

Hemangioma sinovial de rodilla. Exéresis artroscópica

X. Pelfort López⁽¹⁾, L. Puig Verdie⁽¹⁾, M. Tey Pons⁽¹⁾,
E. Domínguez⁽²⁾, J.C. Monllau García⁽¹⁾

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

⁽¹⁾IMAS-Hospitales del Mar y de la Esperanza. Barcelona ⁽²⁾ICATME-Instituto Universitario Dexeus. Barcelona

Correspondencia:

Xavier Pelfort López
IMAS-Hospitales del Mar y de la Esperanza
Passeig Marítim, 25-29
08003 Barcelona
E-mail: 92858@imas.imim.es

Se presenta una tumoración intraarticular infrecuente de rodilla que provocaba dolor de forma difusa en el compartimento externo. El estudio RMN y, posteriormente, la anatomía patológica confirmaron el diagnóstico de hemangioma sinovial. Su localización en la gotera externa con extensión a la cortical posterolateral del fémur permitió la exéresis por vía artroscópica.

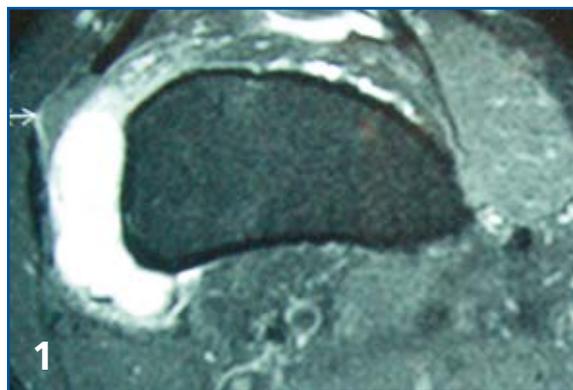
Palabras clave: Hemangioma intraarticular. Hemangioma sinovial. Hemangiomatosis.

Synovial hemangioma of the knee. Arthroscopic resection. A rare intra-articular tumor of the knee is presented. The mass caused pain on the lateral side of the knee. The MRI first and the histologically study postoperatively confirmed the diagnosis of synovial hemangioma. Its location on the lateral gutter with extension to the posterolateral cortex of the femur permitted an arthroscopic approach and resection.

Key words: Intraarticular hemangioma. Synovial hemangioma. Hemangiomatosis.

CASO CLÍNICO

Paciente de 43 años, sin antecedentes patológicos de interés, que consultaba por dolor difuso localizado en el compartimento externo de la rodilla derecha, de 2-3 años de evolución. Presentaba molestias de forma intermitente, sin clara relación con la actividad física. La ex-



Figuras 1 y 2. Imágenes de RMN en T2 donde se observa una lesión hiperintensa localizada en la corredera externa de la rodilla con extensión a la metáfisis distal del fémur.

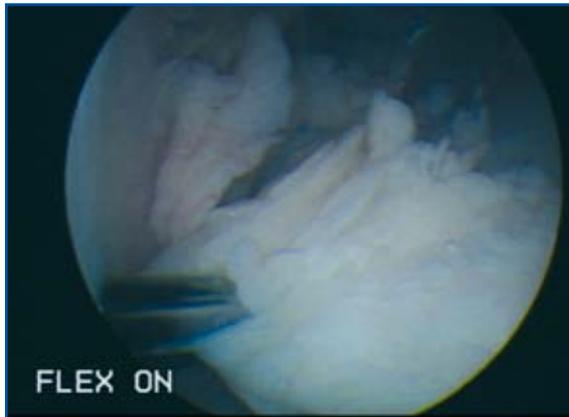


Figura 3. Imagen artroscópica de la hipertrofia sinovial anexa a la tumoración.

ploración física evidenció un mínimo derrame articular, en el contexto de una rodilla estable, sin clínica meniscal ni de bloqueos. No refería episodios de derrame articular previos. No obstante, era palpable la ocupación a nivel del fondo de saco subcuadricepsal externo.

El estudio mediante radiología simple resultó negativo. Posteriormente se realizó una resonancia magnética (RM) en la que se observó una tumoración homogénea, de características benignas, hiperintensa en los cortes T2, que ocupaba el receso externo y estaba íntimamente adherida a la cortical posterolateral de la metafisis distal del fémur (Figuras 1 y 2). El diagnóstico radiológico fue de tumoración quística sinovial o lipoma intraarticular. Con la orientación y evidencia radiológica de una lesión benigna se planteó su exéresis artroscópica.



Figura 5. Imagen macroscópica de la tumoración después de la exéresis.

