

Sinovitis villonodular pigmentada del hallux: un hallazgo quirúrgico incidental

Pigmented villonodular synovitis of the hallux: an unexpected surgical finding

Álvaro Santiago Guerrero Forero¹, Julio Cesar Napoleón Osuna Jiménez²

Descriptores:

Sinovitis pigmentada villonodular/
patología; Sinovitis pigmentada
villonodular/cirugía;
Informes de casos

Keywords:

Synovitis, pigmented villonodular/
pathology; Synovitis, pigmented
villonodular/surgery; Case reports

RESUMEN

La sinovitis villonodular es una patología proliferativa de la sinovial, de etiología inespecífica. En la actualidad existe controversia respecto a su fisiopatología y por lo tanto a su aproximación terapéutica. La presentación clínica no muestra hallazgos específicos y su diagnóstico se debe basar en una cuidadosa correlación entre el examen físico e imagenológico. Su diagnóstico se confirma mediante estudios histopatológicos. La sinovitis villonodular se presenta con más frecuencia en la articulación de la rodilla, seguida por la cadera. El compromiso de la articulación metatarsofalángica del hallux es exótico y los reportes en la literatura son escasos, razón por la cual presentamos nuestra aproximación diagnóstica y terapéutica en una paciente quien se interpretó inicialmente como un hallux valgus sintomático.

ABSTRACT

The pigmented villonodular synovitis is a proliferative pathology of the synovial tissue. Its etiology is inespecific. At the time, a controversy exists with respect to its physiopathology as well as to its therapeutic approach. The clinical presentation shows no specific aspects and its diagnosis should be based on a careful correlation between the physical exam and the images. Its diagnosis is confirmed with histopathological studies. The pigmented villonodular synovitis is more frequently seen in the knee, followed by the hip. The metatarsophalangeal involvement of the hallux is exotic. The reports in literature are infrequent. For this reason, we present our diagnostic and therapeutic approach in a patient who was initially seen as a symptomatic hallux valgus.

INTRODUCCIÓN

La sinovitis villonodular pigmentada es una patología proliferativa benigna aunque en muchos casos el comportamiento local es agresivo; compromete la membrana sinovial de las articulaciones pudiendo involucrar también las vainas tendinosas y las bursas. Se asocia a depósitos de hemosiderina lo cual es secundario a hemorragias repetitivas. La articulación más frecuentemente comprometida es la rodilla, seguida por la cadera. La incidencia de patología tumoral en el pie y tobillo es muy baja, pudiéndose encontrar la sinovitis villonodular pigmentada entre estos con una presentación menor a un 2% de todos los casos. En el pie y tobillo la localización más frecuente es la articulación tibiotalar.^(1,2) Realizamos una búsqueda sistemática exhaustiva de la literatura encontrando únicamente 4 reportes de caso publicados relacionados con compromiso de la articulación metatarsofalángica del hallux.⁽³⁻⁵⁾ El reporte de casos con mayor número de pacientes con sinovitis villonodular en las articulaciones del pie y tobillo, incluye

¹ Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital Universitario de San José, Bogotá, Colombia.

² Servicio de Ortopedia y Traumatología Hospital Infantil de San José, Bogotá, Colombia.

Autor correspondiente:

Álvaro Santiago Guerrero Forero.
Santa Ana Medical Center.
Calle 119 no. 7-14 –
Consultorio 419 – Bogotá, Colombia
Tel.: 5716299514
E-mail: santiagooguerrero@hotmail.com

Conflictos de interés:

no

Recibido en:

12/11/2016

Aceptado en:

16/11/2016

14 casos dentro de los cuales no se hace referencia en ninguno a la articulación metatarsofalángica del hallux.⁽²⁾ Debido a la escasa literatura publicada acerca de esta patología presentamos un reporte de nuestro caso así como de la aproximación diagnóstica y terapéutica.

