

# Tumor de células gigantes de la vaina del tendón rotuliano como causante de dolor anterior de rodilla. Reporte de un caso

## OBJETIVOS

Los tumores de células gigantes de la vaina tendinosa (TCGVT) o tumores tenosinoviales de células gigantes son tumores de lento crecimiento originados en la bursa o vaina tendinosa. Pese a su alta frecuencia en la mano, rara vez se localizan en la rodilla.

El objetivo de este estudio es la presentación de un caso clínico de un tumor de células gigantes de la vaina tendinosa como origen de dolor anterior de rodilla. Con ello, se pretende discutir el manejo clínico de esta rara patología.

## MATERIAL Y MÉTODO

Este estudio describe el caso de un paciente con un TCGVT intraarticular que crecía a partir de la vaina del tendón rotuliano, siendo una causa poco común de dolor patelofemoral. Este caso puede ayudar a los clínicos a realizar un diagnóstico diferencial exhaustivo incluso cuando se observan características clínicas inespecíficas.

## RESULTADOS: CASO CLÍNICO

Un varón de 49 años, derivado por gonalgia anterior izquierda de 6 meses de evolución. Presentaba sensación de chasquido sin bloqueo, que empeoraba al subir y bajar escaleras, sin antecedentes de trauma ni síntomas constitucionales. No presentaba antecedentes médico-quirúrgicos ni familiares de interés.

En la exploración, se apreciaba dolor patelofemoral anterolateral, con leve derrame articular, sin signos flogóticos asociados. Se palpaba crepitación y una protuberancia nodular con la flexión. El balance articular, las maniobras meniscales, la estabilidad sagital-coronal, y la exploración neurovascular distal eran normales.

Las radiografías eran normales, mientras que la RMN mostraba una imagen redondeada de 15 × 15 mm, sugestiva de proliferación sinovial focal en el receso lateral patelofemoral. Asimismo, signos leves de tendinopatía proximal rotuliana.



Figura 1.- Radiografías simples de rodilla. Proyección AP y lateral sin alteraciones.



Figura 2.- Resonancia magnética: tumor redondeado 15x15mm sugestivo de proliferación sinovial focal en receso patelofemoral lateral. Imágenes hipointensas en T2 (a y b) e isointensas en secuencias T1 (b y d)

Mediante una artroscopia con portales estándar, se observó un cuerpo libre de consistencia ósea, originado en la vaina sinovial-tendinosa del receso anterolateral suprapatelar. Además, se objetivó lesiones del cartílago de ambos cóndilos Outerbridge II/III. No se apreció lesión menisco-ligamentosa.

Posteriormente, en la artroscopia, se procedió a la extirpación completa del tumor con correcto control hemostático y sin dañar estructuras adyacentes. Se extrajo la tumoración por el portal accesorio superolateral. El paciente fue dado de alta el mismo día sin complicaciones. El manejo postoperatorio consistió en carga parcial inmediata según tolerancia, ejercicios de movilidad, medicación analgésica y anticoagulantes profilácticos durante 10 días. No se requirió radioterapia adyuvante.

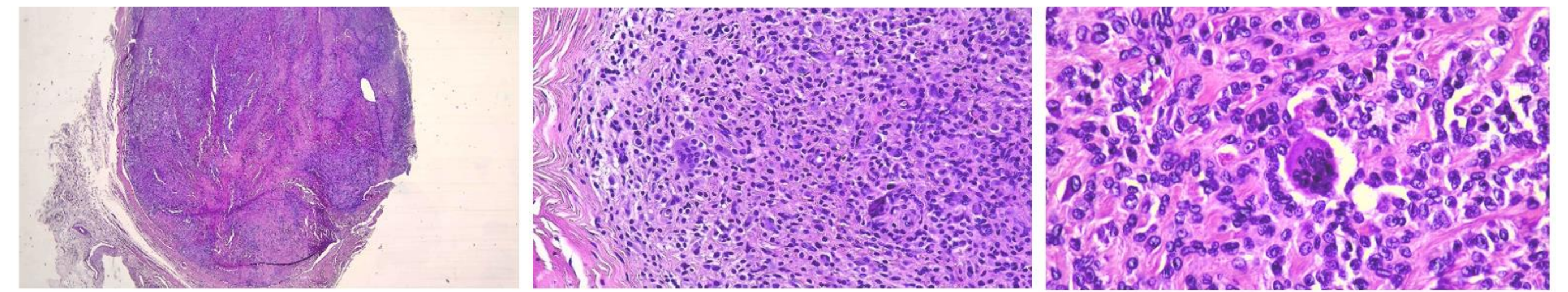


Figura 3.- Tinción con hematoxilina-eosina (HE). A) Aumento 2X. Nódulo encapsulado bien delimitado, con células isomorfas redondeadas. B) Aumento 10X. Proliferación sólida de células mononucleares con dos células gigantes multinucleadas. C) Aumento 40X. Detalle de una célula gigante multinucleada con núcleos en forma de grano de café con cromatina fina, sin signos de pleomorfismo nuclear ni atipia nuclear

Macroscópicamente, el tumor se describió como un cuerpo de superficie lisa y brillante, midiendo aproximadamente 3,8 × 1,2 × 0,7 cm. Histológicamente, con tinción de hematoxilina y eosina, se observó un tumor nodular bien definido. Se identificó una proliferación mesenquimal de células gigantes multinucleadas tipo osteoclasto, histiocitos y células mononucleares. Se apreciaban depósitos de hemosiderina. No se observaron signos de pleomorfismo nuclear, atipia nuclear ni actividad mitótica atípica.

