

Clínica Quirúrgica del Prof. Abel Chifflet

TUMORES SINOVIALES (*)

Dres. R. Caritat, E. Anavitarte, L. Correa y L. A. Praderi

Colaboración anatómo-patológica: Dr. A. R. Aguiar

Hemos tenido oportunidad de estudiar 3 casos de tumora-
ciones del tejido sinovial, poco frecuentes, de tipos anatómicos y
evolutivos diferentes que comportan también conductas terapéu-
ticas diferentes.

Estos hechos que confieren real interés al tema, son los que
nos han movido a presentarlos a esta Sociedad.

Casos Clínicos. — Primer caso: B. B., 32 años, oriental, procedente
de Dolores.

Hace catorce meses, se inicia la enfermedad actual, por aparición
en su rodilla izquierda de tumefacción, calor local discreto, dolor que
irradia a todo el miembro e impotencia funcional relativa.

Esta iniciación, se acompañó de escasa repercusión general; se des-
conoce si hubo fiebre. La enferma es categórica en **negar todo antece-
dente traumático**. Después de 20 días mejora este episodio, persis-
tiendo dolor e impotencia en su rodilla izquierda.

La tumefacción de rodilla crece a pesar del tratamiento fisioterá-
pico, invadiendo las caras laterales y el fondo de saco subcuadrípital
hasta el tercio medio del muslo. El dolor y la impotencia disminuían
con tratamiento al principio, luego se intensifica el dolor y la impo-
tencia se hace absoluta, siendo enviada a Montevideo.

No existen antecedentes personales ni familiares de importancia.

Examen: enferma algo obesa, de buen aspecto general, piel y mu-
cosas bien coloreadas, apirética.

Miembro inferior izquierdo en extensión completa. Se destaca una
gran tumefacción de rodilla que invade el tercio inferior del muslo y
las regiones laterales, distiende la piel y borra los surcos y depresiones

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 7 de
setiembre de 1954.

normales. Discreta circulación colateral; ausencia de signos inflamatorios superficiales.

Tumefacción intra-articular y signos de derrame que predominan en el fondo de saco subcuadricipital. Llamam la atención tres hechos:

- 1) Derrame intra,articular tabicado.
- 2) Derrame a tensión, que distiende al máximo las estructuras periarticulares.
- 3) La consistencia de la tumefacción es de cierta suculencia que no es la habitual en las hemartrosis puras.

El tamaño de la masa y el dolor a la palpación, impiden precisar el estado de los elementos óseos (extremo inferior de femur y por o tanto el origen del proceso.



FIG. 1

Movilidad activa y pasiva muy limitadas por dolor y distensión, (solo se alcanza la flexión de 90). No hay movilidad anormal.

En resumen: proceso de rodilla izquierda con escasa repercusión general, evolucionando en 14 meses, con empujes de tumefacción, dolor e impotencia progresivas, en una enferma de 32 años, sin antecedentes de importancia y que al examen clínico muestra: derrame articular total y tabicado, de consistencia pastosa, succulenta, predominando en el fondo de saco isubcuadricipital y comprometiendo la funcionalidad más como elemento mecánico de masa, que como proceso destructivo o inflamatorio.

Exámenes complementarios. Hemograma: G. R.: 4.650.000. V. G.

0.95. Hb. 88 %. G. B. 10.400. Cuti-reacción negativa. Eritrosedimentación 15 y 35 mm. Rx. tórax normal.

Rx simple de rodilla izq. Tumoración de partes blandas cuya silueta se destaca sobre la de las masas musculares. No hay lesión ósea evidente (Fig. 1).

Punción de f. saco subcuadricipital. Se obtienen más de 300 c.c. de líquido sero-sanguinolento, espontáneamente y por expresión, confirmando el tabicamiento sinovial. El examen del líquido muestra células de descamación, escasos leucocitos, y abundantes eritrocitos. No se observa flora microbiana ni al Gram ni al Ziehl.

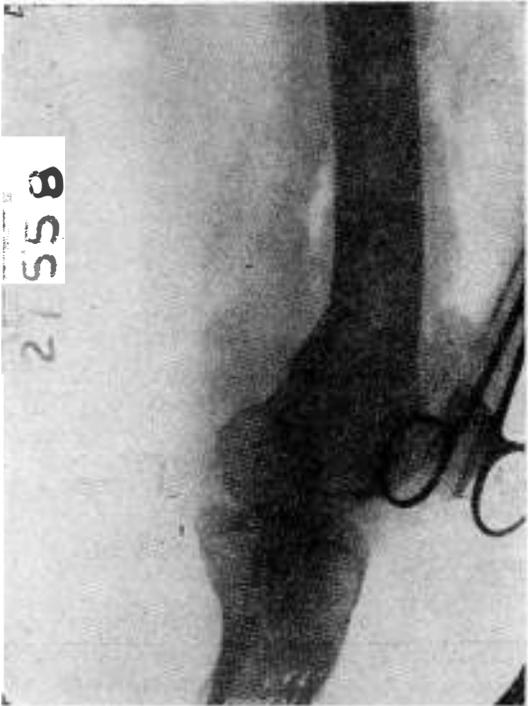


FIG. 2

Artroneumografía. Masa tumoral vegetante que llena totalmente la cavidad articular. (Fig. 2).

