

DOLOR CRÓNICO DE TOBILLO POR SINOVITIS VILLONODULAR EN EL SENO DEL TARSO. ETIOLOGÍA A TENER EN CUENTA

María Jesús Rayo Navarro *; Alfonso Rayo Sánchez **

H.U. Getafe *; H. San Francisco de Asís **

INTRODUCCIÓN

Paciente con dolor crónico de tobillo sin traumatismos ni sobreesfuerzo previo es un motivo no infrecuente de consulta. Según la edad del paciente, podemos inclinarnos por diagnóstico inicial de patología degenerativa, inflamatoria o tumoral.

OBJETIVOS

Dar luz sobre la frecuencia y afectación de la articulación subastragalina por sinovitis villonodular y manejo terapéutico de la misma.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Paciente mujer, de 35 años, vista en consulta por dolor de características inflamatorias de meses de evolución con limitación funcional y afectación de calidad de vida. A la exploración, encontramos limitación en la articulación subastragalina con dolor e inflamación en el seno del tarso y región medial. Radiográficamente, no se objetivaba erosión ósea ni degeneración articular; sin embargo, en la resonancia magnética, una masa subtalar con predominio medial y alcance a seno del tarso se evidencia.

Se intervino quirúrgicamente en dos tiempos, primero la masa medial y secundariamente la localizada en el seno del tarso; con envío de muestras a Anatomía Patológica y Microbiología e inmovilización postoperatoria. Radioterapia adyuvante se realizó para la eliminación de masa residual.

RESULTADOS

Microbiología negativa. Anatomía Patológica confirma la presencia de sinovitis villonodular pigmentaria.

Tras 4 semanas de inmovilización, la paciente cursó con excelente postoperatorio y evolucionó sin recidivas. Tras 8 meses, nuevas imágenes no mostraron reaparición de masa intraarticular, a pesar de lo cual mantendremos seguimiento en consultas.



CONCLUSIONES

La sinovitis villonodular pigmentaria es una neoplasia benigna con agresividad local, con depósitos de hemosiderina. Generalmente monoarticular, afecta predominantemente grandes articulaciones de extremidades inferiores, menos frecuente el tobillo (5%).

La RMN es la prueba gold standard por ser prácticamente diagnóstica por imágenes casi patognomónicas y por definir la extensión, pero la confirmación es histológica por depósitos de hemosiderina. El tratamiento óptimo es la sinovectomía abierta o artroscópica, con vistas a recurrencias con tasas de 8-55%.

Defendemos la intervención en dos tiempos por la amplia invasión tumoral para disminución de agresión quirúrgica en una sola cirugía. Nos basamos en artículos defensores de radioterapia adyuvante en esta patología en casos de difícil extirpación radical y posibilidad de masa residual y recidiva, con buenos resultados en su utilización sin altas tasas de complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- "Sinovitis villonodular pigmentada focal: reporte de un caso" Carolina Schröter / Claudio Silva / Gonzalo Delgado / Enrique Bosch / Nicolás Zilleruelo. (Revista Chilena de Radiología. Vol 16 N°1, 2010: 32-35)

- "Sinovitis villonodular pigmentaria. Revisión de la literatura a propósito de un caso" Juan Pablo Restrepo / María del Pilar Molina (Revista Colombiana de Reumatología. Vol 17, Is sue 2, Junio 2010, 132-135)

- "Combined partial arthroscopic synovectomy and radiation therapy for diffuse pigmented villonodular synovitis of the knee" Carlos E Rodríguez Blanco M.D, Heriberto Ojeda León M.D, Todd B. Guthrie M.D. (Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery Volume 17, Is sue 5, May-June 2001, Pages 527-531)