

Caso Clínico / Radiological Case Report

SINOVITE NODULAR INTRA-ARTICULAR

INTRA-ARTICULAR NODULAR SYNOVITIS

Duarte Nascimento¹, Maria Serrado¹, Maruan Hatem², Armando de Abreu²

1 - Serviço de Imagiologia do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira
Diretora: Dra. Luísa Camacho
2 - Serviço de Radiologia do Hospital Mãe de Deus, Porto Alegre, Brasil
Diretor: Dr. Armando de Abreu

Correspondência

Duarte Rufino Jesus do Nascimento
Rua Lombo da Boa Vista nº 16
9060-173 Funchal
e-mail: duarterufino@gmail.com

Recebido a 08/07/2014
Aceite a 12/10/2014

Resumo

A Sinovite Nodular Intra-articular é uma lesão benigna rara, que ocorre por proliferação sinovial. Apresentamos um caso clínico típico desta patologia, seguido de uma breve revisão bibliográfica da mesma, que inclui uma discussão sobre Lesões Benignas de Proliferação Sinovial. Concluímos que a Ressonância Magnética é o método diagnóstico de eleição na avaliação desta entidade.

Palavras-chave

Sinovite Nodular; Tumor de Células Gigantes; Intra-articular; Lesões Benignas de Proliferação Sinovial.

Abstract

Intra-articular Nodular Synovitis is a rare benign lesion that occurs due to synovial proliferation. We present a typical clinical case of this pathology, followed by a brief bibliographic review, which includes a discussion of Benign Lesions of Synovial Proliferation. We conclude that Magnetic Resonance Imaging is the diagnostic method of choice for this entity.

Key-words

Nodular Synovitis; Giant Cell Tumor; Intra-articular; Benign Synovial Proliferative Lesions.

Introdução

A Sinovite Nodular Intra-articular é uma entidade rara. Trata-se de uma lesão benigna que ocorre por proliferação sinovial. A maioria dos casos ocorre em idades que variam entre os 20 e 50 anos, havendo uma discreta prevalência no sexo feminino [1]. A clínica é inespecífica: pode ocorrer dor e edema articular, limitação dos movimentos (variando de uma ligeira restrição à incapacidade de mobilização) e até mesmo uma massa palpável [2, 3].

Apresentamos um caso de Sinovite Nodular Intra-articular.

Caso Clínico

Paciente do sexo feminino, com 32 anos de idade. Referia dor crónica na parte anterior do joelho direito. Foi solicitado um estudo de Ressonância Magnética (RM) do joelho (Fig. 1).

As aquisições mostraram uma lesão solitária no seio da gordura infra-rotuliana (Hoffa). A sua morfologia era ovóide e os seus contornos eram lineares. Apresentava intensidade de sinal intermédio e discretamente heterogéneo em T1 (Fig. 1A) e hipersinal (em relação ao tecido muscular) heterogéneo em T2 (Fig. 1B). Os focos de menor sinal em T2 eram compatíveis com hemossiderina. A lesão apresentou realce após injeção de contraste (Fig. 1D). Não havia derrame articular associado.

Este caso foi referenciado para avaliação imagiológica por RM logo de início e como o diagnóstico de Sinovite Nodular Intra-articular não suscitou dúvida o estudo não foi complementado por Radiografia.



Fig. 1A - T2 sagittal com supressão de gordura. A lesão (assinalada pela seta) mostra hipersinal heterogéneo em T2.

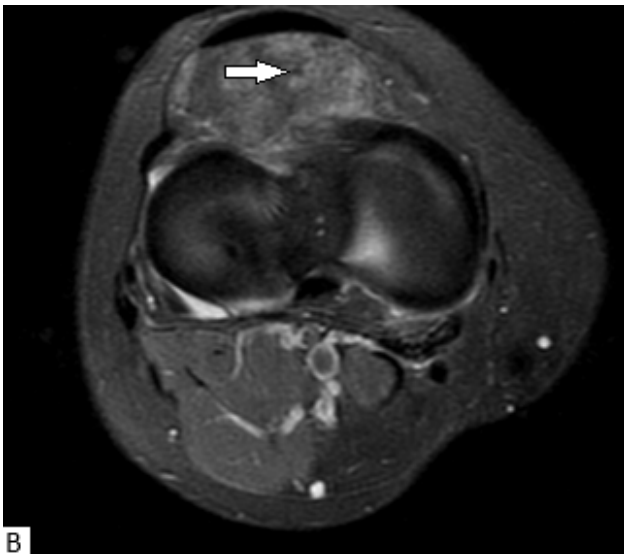


Fig. 1B - T2 axial com supressão de gordura. A lesão mostra hipersinal heterogêneo em T2 e focos de menor sinal compatíveis com hemossiderina (seta).