Vista por el Dr. Caritat descarta la etiología bacteriana, específica y traumática. Cree se trata de un tumor sinovial de naturaleza probablemente maligna. Aconseja la sinoviectomía total con fines biópsicos y terapéuticos.

Intervención. 22 de abril 1954. Dres. Anavitarte, Praderi. Anest. Gral. Incisión mediana con patelectomía. Al abrir la cavidad articular tumor vegetante de la sinovial, que la ocupa íntegramente e invade el fondo de saco subcuadricipital.

Se practica sinoviectomía total abarcando el fondo de saco que es fácilmente clivable de las masas musculares. Se reseca cuidadosamente la sinovial sobre los ligamentos cruzados y platillos tibiales. Hemostasis cuidadosa. Cierre de la brecha articular en un plano. Cierre de piel. Yeso de muslo a pie.

Postoperatorio. Excelente, se da de alta del Servicio a los 18 días de la intervención. Vista nuevamente a los 2 meses y medio de la intervención se comprueba la buena evolución, sin dolores articulares, sin derrame y movilidad articular recuperada. Radiográficamente normal.

2º Caso: J. C. F., Procedente de Durazno. Ingresó el 15 de Julio de 1951.

Hace 2 años aparición de una tumefacción en la parte posterior del

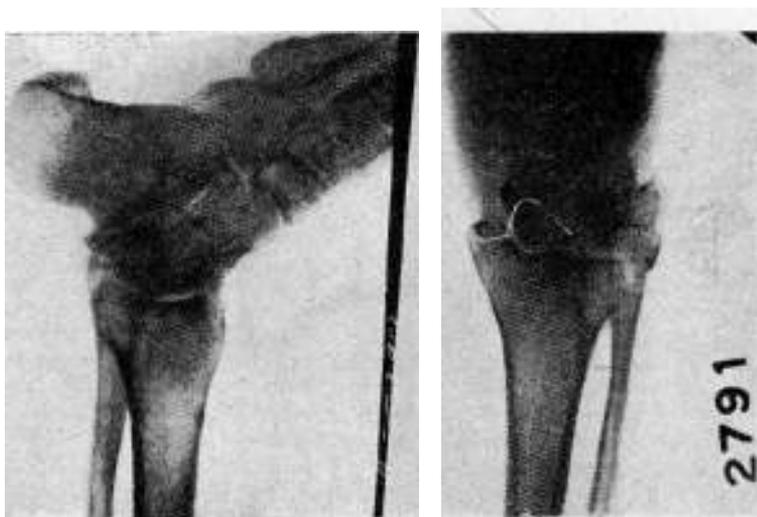


FIG. 3

cuello del pie derecho; dura, lisa, de situación profusa, se evidencia en la cara anterior del tobillo cuando se apoya violentamente la planta.

Esta tumefacción no aparece vinculada a ningún antecedente traumático y crece progresivamente a pesar del tratamiento médico. Dolores solamente durante los esfuerzos, ha limitado discretamente los movimientos. Pérdida de fuerzas y propensión a entorsis del cuello del pie. No hay repercusión general ni antecedentes de importancia.

Examen. Estado general bueno.

Miembro inferior. Tumefacción a nivel del cuello del pie, que ocupa la cara posterior de la articulación, la rebasa a ambos lados borrando las goteras retromaleolares y asciende hasta el tercio inferior de la pierna. Es retroarticular, preaquiliana (el tendón de Aquiles está desplazado atrás), firme, de cierta dureza e indolora.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

La movilidad activa está limitada en la flexo-extensión del pie. Pasivamente se realizan todos los movimientos sin dolor, pero limitados en su excursión. Atrofia de los músculos de la pierna.

Exm. complementarios: Eritro-sedimentación 1ª hora 7 mm. 2ª hora 20 mm. Otros exámenes s/p. (Ver radiografía en Fig. 3).

1ª Intervención: Prof. Hifflet. 24 Julio 1951.

Incisión para-aquiliana interna: Se encuentra gran masa amarillenta con zonas oscuras, du a, lobulada, encapsulada, que rodea a los tendones internos respetándolo y que se extienden en todo el cuello del pie hacia arriba hasta el músculo, abajo hacia el canal calcáneo y afuera peroneos laterales. Existe otra masa de menor tamaño pre-articular, que rodea los tendones anteriores.

Tiene por característica aplicarse al hueso e insinuarse en geodas a las que no adhiere. Se ven geodas en astrágalo, tibia y peroné.

Se realiza la exeresis de la masa tumoral.

