

Tumor Tenosinovial de Células Gigantes como Quiste de Baker en paciente pediátrico. Descripción de un caso

Eduardo Morales Mata, Dimosthenis Kiimetoglou, Marta Felipe Peña, Jesús A. Rodríguez Socorro,
Ariadna Santana Betancort, José Luis Rasines Pardo
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR MATERNO-INFANTIL
Las Palmas de Gran Canaria

Introducción

El Tumor Sinovial de Células Gigantes y la Sinovitis Villonodular Pigmentaria forman parte de un grupo de patologías con características anatomopatológicas similares, tales como la presencia de **macrófagos y células gigantes multinucleadas**. Son lesiones consideradas **neoplásicas y raras**, sobre todo en niños, con una incidencia de 1-2 por millón personas-año. En la rodilla, su clínica insidiosa consiste en dolor, bloqueos, derrame articular y tumoración palpable en ocasiones. El diagnóstico suele ser tardío y el **tratamiento es la exéresis quirúrgica**

Objetivos

Presentamos el manejo diagnóstico y terapéutico en un paciente pediátrico con tumoración de gran tamaño en región posterior de rodilla

Material y métodos

Niña de 11 años **diagnosticada de Quiste de Baker un año atrás**, que acude a revisión por crecimiento de una tumoración de consistencia dura en hueso poplíteo izquierdo que le ocasiona molestias al caminar.



La RMN de la rodilla indica la presencia de un derrame articular significativo, una **membrana sinovial engrosada e hipercaptante con presencia de nódulos “en grano de arroz”**, una pseudomasa infrarrotuliana de 34x42mm y un quiste poplíteo de 100x30x50mm con presencia de dichos nódulos en su interior.

Estos hallazgos se informaron compatibles con Artritis Idiopática Juvenil. Dado que el análisis del líquido sinovial extraído por artrocentesis ecoguiada no fue patológico y la determinación de factor reumatoide y anticuerpos fue negativa, el **diagnóstico de sospecha inicial fue Sinovitis Villonodular Pigmentaria localizada**. Por ello se decidió su exéresis por vía posterior.

Resultados

Quirúrgicamente se observó una **tumoración quística dura, multilobulada, rellena de líquido oscuro, pediculada entre el gastrocnemio medial y el semimembranoso**. Se realizó la exéresis completa sin complicaciones. Dos meses después de la cirugía está asintomática y la lesión no ha recidivado.

La Anatomía Patológica aprecia una lesión fibrohistiocitaria con celularidad gigante-celular, sugestiva de **Tumor de Células Gigantes**.

Conclusiones

Es necesario realizar un **adecuado diagnóstico diferencial** ante una lesión aparentemente banal, sobre todo en pacientes pediátricos con patologías poco comunes que pueden ser graves y que requieren tratamiento quirúrgico y manejo multidisciplinar