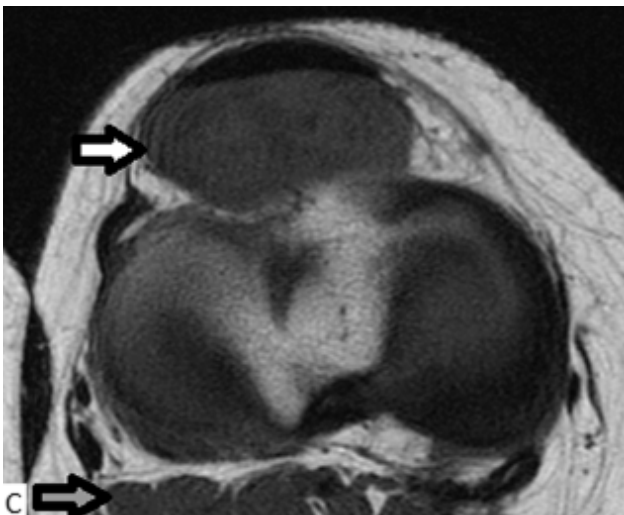


Fig. 1C - T1 axial. Lesão nodular (seta superior) com intensidade de sinal ligeiramente superior à do músculo em T1 (seta inferior).

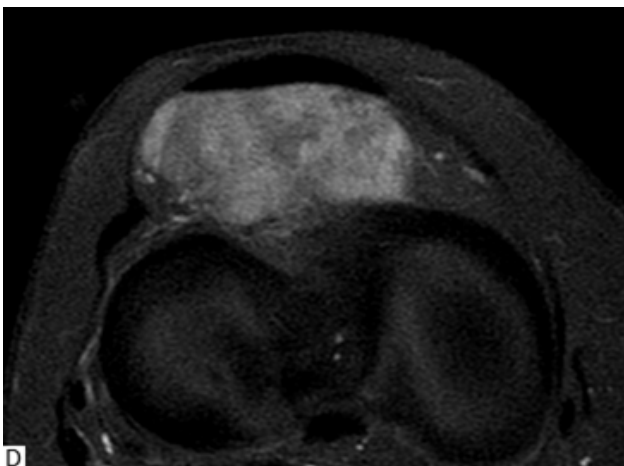


Fig. 1D - T1 axial após injeção de produto de contraste. A lesão evidencia captação.

Discussão

As Lesões Benignas de Proliferação Sinovial representam um conjunto de lesões de origem incerta, provavelmente neoplásica [4]. Os termos utilizados na sua nomenclatura são variáveis, o que muitas vezes suscita dúvidas e limita a sua sistematização. A Tabela 1 reúne as designações mais utilizadas na literatura e efetua uma categorização das mesmas em função de dois aspetos: 1) localização intra ou extra-articular e 2) padrão de crescimento (forma localizada e forma difusa).

Tabela 1 - Nomenclatura das Lesões Benignas de Proliferação Sinovial

	Localizada	Difusa
Intra-articular	Sinovite Nodular Intra-articular ou Sinovite Pigmentar Nodular ou Sinovite Pigmentar Vilonodular Localizada	Sinovite Pigmentar Vilonodular
Extra-articular	Tenossinovite Nodular ou Forma Localizada de Tumor de Células Gigantes da Bainha Tendinosa	Sinovite Pigmentar Vilonodular Extra-articular ou Forma Difusa de Tumor de Células Gigantes da Bainha Tendinosa

O caso sobre o qual o presente artigo se baseia trata-se de uma forma Intra-articular Localizada e embora se possa também designar como Sinovite Pigmentar Nodular ou Sinovite Pigmentar Vilonodular Localizada, a denominação Sinovite Nodular Intra-articular (SNI) não só é mais simples como provavelmente também a mais correta, uma vez que este tipo de lesão: 1) não apresenta projeções sinoviais em vilosidade e 2) esta designação especifica a lesão como sendo intra-articular.

Das 4 entidades referidas na Tabela 1, a mais comum é a Tenossinovite Nodular (Fig. 2), uma designação mais prática que Forma Localizada de Tumor de Células Gigantes da Bainha Tendinosa.