A los dos años de la primera intervención, el tumor recidivado, se ha extendido en toda la planta que aparece globulosa y tensa, ocupando desde la raíz de los dedos hasta el canal calcáneo por el que asciende al tercio inferior de pierna, desbordando lateralmente por detrás de la articulación y ambos lados.

2ª Intervención: Dr. Caritat. Junio 1954.

Abordado por incisión para-aquiliana interna que continúa por borde interno del pie hasta la raíz del 1er. dedo.

Se comprueba lo señalado clínicamente. El tumor ha invadido todos los espacios celulosos de la planta y las sinoviales de los peroneos.

Se profundiza en geodas bien limitadas sobre la cara interna de astrágalo y calcáneo. Se extirpa totalmente la masa tumoral.

Actualmente, Agosto 1954, el paciente está sometido a tratamiento radioterápico.

3er. Caso: F. S., 35 años. Procedente de Montevideo.

Consulta por tumefacción de región tenar, aparecida hace 6 meses aproximadamente, sin antecedente traumático y sin dolor. En el curso de estos meses ha crecido constantemente y provoca molestias en la movilidad de la mano y sobre todo en la oposición del pulgar. No notó cambios a nivel de la piel de la zona, ni repercusión general.

Examen: la eminencia tenar aparece distendida y globulosa, palpándose una masa de consistencia quística en el borde interno de la eminencia tenar derecha. Solo provoca limitación en la flexión y oposición del pulgar, así como también en los movimientos del tendón del flexor largo.

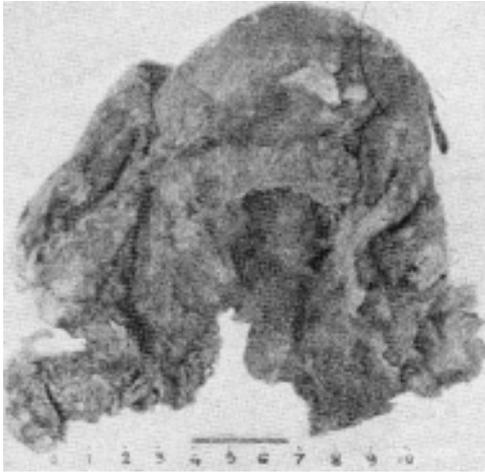
Intervención: Dr. Correa. 5 de Agosto de 1952.

Incisión curvilínea siguiendo el pliegue de oposición del pulgar. Masa quística que rodea el tendón del flexor largo del pulgar, desde la raíz del dedo hasta la parte media de la mano. Se reseca conservando la integridad del tendón.

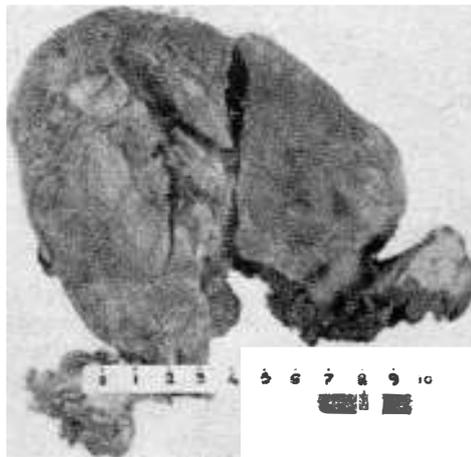
Postoperatorio bueno. Se indica tratamiento radioterápico.

ANATOMIA PATOLOGICA

El estudio anatómico de las piezas correspondientes a los tres casos presentados, que mostramos a continuación, revela que se trata de procesos anatómicos distintos, que deben catalogarse como una simple hiperplasia



Caso N° 1. — Foto macroscópica de la pieza, vista por la cara anterior.

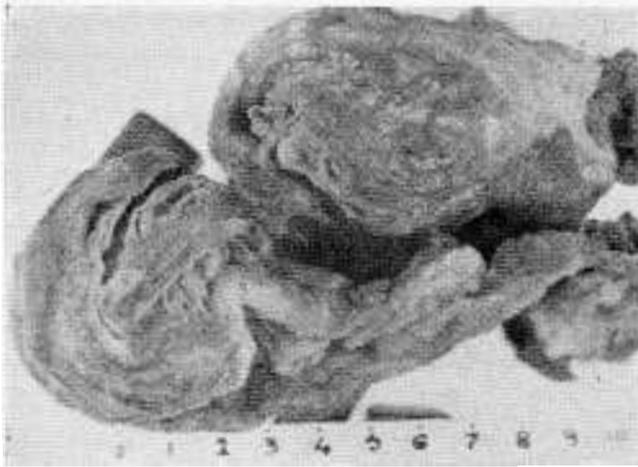


Caso N° 1. — Foto macroscópica, vista por la cara posterior.

granulomatosa el primero, como lesión intermedia entre lo inflamatorio y lo tumoral de naturaleza no bien determinada, pero que se comporta en su evolución como verdadero tumor con malignidad local, el segundo, como verdadero tumor maligno conjuntivo (sinovioma) el tercero.

