

4. Rask O, Berntorp E, Ljung R. Risk factors for venous thrombosis in Swedish children and adolescents. *Acta Paediatr.* 2005;94: 717–22.
 5. Lozano F. Actualización en trombosis venosa profunda que afecta a las extremidades inferiores: diagnóstico. *Angiología.* 2003;55: 476–87.
 6. Manco-Johnson M. How I treat venous thrombosis in children. *Blood.* 2006;107:21–9.
 7. Jiménez García R, Serrano A. Cuidados postestabilización del niño politraumatizado. En: Casado Flores J, Serrano A, editores. *Urgencias y tratamiento del niño grave*, 2ª Ed. Madrid: Ediciones Ergón; 2007. p. 808–9.
 8. Azu MC, McCormack JE, Scriven RJ, Brebbia JS, Shapiro MJ, Lee TK. Venous thromboembolic events in trauma patients: is prophylaxis necessary? *J Trauma.* 2005;59:1345–9.
- B. Fernández Valle*, E. Palomo Atance,
M.J. Ballester Herrera y M.A. González Marín
- Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real, España*
- *Autor para correspondencia.
Correo electrónico: barbarafernandezvalle@gmail.com
(B. Fernández Valle).

doi:10.1016/j.anpedi.2010.02.016

Sinovitis crónica monoarticular resistente a tratamiento: lipoma arborescente

Treatment resistant chronic monoarticular synovitis: Lipoma arborescens

Sr. Editor:

El lipoma arborescente es una proliferación vellosa y lipomatosa de la membrana sinovial de carácter benigno. Esta entidad afecta generalmente a adultos, siendo excepcional encontrarla en población pediátrica (11 casos recogidos en la bibliografía en pacientes menores de 15 años).

Esta rara entidad afecta generalmente a la articulación de la rodilla, pudiendo ser bilateral¹ e incluso afectar a múltiples articulaciones². También se han descrito en hombro, cadera, vainas tendinosas³... La verdadera etiología es todavía desconocida. Los hallazgos clínicos incluyen un cuadro de inflamación articular lentamente

progresivo acompañado de episodios recurrentes de derrame articular.

Se trata de una niña de 10 años que presenta inflamación de rodilla derecha de 2 años de evolución. Sin antecedentes de interés sufre traumatismo banal hace 2 años, diagnosticado en urgencias de monoartritis postraumática, tratado con reposo y medidas antiinflamatorias. Ante la no remisión del cuadro es valorada por reumatología infantil. Tras radiografía simple sin hallazgos significativos se realiza artrocentesis, obteniendo líquido sinovial de aspecto claro, amarillento, sin sangre, con viscosidad disminuida, y celularidad escasa (leucocitos <2.000/μl). Debido a episodios recurrentes de derrame articular y aumento de reactantes de fase aguda en la analítica se etiqueta el cuadro como monoartritis de características inflamatorias, iniciando tratamiento con metotrexate y terapia corticoidea, sin obtener mejoría, por lo que se realiza interconsulta a ortopedia infantil.

A la exploración presenta dolor a palpación y a la movilización articular. Intensa tumefacción que afecta fundamentalmente a fondos de saco suprarrotulianos. Limitación marcada del balance articular (flexión 50° y extensión -5°) que dificultan la deambulación.