REPORTE DE CASO

Se trata de paciente femenina de 50 años de edad quien se presenta a la consulta refiriendo síntomas de 18 meses de evolución consistentes en dolor del antepié izquierdo localizado en la articulación metatarsofalángica del hallux, asociado a cambios inflamatorios, hiperqueratosis y limitación para la marcha y uso de calzado ajustado.

Al examen físico se evidencia una desviación en valgo del hallux izquierdo, limitación para la movilidad activa y pasiva de la articulación metatarsofalángica, prominencia medial con cambios hiperqueratósicos cutáneos, eritema, eutermia y una hiperqueratosis de aspecto mecánico en la planta del antepié (Figura 1).



Figura 1. Apariencia clínica prequirúrgica del antepié izquierdo

Radiográficamente se encuentra aumento del ángulo metatarsofalángico e intermetatarsiano del hallux y luxación de los sesamoideos. A la altura de la metáfisis

distal del primer metatarsiano se observa imagen de aspecto quístico periarticular y esclerosis leve de la articulación metatarsofalángica (Figura 2 A, B y C).

Con estos hallazgos se interpreta inicialmente como un hallux valgus sintomático y se indica tratamiento

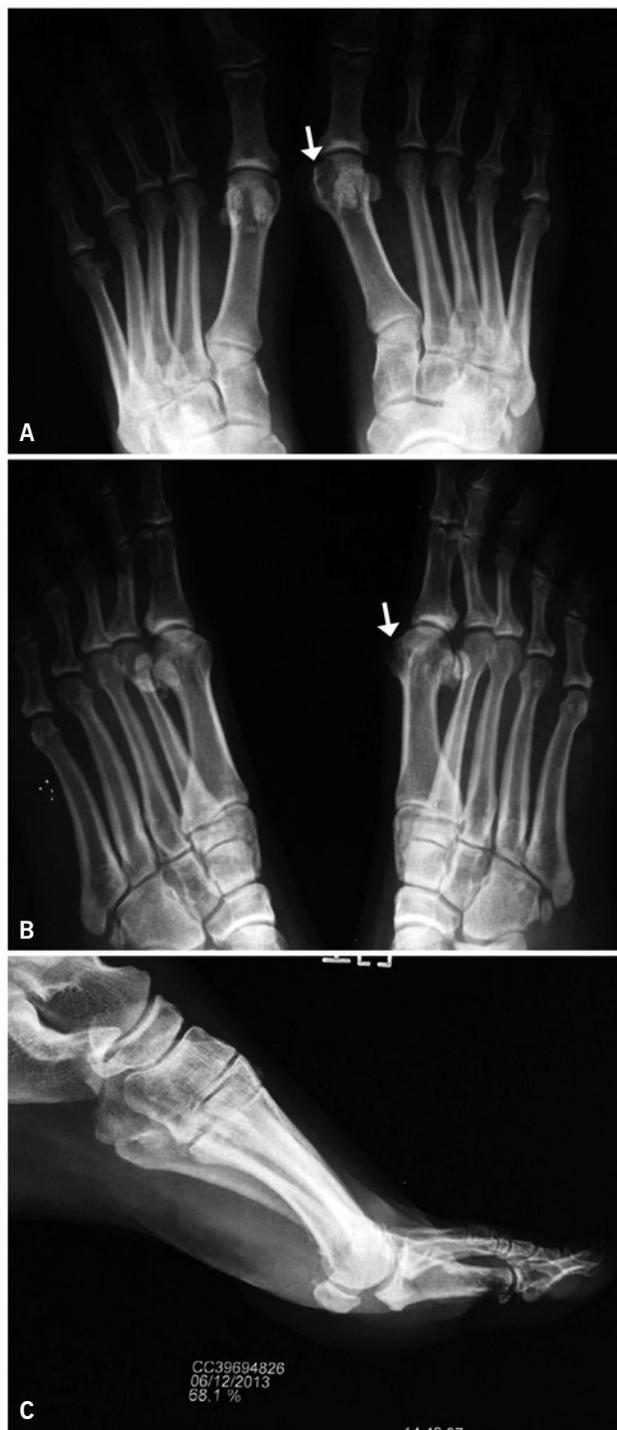


Figura 2. A, B quiste óseo y erosión yuxtaarticular (flecha) y C

quirúrgico para el manejo del mismo, sin sospechar otra patología asociada en el momento.