A Tenossinovite Nodular é seguida em prevalência pela SPVN (Fig. 3). A SNI (Fig. 1) e Forma Difusa de Tumor de Células Gigantes da Bainha Tendinosa são raras.

Dada a sua raridade, são poucos os estudos que conseguiram estimar a epidemiologia da SNI. Alguns mostraram incidências de 1,8 casos por ano por milhão de pessoas [5] enquanto que existem livros que referem uma prevalência de cerca de 4 vezes inferior à da SPVN [4]. A doença é mais comum em pacientes com idades variando entre os 20 e os 50 anos, com discreto predomínio no sexo feminino [6].

A maioria dos casos ocorre na articulação do joelho (por ordem decrescente de frequência: bolsa infra-rotuliana, bolsa supra-rotuliana, fossa intercondilar, ligamento cruzado posterior), sendo que outras localizações (p.e. tornozelo) são incomuns [2].

A clínica é inespecífica: pode ocorrer dor e edema articular, limitação dos movimentos (variando de uma ligeira restrição à incapacidade de mobilização) e até mesmo uma massa palpável [2, 3].

A SNI pode não apresentar alterações radiográficas (sobretudo quando localizada fora da gordura de Hoffa). Nalguns casos podem ser visíveis: um nódulo ou uma massa com densidade



Fig. 2A - T1 axial. Tenossinovite Nodular aderente (seta) à bainha do tendão flexor do 2º dedo da mão. Nas extremidades existe pouco tecido muscular, portanto pode ser vantajoso comparar o sinal das lesões com o da gordura.

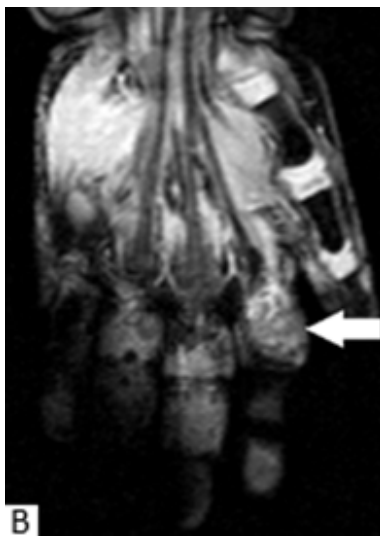


Fig. 2B - Imagem de aquisição em gradiente de eco, no plano coronal. O sinal da lesão é heterogêneo devido à presença de focos de hemossiderina.

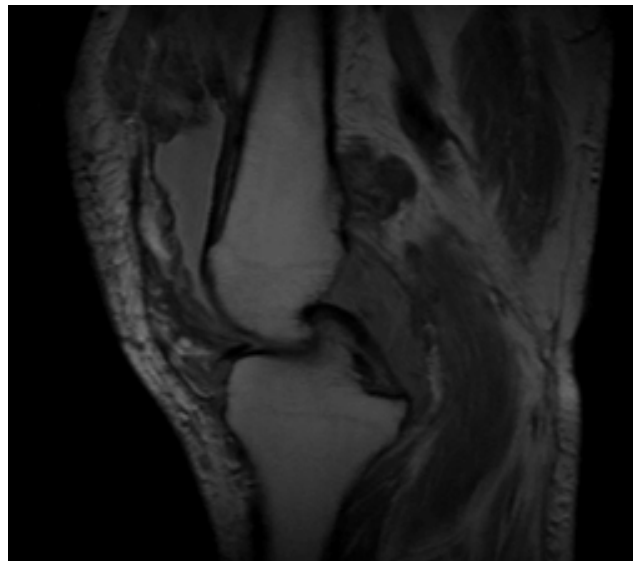


Fig. 3 - SPVN na articulação do joelho: Imagem no plano sagital, ponderada em DP, mostrando uma lesão sinovial proliferativa difusa intra-articular, com derrame associado.

de partes moles [2] e/ou erosões ósseas adjacentes [1]. Não deverão ser visíveis calcificações.

A Tomografia Computorizada (TC) apresenta maior qualidade de imagem que as Radiografias, pelo que tem maior capacidade de mostrar a lesão (densidade de partes moles).