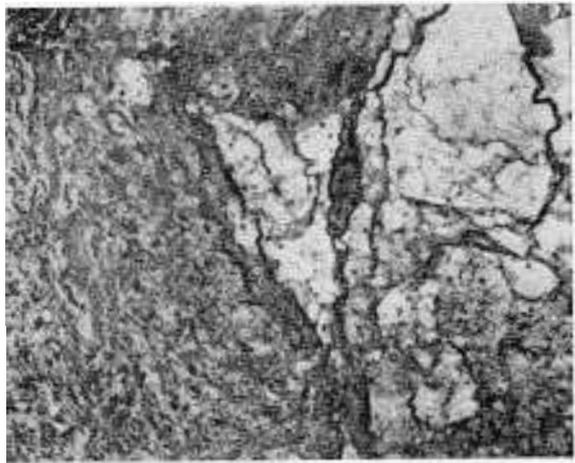
B. B. — CASO Nº 1.

Descripción macroscópica: Masa carnosa aplanada, de 15 x 12 x 5 cms. en sus tres diámetros mayores, que dibuja la forma del fondo de saco sub-cuadrípital, redondeada hacia la parte superior, desflecada hacia la parte inferior, y con una cavidad central abierta hacia



Caso Nº 1. — Pieza macroscópica. Superficies de sección. Se observa bien la cavidad central.

Caso Nº 1. Vista topográfica, en la que se observan las tres zonas constituidas de afuera a adentro, por tejido fibroso, tejido de granulación y exudado fibroso hacia la luz central.



abajo, rodeada y circunscripta por la propia masa. Consistencia blanda. (Figs. 4 y 5).

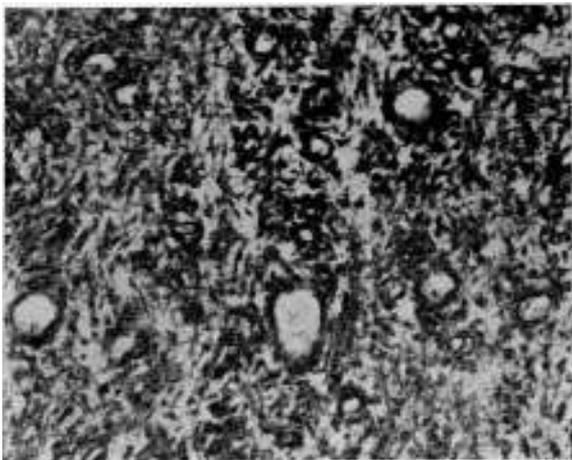
Al corte está constituida por zonas sólidas y por zonas esponjosas. (Fig. 6).

Las primeras son variables en su coloración, pero dominan las

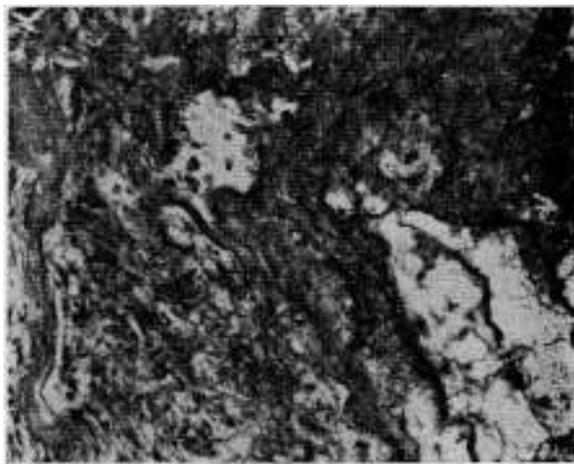
partes amarillento-ocre, amarillas y aún castaño claro y oscuras distribuidas por toda la masa.

Las zonas esponjosas son pequeñas cavidades, con aspecto de panal de abejas en zonas, a tabiques delgados, contenido sero-hemático, y paredes de color ocre.

Examen histológico: Muestra que se trata en su totalidad de una



Caso N° 1. — Zona de tejido de granulación, rica en vasos arterioles, a mayor aumento.



Caso N° 1. — Zona central, con exudado fibrinoso en masa y en retículo, vista a mayor aumento.

masa granulomatosa constituida de la periferia hacia el centro de la misma, por tejidos conjuntivo joven, luego tejido de granulación, rico en vasos sanguíneos arteriolares y conteniendo hacia la luz de la cavidad central abundante cantidad de fibrina coagulada y en retículo. (Figs. 7 - -8 y 9).