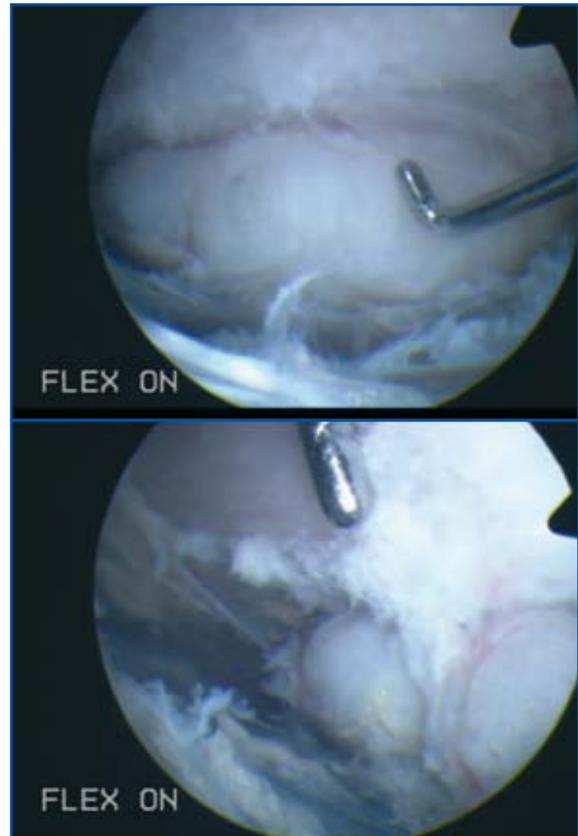


Figura 4. Imagen artroscópica de la lesión, adyacente a la cortical posteroexterna del fémur y cápsula posterior.

La revisión artroscópica se realizó bajo anestesia regional y sin torniquete de isquemia. El primer hallazgo fue la presencia de una proliferación sinovial a nivel del fondo de saco subcuadricepsal (Figura 3), adyacente a una masa sólida localizada en íntima relación a la cortical posteroexterna del fémur y cápsula articular (Figura 4). Su apariencia se modificaba notablemente con los cambios de presión de irrigación, de forma que se expandía enormemente cuando la presión del líquido intraarticular disminuía y aumentaba su apariencia vascular. Posteriormente, se realizó isquemia de la extremidad y se procedió a la resección artroscópica, para lo que se practicó un portal accesorio superoexterno que permitió un mejor acceso a la tumoración. Finalmente se obtuvo una tumoración de 6 x 3 cm que fue remitida para estudio anatomopatológico (Figura 5). El diagnóstico definitivo determinó hemangioma sinovial (Figura 6).

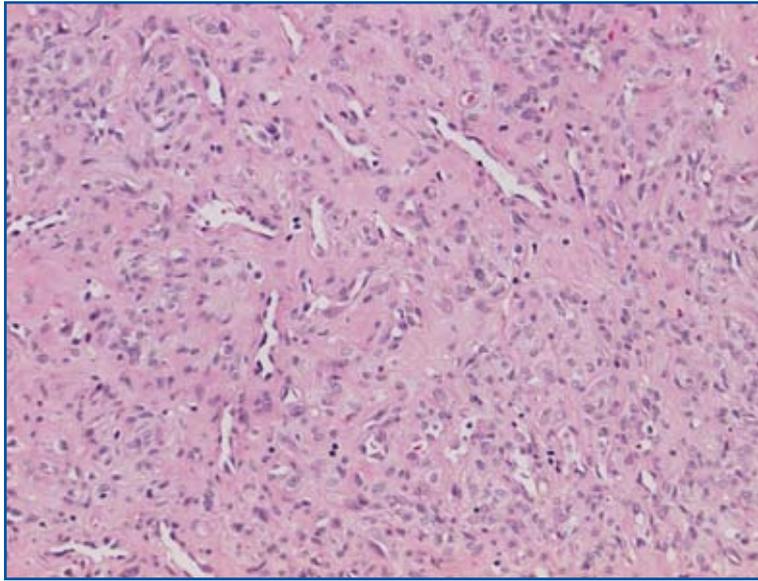


Figura 6. Histología de la lesión. Proliferación de tejido endotelial vascular con algunos eritrocitos intraluminales (hematoxilina eosina).

La evolución ulterior del paciente ha sido favorable desde el punto de vista clínico, con desaparición de la gonalgia y sin signos de recidiva en el último seguimiento 6 meses después de la intervención.