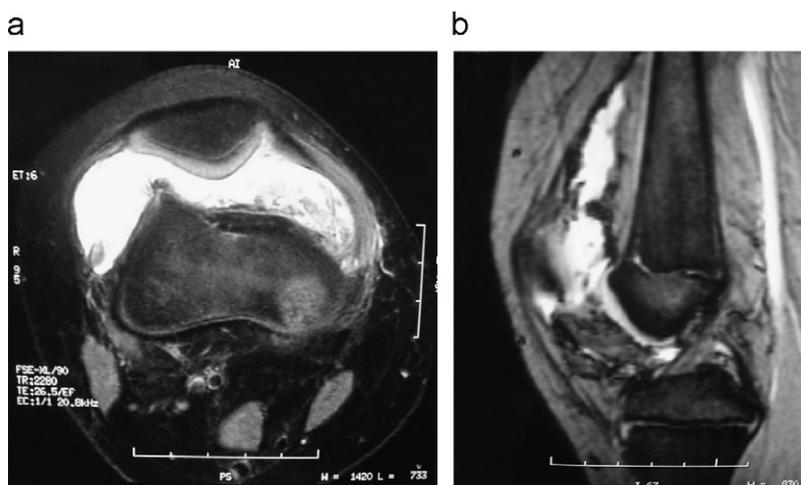


Figura 1 Resonancia magnética en secuencia T2. a) corte axial. b) corte sagital.

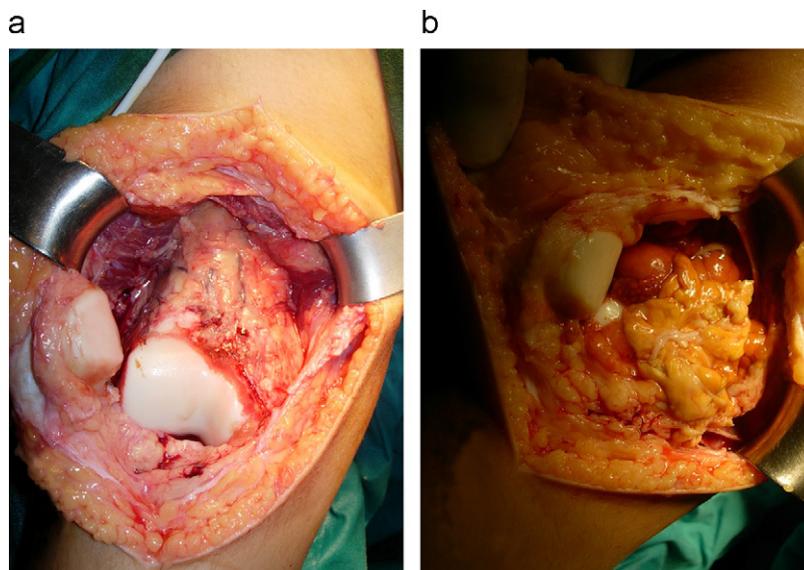


Figura 2 Imagen intraoperatoria. Artrotomía de rodilla. a) aspecto de la lesión. b) posesección completa.

Se decide repetir exploraciones complementarias. En radiografía anteroposterior y lateral de rodilla no se objetivaron hallazgos patológicos. En las imágenes de resonancia magnética se objetiva una proliferación grasa del tejido sinovial con morfología vellosa y alta intensidad de señal que no experimenta realce después de la administración de gadolinio. En los fondos de saco sinoviales se visualizan escasos depósitos de hemosiderina (fig. 1a y b).

Ante la sospecha de sinovitis vellonodular pigmentada se decide exéresis quirúrgica de la lesión para tratamiento y análisis histopatológico que confirme el diagnóstico.

Se realiza un primer tiempo quirúrgico artroscópico por portales habituales evidenciando gran proliferación sinovial de aspecto vascular rojizo junto con áreas de proliferación grasa que ocupa la mayor parte de los fondos de saco suprapatelares y la escotadura intercondílea. Se considera la imposibilidad de resección de la totalidad de la lesión por vía artroscópica y se practica artrotomía pararrotiliana interna. Se consigue la exéresis completa de la lesión y se solicita estudio anatomopatológico (fig. 2a y b). Se inmoviliza la rodilla con férula cruropédica.

El estudio histopatológico de la muestra confirmó el diagnóstico de lipoma arborescente.

Se mantiene inmovilización de rodilla con férula cruropédica impidiendo el apoyo durante 15 días. Tras este período se inicia la rehabilitación, obteniendo al mes y medio un balance articular de 90° de flexión y extensión completa. No se aprecian signos de ocupación intrarticular, la herida quirúrgica no muestra signos de complicación y la resonancia de control es normal. A los 3 meses la movilidad articular es completa en flexión y extensión, y la paciente deambula con normalidad siendo dada de alta. No se ha evidenciado recidiva tras 3 años.