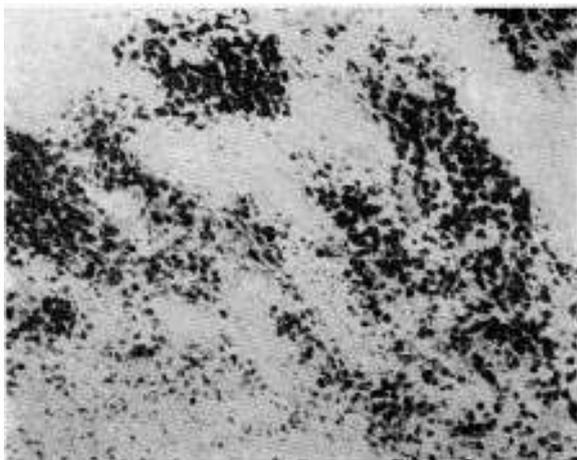
BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Distribuidas por las distintas zonas descriptas, se observan masas pigmentarias numerosas y abundantes que corresponden a masas de pigmento férrico (Fig. 10). La tinción de grasas es negativa.

En su conjunto la lesión es pues, una masa granulomatosa difusa, en distintas etapas evolutivas, que muestran hacia el centro las zonas más jóvenes, hemorrágica, con abundantes depósitos de pigmento férrico, sin lipoides. No se trata de un verdadero tumor, y su exacta designación varía con los distintos autores. Hiperplasia granulomatosa para algunos, verdadero sinovioma benigno para otros, es una lesión benigna, que se interpreta como de tipo reaccional, irritativo-traumático.

J. C. F. — CASO N° 2.

Descripción macroscópica: Pieza constituida por varios fragmentos irregulares que pesan en total 135 gramos. La masa única, que corres-



Caso N° 1. — Tinción de pigmento férrico. Abundantes granos intra y extracelulares formando acúmulos.

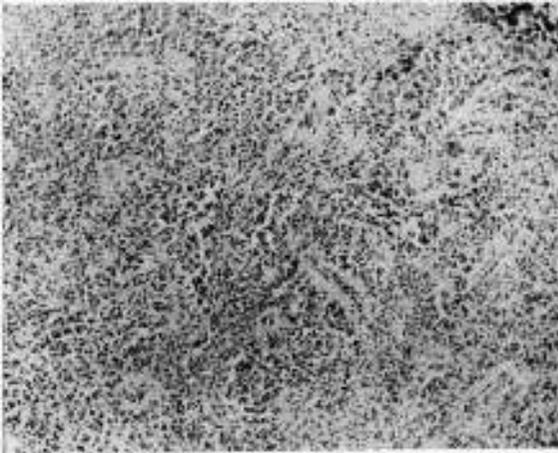
ponde más o menos a la mitad de la masa total, está parcialmente fragmentada recubierta por una cápsula adherente; es polilobulada y de consistencia firme. Al corte la superficie de sección muestra estrías blanquecino-anacaradas entre las cuales quedan algunas zonas de color amarillento irregularmente distribuidas, y zonas de color marrón chocolate homogéneas; en otros sitios hay un punteado fino castaño, entremezclándose estos aspectos entre sí sin orden alguno, confiriendo en conjunto a la superficie de sección y al tumor, un color castaño con bandas blanquecinas y amarillentas.

Hay dos masas menores con los mismos caracteres que la anterior, y varios fragmentos pequeños, similares.

Estudio histológico: El carácter histológico saliente es el de una lesión neoformativa constituida por abundantes elementos celulares, y con una rica proliferación conjuntiva, densa y dominante en algunas zonas, con numerosos depósitos de pigmento férrico.

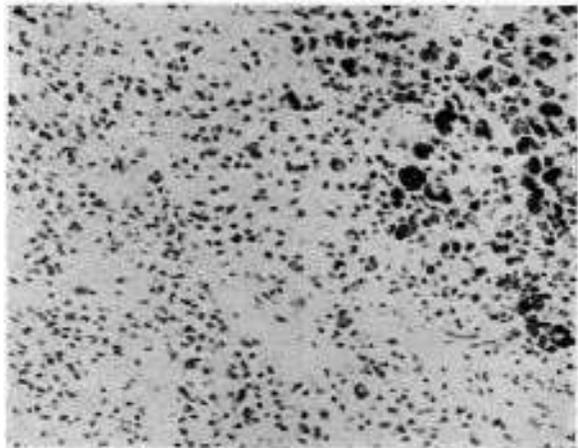
La proliferación celular es densa, con células agrupadas, siempre rodeadas de abundante tejido conjuntivo intersticial. (Figs. 11 y 12).

Las células son redondeadas en su mayoría, pequeñas o medianas, en partes alargadas a núcleo claro bien teñido y en medio de ellas se destacan con irregular distribución elementos celulares de mayor tamaño, algunos verdaderos elementos gigante-celulares, a citoplasma



Caso Nº 2. — Topográfica. Proliferación células densa, con abundante tejido conjuntivo intersticial.

Caso Nº 2. — Mayor aumento. Acúmulo de células redondas cargadas de pigmento férrico y rodeados por tejido conjuntivo fibrilar.