DISCUSIÓN

Los hemangiomas sinoviales son lesiones infrecuentes y de diagnóstico tardío en muchas ocasiones. Bouchut los describe por primera vez en 1856, y hasta la actualidad existen unos 200 casos descritos en la literatura⁽¹⁻³⁾. Se trata de una tumoración que aparece preferentemente en pacientes jóvenes con un ligero predominio de las mujeres en las series revisadas^(3,4). La rodilla es la articulación más frecuentemente afectada, aunque también se han descrito casos en otras articulaciones como son el codo, la muñeca y el tobillo^(5,6).

Clínicamente suelen tener una evolución lenta y debe establecerse el diagnóstico diferencial con otros trastornos articulares de aparición más frecuente, como alteraciones meniscales

(quistes, rupturas, etc.), ligamentosas, osteocondritis disecante, sinovitis vellonodular pigmentada y artritis crónica juvenil, entre otras⁽⁷⁻⁹⁾.

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. Sin duda, la resonancia magnética constituye la exploración no invasiva de elección para este tipo de lesiones ya que permite definir el tamaño y extensión de la masa, así como las lesiones condrales asociadas⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Desde el punto de vista de la localización, suelen estar vinculados a la cápsula articular de la rodilla y se clasifican en yuxtaarticulares, intraarticulares o mixtos, pudiendo presentarse en forma circunscrita o difusa⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Histológicamente se pueden presentar los tipos capilar, cavernoso, telangiectásico y algunas formas mixtas. Algunas variedades no son consideradas procesos tumorales sino hamartomas⁽¹⁵⁾.

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 de la masa, ya sea por vía artroscópica o abierta, embolizaciones y el uso de agentes esclerosantes^(7-11,16-19). 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.

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

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Bouchut E. Tumeur erecttile de l'articulation du genou. Gazette d'Hôpital (Paris) 1856; 29: 379.
- 2 O'Connell JX. Pathology of the synovium. Am J Clin Pathol 2000; 114: 773-84.
- 3 Greenspan A, Azouz EM, Matthews J II, Decarie JC. Synovial hemangioma: Imaging features in eight histologically proven cases, review of the literature, and differential diagnosis. Skeletal Radiol 1995; 24: 583-90.
- 4 Rogalski R, Hensinger R, Loder R. Vascular abnormalities of the extremities: clinical findings and management. J Pediatr Orthop 1993; 13: 9-14.
- 5 Devaney K, Vinh TN, Sweet DE. Synovial hemangioma: A report of 20 cases with differential diagnostic considerations. Hum Pathol 1993; 24: 737-45.
- 6 Larson IJ, Landry RN. Hemangioma of the synovial membrane. J Bone Joint Surg Am 1969; 51: 1210-12.
- 7 Drosos GI, Pozo JL. Haemangiomas around the knee mimicking medial meniscal tears. Report of two cases and review of the literature. Knee 2005; 12 (4): 275-9.
- 8 Shapiro GS, Fanton GS. Intra-articular hemangioma of the knee. Arthroscopy 1993; 9: 464-66.
- 9 Suh J-T, Cheon S-J, Choi S-J. Synovial hemangioma of the knee. Arthroscopy 2003; 19: E64.
- 10 Pinar H, Bozkurt M, Baktiroshu L. Intraarticular hemangioma of the knee with meniscal and bony attachment. Arthroscopy 1997; 13: 507-10.
- 11 Seimon LP, Hekmat F. Case report: Synovial hemangioma of the knee. J Pediatr Orthop 1986; 6: 356-59.
- 12 Moon NF. Synovial hemangioma of the knee joint: A review of previously reported cases and inclusions of two new cases. Clin Orthop 1973; 90: 183-90.
- 13 Aalborg A, Hansen H, Sneppen HO. Hemangioma of the knee joint. Acta Orthop Scand 1968; 39: 209-16.
- 14 Ryd L, Stenstrom A. Hemangioma mimicking meniscal injury. Acta Orthop Scand 1989; 60: 230-1.
- 15 Jacobs JE, Lee FW. Hemangioma of the knee joint. J Bone Joint Surg Am 1949; 31: 831-6.
- 16 Linson MA, Posner IP. Synovial hemangioma as a cause of recurrent knee effusions. JAMA 1979; 242: 2214-5.
- 17 Meislin RJ, Parisien JS. Arthroscopic excision of synovial hemangioma of the knee. Arthroscopy 1990; 6: 64-7.
- 18 Okahashi K, Sugimoto K, Iwai M, Tanaka M, Fugisawa Y, Takakura Y. Intra-articular synovial hemangioma; a rare cause of knee pain and swelling. Arch Orthop Trauma Surg 2004; 124 (8): 571-3.
- 19 Winzenberg T, Ma D, Taplin P, Parker A, Jones G. Synovial haemangioma of the knee: a case report. Clin Rheumatol 2005; 25: 1-3.