En el diagnóstico diferencial de la artritis crónica en la infancia deben considerarse además de enfermedades reumáticas como la artritis idiopática juvenil y sus diferentes formas, procesos infecciosos (tuberculosis, brucelosis,

enfermedad de Lyme, etc.) y tumorales, benignos (sinovitis vellonodular, lipoma, etc.) o malignos (linfomas, sarcomas, etc.). No es infrecuente la demora en el diagnóstico: en nuestro caso se trató inicialmente como un traumatismo, una artritis idiopática juvenil y después se pensó en una sinovitis vellonodular.

La resonancia magnética es muy útil en su diagnóstico y evolución y puede evitar en algunos casos la necesidad de biopsia sinovial^{4,5} (no así en el nuestro, donde erróneamente se etiquetó el cuadro como sinovitis vellonodular). Se caracteriza por el poco realce con Gadolinio y los escasos depósitos de hemosiderina a diferencia de la sinovitis vellonodular que tiene mayor realce y depósitos abundantes.

El tratamiento más utilizado consiste en una sinovectomía completa, bien por vía artroscópica⁶ o bien mediante artrotomía. En nuestro caso se optó inicialmente por la artroscopia que evidenció una gran masa de difícil exéresis por esta vía, por lo que se extirpó mediante artrotomía sin repercusión funcional posterior.

También se describen en la bibliografía sinovectomías con Ytrio 90⁷ y ácido osmico⁸ con buenos resultados.

El lipoma arborescente debe ser tenido en cuenta en el diagnóstico diferencial de la artritis idiopática juvenil, sobre todo ante cuadros de inflamación articular con episodios recurrentes de derrame. La resonancia magnética es una prueba diagnóstica importante, aunque el diagnóstico definitivo se obtiene mediante biopsia. El tratamiento quirúrgico mediante sinovectomía es el más utilizado y permite restaurar la función articular y evita las recidivas.

Bibliografía

1. Cil A, Atay OA, Aydingöz U, Tetik O, Gedikoğlu G, Doral MN. Bilateral lipoma arborescens of the knee in a child: a case report. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2005;13:463–7.

2. Siva C, Brasington R, Totty W, Sotelo A, Atkinson J. Synovial lipomatosis (lipoma arborescens) affecting multiple joints in a patient with congenital short bowel syndrome. *J Rheumatol*. 2002;29:1088–92.
 3. Huang GS, Lee HS, Hsu YC, Kao HW, Lee HH, Chen CY. Tenosynovial lipoma arborescens of the ankle in a child. *Skeletal Radiol*. 2006;35:244–7.
 4. Iovane A, Sorrentino F, Pace L, Galia M, Nicosia A, Midiri M, et al. MR findings in lipoma arborescens of the knee: our experience. *Radiol Med (Torino)*. 2005;109:540–6.
 5. Ramsey SE, Cairns RA, Cabral DA, Malleson PN, Bray HJ, Petty RE. Knee magnetic resonance imaging in childhood chronic monoarthritis. *J Rheumatol*. 1999;26:2238–43.
 6. Franco M, Puch JM, Carayon MJ, Bortolotti D, Albano L, Lallemand A. Lipoma arborescens of the knee: report of a case managed by arthroscopic synovectomy. *Joint Bone Spine*. 2004;71:73–5.
 7. Erselcan T, Bulut O, Bulut S, Dogan D, Turgut B, Ozdemir S, et al. Lipoma arborescens; successfully treated by yttrium-90 radio-synovectomy. *Ann Nucl Med*. 2003;17:593–6.
 8. Nisolle JF, Boutsens Y, Legaye J, Bodart E, Parmentier JM, Esselinckx W. Monoarticular chronic synovitis in a child. *Br J Rheumatol*. 1998;37:1243–6.
- J.P. García Paños^{a,*}, C. Salcedo Cánovas^a, A. Lisón Almagro^a y A. Alarcón Zamora^b
- ^aHospital Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España
^bHospital Vega del Río Segura, Cieza, Murcia, España
- *Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: juameboss@gmail.com (J.P. García Paños).