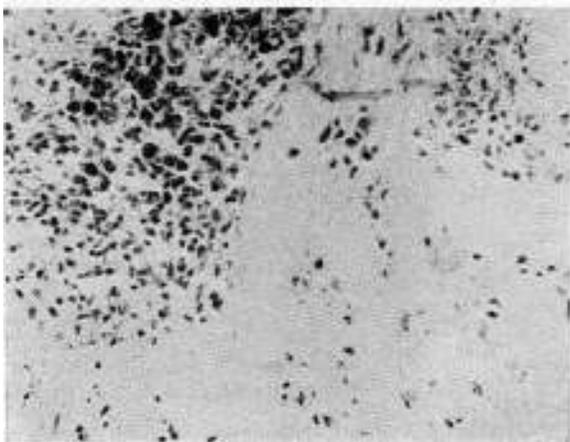
espumoso o cargado de granos pigmentarios, a veces formando masas protoplásmicas densas. (Figs. 13 y 14).

Las tinciones específicas muestran abundante pigmento férrico intracelular y en acúmulos. (Fig. 15) y abundantes elementos lipóidicos en forma de pequeñas gotas intracelulares en células a protoplasma espumoso.

En medio de la masa celular algunos focos de necrosis.

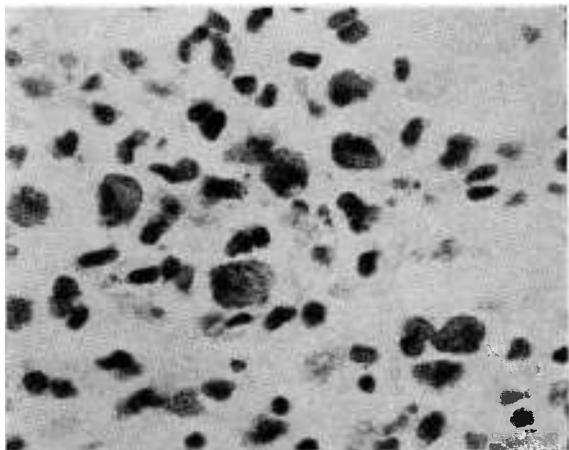
La proliferación conjuntiva es densa, abundante, siempre rodeando a los elementos celulares, y en otras partes constituyendo por sí sola el proceso; tejido conjuntivo fibrilar denso, y aún escleroso en partes.

En todos los cortes examinados los caracteres descriptos se repiten.



Caso Nº 2. — Igual a la anterior. Fibrosis densa, con esclerosis.

Caso Nº 2. — Gran aumento. Células histiocitarias, algunas a citoplasma espumoso, cargadas de lipoides, otras de pigmento férrico. Figuras gigante-celulares.



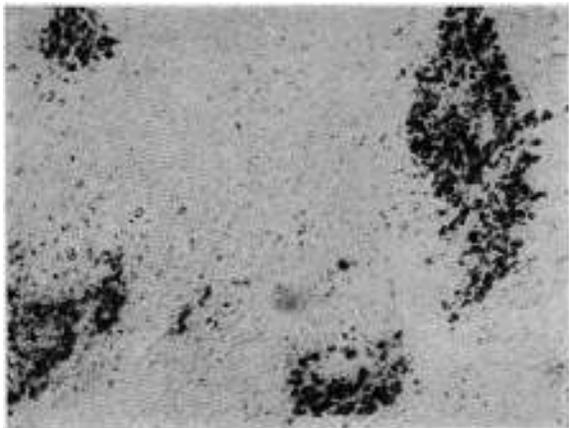
No se observa en ninguno malignidad histológica, ni se reconoce proliferación celular que permita sospecharla.

La lesión corresponde a lo que ha sido descrito en nuestro medio con el nombre de "Tumor a mieloplaxas, a células lipóidicas y a pigmentos férricos, de las vainas sinoviales". Lesión de naturaleza indeterminada, de tipo proliferativo hiperplásico, benigna por su naturaleza, aunque recidivante y a marcha local evolutiva de carácter progresivo e

invasor, que obligan a considerarla con criterio anatómico y evolutivo, como una etapa intermedia entre lo benigno y lo maligno.

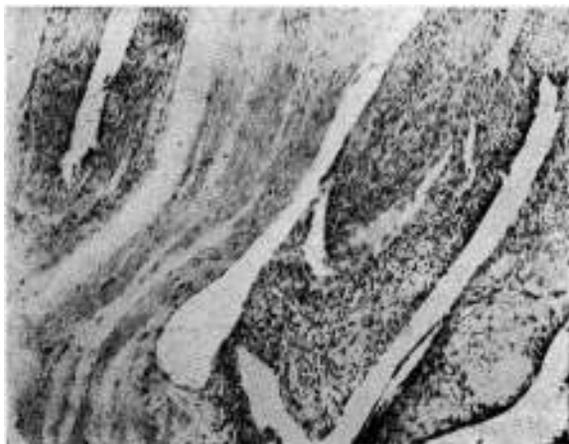
F. S. — CASO Nº 3.

