



S. Di Giacinto*, L. Meccariello**, D. Tigani***.
*Trauma Center pediatrico, A.O.U. Meyer - Firenze
**U.O.C. Ortopedia Ospedaliera, A.O.U. Senese
***Ospedale Maggiore "C.A. Pizzardi" - Bologna

TUMORE GIGANTOCELLULARE DELLE GUAINA TENDINEE DEL GINOCCHIO

INTRODUZIONE

Il tumore giganto-cellulare delle guaine tendinee (GCTTS) è una lesione benigna ad eziologia incerta; si riscontra una certa correlazione con l'infiammazione cronica, i traumatismi, le allergie, le anomalie cromosomiche clonali ed aneuploidie [1,2,3]. Le dita sono il distretto anatomico più interessato (85%), seguite da ginocchio, gomito, anca e caviglia (12% complessivamente) [4]. Il picco d'incidenza è tra i 30 e i 50 anni, con una prevalenza femminile di 2/1 [5]. La sintomatologia è aspecifica: il GCTTS cresce lentamente come lesione nodulare unica o multipla in intimo rapporto con la guaina tendinea e non è dolente. Spesso è riscontrato come reperto occasionale in corso di intervento di artroprotesi di ginocchio per gonartrosi e l'RM di solito rileva abbondante quantità di tessuto collageneo senza coinvolgimento articolare.

ANAMNESI ED ESAME OBIETTIVO

La paziente, donna di 63 anni, viene ricoverata presso il nostro Ospedale nel luglio del 2012 per gonalgia sinistra associata a marcata impotenza funzionale. Il dolore risulta acuito dalla deambulazione, possibile solo con l'ausilio di due stampelle, e dall'assunzione della posizione ortostatica. All'anamnesi patologica remota si rileva: mastectomia monolaterale, isterectomia con annessiectomia bilaterale, due ATS al ginocchio sinistro per ipertrofia sinoviale, episodi di angioedema palpebrale ed orticaria. Patch-test positivo per: acido sorbico, potassio dicianoaurato, palladio cloruro, paraformilendiamina base, profumi mix; fattore reumatoide negativo. L'esame clinico evidenzia deformità in varo, ballottamento rotuleo positivo, limitazione dell'articolazione passiva da 5° a 70° circa. L'obiettività clinica risulta sostanzialmente sovrapponibile ad un comune quadro di gonartrosi. I radiogrammi rilevano una deformità in varismo (circa 2°) dell'asse femoro-tibiale, un'opacità delle parti molli in corrispondenza dello

sfondato sotto-quadricipitale, piccole aree di radiotrasparenza a livello dell'epifisi prossimale tibiale, erosioni ossee del condilo femorale laterale e della superficie articolare rotulea (fig. 1). L'esame RM documenta: abbondante versamento articolare disposto nello sfondato sotto-quadricipitale e nel recesso capsulare posteriore con aspetto pseudocistico; ispessimento del-



Fig. 1: Rx in proiezione antero-posteriore e laterale ginocchio sinistro. Opacità delle parti molli in corrispondenza dello sfondato sotto-quadricipitale, piccole aree di radiotrasparenza a livello dell'epifisi prossimale della tibia, erosioni ossee del condilo femorale laterale e della superficie articolare rotulea.

IL CASO CLINICO



Fig. 2: Preparato istologico, HE 4 x.

la sinovia capsulare; lesioni osteocondrali che interessano il comparto femoro-tibiale e femororotuleo.

DIAGNOSI

Sia le indagini di imaging che le due ATS non consentono una diagnosi preoperatoria indicativa di GCTTS. Solo l'esame anatomico-patologico è stato determinante, dando come esito: tumore gigantomolecolare delle guaine tendinee (fig. 2). Diagnosi differenziale: sinovite villo-nodulare.

TRATTAMENTO

Si procede con l'asportazione completa della neof ormazione di consistenza "pastosa" nello sfondato sotto-quadricepsale delle dimensioni di 10 x 8 cm (fig. 3), seguita da accurata emostasi e dall'impianto di un'artroprotesi Columbus con sistema di navigazione BBraun (fig. 4). Si intraprende un trattamento riabilitativo standard, iniziato il giorno successivo all'intervento con esercizi propriocettivi e chinesi passiva. Tale programma prosegue sino alla dimissione, una



Fig. 3: Visione intraoperatoria dell'asportazione della neof ormazione in corrispondenza dello sfondato sotto-quadricepsale.



Fig. 4: Controllo radiografico post-operatorio che evidenzia buon posizionamento delle componenti protesiche.

volta raggiunti i 90° di flessione attiva. Alla dimissione la paziente è in grado di deambulare con due bastoni con carico totale sull'arto operato.

FOLLOW UP

Il decorso postoperatorio è stato regolare. All'ultimo controllo, a 6 mesi dall'intervento chirurgico, la paziente non riferisce dolore, è capace di deambulare senza ausili e senza particolari limitazioni. Il ROM dell'articolazione è di 0-90°. L'esame radiologico evidenzia un buon allineamento delle componenti protesiche, senza segni di mobilizzazione della artroprotesi.

BIBLIOGRAFIA

1. Reilly KE, et al. Recurrent giant cell tumors of the tendon sheath. *J Hand Surg.* 1999;24:1298-1302.
2. Abdul-Karim FW, et al. Diffuse and localized tenosynovial giant cell tumor and pigmented villonodular synovitis: a clinicopathologic and flow cytometric DNA analysis. *Hum Pathol.*1992;23:729-735.
3. Jaffe HL, et al. Pigmented villonodular synovitis, bursitis and tenosynovitis. *Arch Pathol.* 1941;31:731-765.
4. Fletcher CDM, et al, editors. World Health Organization Classification of Tumors, Pathology and Genetics of Tumors of Soft Tissue and Bone. IARC Press; Lyon: 2002. Giant cell tumour of tendon sheath; pp. 110-111.
5. Ushijima M, et al. Giant cell tumor of the tendon sheath (nodular tenosynovitis): a study of 207 cases to compare the large joint group with the common digit group. *Cancer.* 1986;57:875-884.