doi:10.1016/j.anpedi.2010.05.006

Quiste dermoide del suelo de la boca Floor of the mouth dermoid cyst

Sr. Editor:

La presencia de una tumoración en el cuello o en la región mandibular alarma mucho a los padres y en ocasiones crea al pediatra dificultades de diagnóstico y tratamiento. Los quistes dermoides con localización en el suelo de la boca son excepcionales. Su lento crecimiento hace que los problemas surjan entre la segunda y tercera década de la vida siendo excepcional verlos en la edad pediátrica^{1–3}.

Presentamos una adolescente de 12 años que consultó ambulatoriamente por presentar una tumoración submandibular derecha no dolorosa que había ido en aumento los últimos 15 días. Historiada de nuevo recordaba notar un bulto en dicha zona desde hacía tiempo. Durante la ingesta alimentaria tenía la sensación de que aumentaba de tamaño no mostrando problemas para la deglución, respiración, fonación etc. Menarquia a los 11 años.

En la exploración, destacaba a nivel submandibular derecho, una tumoración gomosa de 5 cm × 3 cm de borde definidos, móvil, no dolorosa a la palpación y sin signos inflamatorios. Asimetría del suelo de la boca con leve abombamiento en el lado derecho. Resto de la exploración física sin datos relevantes.

Hemograma, bioquímica sanguínea, TGO y TGP, amilase-mia, triglicéridos y colesterol con valores normales.

En la *ecografía* se apreció en la zona anatómica de la glándula submaxilar derecha, una tumoración quística de bordes bien definidos de 4,5 × 2,5 cm con innumerables imágenes esféricas ecogénicas de entre 5–10 mm de diámetro. No se observaron calcificaciones (fig. 1A). En la *resonancia magnética* de la zona se observó una imagen ovoidea de 4,2 cm

de eje mayor, de contornos bien definidos, en región lateral derecha del suelo de la boca (fig. 1B y C).

Se realizó punción aspiración con aguja fina (PAAF) obteniéndose 15 ml de líquido con abundantes histiocitos y escamas queratósicas siendo el estudio negativo para malignidad. Se procedió a su extirpación quirúrgica, mediante abordaje cervical, con retirada completa de la masa. El estudio histológico de la pieza de 4 × 2 cm mostró una cavidad quística tapizada por epitelio de tipo escamoso con zonas de queratinización, y glándulas sebáceas e infiltrado de células histiocitarias, compatible con el diagnóstico de quiste dermoide (fig. 2). La paciente presentó buena evolución y actualmente pasados varios meses de la intervención se encuentra asintomática.

El término quiste dermoide se ha usado para describir masas que contienen epitelios y otras capas celulares en zonas donde habitualmente no se detectan. Se localizan especialmente en región perianal y ovárica siendo excepcional su localización en cabeza, cuello o en la cavidad oral. La clínica es poco aparente hasta que por su tamaño compromete la deglución, fonación o la respiración. En algunos casos complicaciones como la infección pueden dificultar su diagnóstico^{3–5}.

La valoración de una tumoración submandibular en un paciente pediátrico obliga a un amplio diagnóstico diferencial (tabla 1)^{6,7}.

La ecografía es la técnica de elección para la aproximación al diagnóstico de partes blandas y problemas que atañen a las glándulas salivares como sialolitiasis, sialoadenitis, abscesos, tumores etc. Se pueden valorar así mismo lesiones multiloculares como sarcoidosis, linfoma metastático o cistoadenolinfomas; quistes de la ránula etc. La resonancia magnética ha logrado ampliar las posibilidades de alcanzar un diagnóstico exacto y de valorar el grado de afectación de las estructuras que rodean la tumoración². La aspiración de material tumoral mediante PAAF, es eficaz para excluir el diagnóstico de malignidad y planificación de la cirugía especialmente para neoplasmas malignos del