Masa tisular única, irregular, de unos 5 cms. de diámetro, formada por una cavidad central principal y varias logias accesorias que comu-



Caso Nº 2. — Tinción de pigmento férrico. Abundantes acúmulos pigmentarios intra y extracelulares.

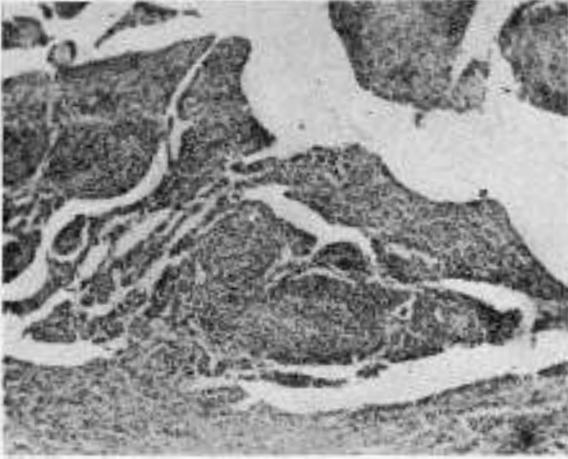
Caso Nº 3. — Zona periférica del tumor. Pared fibrosa limitando la cavidad central, y de la que se desprenden masas tumorales seudo-papilares.



nican con ella. Esa cavidad está limitada por un tejido blanco-grisáceo, deshilachado, que se prolonga en partes hacia la luz, y presenta un contenido amorfo, blanquecino con aspecto de fibrina. La pared es dura y hacia la parte más externa tiene los caracteres de un tejido fibroso.

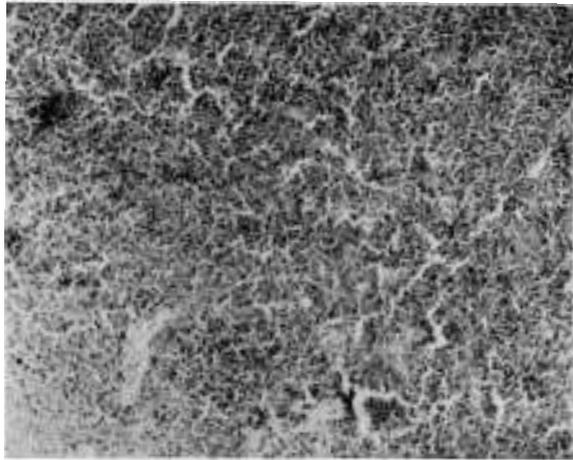
Estudio histológico: El estudio de varios fragmentos de distintas zonas de la pieza, muestra que en su conjunto se trata de una prolife-

ración celular de carácter tumoral, constituida por una cavidad mayor y otras accesorias, revestidas por elementos celulares de tipo y aspecto endotelial, y una masa central de células proliferadas en la luz. (Figs. 16 y 17). Son células aplanadas, ovoideas y redondeadas, de mediano tamaño, dispuestas unas junto a las otras, con núcleo bien teñido, cito-



Caso Nº 3. — Zona central. Luz de la cavidad, en la que hacen saliencias brotes de masas tumorales.

Caso Nº 3. — Masa tumoral. Zona celular densa, desordenada, a mediano aumento.



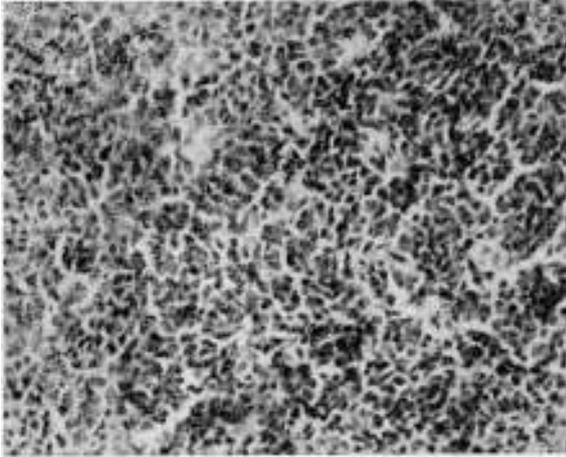
plasma nítido, en partes irregulares distribuidas, con núcleos hiper cromáticos.

Están rodeadas y continuadas hacia la parte externa por un tejido fibroso denso, que en algunas zonas se entremezcla con la masa celular descripta. (Figs. 18 y 19).

La especial distribución y caracteres celulares del tumor, así como

por su topografía, permiten catalogarlo como un tumor primitivo de las vainas sinoviales. Corresponde a los llamados sinoviomas (o sinovialomas de los autores franceses).

El conocimiento actual de estos tumores, así como el concepto e interpretación de los mismos, lo colocan entre los tumores malignos co-



Caso N° 3. — Misma zona anterior, a mayor aumento. Moderado atipismo nuclear, desordenación celular.

respondiendo por sus caracteres e histogénesis, a un sarcoma celular de las partes blandas.

En este caso la malignidad histológica y celular no es muy marcada, pero ello no hace variar ese concepto, pues es ésta, otra habitual característica de este tipo de tumor.

