamos osteoporosis quizás por desuso y una con erosión de la cortical por compresión (12,5 %). Así comparado con otras casuísticas reportadas en la literatura vemos que se comportan de forma parecida.^{11,12}

En nuestros casos nos percatamos que la forma difusa de la SNVP predominó en 6 pacientes para el 75 %, lo que coincide con otros autores y varios trabajos revisados.¹³⁻¹⁵ Las complicaciones (tabla 2) más frecuentes desarrolladas en los pacientes fueron la hipotrofia muscular a pesar de indicar la fisioterapia preoperatoria y posoperatoria inmediata en 5 pacientes para el 50 %; en otros 3 pacientes se notó la limitación a los movimientos de flexo-extensión para el 33,3 %, lo que produce la claudicación a la marcha e inestabilidad discreta.¹⁵

Las recidivas se produjeron en 2 pacientes con sinovitis vellosa nodular difusa, ya que es difícil de realizar la sinovectomía total, aun en condiciones de meticulosa técnica abierta, porque la membrana sinovial posterior alcanza hasta el origen del músculo gastronectmio y lateralmente descansa debajo del cóndilo femoral donde el tendón poplíteo y el ligamento lateral están insertados.^{16,17}

Obtuvimos como resultado final con evaluación de bueno 5 pacientes para el 62,5 %, regular 1 para 12,5 % y de malo 2 pacientes (25 %) que tuvieron recidivas.

En conclusión, la SVNP tuvo predilección por la articulación de la rodilla y en pacientes menores de 25 años, predominando la forma difusa. El tratamiento de elección

fue en nuestro medio como lo recomienda la literatura revisada, la sinovectomía total. Las recidivas fueron frecuentes (20 %) por el difícil acceso quirúrgico a la sinovial

posterior. La complicación más observada fue la hipotrofia en músculos del cuádriceps. Obtuvimos buenos resultados en el 62,5 % de nuestra casuística.

SUMMARY

A clinical, surgical, descriptive and retrospective study was conducted in 8 patients with villonodular pigmented synovitis at "Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja" Hospital during the last 10 years (1991-2000). This affection was mainly localized in the knee joint of male patients under 25. The elective and definitive treatment was surgical with total synovectomy, since only 1 patient required treatment with radiotherapy after being operated on. The diffuse form predominated over the localized one, which was diagnosed by pathological anatomy. There were 2 patients with relapses because it was not possible to perform a total synovectomy of wider approach and due to the difficult access to the posterior region of the knee, which coincides with the reviewed bibliography.

Subject headings: SYNOVITIS, PIGMENTED VILLONODULAR/surgery; SYNOVITIS, PIGMENTED VILLONODULAR/pathology; MILITARY MEDICINE.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agudelo P de, Brigga P, Mendoca M, Mendoca JA, Arulay DR. Giant cell tumor of the tendon Sheath. *Acad Nac Med* 1999;138(1):11-3.
2. Cosentino R. Patología de la sinovial. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol* 1989;34(4):23-30.
3. Cohen Alan S. Tumores de las articulaciones y estructuras conexas. La Habana: Científico-Técnica; 1986;t 2:1120-22.
4. Aegerter E, Kirkpatrick JA. Enfermedades ortopédicas. La Habana: Científico Técnica; 1984:629-33.
5. Cotran Ramzi S, Kumar Vinay, Collins Tucker, Robbins. Patología estructural y funcional. 6 ed. Madrid: Mc Graw-Hill; 1999:1303-04.
6. Rochweger A, Groulier P, Curvale G, Launay F. Pigmented villonodular synovitis of the foot and ankle: a report of eight cases. *Foot Ankle Int* 1999;20(9):387-90.
7. Evijac JE, Lau AC, Mechtman ES, Oribe JW, Tjin-A- Tdoi Ew. Arthroscopic treatment of pigmented villonodular synovitis of the knee. *Arthroscopy* 1999;13(6):613-7.
8. Lobi KP, Low CK, Yap YM. Extraarticular villonodular synovitis of the tendoachilles: a case report. *Ann Acad Med Singapore* 1999;28(4):602-4.
9. De Visser E, Vath RP, Wäbbes T, Van de Putte LB. Diffuse and localized pigmented villonodular synovitis: evaluation of treatment of 38 patients. *Arch Orthop Trauma Surg* 1999;119(7-8):401-4.
10. Martin RC, Carbone DL, Edwards MJ, Wrightod W, Mc Mastols KM. Giant cell tumor of tendon sheath; tendosynovial giant cell tumor, and pigmented villonodular synovitis: defining the presentation, surgical therapy and recurrence. *Oncol Rep* 2000;7(2):413-9.
11. Dehler S, Passbender HC, Neureiter D, Meyer-Scholten C, Kircner T, Aigner R. Cell population involved in pigmented villonodular synovitis of the knee. *J Rheumatol* 2000;27(2): 463-70.
12. Perka C, Labs K, Sippal H, Suttgerirt F. Localized pigmented villonodular synovitis of the knee joint: neoplasm or reactive granuloma? A review of 18 cases. *Rheumatology* 2000;39(2):172-8.
13. Somerhausen NS, Fleetcher CD. Diffuse-type-giant cell tumor: clinical pathologic and immunohistochemical analysis of 30 cases with extrarticular disease. *Am Surg Pathol* 2000;24(4):479-92.
14. Muscolo DL, Makino A, Costa-Pax M, Ayerra M. Magnetic resonance imagining evaluation and arthroscopic resection of localized pigmented villonodular synovitis of the knee. *Orthopedics* 2000;23(4):367-9.
15. Markniller M, Bohndorf E, Schoenainch P, Wágner T, Ruter A. Pigmented villonodular synovitis. A rare differential diagnosis of popliteal space-occupying lesion. *Unfallchirurg* 2000;103(4):236.
16. Kaotwal PP, Gupta V, Malhotra R. Giant-cell tumours of the tendon sheath. Is radiotherapy indicated to prevent recurrence after surgery? *J Bone Joint Surg Br* 2000;82(4):371.
17. Cotten A, Demondion X, Boutry N, Chastanet P, Delfaut E. Imagining of tumoral and pseudotumoral synovial lesions. *J Radiol* 2000;81(3suppl):381.

Recibido: 2 de febrero del 2001. Aprobado: 17 de julio del 2001.
Dr. Mario Gutiérrez Blanco. Hospital Militar Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja". Camagüey, Cuba.