

Sinovite vilonodular pigmentada no tornozelo

Pigmented villonodular synovitis in the ankle

Antonio Carlos Flores dos Santos¹

Resumo

Apresentação de caso clínico de paciente com 34 anos referindo dor articular no tornozelo esquerdo há quatro anos, atribuída à uma torção e outros episódios de repetição. A dor era difusa, esforço-dependente, de duração prolongada, acompanhada de aumento de volume peri-articular e limitação funcional. No início foi tratado do entorse ligamentar com imobilização gessada e a seguir, tratamento fisioterápico. Não houve suspeita e pesquisa de lesão associada na ocasião do trauma agudo. Com a persistência do quadro foi solicitado exame de imagem (ressonância magnética - RM). O laudo de 2004 referia: "extensa área de lesão condral medial e mediana no tálus E". Recebeu indicação de tratamento cirúrgico tendo sido proposta a técnica de mosaicoplastia. O paciente optou por não ser operado. Compareceu em fevereiro de 2008, com queixa de dor e limitação funcional, aumentada em intensidade e duração, comparativamente aos sintomas de quatro anos atrás, restringindo as atividades físicas para exercícios que não envolviam apoio e/ou carga. Uma nova RM evidenciou a lesão osteocondral no canto anteromedial do domus talar e imagem especular na tibia. Também não foi descrita nenhuma referência ao espessamento sinovial. Recebeu a mesma indicação de tratamento cirúrgico, para desbridamento peri-articular e mosaicoplastia. No ato operatório, por via anteromedial, identificou-se o aumento de volume da sinovial, com alteração da coloração habitual e espessamento difuso. Foi feita a sinovectomia e encaminhada para exame anatomopatológico. No mesmo ato foram removidos os osteófitos anteriores da tibia e da região dorsal do colo do tálus. As alterações significantes da cartilagem articular do tálus e da tibia foram tratadas com desbridamento, aplanamento e perfurações múltiplas. O exame anatomopatológico do tecido sinovial revelou o diagnóstico de sinovite vilonodular pigmentada. A possibilidade desta eventualidade deve ser considerada após episódios de entorse do tornozelo que apresentem evolução atípica.

Descritores: sinovite pigmentada vilonodular, diagnóstico; tornozelo, patologia; traumatismos do tornozelo; instabilidade articular

Abstract

This is a case report of a 34 years old patient with left ankle periarticular pain for four years, attributed to sprain and other repeated episodes of sprain. The diffuse, long-lasting pain is effort-dependent and is accompanied by swelling and functional limitation. Initially the

Correspondência

Rua Professor Annes Dias, 154, conjunto 803 - Centro
CEP 90020-090 - Porto Alegre/RS
Fone/fax: (51) 3224-0293 / (51) 3224-9489
E-mail: dracfs@terra.com.br

Data de recebimento

17/03/08

Data de aceite

12/04/08

¹ Médico ortopedista - Porto Alegre (RS), Brasil.

sprain was treated with cast immobilization and physiotherapy. When the acute trauma occurred, there was no evidence of other associated lesions and no additional tests were performed. As symptoms persisted, a MRI was order. MRI report (2004): “extensive median and medial chondral lesion of the left talus”. The patient did not accept the indication of surgery: mosaicplasty. He came to our office on February 2008 complaining about pain and functional limitation of increasing intensity and duration when compared to the initial symptoms four years ago, restricting his physical activities to exercises with backing. New MRI showed osteochondral lesion at the anteromedial of the talar domus and a similar lesion at the tibia. No synovial thickening was described. Surgery was indicated: periarticular debridement and mosaicplasty. During surgery with anteromedial approach, excessive synovial volume was observed with normal color and diffuse thickening; synovectomy was performed and the specimen was sent to anatomopathology. A big osteophyte at the anterior tibia and the dorsal talar neck was removed. Significant changes of the talus and tibia cartilages were treated with debridement leveling and multiple perforations. The pathologist’s diagnosis of the synovial specimen was pigmented villonodular synovitis. This diagnosis should always be remembered when an ankle strain presents atypical evolution.