Na RM, estão descritos aspetos típicos para a SNI: habitualmente uma pequena lesão de tecidos moles, nodular ou polipóide. Apresenta intensidade de sinal igual ou superior à do músculo em T1 [2]. A descrição do sinal em T2 varia consoante o tecido tido como referência: normalmente a intensidade de sinal é igual ou inferior à da gordura [4] e superior à do músculo [2]. Ainda em T2 visualizam-se áreas de hipossinal redondas e/ou curvilíneas. Estas representam deposição de hemossiderina [4]. A avaliação com sequências eco de gradiente pode ajudar a evidenciá-las, pois é capaz de demonstrar adicionais características T2* (“efeito de blooming”). A SNI apresenta habitualmente captação de contraste, (descrita por uns [4] como tipicamente ávida e por outros como moderada na maioria dos casos [3]). O caso apresentado é de uma SNI estudada por RM. Este caso foi referenciado para avaliação imagiológica por RM logo de início e como o diagnóstico de Sinovite Nodular Intra-articular não suscitou dúvida o estudo não necessitou ser complementado por Radiografia.

A localização mais comum (2/3 dos casos) de SNI é precisamente a identificada nesta situação: na gordura infrarotuliana [4]. Os achados na RM também são os típicos.

Apesar da potencial utilidade das sequências eco de gradiente, estas não são consideradas fundamentais para o diagnóstico pois muitas vezes os focos de deposição de hemossiderina já são visíveis nas sequências T2 habituais. Por estas razões optou-se pela não realização das mesmas no caso apresentado.

Os contornos da lesão são lineares, contrariamente ao que é comum nos seus dois principais diagnósticos diferenciais, a SPVN (Fig.3) e o Condroma Intra-articular. A SPVN apresenta normalmente projeções em forma de vilosidades [4], um maior grau de extensão intra-articular e associa-se a um acentuado derrame [2], para além de habitualmente evidenciar maiores quantidades de hemossiderina [2].

Os Condromas Intra-articulares são raros, mostram contornos lobulados (típicos de lesão cartilágnea) e tipicamente apresentam grosseiras calcificações internas [2]. A avaliação por TC ou Radiografia pode complementar o seu estudo no sentido de averiguar a existência de calcificações.

Os Tofos gotosos ocorrem habitualmente em pacientes com história prévia de crises algicas [4] e, embora possam ocorrer na articulação do joelho, são mais comuns na primeira articulação metatarso-falângica [7].

O tratamento da SNI é a excisão cirúrgica [2], contrariamente ao da SPVN (que inclui sinovectomia), pelo que o seu diagnóstico diferencial é fundamental. A taxa de recorrência de SNI é reduzida [2].

Conclusão

Os termos utilizados na nomenclatura de lesões benignas de proliferação sinovial são variáveis, o que muitas vezes suscita dúvidas e limita a sua sistematização. A categorização das mesmas deverá ser feita em função da sua localização e do seu padrão de crescimento.

A Sinovite Nodular Intra-articular é um exemplo raro deste tipo de patologia, sendo a RM o método diagnóstico de eleição na sua avaliação.

Referências

- 1 - Godoy, F. A. C.; Faustino, C. A. C.; Meneses, C. S.; Nishi, S. T.; Góes, C. E. G.; Canto, A. L. - *Localized Pigmented Villonodular Synovitis: Case Report*. Rev Bras Ortop., 2011,46:468-71.
- 2 - Manaster, B. J.; Petersilge, C. A.; Roberts, C. C.; Hanrahan, C. J.; Moore, S. - *Diagnostic Imaging: Musculoskeletal—Non-Traumatic Disease*. Amirsys, Salt Lake City, 2010.
- 3 - Huang, G. S.; Lee, C. H.; Chan, W. P.; Chen, C. Y.; Yu, J. S.; Resnick, D. - *Localized Nodular Synovitis of the Knee: MR Imaging Appearance and Clinical Correlates in 21 Patients*. AJR Am J Roentgenol., 2003,181:539-43.
- 4 - Kransdorf, M. J.; Murphey, M. D. - *Imaging of Soft Tissue Tumors*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2014.
- 5 - Ushijima, M.; Hashimoto, H.; Tsuneyoshi, M.; Enjoji, M. - *Pigmented Villonodular Synovitis. A Clinicopathologic Study of 52 Cases*. Acta Pathol Jpn., 1986, 36:317-26.
- 6 - Garner, H. H.; Ortiguera, C. J.; Nakhlen, R. E.; - *Pigmented Villonodular Synovitis*. Radiographics, 2008, 28:1519-23.
- 7 - Greenspan, A. - *Orthopedic Imaging: A Practical Approach*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2011.