RESUMEN

Se presentan tres casos de tumoraciones sinoviales operadas (de rodilla, de vainas de cuello de pie y de vaina del flexor largo del pulgar), con sus historias clínicas y el estudio anatomo-patológico correspondiente.

Como se trata de tres tumoraciones de naturaleza anatómica diferente se extraen consideraciones y conclusiones diagnósticas, clínicas y terapéuticas para cada una de ellas.

CONSIDERACIONES Y CONCLUSIONES

1) Del punto de vista clínico.

Se pueden señalar elementos comunes a los tres casos aunque diferentes en localización y estructura histológica.

a) Signo capital, la tumoración, de crecimiento lento y progresivo y de aparición no vinculada estrechamente a traumatismos.

b) La sintomatología subjetiva aparece vinculada a los esfuerzos y responde a la acción de masa de la tumoración, cediendo al tratamiento médico y fisioterápico.

c) Ausencia de signos inflamatorios locales y generales.

d) La punción y la artro - neumografía constituyen los principales auxiliares diagnósticos.

e) Es imposible clínicamente, por lo menos lo ha sido en nuestros casos, establecer el diagnóstico exacto de la naturaleza del proceso, aún con los auxiliares radiológicos y de laboratorio.

2) Del punto de vista anatómico.

Del conjunto de cada caso se concluye que el 1º es una hiperplasia granulomatosa exuberante no tumoral de la rodilla, que el 2º es una lesión hiperplásica pseudo-tumoral a pigmentos férricos y células lipoídicas a marcha lenta, recidivante e invasora local, sin malignidad histológica, y que el 3º es un tumor maligno sinovial o sinovioma, verdadero sarcoma de partes blandas.

Son todas distintas manifestaciones proliferativas del tejido conjuntivo sinovial, con una misma base histogenética y donde el determinismo en la producción de uno u otro tipo anatómico se nos escapa, entrando ya en el problema general de los tumores.

Queremos resaltar en cambio, esa unidad histogenética frente a la que cabe preguntarse, cual es el poder evolutivo de esas lesiones y la posibilidad de transformación de las mismas de un tipo en otro, no ya solo en la etapa de lesiones constituidas sino aún en la etapa inicial de las mismas.

3) Del punto de vista terapéutico.

Es imprescindible, como único método diagnóstico, el examen anatómico, mediante biopsia extirpación.

Descartamos la biopsia extemporánea, tan discutida y de muy escasa práctica en nuestro medio por lo dudoso de sus resultados.

Desde el punto de vista tumoral, a la diferencia de tipo histológico corresponde un potencial evolutivo distinto; en el tumor xantomatoso a pigmentos férricos la evolución se hace por extensión local sin generalizarse, mientras que el sinovioma maligno aunque lentamente siempre va a la generalización si no se hace el tratamiento adecuado.

Según una estadística presentada por Pack hace pocos días a esta Sociedad, el sinovioma maligno sería el tumor de partes blandas de los miembros con mayor mortalidad en los 5 años de realizado el tratamiento. Corresponden a 8-9 % de supervivencia después de los 5 años.

BIBLIOGRAFIA

- GHORMLEY, R. K.; ROMNESS, J. O. — Pigmented villonodular synovitis (Xanthomatosis) of the hip Joint. Proc. of the Staff Meet. of the Mayo Clinic. V. 29, 1954. N° 6. Mar pág. 171 - 180.
- HAAGENSEN, C. D.; SSTOUT, P. A. — Sarcoma Sinovial. Au Cir. vol. 3. N° 12. Dic. 1944. Págs. 1808 a 1826.
- R. DE GRAILLY, H. LÉGER. — Les tumeurs articulaires malignes. 1952.
- WILLES. Pathology of tumours.

Dr. Prat. — Creo que los autores han estado muy bien en hacer esta presentación, puesto que los casos de tumores sinoviales son pocos frecuentes en las clínicas y la prueba la tengo en nuestra casuística en que contamos muy pocos casos; además se da la circunstancia de presentar tres casos de distintos tumores, de tres modalidades diferentes del tumor sinovial.

En mi práctica recuerdo muy contados casos de tener que recurrir a la sinovectomía. En un caso practiqué una sinovectomía de rodilla; no sé si era una sinovitis bacilar o inflamatoria simple. Creo que era inflamatoria simple y que curó al paciente. Tumores de la clase de los presentados sólo tengo el recuerdo de un caso de un tumor de la vaina del tendón flexor del dedo gordo, y por una de esas circunstancias raras, en la presentación clínica del paciente hice el diagnóstico de tumor a mieloplaxos.

El estudio anatómo patológico que creo fué realizado por el Prof. Larnier, comprobó el diagnóstico de tumor a mieloplaxos.

Voy a buscar esa observación para adjuntarlo a la casuística de los interesantes casos presentados por los Dres. Anavitarte y Aguiar.