Keywords: sinovitis/pigmented villonodular; ankle/pathtology; ankle injuries/joint instability

INTRODUÇÃO

O mecanismo de torção do tornozelo produz a lesão ligamentar em vários graus de gravidade e pode envolver outras estruturas peri-articulares, resultando nas chamadas “lesões associadas”. É o trauma mais freqüente desta articulação, ocorrendo numa proporção de um para dez mil casos por dia, representando 21% de todos os traumatismos esportivos e 30 % das lesões agudas no futebol⁽¹⁾.

As lesões ligamentares do tornozelo, sub-valorizadas na investigação inicial, quando graves, costumam apresentar dor crônica pela ausência de diagnóstico apurado e completo⁽¹⁻²⁾.

Em geral, de 80 a 90 % das lesões do tornozelo evoluem satisfatoriamente, sem dor residual⁽¹⁻²⁾. De 20% a 40 % dos casos, a persistência de dor crônica é limitante, e reconhecida como “falha do tratamento”. Nesta circunstância, há necessidade de esclarecimento do diagnóstico para as chamadas “lesões ocultas”, concomitantes ao entorse de tornozelo⁽³⁾. Deve-se buscar o comprometimento dos tendões fibulares, da articulação subtalar, da sindesmose e dos ligamentos da região medial da articulação, e mais tardiamente, das lesões osteocondrais do domus talar⁽²⁻³⁾.

A história detalhada, o exame físico apurado e os exames de imagem complementares (Raios-x (RX), Tomografia computadorizada (TC), Ressonância magnética (RM), Ultra-sonografia(US)) são elementos da semiologia que nos auxiliarão no diagnóstico completo⁽⁴⁾.

De acordo com Saxena e Perez⁽⁵⁾, a sinovite vilonodular pigmentada pode resultar de traumatismos e lesar a superfície osteo-articular. Em nenhum momento foi lembrada esta hipótese diagnóstica neste paciente, até porque o exame subsidiário feito após o primeiro episódio de entorse, com persistência da dor, não demonstrou a presença dos sinais de proliferação sinovial, mas já exibia as alterações na superfície condral.

O objetivo deste relato é chamar a atenção para a suspeita do diagnóstico ocasional da sinovite vilonodular pigmentada, num paciente que após o tratamento inicial do entorse do tornozelo não obteve a melhora esperada. E ainda, recebeu indicação de cirurgia para a correção das lesões de cartilagem sem o reconhecimento da presença do diagnóstico simultâneo de uma sinovite vilonodular pigmentada, desenvolvida após o traumatismo.

RELATO DO CASO

Descrição de um caso de paciente do sexo masculino, 34 anos de idade, com história de torção do tornozelo esquerdo (E) há quatro anos, tratado conservadoramente por meio de imobilização gessada seguida de fisioterapia. Devido à persistência da dor e à limitação funcional foi solicitado exame de imagem (RM), que identificou lesão sub-condral do tálus e da tibia, sem ter evidenciado a proliferação sinovial. Nesta ocasião houve indicação de procedimento operatório com a técnica de mosaicoplastia, que não foi realizada por opção do próprio paciente.

Compareceu, em fevereiro de 2008, com piora das queixas de dor e limitação funcional (diminuição da amplitude de flexo-extensão) e aumento de volume difuso no tornozelo E. O exame radiográfico mostrou impacto na região anterior devido à osteofitose marginal da tibia e na projeção dorsal do colo do tálus, além da lesão sub-condral do canto anteromedial do tálus. Foi atualizado o exame de RM (Figura 1), no qual se evidenciaram as extensas áreas de lesão sub-condral tanto do tálus como da tibia. Não houve menção no laudo de comprometimento sinovial. Como não dispúnhamos do exame anterior, não foi possível avaliar a progressão das lesões descritas.