Como hallazgo intraoperatorio y posterior a la capsulotomía medial de la articulación metatarsofalángica, se evidencia una sinovial de aspecto engrosado, con cambios de coloración en tonos rojizo y pardo y de consistencia mucosa (Figura 3). Posterior a la resección de la exostosis medial se evidencia una erosión metafisaria y la presencia de un quiste óseo de 3x5mm de diámetro aproximado (Figura 4).



Figura 3. Aspecto intraoperatorio de la cápsula metatarsofalángica del hallux izquierdo

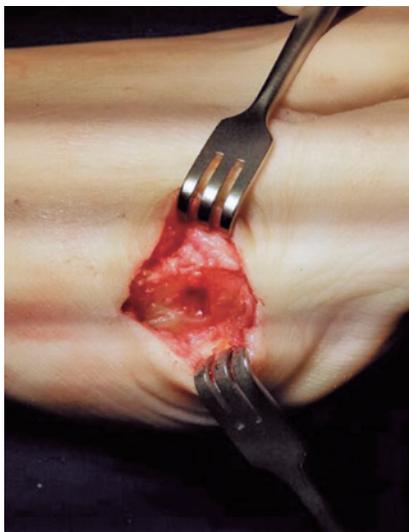


Figura 4. Quiste óseo en la metafisis distal del primer metatarsiano

Como conducta adicional a la corrección usual del hallux valgus, se reseca de forma completa la sinovial de la articulación, se practica curetaje del quiste óseo y se rellena con autoinjerto óseo esponjoso. Se envía muestra de tejido sinovial y óseo para estudio anatomopatológico, el cual se reporta de la siguiente manera:

Anatomía patológica

Descripción macroscópica: tejido irregular color pardo de consistencia elástica. Membrana sinovial engrosada café oscuro amarillenta. Lesiones pedunculadas que al ser hidratadas producen aspecto de vellosidades.

Descripción microscópica: se observan macrófagos con inclusiones de lípidos y células gigantes multinucleadas. Se reconoce proliferación de fibroblastos y depósitos de hemosiderina. Escasa inflamación aguda y hallazgos que sugieren elementos degenerativos (Figura 5).

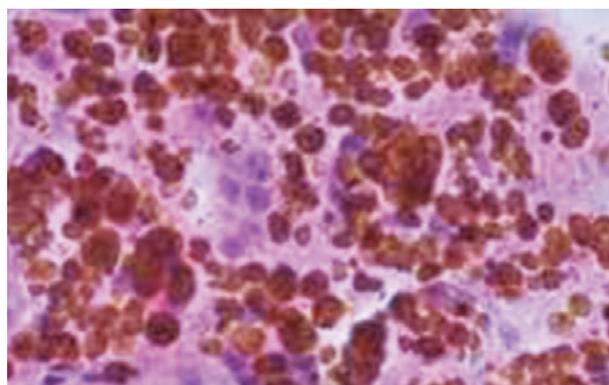


Figura 5. Imagen microscópica de la muestra enviada para estudio anatomopatológico

Posterior a recibir el reporte de patología la paciente es derivada al servicio de ortopedia oncológica donde se decide continuar manejo expectante con controles periódicos. No se encuentra pertinente practicar radioterapia en el momento. Durante el seguimiento a tres meses del tratamiento quirúrgico la paciente presenta resolución de síntomas prequirúrgicos y ningún hallazgo sugestivo de recurrencia.