A las seis semanas postquirúrgicas, el paciente tenía dolor en la parte posterior de la rodilla, sin los síntomas preoperatorios. La flexión activa había disminuido a 100º, por lo que fue derivado a rehabilitación. Tras seis semanas de fisioterapia, presentaba balance articular completo. No se evidenciaban signos de recidiva local a los seis meses de seguimiento.

## DISCUSIÓN

El dolor anterior de rodilla es un problema desafiante en la práctica clínica ortopédica debido a su diversidad etiológica. Existen varias causas de gonalgia insidiosa, como la condromalacia, la plica patelar, lesiones traumáticas de la rótula o desequilibrios musculares del cuádriceps. Se han descrito pocos casos de TCGVT como causa de esta patología.

Los TCGVT son tumores de crecimiento lento que se originan en la bolsa o la vaina tendinosa. Aunque son el segundo tipo más común de tumores de partes blandas en la mano, su localización en la rodilla es rara. El origen del TCG sigue siendo desconocido, y puede tener un inicio neoplásico o reactivo. Se ha identificado una alteración genética específica que involucra los genes del colágeno y del factor estimulante de colonias de macrófagos (M-CSF). La presentación clínica principal es una masa asintomática en crecimiento.

El diagnóstico se basa en el examen físico y la resonancia magnética. Sin embargo, la radiografía convencional es generalmente normal, aunque en formas agresivas puede mostrar tumefacción de partes blandas, quistes pequeños o erosiones periarticulares.

El tratamiento estándar para el TCGVT es controvertido. La resección mediante artrotomía abierta o artroscopia es el tratamiento de elección, con tasas de recidiva que varían entre el 10-20% en casos de mano.

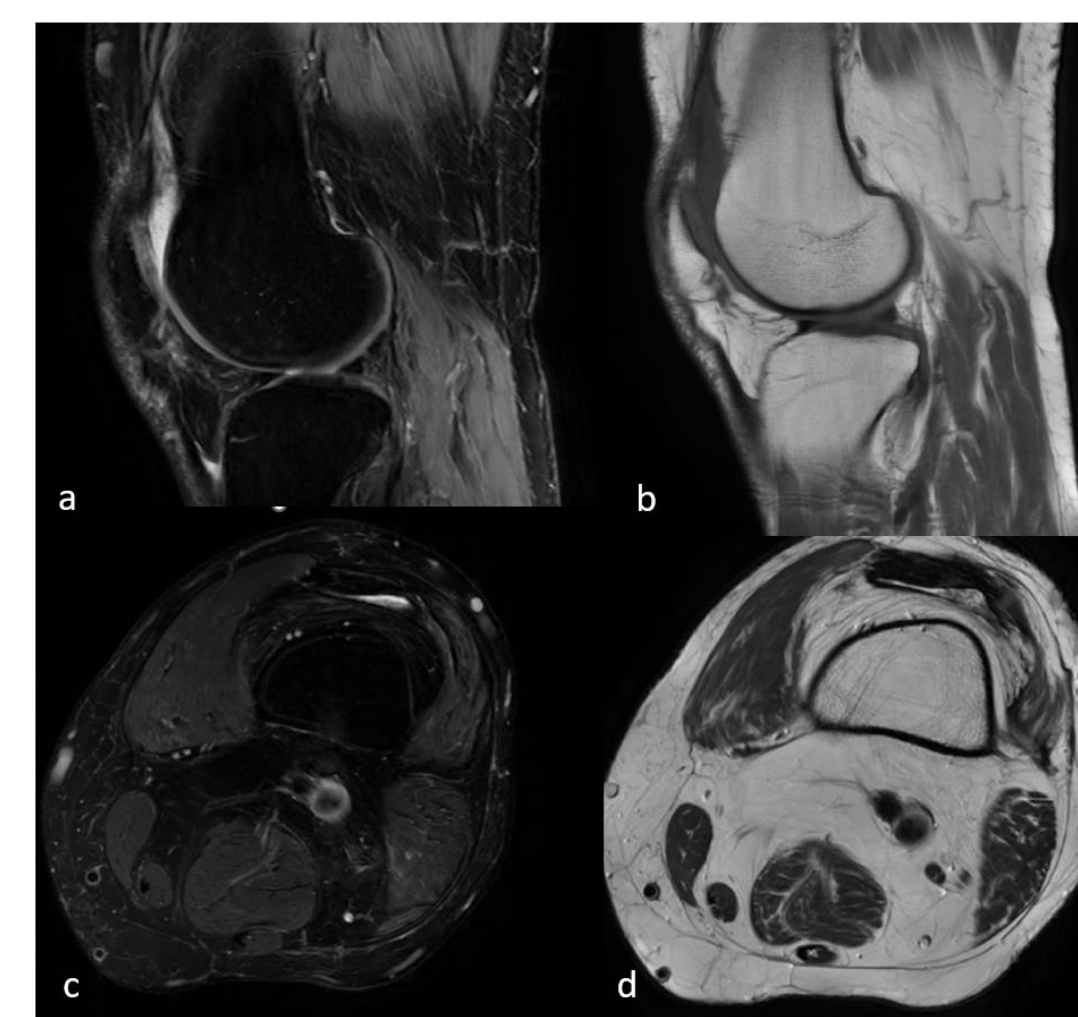


Figura 4.- Resonancia magnética sin signos de recidiva local a las 8 semanas postquirúrgicas. Leve derrame intraarticular, localizado principalmente en el receso suprapatelar.

## CONCLUSIÓN

Con este caso se pretende presentar el manejo del dolor anterior de rodilla debido a una etiología poco común como el TCGVT. Estos tumores deben considerarse en el diagnóstico diferencial del dolor anterior de rodilla, aunque su incidencia sea rara. El diagnóstico se basa en el examen físico y la resonancia magnética, siendo confirmado por el estudio histológico. Se requiere una extirpación completa y un seguimiento prolongado para asegurar buenos resultados.