Baseado nesses achados foi planejada a cirurgia, com o objetivo de desbridamento dos osteófitos marginais da tibia e do tálus, limpeza da superfície articular e enxerto homólogo de cartilagem articular (mosaicoplastia).

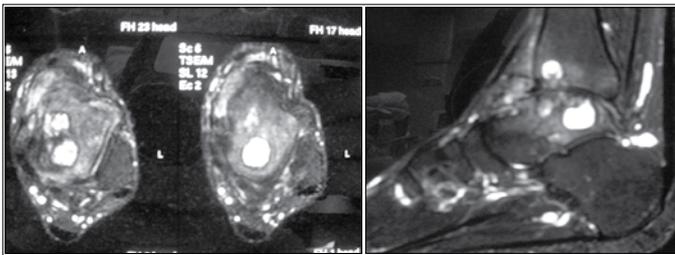


Figura 1 - Ressonância magnética (RM) cortes axial e sagital T2.



Figura 2 A e B - Incisão com aspecto da sinovial.



Figura 3 A e B - Aspectos intra-articulares.



Figura 4 - Sinovial ressecada.

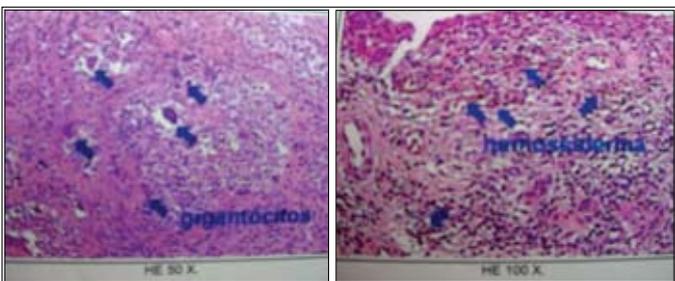


Figura 5 - Lâminas do anatomo-patológico.

A via de acesso escolhida foi a anteromedial, com incisão linear entre os tendões tibial anterior e extensor longo do hálux.

Por ocasião da incisão do plano capsular, chamou a atenção o aspecto macroscópico da sinovial que exibia um aumento de espessura difuso, em forma de vilos e coloração mais escurecida que o habitual (Figura 2).

O procedimento operatório constou, então, de sinovectomia ampla, limpeza da superfície articular, múltiplas perfurações com fio de Kirschner 1.5 em ambas as superfícies articulares (talar e tibial) e ressecção dos osteófitos marginais da tibia e do tálus (Figura 3).

O exame macroscópico da sinovial ressecada tinha o aspecto grumoso, espessado e escurecido (Figura 4).

O material colhido foi encaminhado ao exame anatomo-patológico e o resultado firmou o diagnóstico de Sinovite Vilonodular Pigmentada (SVP) (Figura 5).

DISCUSSÃO

A SVP é uma condição patológica rara que ocorre no tecido sinovial de bainhas tendíneas, bursas e articulações. Trata-se de lesão benigna, idiopática, com espectro variável de comprometimento articular ou extra-articular e com apresentação nodular ou difusa. A histologia pode ser semelhante aos tumores de células gigantes de partes moles⁽⁶⁾.

Esta condição ocorre em grandes articulações dos membros inferiores de adultos jovens do sexo masculino, mais freqüentemente no joelho, como uma sinovite monoarticular hemorrágica⁽⁷⁾.

A sinovial articular apresenta coloração escurecida e é espessada, com um padrão vilonodular. Devido à variabilidade de dimensões e de expressão, fazem a SVP ser de difícil diagnóstico. Esta lesão, quando intra-articular, ocorre mais freqüentemente no joelho e raramente no quadril, punho e tornozelo. Estima-se que o comprometimento do tornozelo varia entre 2,5 e 25% , nos trabalhos publicados⁽⁸⁾.