DISCUSIÓN

El término sinovitis villonodular fue introducido inicialmente en 1941 por Jaffe y colaboradores; su etiología y patogenia aun es tema de controversia por lo cual tampoco existe un patrón de oro para su tratamiento.⁽³⁾ Se han propuesto múltiples teorías que explican su fisiopatología entre las cuales se sugieren: un proceso neoplásico, metabólico, traumático, e inflamatorio, siendo este último el más aceptado. Según la extensión de su compromiso^(1,2) se puede clasificar en focal y difusa, diferencia que tiene un gran impacto tanto al momento del tratamiento como en la presentación de recurrencias.

El nombre de esta enfermedad responde a sus características anatomopatológicas y se caracteriza microscópicamente por un tejido de coloración marrón secundario a los depósitos de hemosiderina en el estroma de las células sinoviales y macrófagos y nódulos en la membrana sinovial compuestos por masas de estroma fibroso en forma de vellosidades.⁽¹⁻⁵⁾

Macroscópicamente se caracteriza por una sinovial engrosada con color rojizo y/o pardo y de consistencia mucosa y nodular.

La patología se presenta con más frecuencia en un grupo etáreo entre los 20 y los 50 años con poca diferencia entre géneros, siendo la articulación más frecuentemente comprometida la rodilla (80%) seguida por la cadera (17%) y el tobillo (7%). El compromiso de la articulación metatarsofalángica del hallux es muy raro.

Los síntomas relacionados son poco específicos y consisten en dolor articular, efusión y limitación de los arcos de movilidad. Por lo general la presentación es monoarticular.⁽¹⁻⁵⁾

En las radiografías simples el tipo localizado no presenta mayores cambios ni compromiso óseo; en el tipo difuso se puede encontrar erosión del hueso subcondral en los estadios tempranos y quistes yuxtaarticulares en los estadios tardíos.

La resonancia magnética es el estudio imagenológico de elección, encontrándose múltiples lesiones sinoviales hipo intensas en T1 y con señal heterogénea en T2 debido a la alteración del campo magnético por los depósitos de hemosiderina; es además útil para evaluar el compromiso óseo y de los tejidos blandos vecinos.

En este caso reportamos el hallazgo intaoperatorio de una sinovitis villonodular que compromete la articulación metatarsofalángica del hallux y que inicialmente fuera interpretada únicamente como un hallux valgus sintomático. Su diagnóstico se confirma posterior al estudio histopatológico y durante el seguimiento a tres meses posterior a su intervención, la paciente refiere mejoría de los síntomas y no presenta signos de recurrencia.

Es importante resaltar que la artralgia metatarsofalángica del hallux tiene múltiples diagnósticos diferenciales y que la sinovitis villonodular, por ser de presentación exótica, requiere de un alto grado de sospecha para hacer un diagnóstico pre quirúrgico. También es importante destacar que el diagnóstico definitivo solo es conclusivo mediante el estudio microscópico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bisbinas I, De Silva U, Grimer RJ. Pigmented villonodular synovitis of the foot and ankle: a 12-year experience from a tertiary orthopedic Oncology Unit. *J Foot Ankle Surg.* 2004;43(6):407-11.
2. Sharma H, Jane MJ, Reid R. Pigmented villonodular synovitis of the foot and ankle: Forty years of experience from the Scottish bone tumor registry. *J Foot Ankle Surg.* 2006;45(5):329-36.
3. Pannu CD, Morey V, Prashant B, Rastogi S. Pigmented villonodular synovitis of 1st metatarsophalangeal joint: a case report and literature review. *Foot (Edinb).* 2014;24(3):146-8. Review.
4. Cherrier B, Lacoste S, Servera P, Feron JM. Pigmented villonodular synovitis of the first metatarsophalangeal joint. *Joint Bone Spine.* 2011;78(5):528-9.
5. Nabeshima Y, Mori H, Mitani M, Nagura I, Ozaki A, Fujii H, Doita M. Diffuse pigmented villonodular synovitis in the metatarsophalangeal joint of the hallux: a case report. *J Foot Ankle Surg.* 2009;48(5):573-6.