A ressonância magnética é o padrão ouro de exame complementar na suspeita da SVP. A imagem característica resulta do depósito de hemosiderina, que produz baixo sinal em T1 e T2. Portanto, na suspeita de seqüelas de traumatismos por entorses do tornozelo que não tiveram evolução favorável e exibem sinais de instabilidade crônica, aumento de volume articular e imagens radiográficas de lesão osteocondral no domus talar é bem indicada a solicitação da ressonância magnética⁽⁹⁾. No presente caso foram feitos dois exames de ressonância magnética que não estabeleceram o diagnóstico. Fatores como inflamação, calcificação e mesmo a forma difusa, podem dificultar a identificação da SVP⁽⁸⁾.

Devido às características benignas, o tratamento nos casos sintomáticos, consiste na sinovectomia, o mais ampla possível. É descrita a frequência da recidiva, muitas vezes pela ablação incompleta. Na circunstância de recorrência múltipla, a radioterapia em doses baixas pode ser utilizada após nova tentativa de esvaziamento cirúrgico^(3,7).

A pesquisa na literatura mostra que não há descrição semiológica que contribua para a definição de um quadro clínico característico. O diagnóstico definitivo adveio do encontro da lesão sinovial, insuspeita, durante a artrotomia. O paciente em questão recebeu a indicação para cirurgia devido aos danos das superfícies articulares do tálus e da tibia, responsáveis pelo sintoma de dor. O achado trans-operatório, ocasional, das alterações da sinovial determinaram a mudança do plano

cirúrgico, mesmo tendo sido considerado o prognóstico reservado da articulação, dadas as extensas áreas de lesão cartilaginosa não císticas, portanto, superficiais. As perfurações no osso subcondral na área lesada tiveram por objetivo melhorar as condições circulatórias locais. A alteração do planejamento inicial da mosaicoplastia foi devida à extensa área de lesão que tornaria impossível o preenchimento destas áreas.

Serve como advertência a observação de que nos casos dos traumatismos do tornozelo, com seqüela de dor crônica, portadores de aumento de volume articular persistente após entorse, disfunção e lesão osteocondral, é possível tratar-se de Sinovite Villonodular Pigmentada. O processo inflamatório crônico é o fator etiopatogênico no desenvolvimento destas alterações na sinovial⁽⁸⁾.

REFERÊNCIAS

1. Vianna S, Vianna V. Cirurgia do pé e tornozelo. Rio de Janeiro; Revinter; 2005. p. 167.
2. Bennett WF. Lateral ankle sprains. Part 1: anatomy, biomechanics, diagnosis, and natural history. *Orthop Rev.* 1994;23(5):381-7.
3. Mann R, Coughlin M, editors: *Surgery of foot and ankle.* 6th ed. New York; Mosby; 1993. p. 998-9.
4. Jelinek JS, Kransdorf MJ, Utz JA, Berrey BH Jr, Thomson JD, Heekin RD, et al. Imaging of pigmented villonodular synovitis with emphasis on MR imaging. *AJR Am J Roentgenol.* 1989;152(2): 337-42.
5. Jelinek JS, Kransdorf MJ, Shmookler BM, Aboulafia AA, Malawer MM. Giant cell tumors of the tendon sheath: MR findings in nine cases. *AJR Am J Roentgenol.* 1994;162(4):919-22.
6. Edmonson MD, Greshaw AH. *Campbell's operative orthopedics.* 6th ed. St. Louis: Mosby; 1980. p.1363.
7. Saxena A, Perez H. Pigmented villonodular synovitis about the ankle: a review of the literature and presentation in 10 athletic patients. *Foot Ankle Int.* 2004;25(11): 819-26.
8. Heller SL, O'Loughlin PF, Di Carlo G, Douglas NM. Pigmented villonodular synovitis about the ankle: two case reports. *Foot Ankle Int.* 2008;29(5):527-33.